

# Funció mediadora uterina en l'autisme: la co-construcció de la possibilitat de tocar i ser tocat en el vincle terapèutic<sup>1 2</sup>

– Ema Ponce de León –

Psicòloga clínica, PhD, Psicoanalista  
(Asociación Psicoanalítica del  
Uruguay-IPA). Montevideo (Uruguai)



## INTRODUCCIÓ AL CONCEPTE DE “TACT-PULSION”

En l'autisme hi ha grans interferències entre tocar i ser tocat per l'altre. Quines hipòtesis poden sorgir d'aquests casos

i quins recursos terapèutics podem fer servir?

Régine Prat, psicoanalista francesa, ha proposat el concepte de “tact-pulsion”, que és de gran interès per comprendre psicoanalíticament les dificultats amb el tacte en l'autisme, així com les estratègies utilitzades per aconseguir efectes positius en l'evolució general dels pacients.

És per això que començaré per transmetre les seves idees, partint d'una comunicació personal i abreujada de l'autora, que podeu aprofundir en la seva obra publicada (Prat, 2021).

Les investigacions recolzades en l'embriologia i la imatgeologia, en particular l'ecografia prenatal, han permès observar que a la vida intrauterina hi ha manifestacions de vida psíquica i que es pot concebre una consciència subjectiva molt primerenca.

La primera sensorialitat és la del tacte, que comença a transmetre estímuls a

la regió peri-oral al voltant de la vuitena setmana de desenvolupament embriològic. És cridaner que al primer contacte li segueixi un replegament, que es pot pensar com un “reflex” per evitar una novetat que trastorna totes les dades. Després segueix una cerca de contacte, que és la primera transformació psíquica d'una dada somàtica. A aquest enllaç intermediari entre l'excitació somàtica i l'activitat psíquica, definit per Freud com a pulsí, Régine Prat proposa qualificar-ho, en la seva especificitat tàctil, com a “tact-pulsion”.

La cerca de contacte organitza de manera molt precisa el conjunt de la motricitat del fetus en una exploració del ritme de l'alternança agafar-deixar anar: els jocs rítmics, antecessors del fort-da, ocupen una part essencial del temps de vigília del fetus. Aquesta cerca se sustenta en el plaer evident que produeix i es pot hipotetitzar una memòria de manera que ancora aquest plaer en el tacte original. Els altres modes sensorials tindran com a objectiu cercar la satisfacció, en continuïtat amb el “tact-pulsion”: estar en contacte auditiu, després visual. A través del processament “amodal” de la informació sensorial es pot reconèixer una cara que mai no s'ha vist, sinó que només s'ha tocat (Reid et al., 2017). També s'evidencien alguns indicis de percebre diferències en el ritme dels moviments del fetus cap als ulls i la boca (Zoia et al., 2012). Els fetus comencen a obrir la boca abans del contacte amb la mà, cosa que marca l'anticipació i representació de la seqüència completa de moviments (Myowa-Yamakoshi, 2006).

Hi ha, així mateix, investigacions sobre els estímuls sonors i les reaccions que susciten al fetus, entre elles el reconeixement de la veu materna (Maiello, 2000), amb les consegüents conseqüències en la diferenciació del psiquisme a partir de la unió psicofísica primordial.

Un mode de representació, el pensament i les primeres diferenciacions s'ancoren en l'experiència reversible del contacte, permetent diferències entre jo-no jo, interior-exterior, dur-tou...

El que anomenem innat hauria d'incloure les experiències transcorregudes in utero, així com el que les pot haver obstaculitzat en una etapa primerenca. Considerar el “tact-pulsion” i la seva memòria de la forma com el primer motor i el primer organitzador del psiquisme obre el camí a una eina clínica de primer rang durant els tractaments que s'ocupen de reconstruir un desenvolupament inicial obstaculitzat.

Aquest aspecte essencial, que és el contacte, està ancorat en un origen pulsional que Prat anomena “tact-pulsion”, cosa que dona una gran coherència a aquestes situacions clíniques des dels punts de vista metapsicològic, de desenvolupament i terapèutic: en efecte, el camí terapèutic segueix el mateix camí que el desenvolupament i que el camí mateix del “tact-pulsion”.

