

L'atenció a domicili en la petita infància: una ajuda psicoanalítica integral

Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXIV/2

Mariella Venturella¹
Lourdes Busquets i Ferré²
Barcelona

Aquest article descriu la nostra experiència com a terapeutes a domicili en atenció precoç. Definim el setting en el domicili familiar i presentem un nen de tres anys diagnosticat de Trastorn de l'Espectre Autista (TEA) a fi d'entendre les fases del procés terapèutic. Reflexionem sobre la importància de tenir cura de la formació i coordinació entre professionals a l'hora d'oferir aquest tipus d'ajuda.

Paraules clau: atenció precoç, atenció a domicili, entorn natural, trastorn de l'espectre autista (TEA)

-
1. Doctora en Psicologia, especialista en atenció domiciliària, acompanyament terapèutic i trastorn de l'espectre autista. Col·laboradora externa del Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF) de la Universitat Ramon Llull (URL). E-mail: venturella.mariella@gmail.com
 2. Psicòloga del CDIAP Equip 40. Psicoterapeuta psicoanalítica acreditada per EuroPsy i FEAP. Formadora i col·laboradora del Centre de Formació i Recerca de Carrilet. Delegada Europea de la comissió de Nens i Adolescents de l'EFPP. Formació en Parent-Infant Psychotherapy, School of Infant Mental Health, Londres. E-mail: lourdes.busquets@gmail.com

Introducció

En la situació actual, a Catalunya es percep un constant augment de la demanda de consultes i derivacions en els Centres de Desenvolupament i Atenció Precoç (CDIAP) que continua creixent en els últims anys. D'una banda, hi ha una detecció precoç i una major sensibilització a les dificultats de l'infant que podria ajudar a prevenir un trastorn o el risc de patir-lo. I de l'altra, s'observen canvis importants en els processos de criança que afecten les funcions de parentalitat. Un dels canvis destacables és que els infants inicien l'escola bressol precoçment i els pares passen moltes hores fora de la llar, de la qual cosa deriva que els fills també estan massa temps fora de casa. Orschanski (2016) introdueix el concepte de la "síndrome de cases buides" i descriu com els rituals de convivència quotidiana es van perdent, especialment els ritmes de son i vigília, i el de l'alimentació. Tizón (2014) parla d'una "família líquida" pròpia de la tardomodernitat i de les transformacions accelerades de la nostra realitat, que poden repercutir en la parentalitat. En la nostra societat tot va massa ràpid i hi ha poc espai per a connectar amb el propi món emocional. Allò material, concret i immediat pren protagonisme i va alimentant una sensació que mai no és suficient. Hi ha un excés de protecció que, segons Cyrulnik (2016), empobreix el cervell dels nens, els atrofia les capacitats i els torna més vulnerables i passius. Costa posar límits i tolerar la frustració, acceptar que no tot és possible. El mateix autor afegeix que quan sobreestimulem l'àrea del plaer, acabem estimulants també l'àrea del dolor. I igualment passa al revés, l'absència de dolor podem dir que és una patologia.

Un altre aspecte destacable és la gran solitud de moltes famílies en el procés de criança. Salvador (2009) afirma que s'han modificat els models socials de convivència familiar: abans la vida familiar es desenvolupava en grups relativament grans i ara els nuclis familiars són cada vegada més petits. Els pares viuen amb angixa i patiment la parentalitat. Gerhardt (2008) emfatitza: "Hi ha poques oportunitats d'observar com una mare experimentada tracta el seu bebè o el seu fill de curta edat, i encara menys oportunitats d'aprendre mitjançant el contacte amb els fills dels altres. En aquestes circumstàncies, les úniques fonts d'informació són els llibres i els programes de televisió" (p. 226).

Sabem que per al bon desenvolupament del nen cal una certa constància i regularitat en les relacions essencials per a la construcció del vincle. Un dol important viscut pel pare o la mare o, més freqüentment encara, una acumulació de dols, pot afectar la funció de contenció dels pares i el desenvolupament del fill (Tizón, 2011).

A la clínica s'observa estrès en la criança, complexitat en les famílies i infants amb més necessitats (Busquets, 2016). En certs moments, ens trobem amb limitacions en la nostra atenció terapèutica, i alguns pares verbalitzen a les sessions que el nen no juga igual a casa com a la consulta. I això, encara que

comprin les mateixes joguines per a casa i per a la consulta, en un intent de mantenir una continuïtat. Tanmateix, hi ha aspectes de les dinàmiques familiars que no coneixem prou bé o que simplement passen desapercebuts.

Des d'una assistència global, hi ha diferents maneres d'ajudar i acompanyar les famílies. En situacions tan complexes és important atendre-les en els diferents llocs i moments de la convivència, i el domicili és un espai de convivència i relacions diàries important (Villanueva i Brun, 2008).

Els inicis de l'atenció a domicili

Des dels seus orígens la psicoanàlisi ha destacat la importància de les relacions familiars en les realitats externes i internes del desenvolupament i de la personalitat de l'individu. La teoria del complex d'Èdip i l'accent posat per Freud (1916-1917) en la relació entre pares i fills en són un exemple. Freud presenta casos clínics en què les figures familiars prenen protagonisme, com per exemple, «El petit Hans» (Freud, 1909), «L'home de les rates» (Freud, 1909), «L'home dels llops» (Freud, 1917-1919). Tot i que no arriba a treballar en l'entorn natural del pacient, obre pas per a la comprensió dels vincles i les relacions familiars.

Cal destacar que el cas d'«El petit Hans» també ha representat una important recerca sobre com s'organitza una fòbia. Concretament, Freud realitzava el seu treball terapèutic a través de les observacions i comentaris que el pare feia del seu fill.

Des d'aquesta perspectiva, Klein (1955) és pionera en el treball en el domicili del pacient mitjançant les tècniques de joc, utilitzant les joguines que hi havia a casa. La primera anàlisi la va dur a terme amb un nen de cinc anys, que anomena Fritz, i utilitza el mètode de la interpretació. Posteriorment, descriu el tractament d'una nena que tenia terrors nocturns i fòbies als animals. Va observar una actitud ambivalent en la mare i una atmosfera en general hostil, motius pels quals va arribar a la conclusió que la psicoanàlisi s'hauria de fer fora de la llar familiar.

