

DIFERÈNCIES INDIVIDUALS I TRACTAMENT PSICOPEDAGÒGIC

PACO JIMÉNEZ MARTÍNEZ

Universitat de Girona

AUTISME INFANTIL: IMPORTÀNCIA DE LA INTERVENCIÓ PSICOPEDAGÒGICA DES D'UNA PERSPECTIVA PSICODINÀMICA

La literatura específica entorn el tema de l'autisme infantil ens mostra que la possibilitat d'intervenció psicopedagògica és una alternativa que pot obtenir resultats positius en el tractament de l'autisme infantil o psicosi precoç. (Alguns autors quan parlen de psicosis infantils es refereixen a autisme infantil).

Els quadres clínics d'autisme s'han presentat fins fa ben poc com a inabordables a qualsevol tractament, però encara apareixen més inabordables per a aquells que proposen gairebé en exclusiva el llenguatge com a mitjà terapèutic, sobretot si tenim en compte que aquests tipus de subjectes semblen ser posseïdors de formes de llenguatge no comunicatiu o comportaments preverbals molt repetitius i en la majoria dels casos sense cap finalitat.

Darrerament els nens autistes són acollits a les escoles i alguns autors creuen que en realitzar aquest procés de socialització s'obtenen adaptacions socials a nivell compatible amb un mínim de supervivència psicològica, la qual cosa fa d'aquests nens uns subjectes passius dels quals n'esperem formes d'aprenentatge preferentment imitatiu i no significatiu.

Molts autors neguen que en alguns nens autistes hi hagi un trastorn mental i relacionen la simptomatologia amb els efectes d'alteracions neurològiques més o menys aparents. D'altres autors assenyalen que en el nucli del trastorn autista hi apareixen diferents nivells de pensament.

Sens dubte, doncs, és extremadament estimulants preguntar-se quina és la vida psíquica del nen autista, com pot tornar-se actual, quines condicions cal que es donin en la ment del nen perquè deixi les seves estratègies i accepti convertir-se en un nen com els altres, disposat a créixer i a patir. Veure l'autisme infantil des de l'òptica de la dimensió psicopedagògica i a partir d'una perspectiva psicodinàmica ofereix una visió molt particular d'aquesta forma de patologia mental i permet avançar i pensar que és possible d'intervenir amb èxit en aquests nens. D'altra banda, l'experiència de treball amb nens autistes ha de tendir a traçar, des de qualsevol línia metodològica, tractaments esperançadors per a l'autisme infantil.

L'esperança de possibilitar un naixement psicològic i una preparació dels processos maduratsius de la personalitat, permet que es presentin treballs molt variats, induïts sobretot per la temença que l'adopció de tècniques psicopedagògiques centrades únicament en la socialització i/o l'adaptació de tècniques conductistes reforcin i determinin formes d'autisme secundàries.

La majoria de treballs que es poden examinar pretenen ser una invitació a

l'esperança, ja que, els estudiosos del tema saben que tot el que s'ha anat fent fins ara ha estat molt laboriós i que ha suposat un treball mental continuat, d'aprofundiment, d'afinament, de comprensió i de participació en el problema.

APROXIMACIÓ METODOLÒGICA A L'AUTISME INFANTIL

L'aproximació metodològica seguida per molts autors es basa generalment en dos aspectes:

a) Una *anamnesi* molt detallada, la qual donarà, d'una banda, èmfasi especial a les característiques de la personalitat materna i paterna i a la tipologia de la relació mare-nen, i de l'altra, comptarà amb la valoració clínica de les diverses etapes del desenvolupament assolides pel nen fent especial atenció a l'aspecte psicomotor i a la relació objectal.

b) El *material clínic* dels casos en tractament pel que fa sobretot a tot allò que el nen genera i produeix en les sessions de treball i també pel que fa a tot el que es desprèn de la tipologia concreta de relació que mantenen nen i psicopedagog.