## CAS CLÍNIC<sup>3</sup>

En Manuel arriba a la consulta als quatre anys, a causa de la resistència dels pares d'acceptar el diagnòstic de TEA. És un nen que presenta freqüentment crisis de plor i crits, intolerables per a l'entorn, fugint

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

<sup>2</sup> Una versió del present treball ha estat publicada a la *Revue Canadienne de Psychanalyse*, Vol 29, No 2, Tardor 2021, amb el títol de “La co-construction de la possibilité de toucher et d'être touché dans le lien thérapeutique”.

<sup>3</sup> Agraïeix a la meua col·lega Marisa Pereira que m'hagi permès utilitzar el seu material clínic.

de tota mena de contacte. Impressiona com un animal salvatge. Resulta impossible calmar-lo i, davant de la proximitat corporal, mossega o estira els cabells als adults. No tolera els canvis, ni romandre en un espai tancat, no vol entrar al consultori, entra i surt permanentment dels espais, passejant pel pati, el jardí, sense desenvolupar cap joc. Corre riscos i es fa mal sovint. Té llenguatge, però sense finalitat comunicativa. La terapeuta el segueix i intenta acoblar-se a qualsevol iniciativa mínima. L'inici del treball amb en Manuel és summament difícil i genera gran impotència. Les primeres interaccions són a través d'una anar i tornar de pilota, de poca durada.

En una etapa posterior, on aconseguim romandre al consultori, comença a amagar-se sota una tela que cobreix un divan i repeteix aquesta activitat i comença a romandre quiet i calmat. La terapeuta s'acosta, primer des de la paraula, però si s'asseu al costat, li pica amb els peus. Comença a cantar cançons de bressol i en aquests moments tolera millor la proximitat. Moltes vegades es descalça i amb els peus nus es posa sota el llençol. Altres vegades s'aixeca la samarreta deixant part del tors nu.

La terapeuta intenta formes d'apropament en aquesta situació on es mostra en calma i més receptiu. Algunes vegades li fa puntades de peu, però accepta que li toqui els peus a través del llençol, acompanyat de cançons de bressol. Després acceptarà que l'abraçi a través del llençol.

Aquest ritual es desenvolupa durant un bon temps i s'estableix com a forma de calmar-se i organitzar-se per poder acabar la sessió. Comença a resistir-se a anar-se'n al final de la sessió, no accepta posar-se les sabates i se'n va descalç. En aquest procés aconseguim dir la paraula "llençol" i així demana aquesta experiència. Comença a lliscar pel divan com si fos un tobogan, accepta que la terapeuta l'estiri dels peus i gaudeix. Comencen a

cantar junts cançons referides als peus, als dits i accepta pessigolles.

Més endavant, permet que la terapeuta s'introdueixi sota el llençol, que passa a anomenar casa o carpa. Al principi, estableix una barrera, però després va acceptant compartir aquest espai on aconseguim el major contacte visual, així com conversar i abraçar. Es transforma en un joc d'amagar, on s'amaguen alternativament ell o la terapeuta. Un any després d'aquestes experiències i quan en Manuel ja ha fet enormes progressos en tots els àmbits, inclòs l'escolar, la carpa és el lloc on accepta la proximitat física i afectiva més gran, busca l'abraçada per gaudi, la contenció emocional i autoregular-se quan està angoixat. Convida a la terapeuta a que comparteixi aquest espai amb ell. La terapeuta sent que aquest procés sota el llençol és el que va possibilitar el contacte físic i va iniciar el vincle afectiu amb en Manuel.

Com pensem el rebuig inicial al contacte físic i afectiu que presenta en Manuel i la progressiva acceptació de l'altre a través del llençol, per començar després a gaudir de ser tocat i d'establir un vincle?

A més de l'evidència clínica de les dificultats dels infants amb TEA referides al tacte, els estudis neurocientífics estableixen una correlació entre molts símptomes i aspectes neurològics. El rebuig a acceptar ser tocats, fins i tot de vegades pels seus pares, es relaciona amb una disfunció per al processament socio-emocional de tres modalitats sensorials: el tacte, la vista i el so i una actitud defensiva davant seu (Kaiser et al., 2016)<sup>4</sup>. El sistema del tacte es desenvolupa abans del naixement (Kisilvsky et al., 1998), tal com va assenyalar Prat, i hi ha en el desenvolupament típic una comprensió innata del sentit emocional i social del tacte.