Fraiberg (1980) va ser la primera a descriure el terme *parent-infant psychotherapy*. Va treballar principalment amb població en risc d'exclusió social i la seva intervenció tenia lloc al domicili familiar amb l'objectiu d'intentar trencar el cercle viciós en què les famílies es veien immerses repetint certs patrons generacionals de negligència, trauma i abús. Fraiberg considerava que els símptomes en la infància es tracten millor tenint en compte la relació pares-fill i va suggerir que un dels objectius era identificar els conflictes parentals que dificulten el desenvolupament del nen. L'autora anomena aquest tipus de fantasies familiars inconscients *Ghosts in the Nursery* (fantasmes en l'habitació dels infants), és a dir, que fa referència a sentiments dolorosos i negatius de les relacions parentals primerenques que s'han transferit a la relació amb el nadó. D'aquesta manera, ajudar els pares a

elaborar les experiències de la seva pròpia infància que no han estat integrades permetia modificar les imatges errònies que els pares s'havien fet del seu fill i els ajudava a recuperar la relació, alhora que afavoria una millora significativa en la qualitat del vincle.

Experiències i programes actuals

- Programa AGIRA

A Catalunya, apareix l'any 2007 el Programa AGIRA (Assistència Global a Infants en Risc d'Autisme), per tal d'oferir a l'infant i a la seva família una assistència global que respongui a la necessitat terapèutica real i que pugui atendre els diferents moments de la vida de l'infant (Brun, Aixandri i Olives, 2017). Entre els objectius principals, destaquen el de proporcionar un model de relació i de tracte adequat amb l'infant, que complementa el tractament que es realitza al CDIAP. Cito literalment: «[...] en aquesta atenció té una importància cabdal la idea de precocitat en els diferents estadis a fi que la intervenció sigui més eficaç, ajudi a assolir un millor pronòstic i eviti al màxim el patiment de l'infant i del seu entorn...» (Villanueva i Brun, 2013, p. 43).

- Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet

El Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet és una cooperativa sense ànim de lucre creada el 1974 per un grup de professionals que van detectar la necessitat d'ajudar nens i nenes amb TEA i les seves famílies. El Centre està situat a Barcelona i atén nens diagnosticats de TEA entre 3 i 12 anys. L'entitat compta també amb centres de tractament, diagnòstic, recerca i formació pel que fa als TEA. Es tracta d'una iniciativa privada i està concertat amb els departaments d'Educació i de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. En una intervenció i tractament pensats per a la família i no només per al nen, el Centre preveu la importància de l'atenció a domicili. Tal i com diu Morral: «[...] la funció del terapeuta consisteix a acompanyar, a viure la quotidianitat amb la família i, a poc a poc, a mesura que es viu amb ells, comprendre el dolor, les dificultats. Poder comprendre els nens, però també els pares, els avis, els germans [...]» (Morral *et. al.*, 2012, p. 173). Per tant, és fonamental treballar en les dinàmiques familiars que es generen entre tots els membres i que es veuen afectades pel trastorn.

- Restart, Acquarone

Acquarone (2016) du a terme un tipus de tractament familiar intensiu per a nens amb signes d'alarma d'autisme durant els primers anys de vida al seu Centre ubicat a Londres. La família és atesa per un equip multidisciplinari, que ofereix diferents tipus d'intervencions, que inclouen pares, germans, avis i altres persones properes a l'entorn del nen. El tractament es dissenya específicament per a cada família segons les dificultats observades durant el procés de diagnosi i es desenvolupa en un entorn natural i quotidià en què es fan diferents activitats, com per exemple, cuinar, sortides al parc, al

supermercat, observacions a l'escola i a casa. En finalitzar el tractament intensiu, s'estableix un seguiment i s'indica una ajuda psicoterapèutica tant per al nen com per als pares, si s'escau.

- Observació terapèutica de nadons

Houzel (1993) proposa un tipus d'intervenció molt precoç de l'autisme i les psicosis infantils mitjançant l'aplicació del mètode d'observació de nadons d'Esther Bick, si bé modificant-ne alguns paràmetres. La demanda d'observació prové dels pares i és una demanda terapèutica. Igual que l'observador, el terapeuta adopta una actitud d'atenció i escolta que no interfereix en les relacions entre el nen, els pares i el seu entorn. L'autor n'ha comprovat els efectes beneficiosos sobre les relacions entre la mare i el nadó observat. Mensualment es fan entrevistes amb els pares.

- Anna Freud Centre

Aquest Centre va desenvolupar l'AMBIT (*Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment*), que és un model assistencial basat en la mentalització per a equips que treballen amb joves que presenten dificultats múltiples i greus: adolescents amb trastorns mentals greus i amb risc d'exclusió social (Dangerfield, 2016). És un enfocament terapèutic flexible, ja que es pot dur a terme al carrer, en un parc o a casa del pacient, en qualsevol marc en què el jove se senti segur.

- Home Visiting

Home Visiting remunta els seus orígens en el programa *Kindergarten*, un moviment que va començar a Alemanya el 1837, centrat, principalment, en la relació entre pares i fills i en com utilitzar el joc per estimular l'aprenentatge del nen. Actualment, als Estats Units, el *Home Visiting* s'aplica en gran mesura amb les famílies en situació de risc i posa l'accent en la importància de promoure el desenvolupament del nen. Els objectius del programa són: donar suport a les mares embarassades i a les noves famílies, promoure interaccions sanes entre pares i fills, potenciar el desenvolupament del nen, identificar els factors de risc i els senyals d'alarma, donar suport i acompanyar els pares en l'ambient familiar (Uelk i Long, 2015).

- Acompanyament terapèutic

L'acompanyament terapèutic és un moviment que sorgeix a l'Argentina, a principi de 1970, com una alternativa als ingressos psiquiàtrics de pacients psicòtics i pacients en tractament per addiccions. Amb els anys, amplia la seva actuació al tractament de pacients oncològics, geriàtrics i al camp de l'educació. També guanya espai en les institucions, on és integrat en els equips i expandeix l'estratègia terapèutica. L'acompanyant passa a formar part de la vida quotidiana de la persona i comparteix el seu entorn. Entre les seves funcions destaquen: compartir, escoltar, observar, ajudar a fer coses, contenir, estimular la socialització, tot això, per mitjà del vincle (Hermann, 2014).