Amb finalitat explicativa, les observacions realitzades per diversos autors han permès dividir la quantitat de subjectes estudiats en tres grups clínics:

- Nens que presenten un *autisme primari patològic*.
- Nens que han presentat una *regressió* més aviat *severa* entre els 18-36 mesos.
- Nens que han mostrat *comportament* de tipus *autístic limitat a alguns aspectes*, en el marc d'un quadre general de la personalitat suficientment integrat.

Els grups d'especial interès són els dos primers.

Els nens que presenten un quadre d'*autisme primari patològic* (Tustin, 1977), evidencien en els primers 18 mesos de vida un retard en el desenvolupament psico-físic; en especial es troba greument alterada la *relació objectal*:

- absència de relació anticipatòria en el moment del menjar,
- absència i escassa reacció d'encunyació amb la mare,
- alteracions en l'aspecte oral i/o en el son,
- desinterès per la figura paterna.

Aquesta patologia del desenvolupament psíquic sovint no és evidenciada pels pares, els quals sol·liciten ajuda solament quan els trastorns esmentats apareixen ja consolidats:

- absència de llenguatge,
- ecolàlia,
- ansietat agressiva imprevista, la qual contrasta amb el quadre general de la passivitat i l'apatia.

El fet que alguna d'aquestes formes d'autisme estiguin de vegades acompanyades de lesions cerebrals mínimes comporta, evidentment, un problema important: molts dels casos observats i tractats amb cert èxit havien estat diagnosticats d'inici com a deficients mentals o com a subjectes afectats de cerebropatia.

Al segon grup, de *regressió severa*, pertanyen aquells nens que segons els seus pares han tingut un aspecte normal o precoç fins a certa edat i després, en concomitància amb la malaltia específica de la infantesa o episodis d'hiperansietat o traumes afectius (prolongades separacions o esdeveniments excepcionals), han

presentat una progressiva pèrdua d'adquisicions ja assolides (encunyació a la figura materna, control d'esfínters, llenguatge, relació d'interaccions socials...).

L'inici d'aquesta simptomatologia es caracteritza per una apatia profunda, un total desinterès i una falta d'activitat davant situacions que abans suscitaven en el nen viva participació.

Aquests nens han tingut, normalment, una integració de la personalitat bastant particular i les etapes de desenvolupament han estat adquirides de manera atípica. Per mitjà d'un examen seriós que sovint, en repetits períodes col·loquials, es realitza amb els pares, junts o per separat, es pot seguir els trastorns de la primera fase oral, mentre que en la segona fase oral, juntament amb la dentició, apareix amb freqüència activitat de tipus estimulativa com, per exemple, estereotípies. L'arribada de la fase anal coincideix en general amb el desenvolupament psíquic i amb l'inici del lent procés involutiu. Aquesta diferenciació és rellevant a efectes diagnòstics en termes de predicció, ja que aquests nens emergeixen, en general, més ràpidament de la situació autística, mentre que els autismes primaris patològics deixen ja preveure un tractament a llarg termini.

Prescindint de les anamnesis del nen, les quals permeten diferenciar els quadres esmentats fins ara, eficaços especialment per a fins predictius, l'observador es troba davant de:

a) Nens autistes tipus *clova* que corresponen a la clàssica descripció de Kanner.

b) Nens amb autisme tipus *confusional* (Tustin, 1977), entenent amb aquesta definició aquells nens que sembla que recuperen de l'ambient i de la figura materna alguns elements (major contacte ocular, major resposta, tot i ser passiva, a la pregunta directa,...), però que, en realitat, se serveixen d'aquesta recuperació per a mantenir l'encapsulament autístic i per romandre impermeables a qualsevol canvi o desenvolupament.

HIPÒTESIS SOBRE LA PATOGÈNESI DE L'AUTISME

Les conclusions a què arriben diversos autors, després d'una acurada anàlisi de material obtingut en sessions experienciades amb els nens, ha fet necessària una reelaboració dels supòsits teòrics dels quals es partia inicialment. Aquests supòsits feien, en gran part, referència als autors de l'escola anglesa com Tustin, 1972, Meltzer, 1975, i americana com Malher, 1969, els quals s'han ocupat més específicament de la psicosi infantil, sense descartar altres conceptes fonamentals de Winnicott, 1958, Bion, 1967, i altres.