Tapar-se amb el llençol suggereix la necessitat de crear una barrera per l'excitació. Ofereix un embolcall protector

davant dels estímuls permetent mantenir-se calmat. Però no es tracta només d'un efecte imaginari, sinó d'un efecte físic, ja que el llençol pren contacte amb la pell i en Manuel busca aquest contacte directe amb la pell dels peus i el tors. D'aquesta manera ell mateix pot controlar i dosificar els estímuls, evita el contacte visual i permet el tacte suau, flexible i lleu del llençol, un objecte al qual està habituat a la seva vida quotidiana. Aquí, proposem una hipòtesi: aquest objecte suau, flexible i que embolcalla podria associar-se al líquid amniòtic com el primer element de contacte amb tota la superfície del cos, oficiant d'amortidor per als estímuls? Es tracta d'un element mediador entre el tacte i allò exterior a si mateix: els objectes sòlids com la paret uterina, la placenta, el cordó umbilical, etc.

La vida intrauterina ofereix un mitjà mal·leable, previ al naixement, que permet que el nadó exerciti els seus moviments i els seus sentits, sense oferir resistència i on té un control més gran que el que tindrà després del naixement. Si el naixement és considerat traumàtic en el desenvolupament típic, imaginem les vivències intenses de desplaer i dolor que poden provocar els canvis abruptes en infants amb una disfunció sensorial. Amb la pèrdua de l'embolcall líquid el nadó ha d'afrontar: el pas de la tebior al fred, exposició de la pell a l'aire i en contacte amb estímuls forts i invasius, la força de la gravetat que modifica el moviment i canvis al sistema respiratori i circulatori.

La mare i l'ambient comencen a proveir noves i variades experiències de tocar i ser tocats, però en els infants autistes semblarien connectar amb quelcom desplaent i traumàtic. És freqüent que repeteixin situacions de ficar-se "dins" i sortir, que evoquen allò intrauterí i el naixement, així com allò traumàtic d'aquest passatge.

En base a estudis existents, és possible hipotetitzar que les alteracions sensorials constitucionals de l'autisme

<sup>4</sup> Existeixen estudis previs que evidencien disfunció en àrees cerebrals d'associació heteromodal (sistema límbic i hipotàlem en connexió amb el lòbul inferior parietal) involucrades en el processament de les respostes als estímuls visuals i auditius. Aquest estudi (Kaiser et al., 2016) mostra que existeix un dèficit en aquest processament compartit per com a mínim tres modalitats sensorials: el tacte, la vista i l'oïda. Degut a un descens de l'activació de la zona del cervell responsable del processament socio-emocional en resposta al tacte, que permet una comprensió innata del significat social i emocional del tacte.



*Tapar-se amb el llençol suggereix la necessitat de crear una barrera per l'excitació. Ofereix un embolcall protector davant dels estímuls permetent mantenir-se calmat.*

afectin primerencament els processos que comencen in utero, potser la transmodalitat mateixa i l'organitzador psíquic d'"agafar-deixar anar". A l'autisme s'observen diverses alteracions relatives al tacte: exploració amb el dors de la mà o utilització de la mà de l'altre com a intermediària, manipulació estereotipada (com obrir-tancar, alinear) aferrament a objectes durs, contacte adhesiu amb les superfícies, dificultat per deixar anar els objectes. També es pot relacionar amb la modalitat "adhesiva" d'enganxar-se a l'altre, amb una ansietat de separació punyent de la mare o altres figures. Tant en el rebuig de ser tocats com en quedar-se enganxats, hi ha un trastocament del contacte i de la "flexibilitat" davant del "tocar-deixar anar", "unió-separació". És a dir, la clínica ens ofereix l'oportunitat d'observar requeriments diferents en el processament del tacte per part dels infants amb autisme. Generalment, no to-

leren el tacte directe, sinó mitjançant un mediador, fins i tot es facilita la trobada de mirades a través de lents.