Treballar en l'entorn natural

Des de la nostra pràctica clínica, dividim l'atenció a la família fora de l'espai clínic i dins del seu entorn natural en tres grans grups, com una manera de comunicació interna entre professionals: l'acompanyament terapèutic, el cangur terapèutic i l'atenció domiciliària. Ens referim a l'acompanyament terapèutic quan el seguiment es realitza en situacions d'oci, com pot ser una sortida al parc, una situació de viatge o una activitat que la família no es veu capacitada per fer sense una contenció professional. El cangur terapèutic té una funció similar a la d'una mainadera, però la persona que exerceix el paper de cuidador està altament especialitzada per a les demandes pròpies d'un nen amb un diagnòstic greu. I, finalment, definim com a atenció domiciliària el treball terapèutic realitzat amb tots els membres de la família en la seva pròpia residència, amb una freqüència i un seguiment continuat. Aquest últim és el que presentarem a continuació dins un model evolucionat i ajustat com a resposta a les necessitats tan complexes que presenten les famílies en l'actualitat.

- Model d'intervenció

Citant Villanueva i Brun (2013), el model d'intervenció consisteix a: « [...] observar, escoltar, compartir dificultats i comprendre per poder acompanyar, contenir, verbalitzar el que [el terapeuta] veu i entén a fi de poder ajudar a acostar infants i pares, rescatar i potenciar les capacitats paternes que han estat atacades per la duresa de la situació» (p. 2). És important oferir comprensió, generar esperança i, si és possible, obrir espais mentals capaços de buscar alternatives. Tot això, per mitjà de la paraula i del joc amb el nen i la família. La principal funció terapèutica dins de la família és rescatar i validar l'autoestima i les funcions parentals. Aquell qui treballa amb la família sap treballar amb l'individu, observar i posar l'accent en els seus vincles, en les imbricacions i les interrelacions de les representacions entre els seus membres (Nicolò, 2014).

Partim de la consideració que la intervenció ha de regir-se per un *setting* extern i un *setting* intern, que el terapeuta ha de tenir sempre presents des de l'inici i al llarg del procés terapèutic.

- El marc de treball

En el medi familiar, les instruccions i els valors transmesos de pares a fills depenen d'elements tan explícits com implícits. Aquests últims estan relacionats amb les experiències viscudes i solen ser la base de les relacions humanes. El que una mare diu, el que exposa, el que ensenya per una via declarativa, té menys valor que la manera com tracta el seu fill, com el mira i com el toca. La prosòdia de la paraula, l'escolta sincera, les trobades, les disharmonies, el joc compartit i un llarg etcètera són els elements fonamentals d'aquest *alguna cosa més*. L'ésser humà en interacció construeix un coneixement relacional implícit, no simbòlic, ubicat en la memòria de procediment, derivat de les experiències relacionals i intersubjectives (Coderch, 2010).

El treball terapèutic proporciona la creació d'un espai intersubjectiu, un marc de treball en el qual, mitjançant el vincle afectiu, es produeix una experiència on és possible un canvi per part dels membres de la família pel que fa al seu coneixement relacional implícit. El terapeuta i la família porten a terme una regulació afectiva compartida, com el model de regulació entre la figura materna i el nadó, i durant el tractament es va internalitzant aquest procés de regulació mútua (Beebe i Lachmann, 1998). Per això, considerem molt important entendre quins són els aspectes que deleguem a un *setting* extern, però principalment hem de tenir present la importància d'un *setting* intern en el treball terapèutic a domicili.

Setting extern

El *setting* extern fa referència als aspectes formals. A l'inici de l'atenció s'estableix un compromís terapèutic: es fixa l'hora, el dia i la freqüència de la intervenció en la qual, si és possible, hi han d'estar presents tots els membres de la família. També es fan entrevistes regulars amb els pares. Ens podem trobar que l'espai físic on té lloc l'atenció terapèutica no sempre sigui el mateix, la qual cosa requereix una certa flexibilitat. Hi ha vegades que pot ser el menjador, el jardí, l'habitació del nen o bé pot variar durant el transcurs de la sessió. És interessant anar observant com la família va construint aquest continent on es van expressant emocions, angoixes i compartint situacions de joc. En la nostra experiència, hem observat que quan hi ha una millora i un canvi de les dinàmiques familiars, la família va organitzat un espai físic de joc que dona una estructura i afavoreix el vincle.

Setting intern

El terapeuta, quan treballa al mateix domicili, se sent exposat a diferents vicissituds que no pot controlar i ha de tolerar una gran incertesa. Tous (1993) emfatitza que l'enquadrament és alhora estable i dinàmic. Una de les principals característiques del *setting* intern és l'actitud mental del terapeuta. Citant la mateixa autora: «consisteix a introduir el menor nombre de variables en el desenvolupament del procés a fi d'aconseguir que les variables provinquin majoritàriament del pacient, de manera que es creï un camp adequat per a l'observació de la relació que el pacient organitza» (Tous, 1993, p. 125).

L'observació i la contratransferència són dues eines terapèutiques bàsiques que ajuden a anar entenent el que passa en un entorn que el terapeuta va coneixent i que és imprevisible, i alhora, afavoreixen que el terapeuta es faci preguntes sobre aquest procés. El mètode d'observació de nadons de Bick (1964) ha estat reconegut com una de les eines principals que ajuden a desenvolupar les capacitats d'observar, no només pel que fa a la relació mare-nen, sinó també pel que fa a la dinàmica familiar i a les respostes emocionals de cadascun dels membres. És una experiència emocional en què l'observador està en contacte amb emocions i ansietats primitives. Per mitjà de l'observació promovem en els pares la capacitat d'observar-se a si mateixos i els seus fills.