En examinar el material clínic, molts autors coincideixen que és necessari un cert nombre de sessions perquè emergeixin continguts significatius, per mitjà del qual el psicopedagog podrà començar una presa de contacte amb el nen. Les sessions inicials han de servir per interpretar el significat de les maniobres autístiques i per a controlar la situació.

Amb les interpretacions directes de les estratègies defensives del nen, el psicopedagog tendeix a obtenir el control, i a situar-se com a intermediari. La conseqüència immediata d'aquesta situació és sortir de l'angoixa catastròfica dels terrors sense nom (Meltzer, 1975, Tustin, 1972).

El psicopedagog desenvolupa des d'aquest moment el doble objectiu de fer-se

càrrec de l'angoixa psicòtica del nen i de modificar-la mitjançant la interpretació i la intervenció, desenvolupant alhora un paper de suport a tot allò que va sorgint, dia a dia, de l'estat d'indiferenciació primitiu.

Analitzant aquest tipus de material s'adonen que prescindint dels diferents orígens i extraccions socio-culturals dels nens, el material sembla convergir, com a mínim, en una sensació de pèrdua, de disminució de qualsevol cosa essencial, de la vitalitat que una vegada havia estat experimentada i que després va desaparèixer. Aquesta pèrdua sembla relacionar-se amb una situació de ruptura, amb un canvi bruscat, tendeix a manifestar-se catastròfica i a tenir les següents característiques: arriba de manera imprevista i precipita al nen a un estat de patiment físic, de manera contínua i percebuda de forma variada, com si estigués inscrita en l'àrea senso-corporal (sensació d'estar esquitxat, d'estar ferit als ulls, d'estar empresonat en un pou estret sense sortida, de donar cops amb el cap,...) El que sorprèn de tot plegat és la repetició d'aquesta mateixa temàtica en tots els nens, sense que els elements de l'anamnesi puguin de cap manera justificar aquest material. Aquests aspectes poden apreciar-se en els diversos casos clínics amb els quals treballen els professionals.

La valoració d'aquest material porta a concloure que per a la comprensió de l'evolució de l'autisme ha d'incloure's tot allò que es coneix de l'experiència del naixement. Sembla també evident que la relació mare-nen té un paper determinant ja que permet recuperar els efectes negatius de l'experiència de néixer...

Doncs bé, l'experiència de naixement afecta de manera dramàtica aquest estat, tant en la mare com en el fill. Per tant, es podria considerar que en la preocupació materna primària pot incloure's l'acostament psíquic de la mare cap al gravíssim trastorn del propi narcisisme amb sentiment de pèrdua i de ruptura d'un estat biològic i mental de plenitud.

La necessitat de sobreviure a la pèrdua sembla que estimula a la mare a superar tot allò perdut per mitjà del nen que arribarà a ser l'objecte a través del qual ella intentarà suavitzar el dolor de la pèrdua. El nen pot arribar a ser momentàniament la part del si matern perduda i trobada. Aquests sentiments materns predisposen la configuració d'un ambient afectiu facilitador que permeti a la mare recollir en la mateixa sintonia l'anàloga condició de pèrdua i de ruptura que presenta el fill.

Tals condicions de fet, a complementar per la mare i el fill, els situa un enfront de l'altre en la temptativa de recompondre allò descompost que el naixement ha aportat al narcisisme d'ambdós (Freud, 1925, *Inhibición, sintonía y angustia*, cap. X). Freud en la mateixa obra citada afirma que "entre la vida intrauterina y la infancia verdadera y propia hay mucha más continuidad de lo que permite creer la impresionante ruptura del acto del nacimiento. El objeto materno psíquico sustituye para él la situación fetal biológica", i també en la mateixa obra i en capítol X afirma que "el valor del objeto protege y sustituye la vida intrauterina perdida. Dos relaciones de objeto; madre-niño y niño-madre se sustituyen ahora en la simbiosis narcisista".