A les sessions apareix la necessitat d'un objecte intermediari que pugui anar dosificant el contacte entre ell mateix i l'altre. Amb en Manuel, la terapeuta aprofita aquest senyal del nen per acostar-se de maneres en què ell pugui anar acceptant ser tocat i tocar. També les cançons de bressol constitueixen, a través de la musicalitat de la veu, un embolcall sonor, que modula l'estímul auditiu, que en Manuel rep de manera plaent. Aquesta etapa podria considerar-se una co-construcció conjunta d'un nou processament del tacte, una transformació que, segurament, té un correlat neurològic, recolzada en la plasticitat cerebral.

Aquesta transformació continua després del naixement en un vincle amb un altre, per la qual cosa és un processa-

ment sensorial i emocional que es donen a l'uníson. En els nens amb necessitats especials aquests processos s'han de produir en condicions especials, on l'altre es pugui acostar amb lleugeresa, amb un "tacte" especial, tan suau, modulats i mal·leables com el que es produeix a través del líquid amniòtic.

Com podem pensar el que passa amb el moviment pulsional originari "de tocar" en l'autisme?

Podem proposar la hipòtesi de factors constitucionals que interfereixen en el passatge de l'evitació del contacte a la cerca de contacte que passa entre les 8 i 11 setmanes de gestació? Si seguim aquesta proposta, potser aquestes interferències en el desenvolupament prenatal distorsionen l'emergència del "tact-pulsion" en l'autisme, alterant les possibilitats de transformació del sensorial traumàtic i del desenvolupament pulsional en general?

## EN SÍNTESI

Hi ha investigacions que avalen que els infants que presenten dificultats serioses per establir un vincle presenten una alteració en el processament sensoriomotriu i emocional del tocar. Si seguim la proposta de Prat, aquesta alteració podria interferir l'empenta a "tocar/entrar en contacte" que defineixen el "tact-pulsion", des d'allò prenatal i en el seu desenvolupament posterior. També ens podem preguntar, seguint aquesta autora, si aquesta interferència pot haver esdevingut per una aturada o no evolució del replegament al contacte, sense transformació del que és somàtic en un primer moviment psíquic que configura el "tact-pulsion". En aquests casos, l'infant queda lliurat a l'excitació i la desregulació afectiva, com vam veure amb en Manuel.

Per part meua, he proposat una hipòtesi referida a la funció del líquid amniòtic com a mediador del tacte a l'úter. En el cas relatat, s'observa allò que anomenem una "funció medidora uterina", hereva del líquid amniòtic i que suposa submi-

nistrar modalitats i objectes mediadors per permetre tocar i ser tocat. És part del treball terapèutic de co-construcció amb el pacient d'un procés de transformació des de l'evitació i el temor cap al tocar, ser tocat amb plaer i gaudi i, així, aconseguir la connexió afectiva i que emergeixi la subjectivitat. ●

## BIBLIOGRAFIA

**Kaiser, M. D., Yang, D. Y. J., Voos, A. C., Bennett, R. H., Gordon, I., Pretzsch, C., Beam, D., Keifer, C., Eilbott, J., McGlone, F. i Pelphrey, K. A.** (2016). Brain mechanisms for processing affective (and nonaffective) touch are atypical in autism. *Cerebral Cortex*, 26 (6), 2705-2714.

**Kisilevsky, B. S. i Low, J. A.** (1998). Human fetal behavior: 100 years of study. *Developmental review*, 18 (1), 1-29.

**Maiello, S.** (2000). Trames sonores et rythmiques primordiales. *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, 26.

**Myowa-Yamakoshi, M. i Takeshita, H.** (2006). Do Human Fetuses Anticipate Self-Oriented Actions? A Study by Four-Dimensional (4D) Ultrasonography. *Infancy*, 10, 289-301.

**Prat, R.** (2021). Exploration du concept de tact-pulsion. *Revue Canadienne de Psychanalyse*, 29.

**Reid, V. M., Dunn, K., Young R. J., Johnson, A., Donovan, T. i Reissland, N.** (2017). The Human Fetus Preferentially Engages with Facelike Visual Stimuli. *Current Biology*. (Recuperat a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2017.05.044>)

**Zoia, S., D'ottavio G., Blason, L., Biancotto M., Bulgheroni M. i Castiello, U.** (2012). Développement de l'action planifiée chez le foetus humain. *Enfance*, 64 (1), 9-23.