La contratransferència en el domicili es caracteritza per una gran intensitat ja des de l'inici de l'atenció. En la pròpia experiència d'estar amb el nen i amb els pares, el terapeuta, en contacte amb el nen petit i els seus pares, viu un conjunt d'emocions primitives teixides en la infància i en l'experiència de la parentalitat que l'ajuden a comprendre la complexitat de les comunicacions. El terapeuta es pot sentir envaït per molts dubtes i inseguretats que li provoquen conductes d'actuació i d'omnipotència. Per aquest motiu, es considera essencial el seu tractament personal que l'ajuda a conèixer les pròpies emocions i ansietats i a anar diferenciant les que provenen d'ell mateix de les que provenen dels membres de la família.

El terapeuta ha de tenir en compte que els moments de trobada permeten reconstruir la manera de relacionar-se. És a dir, que el canvi psíquic és possible a través d'aquesta experiència relacional i de vincle entre el terapeuta i els membres de la família. Per tant, les seves experiències actuals, en el moment compartit de l'aquí i l'ara, poden modificar les seves pautes d'interacció social amb l'altre i fins i tot proporcionen un ventall relacional més ampli.

- La importància de la intervenció en l'entorn del nen i la família

Quan observem nens amb dificultats de desenvolupament en l'entorn familiar, podem trobar una pèrdua de confiança en els propis recursos, desànim i angoixa. Viure les dificultats en el mateix context en què es troben de manera quotidiana situa el terapeuta en una posició privilegiada, de molta intimitat.

Presentem ara el concepte d'*objecte tutor* definit per Guerra (2009) com un objecte impregnat per la història d'una trobada i que transmet una vivència de continuïtat. Són objectes diferents de l'objecte transicional, perquè l'objecte transicional és únic i ha estat elegit pel nadó, i aquests *objectes tutors* són plurals, co-presentats i co-descoberts pels pares. Això ens fa pensar que en l'atenció a domicili els jocs que es fan a casa també són testimonis de trobades emocionals pares-nens i poden ser mantinguts dins del mateix entorn familiar.

Principalment, els nens amb simptomatologia TEA presenten un dèficit de la funció executiva. Aquests nens juguen d'una manera concreta lligada amb el context on són i no poden generalitzar l'experiència viscuda. Per tant, si aquesta manera de jugar terapèutica, relacional i vinculant es manté en el seu entorn natural i de convivència diari, creiem que el procés terapèutic segueix actiu, que la figura del terapeuta i les seves funcions poden continuar sense que ell hi sigui present.

- Una perspectiva des de les neurones mirall

El neurocientífic Iacoboni afirma que és molt probable que la imitació recíproca sigui l'experiència relacional que doni forma i reforci les neurones

mirall. Aquestes neurones s'activen no només mitjançant estímuls visuals, sinó també auditius, i alhora són motores i sensorials.

Les experiències relacionals comencen ja en el primer moment de la vida, quan el nadó fa associacions entre diferents tipus de moviments en veure que algú els reproduïx exactament. «Aquests moviments solen ser les expressions facials i les vocalitzacions habituals de qualsevol díade mare-fill en situacions pròpies del període de criança, com la lactància, el joc o el canvi de bolquers» (Arias *et al.*, 2014, p. 2).

En la literatura es relacionen les neurones mirall amb la capacitat d'imitació i, consegüentment, amb l'empatia i la diferenciació del jo. Una de les troballes més sorprenents és que permeten predir i anticipar les intencions i les respostes de l'altre des d'edats molt precoces. L'ésser humà és social des del naixement i està concebut per estar en contacte i relacionar-se amb els seus progenitors. Per això, entenem que un nen necessita un entorn amb adults capaços d'empatitzar amb el seu món intern per trobar el camí del llenguatge emocional. Com a resultat, el nen podrà mentalitzar els seus estats emocionals i dur a terme una funció reflexiva (Sáinz, 2017).

La plasticitat neuronal i el funcionament de les neurones mirall ens poden ajudar en els ajustaments relacionals i emocionals al llarg de la nostra vida. S'activen quan el subjecte veu o escolta algú complint una acció que està relacionada amb la seva experiència personal. El terapeuta que s'integra al domicili proporciona un model que acabarà sent imitat de manera inconscient, i part de la seva feina serà dur a la consciència aquest procés.

És a dir, al domicili tenim a favor nostre el marc de treball més natural, ja que la realitat familiar, els vincles i les relacions afectives s'estableixen en aquest mateix entorn. Per tant, podem considerar que l'atenció domiciliària és una eina potent a l'hora d'ajudar a equilibrar el món intern, el benestar emocional i les conductes de tots els membres de la família, des de la imitació i les experiències relacionals.

Presentació d'un cas clínic

El tractament que presentem té una durada de dos anys. La família ve a consultar sobre el seu fill de tres anys, que anomenarem Pau, per un retard en el llenguatge i dificultats en la relació i la comunicació. Durant el procés de diagnòsi s'observa un nen molt espantat que fa ús de mecanismes defensius de tipus obsessiu i autosensoial, amb dificultats per regular les emocions. La terapeuta referent comunica el diagnòstic de TEA als pares i inicia una psicoteràpia pares-nen. A les sessions, en Pau es mostra interessat a jugar amb el tren i amb uns animals. Els pares, presents a les sessions, comenten que a casa no juga i contínuament està irritable. És per això que s'indica iniciar una ajuda a la llar familiar i, paral·lelament, la terapeuta referent fa un seguiment

amb els pares des del despatx. Per a la presentació a la família es fa una sessió conjunta amb la terapeuta referent, els pares, el nen i la terapeuta a domicili.

A continuació, detallem tres moments del procés terapèutic: la fase inicial, la fase intermèdia i la fase final. Il·lustrem cada etapa amb una vinyeta de les sessions explicant l'estil terapèutic i la tècnica. Considerem important recordar que, encara que hàgim dividit el treball en tres fases, són aspectes que el terapeuta ha de tenir presents al llarg del procés terapèutic, no són exclusius de cada etapa, sinó més aviat complementaris i continus durant tot el treball a domicili.

- Fase inicial del procés terapèutic: ens obren les portes de la llar familiar

Decidir obrir la porta de casa és un pas significatiu per a la família i requereix tota una atenció especial per part del terapeuta abans d'entrar-hi. D'alguna manera cal transmetre l'agraïment i la confiança als pares ja que des de l'inici ofereixen un entorn molt íntim. Establir un vincle amb el terapeuta que fa la derivació ajuda a transmetre confiança a la família i en facilita la receptivitat. En alguns casos, es pot pactar una primera visita conjuntament o, amb el primer contacte telefònic de la família, recordar el terapeuta referent i reforçar el treball interdisciplinari.