Aplicant aquests models a la condició autística podem individualitzar alguns factors psicopatològics que es troben en la base del quadre clínic de l'autisme:

1. Una primera consideració vindria donada per una situació inesperada i catastròfica, situació en la qual el nen se sent precipitat a l'experiència del naixement, un impacte amb estimulació sensorial massiva que provoca grans dosis d'excitació, la qual genera alhora sensacions especialment noves i molts òrgans que exigeixen recobriments més amplis (Freud, 1925, *Inhibición, Síntomas y Angustia*, capítol VIII). Apareixen també altres signes d'una situació de perill: part prematur, prolongat, cesària, patologia perinatal, etc...

2. Un altre element patològic el trobem representat en la dificultat en la lactància: menjars insatisfactoris, mugrons flàccids, separació precoç de la mare, malaltia en els primers mesos de vida, etc...
3. I un tercer element el trobaríem en la dificultat afectiva de la personalitat materna, de la malaltia mental (depressions durant l'embaràs, personalitat esquizoide, mare simbiòtica, psicosi narcíssista,...), o de successos particulars no elaborats i reabsorbits adequadament abans de l'embaràs (discussions, avortament, divorci, abandonament afectiu,...). Aquesta personalitat materna i aquests esdeveniments no permeten elaborar la ferida narcíssista lligada tant a la imminència del part com al part mateix. La mare no sembla sensibilitzada projectivament al mal narcíssic del nen, per la qual cosa sembla impedir la possibilitat d'una recuperació per mitjà d'una adequada cura materna; alhora, el nen es troba que ha de fer front sense ajuda a les diverses qualitats de les necessitats. El nen, doncs, no sembla estar preparat per utilitzar a la mare amb intencions de recuperació, ni tampoc, evidentment, la mare al nen.

De fet, es creu que aquests nens havien après en època molt precoç a evitar i dosificar un augment de l'angoixa persecutòria desencadenada en el part. L'excessiva sensibilització de la mare en aquest tipus d'angoixa o l'excessiu distanciament de la medicina amb finalitat defensiva, per motius intrínsecs a la personalitat de la mare o per altres circumstàncies, fan que la mare o bé es centri i s'abstregui en l'angoixa del nen i no s'hi acostumi, o bé es quedi distanciada per a no percebre'l; en ambdós casos, la mare no estarà preparada per a donar un contingut a l'angoixa del nen.

En qualsevol cas, el nen sentirà que quan es troba angoixat i existeix normalitat biològica, la presència de la mare afegirà temença a temença i caldrà que sigui evitada o sinó no podrà ser usada amb intencions recuperadores.

En aquest moment, el nen cal que actui pel seu compte en la contenció, si és així, llavors ens podem trobar, clínicament parlant davant dues situacions evidents:

1. Una privació de la figura materna dràstica i molt precoç (condició que pot donar-se en aquells casos que es passa de l'autisme primari normal al patològic).
2. Una privació de la figura materna parcial i prolongada en el temps, la qual estimula al nen en algunes funcions del jo precoç i anormal i en la utilització de mecanismes de reparació, d'altra banda també precoços trastorns compulsius, rituals, activitat imitativa precoç, tendència a la complacència dels aspectes massa angoixants de la mare,... Tot plegat, doncs, provocador d'una acceleració en el nen de les etapes del seu desenvolupament. Aquesta alteració temporal en la seqüenciació de les etapes pot provocar distorsions greus de la personalitat, les quals solen derivar gairebé inevitablement en un quadre psicòtic.

En general, les mares dels nens autistes es troben amb greus dificultats per adaptar-se a les necessitats del creixement dels seus fills; sembla com si s'anessin mobilitzant a poc a poc, a mesura que el procés terapèutic reactiva l'impuls per individualitzar-se i diferenciar-se.

MANIOBRES AUTÍSTIQUES

Si creiem que és preferible emprar aquest terme més que no pas el de *defensa autística*, és perquè aquest sembla indicar millor el sentit de precarietat i de falta

d'organització típica de l'economia psíquica del nen autista. Aquestes maniobres, doncs, són les que permeten mantenir una situació rígida, d'*statu quo*, a un nen que no es troba preparat per a recórrer, bé a l'ajuda del jo matern, bé a la d'una altra persona.

Es poden distingir tres tipus de maniobres autístiques:

1. Una primera directa a controlar l'estimulació provinent de l'exterior.
2. Una segona directa a controlar l'excitació provinent de l'interior.
3. I una tercera directa a recuperar l'estat homeostàtic de benestar semblant al que es va perdre en el naixement.

En aquest sentit, diríem que el pitjor enemic del nen autista sembla ser la imprevisibilitat, d'altra banda tan característica dels sers humans, pel fet evident de trobar-se fortament lligada al món afectiu i sentimental. És normal escoltar, de vegades, frases fetes o peticions enteses com una sol·licitud d'una resposta. D'aquesta condició sembla emergir el gran interès d'aquests nens vers els objectes inanimats de tipus electrodomèstic, interruptors, portes i finestres,... l'objecte privilegiat és aquell que ofereix com a màxim dues respostes, per exemple: entrada-sortida, obert-tancat...

Si es busca imposar al nen una modalitat de resposta diferent a la que s'espera en un principi, aquest entra en un estat de tensió que el fa tornar a la situació anterior, o a un posterior control tendent a assolir l'esfera perceptiva, o a un estat amb atacs de ràbia destructiva contra els objectes o contra ell mateix. L'interlocutor es troba de vegades reduït a una gamma extremadament limitada de respostes sempre iguals. Aquest és el tipus d'interacció que observem amb més freqüència en els nens autistes i els seus pares, els quals comproven que comportar-se de manera diversa significa haver d'enfrontar-se a una crisi de ràbia per part del nen, el qual sovint assumeix de manera especial una connotació autolesiva que els pares prefereixen evitar.

La majoria de mares d'aquests nens han renunciat a connectar amb els seus fills i a comprendre la motivació dels seus actes compulsius i repetitius i opten per adoptar una actitud passiva, per mantenir una interacció despersonalitzada i mecànica, realitats que fan impossible qualsevol esperança per al futur. Els pares acaben per col·laborar amb l'autisme del nen gairebé per desesperació i moltes vegades contribueixen, sense saber-ho, a mantenir-lo.

L'excitació provinent de l'interior porta al nen a viure amb una por intensa la micció, l'evacuació i d'altres activitats.

La mateixa malaltia pot trobar-se al començament d'una regressió autística i assumir el significat d'augmentar els processos metabòlics corporals. El fet que aquests nens es posin malalts molt de tant en tant durant el seu estat autístic podria fer pensar en un augment de la capacitat de defensa contra l'agent patògen.

El control sobre les funcions corporals es fa extensiu també a la funció alimentària que esdevé altament selectiva, és a dir, que el nen accepta només alguns aliments o bé es limita a voler aliments envasats. Aquests nens, doncs, sembla que no troben cap plaer en l'alimentació; el menjar es converteix en aquestes condicions en un moment d'intensa conflictivitat en l'àmbit familiar. També aquestes maniobres semblen reflectir la intensa angoixa viscuda pel nen en la seva relació amb el jo matern.

La tercera modalitat es trobaria relacionada amb la recuperació d'allò perdut amb l'experiència del naixement. El nen vol mantenir aquesta bona experiència per mitjà de maniobres i moviments de tipus repetitiu: és típica la rotació d'objectes amb base llisa, l'atenció davant d'objectes brillants, el rodar sobre ell mateix...

Aquestes activitats potencien el sentit de cohesió del nen i indueixen especialment a un estat de tipus hipnòtic, el qual contribueix a mantenir allunyada la interferència i a mantenir també nivells de consciència típics d'estadis més primitius i

que s'acosten a situacions intrauterines. Aquest estat tan activament buscat sembla facilitar i sostenir la idealització de la condició perduda.