Tal com hem comentat anteriorment, part d'aquesta atenció consisteix a establir un marc de treball extern per tal de donar una estructura a la sessió i mantenir una acollida a l'inici i un comiat al final de cada sessió. En les primeres visites, i també durant tot el procés, de vegades, el terapeuta es converteix en un continent extern on els pares dipositen el patiment i les angoixes, però alhora la contenció és una de les funcions més importants a tenir en compte en l'atenció domiciliària.

Vinyeta: És la primera visita al domicili de la família després de la presa de contacte feta al despatx amb la terapeuta referent.

La mare obre la porta, somrient, i pregunta si la terapeuta ha trobat bé la casa. Aquesta última contesta que sí i s'ajup a saludar en Pau, el qual, posant-se la mà al front li diu: «cap pupa». La mare explica que aquell matí en Pau s'havia fet mal i ho explica a tothom. Es dirigeixen cap al menjador i en Pau busca un ninot que no troben enlloc. El germà, que té un any, que anomenarem Biel, mira molt interessat la terapeuta, i la mare, sorpresa, diu que no s'esperava que li cridés tant l'atenció. Les joguines del germà ocupen tot l'espai del menjador i, en canvi, les d'en Pau estan situades en un racó dins d'una capsa de cartró mig estripada. En Pau agafa un trencaclosques i llença totes les peces a terra. La terapeuta diu que té moltes peces i el pare explica que abans no el sabia fer, que això el frustrava molt i que van decidir retirar-l'hi. En Pau diu que la mare està trista i, de cop i volta, s'estira a terra amb ràbia i es va donant cops de puny al cap. La mare diu que en Pau l'havia pegat perquè volia mirar més estona els dibuixos. En Pau comença a cridar amb expressió de tristesa i queixa alhora. La terapeuta se sent

aclaparada i pregunta si en Pau està plorant. El pare diu que no i li comença a tocar l'esquena i se'l posa a la falda. Llavors en Pau l'abraça amb molta força i li agafa la cara amb les dues mans fermament. El pare l'atura dient que no, i que això el fa posar trist. Llavors en Pau salta a la falda de la mare i li toca els cabells i els hi agafa amb suavitat. La mare fa una cara d'espant, com si anticipés el dolor; i el pare el renya. La mare aclareix que en Pau ho fa fluixet.

Comentari: Tot i que la terapeuta va al domicili perquè ho necessita un dels membres de la família, la seva funció acaba sent la de treballar amb tota la família. En ocasions, els pares no poden o no es permeten donar l'espai que requereixen els altres fills (Morrall *et al.*, 2012; Venturella, Cabré i Arias, 2014; Venturella, 2016). La presència a casa d'una altra figura adulta, de contenció i d'estimulació, fa que el germà Biel guanyi un cert protagonisme i, fins i tot, genera una reacció de sorpresa per part de la mare.

Estil terapèutic: Des d'un principi i durant tot el procés terapèutic, la terapeuta rep molta informació, tant verbal com no verbal, i necessita temps per anar-la elaborant. Podríem dir que és com un impacte emocional de molta fragilitat. L'observació és clau per tal d'entendre el lloc on se situa cadascú i com es dinamitza la família (Bick, 1964). La terapeuta escolta i alhora té una actitud activa durant la sessió. Tal com es descriu a la vinyeta, en Pau expressa el seu malestar d'una manera incomprensible. La terapeuta viu amb la família dificultats de contenció, impotència i vulnerabilitat. Per mitjà de la funció de *reverie* de la terapeuta, els pares es poden anar identificant amb ella i pensar conjuntament com ajudar el seu fill (Villanueva i Brun, 2013).

Tècnica: Es tracta de trobar diferents maneres i canals de comunicació verbals i no verbals per mitjà del joc. S'aporten idees i recursos a la família en la relació amb el seu fill. També cal transmetre esperança i fer possible que l'impensable es pugui anar mentalitzant. Tornant a la vinyeta, la terapeuta posa paraules a les emocions quan pregunta si en Pau està plorant. Sembla que això ajuda al fet que el pare l'aculli i se'l posi a la falda. Per tant, es tracta de donar veu al que pot sentir el nen verbalitzant els seus sentiments en l'aquí i ara de la sessió. D'aquesta manera, representant els estats interns mentals del nen, es promou la capacitat reflexiva dels pares. És a dir, s'afavoreix el reconeixement del fet que el nen està desenvolupant una ment diferenciada de la dels pares (Baradon *et al.*, 2005).

- Fase intermèdia del procés terapèutic: apropar pares i fills

Tal i com hem comentat en la fase inicial, és important afavorir que el nen internalitzi les atencions i la criança maternals. Per tant, continuarem descobrint les possibilitats i capacitats del nen i la seva família, és a dir, assenyalarem els moments de trobada emocional, quan es pot gaudir del fet d'estar junts.

Vinyeta: A continuació, descrivim breument com transcorre el tractament i assenyallem els esculls als quals la terapeuta ha de fer front juntament amb la família.

En unes quantes sessions en Pau va dir que no volia que la terapeuta hi anés a jugar, marxava del menjador i se n'anava a la seva habitació. La terapeuta intentava explicar als pares la importància que en Pau expressés les seves dificultats, que entre tots l'ajudarien i que formava part del procés terapèutic. També compartia amb els pares que era dolorós sentir-se rebutjada i la impotència que generava. La mare va començar a apropar-se a la terapeuta i s'hi va mostrar més afectuosa. Davant de tant patiment, en Biel tendia a jugar sol de manera autosuficient i sovint passava desapercebut. Un dels objectius era justament fer present en Biel i anar descrivint el que passava. De mica en mica, en Pau va iniciar un joc amb una gran càrrega emocional d'agressivitat i voracitat amb cocodrils, taurons que mossegaven i que es menjaven bebès. Després, de manera espontània, els curava i cuidava.