L'aparell sensorial sembla destruït (Meltzer 1975). El nen pot, per dir-ho d'alguna manera, prescindir de certs canals sensorials i privilegiar-ne tan sols alguns (audició, vista o olfacte), mantenint, doncs, un estat de no integració sensorial.

La incapacitat d'activitat mental comporta l'ús d'una modalitat molt primitiva en la qual s'hi troben massivament presents la qualitat de funcionament biològic. Sensacions i percepcions de plaer provinents de l'interior i de l'exterior s'allarguen principalment segons un model de tipus evacuatori. Durant les sessions de treball es poden notar de vegades davant d'una intervenció de l'especialista reaccions del nen tals com orinar, evacuar o cmetre ventositats.

La finalitat que es proposen aquestes maniobres autístiques és la d'evitar els efectes de la situació de perill. L'ansia, que és de tipus persuasiu, no pot ser utilitzada amb la intenció d'establir una relació objectal i no arriba, per defecte de la relació amb la figura materna, a manifestar-se sota la forma de l'ansia.

Cada experiència sembla tornar a proposar, doncs, el procés del naixement, el qual evitarà sens dubte tots els ressorts possibles. El resultat de tot això és una vida al límit d'allò biològic i d'allò mental, és el tancament autístic.

EL NAIXEMENT DE L'AUTISME I LA RELACIÓ PSICOPEDAGÒGICA

La possibilitat de ser acceptat en la relació psicopedagògica en la seva dimensió autística permet al nen emprar de manera gradual al psicopedagog com a suport i ajuda. El nen sent que el psicopedagog pot assumir part de la funció de control del nen anteriorment exercida a través de les maniobres autístiques. Això, permet al nen poder començar a tolerar quotes d'ansia cada vegada més manifestes, quotes que abans podien ser absolutament evitades. La situació de perill i d'ansia que se'n deriva comença a ser tolerada i emprada en la relació objectal, la qual s'inicia primer de manera parcial per passar després a una forma més madura. Comença a aparèixer una vida mental. La funció del psicopedagog en aquests moments és particularment important. El psicopedagog sembla assumir el paper de la mare en les primeres fases de la vida del nen. Les intervencions interpretatives han de ser molt calibrades i han de tendir a contenir d'altres interpretacions amb l'objectiu de restituir en el nen l'ansia persuasiu que comporta una nova adopció de maniobres autístiques. Molts tractaments fallen en aquest punt crucial i tenen com a conseqüència el reforç del quadre autístic. Aquí un se n'adona que en aquest moment, després d'haver obert la clova autística, ens podem trobar frontalment amb un ser humà en el qual allò mental no s'ha separat encara d'allò corporal. Els nens en tractament sovint, quan se separen del psicopedagog, es lamenten de dolors autístics (mals de panxa, mal de cap...), i això és així perquè el sentir-se distanciat d'ell revifa en el nen la primera memòria corporal de pèrdua i distància.

L'obertura de la clova autística és indicatiu que la funció contenidora del psicopedagog està funcionant. Pel que fa a l'àmbit del comportament, durant les sessions, es pot entreveure una búsqueda de l'espai tancat (armaris, posar-se sota dels mobles,...). Quan la relació psicopedagògica s'ha consolidat, cessen les modalitats evacuatives descrites anteriorment i comencen a aparèixer allò essencial de la funció mental; decreix la funció del psicopedagog com a objecte a través del reconeixement de la seva presència com a modalitat de búsqueda del contacte físic encara que sigui a distància (vista i oïda). La possibilitat d'utilitzar al psicopedagog com a una persona diferent permet al nen recuperar a la mare i també, a poc a poc, recuperar el món

extern. Es pot observar que cada millora en la relació amb la mare i amb el món extern es troba precedida d'una consolidació en la millora observada en la relació psicopedagògica, la qual sembla adquirir per al nen el model de funcionament.