Comentari: Durant el tractament, els pares van compartir amb la terapeuta moments de molt patiment i d'impotència. La mare sovint es mostrava passiva quan el seu fill iniciava les rebequeries i es quedava immòbil davant les seves agressions. La terapeuta també s'havia quedat glaçada davant de tanta desesperació. En aquest sentit, Fraiberg (1982) va definir els mecanismes de defensa primitius: evitació, congelació, lluita, transformació de l'afecte i inversió en el contrari. Aquests es donen abans de la formació del *self*, no com a manera d'enfrontar-se al conflicte psíquic, sinó per protegir-se del món extern percebut com a perillós.

A la vinyeta observem que el germà s'entreté tot sol i no reclama res. Sovint el pare jugava amb ell i la mare amb el Pau. L'interès per l'altre i les ganes del joc compartit queden, en la majoria dels casos, poc equilibrats entre els germans quan un d'ells té el diagnòstic de TEA (Venturella, Cabré i Arias, 2014; Venturella, 2016), i és bastant habitual que els pares es divideixin en espais de joc separats. És funció de la terapeuta domiciliària entendre en quin moment s'ha de respectar aquesta divisió i en quines ocasions fomentar el joc compartit pot ser més beneficiós. Cal dir que quan en Pau va anar millorant, en Biel va començar a mostrar una conducta tirànica i antagonista. La freqüència i la intensitat de les seves rebequeries van portar els pares a demanar novament ajuda. Per mitjà d'unes sessions familiars es va poder anar afavorint que en Biel tingués el seu espai i que es pogués comprendre la fragilitat que manifestava.

Estil terapèutic: Amb el joc es va desenvolupant un treball de vincle conjunt entre els pares i la terapeuta per aconseguir una millor comprensió del funcionament mental del nen, i això comporta intentar apropar-s'hi d'una manera diferent. En aquest sentit, Vygotsky (1978) descriu la *zona de desenvolupament pròxim possible* com la diferència entre el grau de desenvolupament real actual i el grau de desenvolupament potencial. La

terapeuta ajuda els pares a tenir una actitud d'acollida i a poder estimular el desenvolupament del seu fill i, alhora, regula que això es doni d'una manera no massa intrusiva ni aclaparadora per al nen.

Tècnica: Quan s'ha establert una relació interna amb la família, el nen comença a mostrar vivències de rebuig i fa viure a la terapeuta les emocions que els pares pateixen amb el seu fill. És a dir, es transfereix a la terapeuta la relació que el nen té amb els seus pares. Tal i com es descriu a la vinyeta, és un moment difícil. De mica en mica, la terapeuta va contenint aquestes ansietats tan primitives, pensant-les i empatitzant amb les emocions de la família. Considerem que, tot i la intensitat, és un moment d'evolució. En aquest cas, i tractant-se d'un nen molt petit amb TEA, la terapeuta descriu la contratransferència en primera persona i posa paraules a l'esmentada congelació i a l'estat de no-integració. Sembla que la mare s'hi identifica i potser això la desculpabilitza. És a dir, el patiment és compartit amb la terapeuta i això alleugereix el sentiment de rebuig que el fill fa sentir als seus pares. Un altre aspecte a tenir en compte en la tècnica, és que la terapeuta fa aclariments i explica les conductes del nen (Villanueva i Brun, 2013), com per exemple, quan a la vinyeta hi apareix un joc d'agressivitat amb els animals i amb el bebè. Els pares es van espantar pel contingut violent i dubtaven si era bo deixar que continués jugant. La terapeuta els explica la importància de representar mitjançant el joc i la necessitat de fer-ho en presència dels pares, i així es legitimen aquestes emocions que sovint són titllades de negatives i dolentes.

- Fase final del procés terapèutic: el comiat i el moment d'acabar

Finalitzar una atenció a domicili pot ocórrer per iniciativa de la família o per proposta del terapeuta. En tot cas, és important considerar el treball que s'ha fet, pensar en quin moment del procés es decideix finalitzar-lo i intentar entendre com la família ha viscut el tractament i quina vivència en conserva i retornar als pares una comprensió del que ha passat des de la perspectiva del terapeuta. També creiem que és important estar disponible en cas que en un futur calgués reprendre un treball, reforçar i agrair-los tota la confiança per haver permès al terapeuta que entrés en un espai tan íntim com és la llar familiar.

Vinyeta: Encara que presentem aquesta vinyeta en fase final, no és l'última visita que es va fer al domicili. És la sessió que porta la terapeuta a plantejar el canvi de marc de treball, és a dir, passar de l'atenció domiciliària a l'atenció al despatx de manera individual.

La mare i en Biel obren la porta i saluden. El pare surt de la cuina i també diu «hola». En Pau està rient estirat al sofà tot tapant-se la cara amb un coixí. La terapeuta diu: «No hi és en Pau? Jo que volia jugar amb ell!». En Pau riu amb més emoció i la terapeuta afegeix: «Ui, sí que hi és. És aquí, amagat!». De cop i volta, en Pau surt disparat del sofà, agafa una corda i exclama: «Vull jugar a l'aigua calenta!». Els pares, satisfets, ensenyen a la

terapeuta que han comprat una prestatgeria; és ferma i alhora permet posar i treure les joguines. En Pau posa la corda a terra en forma de cercle i explica que hi ha aigua calenta i que hem d'esperar. La terapeuta recorda que havien fet aquest joc el dia anterior, que hi havia uns animals que havien d'esperar-se molt i això no els va agradar gens. En Pau riu, i el pare diu que sí, que això també passa a casa a l'hora de banyar-se. La terapeuta es fixa en el germà, que, insistentment, intenta posar un bebè dins un cotxet. Descriu el que està fent i la mare l'ajuda. Llavors en Pau agafa la corda i diu a la terapeuta d'anar al costat d'un moble. Estan una mica apartats i li xiuxiueja a l'orella: «Aquesta és casa nostra i estem tots dos sols!». Li proposa de jugar a cavalls i li ha dit que la terapeuta sigui el seu cavall. Els pares no l'havien vist mai jugar a aquest joc i li pregunten on l'ha après, però ell no contesta. La terapeuta li pregunta com s'hi juga i el nen li posa una corda a la cintura i li dona instruccions: a la dreta, recte, etc. Després el nen diu que és un tigre i que ha d'esgarrapar en Biel. La terapeuta s'apropa molt lentament al seu germà i en Pau estira suaument la corda cap enrere i exclama: «Jo sóc la mama i et salvaré!».

Comentari: La iniciativa de finalitzar les visites al domicili va sorgir de la terapeuta després de dos anys de tractament. Tal com hem comentat anteriorment, quan hi ha una millora i un canvi de les dinàmiques familiars, es va organitzant un espai físic on tots els membres de la família poden estar junts i compartir un joc. En aquesta vinyeta, els pares mostren contents el nou lloc on desen les joguines. Al començament era una capsa estripada, un continent danyat que podria representar les dificultats de la capacitat de *reverie* dels pares. I al final de l'ajuda han muntat una nova prestatgeria que és sòlida i alhora accessible. Hi ha una evolució de les funcions paternes, i els pares han anat introjectant la capacitat de pensar en el nen i d'observació. Alhora, per primera vegada en Pau demana a la terapeuta que s'allunyin i estiguin tots dos sols. És a dir, justament quan en Pau expressa en la transferència vivències internes i fantasies primitives demana el seu racó, per compartir amb la terapeuta. Podríem pensar que necessita el seu espai per continuar l'elaboració de les pròpies angoixes d'una manera individual.

Estil terapèutic: La terapeuta acompanya la família com a jo auxiliar per tal de fomentar la capacitat de mentalització parental, és a dir, ajudar els pares a reflexionar sobre l'experiència mental interna pròpia i la del seu fill (Dangerfield, 2016). El *setting* extern està constituït i el *setting* intern es consolida.

Tècnica: Al llarg del procés terapèutic van sorgint dubtes sobre les conductes i els canvis del nen. La terapeuta adreça les preguntes un altre cop als pares i els ajuda a confiar en la seva capacitat de trobar la resposta. També es fa un recull del procés terapèutic identificant les dificultats a les quals han fet front i alhora revisant altres aspectes que cal continuar treballant. Aquesta tècnica pot ajudar els pares a assimilar una perspectiva diferent des que van iniciar

l'ajuda fins al moment actual, i així donar forma al recorregut fet conjuntament (Baradon *et al.*, 2005).

Idees per concloure

L'atenció domiciliària inclou molts conceptes, però estan poc definits. En aquest sentit, considerem fonamental no només descriure aquests conceptes, sinó, principalment, entendre entre nosaltres, els professionals, la importància de la dinàmica que es dona a la casa com a espai terapèutic i la potent eina de canvi que pot arribar a ser, sense menystenir la necessitat del treball clínic i interdisciplinari.

La poca difusió d'aquesta manera de treballar, l'exigent formació i capacitació del professional disposat a portar-la a terme, fa que les famílies gairebé no coneguin aquesta opció terapèutica i que estigui poc reconeguda i valorada entre els mateixos professionals. No obstant això, entre els que ja fan aquest treball i n'han vist els beneficis, la indicació i la derivació acaba sent cada vegada més freqüent. En aquest context, creiem que és essencial reflexionar sobre com es du a terme aquesta derivació, com el psicòleg referent o un altre professional poden abordar i proposar a la família l'atenció domiciliària.

A la consulta, ens trobem pares que verbalitzen la necessitat que els ajudin en el seu entorn natural, i d'altres que diuen que volen rebre una ajuda més intensiva per al seu fill. Segons la nostra experiència, observem que quan s'indica aquest tipus de tractament hi ha una tendència a acceptar-la amb agraïment i confiança. El treball previ del terapeuta referent amb la família afavorirà l'adhesió a l'ajuda domiciliària. També es fa necessari, ja des de l'inici, explicar en què consisteix i definir el marc de treball per tal d'evitar malentesos, confusions i falses expectatives. Considerem que pot ser contraindicat quan la família presenta ansietats persecutòries i la transferència és negativa.

La mateixa cura amb què es fa una indicació o una derivació ha de mantenir-se a l'hora de coordinar-se entre els professionals, entre els quals la comunicació ha de ser constant. Es considera que el treball en la primera infància és un tractament global i multidisciplinari tenint en compte el nen i la seva família (Busquets, 2016). És crucial que sigui de caràcter interdisciplinari i d'orientació holística, si considerem que la intervenció abasta aspectes intrapersonals, biològics, psíquics, socials i educatius propis de cada individu, i interpersonals, relacionats amb el seu propi entorn, com són la família, l'escola i la cultura (Llibre Blanc d'Atenció Precoç, 2001). Aquesta visió integral implica una coordinació entre els professionals que atenen el nen amb la finalitat d'oferir a la família una coherència assistencial el més gran possible (Viloca, 2007).

És convenient que hi hagi un professional estable que faci la funció d'acompanyament durant la detecció de les possibles alteracions en el desenvolupament infantil (Llibre Blanc de l'Atenció Precoç, 2001). El professional estable ha de ser una referència a l'hora de comunicar i informar la família, i ha de representar el punt central de les coordinacions entre professionals i institucions, de manera que pugui oferir un acompanyament al llarg del procés de derivacions i seguiments. Aquest marc ajudarà el nen i la família a situar-se en les diferents relacions amb cada professional.

Finalitzem aquest article amb l'esperança que el material recollit i relacionat amb els conceptes clínics de l'atenció domiciliària segueixi obrint les portes per donar-la a conèixer, ampliant cada vegada més l'interès en aquest tipus d'intervenció, tant en teoria com a la pràctica. No obstant això, destaquem que, tot i que en el material clínic ens hem centrat en un nen amb TEA, creiem que l'atenció a domicili també es pot fer de manera preventiva o en casos de dificultats del desenvolupament.

RESUMEN

Este artículo clínico describe nuestra experiencia como terapeutas a domicilio en atención precoz. En él, definimos los conceptos del *setting* dentro de un marco de trabajo para un espacio tan íntimo y privado como es el domicilio familiar. Asimismo, presentamos el caso clínico de un niño de tres años diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista (TEA) a fin de entender la fase inicial, la intermedia y la final del proceso terapéutico. Finalmente, reflexionamos sobre la importancia de la formación y coordinación entre profesionales a la hora de ofrecer este tipo de ayuda.