CONCLUSIONS

És, doncs, l'experiència la que ens porta a extreure algunes consideracions generals sobre el tractament dels nens autistes.

En primer lloc, és molt important que perquè s'obtinguin resultats positius en el tractament es realitzi amb anterioritat el diagnòstic precoç de l'autisme, emprant elements extrets de la valoració de la relació objectal i de la presència del comportament regressiu. Durant els dos primers anys de vida, caldrà que el tractament inclogui principalment a la mare amb la finalitat de fer patent una modificació positiva de la seva relació amb el nen. Fet que indueix a considerar el paper preventiu que té l'assistència pediàtrica i la freqüència a l'escola bressol per part del nen. A la base del quadre clínic i de la reduïda modificabilitat del paper matern s'hi contraposa el recurs de la relació psicopedagògica individual.

També és convenient mantenir una divisió entre autisme tipus clova i autisme confusional, pel fet que en aquest últim apareix massivament negada l'experiència del naixement i el nen conserva un tipus de fusió omnipotent amb l'úter matern. El nen amb autisme confusional presenta una dificultat superior al tractament a causa de la consolidada modalitat de defensa operant a través de la fusió. Durant el tractament es pot observar una passada transitòria per una fase de tancament autístic semblant al que presenten els nens amb autisme tipus clova. Altres quadres clínics descrits per altres autors poden entrar en l'àmbit de manifestació diversa de les maniobres autístiques.

D'altra banda, és igualment significatiu ressaltar la importància de la primera sessió preservant la possibilitat de disminuir les defenses autístiques i el particular acostament del psicopedagog entorn l'ús i el contingut de les interpretacions pel que fa als perills d'un reforç de les maniobres autístiques que poden semblar rellevants. Una dada especialment atenta cal que sigui posada en coneixement de l'emergència dels primers mecanismes mentals i de l'ús que el nen pot fer-ne, tenint en compte que aquests nens tendeixen a emprar compulsivament cada nova adquisició.

L'experiència ens porta, també, a concloure que cal intervenir psicopedagògicament en els pares amb un mateix patró o de manera singular, amb el propòsit de modificar eventuais patologies o, si no fos possible, amb propòsits de suport i de clarificació de la modalitat de comportament del nen autista. Això implica, per tant, que el psicopedagog dels pares sigui també expert en aquesta temàtica.

No podem oblidar tampoc la institució escolar i el seu paper decisiu participant directament en la intervenció adequada que al nen autista li cal. La possibilitat de l'èxit del tractament depèn en gran part de la positiva concomitància de diversos factors.

Per acabar, és fonamental continuar esbrinant entorn aquesta nova aproximació al problema de la patologia mental precoç, considerant que solament d'aquesta manera i, per mitjà de noves modalitats i d'altres aportacions interessants, es pot oferir un aprofundiment rigorós, seriós i progressiu a un tema en essència tan complex.

Novembre 1992

BIBLIOGRAFIA

- BION, W. R. (1967): *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós, Buenos Aires.
- FREUD, S. (1953): *Inhibición, síntoma y angustia*, Rueda, Buenos Aires.
- FREUD, S. (1953): *Más allá del principio del placer*, Rueda, Buenos Aires.
- KANNER, L. (1943): *Autistic Disturbances of Affective Contact*, vol. 2, Nervous Child.
- MAHLER, N. (1972): *Simbiosis humana*, F.C.E., México.
- MELTZER, D. (1979): *Exploración del autismo*, Paidós, Buenos Aires.
- TUSTIN, F. (1972): *Autismo y psicosis infantiles*, Paidós, Buenos Aires.
- TUSTIN, F. (1987): *Estados autísticos en los niños*, Paidós, Buenos Aires*.
- WINNICOTT, D. W. (1958): "Transitional Objects and Transitional Phenomena", Collected Papers, Londres.

* En aquest llibre es pot trobar una actualització de diferents conceptes que apareixen al llarg de l'article.