Palabras clave: atención precoz, atención a domicilio, entorno natural, trastorno del espectro autista (TEA)

SUMMARY

In this clinical paper we describe our experience as home-based therapists working with young children. We define concepts such as *setting* within a framework as intimate and private as the family home. We present the clinical case of a child aged 3 diagnosed with an autism spectrum disorder (ASD) to illustrate the initial, middle and final phases of the therapeutic process. Finally, we reflect on the importance of training and coordination of professionals when offering this type of treatment.

Key words: early years, home-based therapy, natural settings, autistic spectrum disorder (ASD)

BIBLIOGRAFIA

- A.V. (2001). *Llibre Blanc de l'Atenció Precoç*. Barcelona, Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona
- ACQUARONE, S. i JIMÉNEZ, I. (2016). *Changing Destinies: The Re-Start Infant Family Programme for Early Autistic Behaviours*. Londres, Karnac
- ARIAS, E., CASTELLÓ, C., FIESCHI, E., MESTRES, M. i SOLDEVILA, A. (2014). Investigación observacional: una experiencia de intervención en niños con TEA basada en la teoría de las neuronas espejo. *Temas de Psicoanálisis*, 7
- BARADON, T., BROUGHTON, C., JAMES, J., JOYCE, A. i WOODHEAD, J. (2005). *The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy. Claiming the Baby*. Londres, Routledge
- BEEBE, B. i LACHMANN, F. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanal. Psychol.*, 15, p. 480-516
- BICK, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *Int. J. Psychoanal.*, 45, p. 558-566
- BRUN, J.M., AIXANDRI, N. i OLIVES, S. (2017). Programa AGIRA (2007-2015): números para una reflexión. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 63, p. 63-74
- BUSQUETS, L. (2016). Trabajo psicoterapéutico en la primera infancia según el pensamiento psicoanalítico. *EFPP Psychoanalytic Psychotherapy Review*, 1-11. En línia: http://www.efpp.org/review/EFPP_Review_11_2016.pdf [Consulta: 5 d'agost de 2017]
- CODERCH, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid, Ágora Relacional
- CYRULNIK, B. (2016). El nen sobreprotegit és més passiu. *La Vanguardia*, 20 de febrer de 2016. Barcelona
- DANGERFIELD, M. (2016). "Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món". Aspectes tècnics del treball amb adolescents negligits. *Rev. Cat. Psicoanál.*, 33, p. 99-129
- FRAIBERG, S. (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health: The first years of life*. Londres, Tavistock Publications
- (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51 (4), p. 612-635
- FREUD, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (El pequeño Hans); A propósito de un caso de neurosis obsesiva (El hombre de las ratas). A *Obras Completas*, vol. X. Buenos Aires, Amorrortu
- (1916-17). Conferencias de introducción al psicoanálisis. A *Obras Completas*, vol. XVI. Buenos Aires, Amorrortu
- (1917-19). Historia de una neurosis infantil (El hombre de los lobos) y otras obras. A *Obras Completas*, vol. XVII. Buenos Aires, Amorrortu
- GERHARDT, S. (2008). *El amor maternal. La influencia del afecto en el desarrollo mental y emocional del bebé*. Barcelona, Albesa
- GUERRA, V. (2009). *Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé*. Curs dictat per l'autor al Ministeri d'Educació i Cultura d'Uruguay. Montevideo, març 2009
- HERMANN, M.C. (2014). *Acompañamiento terapéutico y psicosis: articulador de lo real, simbólico e imaginario*. Buenos Aires, Letra Viva
- HOUZEL, D. (1993). El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés. *Revista Sepypna*, 15-16, p. 73-95

- KLEIN, M. (1955). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. *A Obras Completas*, Vol. III. Buenos Aires, Editorial Paidós
- MORRAL, A., ALCÁCER, B., SÁNCHEZ, E., MESTRES, M., FARRÉS, N., MONREAL, N. i GONZÁLEZ, S. (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona, Horsori
- NICOLÓ, A.M. (2014). *Psicoanálisis y familia*. Barcelona, Herder
- ORSCHANSKI, E. (2016). *Mírame ma*. Córdoba, Argentina, Emporio Ediciones
- SÁINZ, F.B. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Barcelona, Herder
- SALVADOR, G. (2009). *Familia. Experiencia grupal básica*. Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer/Paidós
- TIZÓN, J.L. (2011). Funciones Psicosociales de la familia y cuidados tempranos de la infancia. *Temas de Psicoanálisis*, 1
- (2014). Crisi social i “parentalitat líquida”: problemes i oportunitats. *Rev. Cat. Psicoanàl.*, XXX/2, p. 65-89
- TOUS, J. (1993). Interpretación y encuadre en la psicoterapia de la primera infancia. *Revista Sepypna*, 15-16, p. 123-135
- UELK, M. & LONG, T. (2015). *Home visiting: supporting families to flourish through quality programs*. Washington, DC, Georgetown University Center for Child and Human Development
- VENTURELLA, M. (2016). *Autismo, un hermano, otros hermanos, un grupo. Estudio observacional del proceso de un grupo de niños con hermanos diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista (TEA)*. Tesi doctoral publicada a la xarxa: <http://hdl.handle.net/10803/392132>
- VENTURELLA, M., CABRÉ, V. i ARIAS, E. (2014). Estudio exploratorio sobre la percepción familiar de hermanos de niños autistas: Participar o no participar de un grupo de apoyo. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 4 (2), p. 291-304
- VILLANUEVA, R. i BRUN, J.M. (2008). Projecte AGIRA: Assistència Global a Infants amb Risc d'Autisme, dins l'Atenció Precoç. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 29, p. 31-49
- (2013). El treball del personal terapèutic de suport domiciliari (PTSD) dins el programa AGIRA [Newsletter]. Recuperat el 4 de gener de 2016 a: http://www.programa-agira.com/documents/AGIRA%20Newsletter_1.pdf
- VILOCA, L. (2007). La prevenció en Salut Mental Infantil. *Rev. Cat. Psicoanàl.*, XXIV/1-2, p. 97-112
- VYGOSTSKY, L. (1978). *Interaction between Learning and Development. In mind in Society*. Cambridge, Harvard University Press