

**LA INTERVENCIÓ PSICOPEDAGÒGICA EN
ELS TRASTORNS GENERALITZATS DEL
DESENVOLUPAMENT. (AUTISMES I
PSICOSIS INFANTILS).**

**Montse Gallofré i Bellido. Pedagoga
Rosa M^a Miró i Rovira. Pedagoga
Francesc Vilà i Codina. Psicòleg Clínic
(Col·laboració d'En Josep M^a Brun.Psicòleg Clínic.)**

Maig de 2001

INDEX

1a. Part.	
Què és això?. Qui són aquestes persones?	2
2a. Part.	
Intervenció Educativa i Suports.....	5
A. <i>Model Assistencial</i>	5
B. <i>Propostes Educatives</i>	7
C. <i>Metodologia</i>	8
3a. Part.	
Treball en Xarxa.....	11
Bibliografia.....	13
Annex.....	15

1a. Part.

Què és això?. Qui són les persones que tenen això ?.

Els anomenats **trastorns generalitzats del desenvolupament** són perturbacions mentals, sorgides en el primer temps de la vida o el llarg de la primera infància, que afecten sovint de forma global la mentalitat de la persona, les capacitats psíquiques bàsiques, les funcions psicomotores, i també la maduració somàtica. Habitualment són coneguts com els autismes i les psicosis de la infància.

Abans de presentar-los cal pensar en allò que ens recorda Freud sobre la infantesa. Els adults hem transformat la memòria de la nostra infància per que els records d'aquesta època solen evocar emocions molt vives de les que ens defensem. Això ens ha de fer estar alerta respecte de la dificultat que tenim sovint per reconèixer i entendre les problemàtiques de les persones amb Trastorns Generalitzats del Desenvolupament. Molts cops les seves vivències i els nostres oblits fan un garbuix.

Els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament mostren una diversitat de cursos clínics, pronòstics i estils de vida, que van de situacions extremadament dependents i deficitàries fins a la normalització o restitució "*ad íntegrum*" de la salut mental. No obstant, en molts casos, la problemàtica sol ser important. El **Diagnòstic a temps** en l'etapa crítica de maduració i desenvolupament de l'infant, abans de l'escolarització obligatòria, és capital per què l'atenció temprana modifiqui positivament el procés patològic.

El Diagnòstic a temps suposa la interpretació per part dels especialistes d'un conjunt de signes precoços que alerten d'una possible evolució psicòtica. La associació i agrupament dels mateixos resulta evocadora segons els autors Mazet i Houzel.

- Trastorns precoços d'alimentació.
- Trastorns de la son. *Insomni calmat*.
- Absència d'actitud anticipadora en agafar l'infant. Manca d'adequació postural de l'infant portat en braços.
- No aparició dels primers organitzadors (SPITZ): somriure al rostre humà (vuitena setmana), angoixa del vuitè mes.
- Interès excessivament exclusiu pels jocs de mans davant dels ulls, a partir dels 5-6 mesos.
- Desinterès molt precoç pels jocs, picarols, sonalls, etc.
- Abandó o pèrdua d'una adquisició després dels primers assatjos.
- Imatge de lactant particularment tranquil, que no plora o que ho fa ben poc.

Per altre part, quan aquests infants arriben a l'etapa escolar i persisteixen els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament l'objectiu de treball per l'equip multidisciplinar ja no es centre en la curació, sovint irrealitzable i improbable, i per tant frustrant. El nou objectiu de l'equip és la millora. Per tant el mestre ha de poder conviure amb un nen amb unes dificultats cròniques.

La **raó epidemiològica** de prevalença més alta coneguda en nens i nenes d'edat escolar es xifra entre 12 i 36 per cada 10.000 infants nascuts. Es sol acordar que 3 infants presenten un quadre autístic complert, 5 són casos incomplets, 4 una diversitat de simptomatologia psicòtica, 3 quadres regressius, 5 pre-psicosis i psicosis afectives i la resta, evolucions disharmòniques diverses. En general, dos terços són nois i un terç noies.

Si bé aquestes persones poden ser concebudes o néixer amb certa vulnerabilitat somàtica predeterminant de quadres mixtes orgànics i mentals -alteracions genètiques, morfològiques, problemàtiques greu en la maduració somàtica, patiment fetal, accidents peri o post natal, etc... - la seva afecció sol ser el testimoni de la confluència de diversos condicionants somàtics, psíquics i ambientals en el temps del desenvolupament.

Per tant, aquestes persones no neixen autistes o psicòtiques, sinó que es conformen així al llarg del temps d'humanització que els especialistes xifren entre els primers sis mesos i aproximadament els trenta-sis mesos de vida. Període limitat per l'aprenentatge i l'ús significatiu de la llengua materna.

L'evolució clínica d'aquests trastorns es manifesta amb **una problemàtica inicial o prodòmica** associada a perplexitat, confusió i marasme, **un temps agut** del quadre, seguit sovint de **fases mesetaries** de la pertorbació, i **la resolució de la malaltia**, normalitzadora o no. Els trastorns generalitzats del desenvolupament atesos com a alumnes en l'edat escolar, són aquelles persones que han resolt la malaltia per la via de la cronificació o d'estats mesetaris no concloents. La manifestació de la seva malaltia mental s'expressa en un **contínuum psicopatològic** que va des de les formes més extremes de la discapacitat fins a les formes més benignes de la disharmonia evolutiva.

S'acostuma a classificar aquest síndrome a partir de manifestacions mòrbides descrites per diversos autors com són:

- el quadre autístic precoç i l'autisme de la primera infància descrits per primera vegada per L.Kanner,
- el quadre autístic intel·ligent de H.Asperger,
- els autismes i les psicosis infantils lacanians centrats en els orificis del cos de Rosine i Robert Lefort,
- les psicosis simbiòtiques sorgides en el temps de l'inici de la parla per M. Mahler,
- els autismes secundaris regressius del tercer i quart any de la vida descrits per F.Tustin,
- les depressions en el procés de desmentaltzació descrit per Meltzer,
- les disharmonies evolutives en l'organització de la personalitat, descrites per R.Mises i J.L.Lang,
- les pre-psicosis infantils descrites per S.Levovici i R. Diatkine,
- les psicosis afectives descrites per Ph.Mazet i D.Houzel,
- i per últim, els quadres mixtes de les psicosis d'expressió deficitària on el retard mental és l'element que configura principalment el quadre, descrites per R.Mises.

Els signes patognòmics que ordenen les simptomatologies són observables conductuals com: pertorbacions importants per establir relacions amb les persones, alteracions notables en l'adquisició de la parla, utilització no comunicativa de la parla, fenòmens de ecolàlia immediata o demorada, alteracions pronominals i de la sintaxi de

les frases, activitats de joc repetitives i estereotipades, insistència obsessiva en la perseveració de la identitat, mancança d'imaginació, fascinació per certs objectes, memòria mecànica sorprenent, etc. ...

Aquestes conductes tenen **una significació subjectiva** si atenem a la interpretació de la problemàtica mental de la que són emergent, el qüestionament de l'existència i el sentiment de la vida que comporta:

- Les **posicions autístiques** són maneres de resoldre l'angoixa massiva i les significacions al·lucinatòries de la relació humana. Evita els danys que tem que aquesta relació li produeixi. La vigilància i la reducció a mínims de la interacció amb l'entorn permeten a l'infant rebutjar els encontres que el neguitegen.

- Les **posicions simbiòtiques** testimonien la impossibilitat de l'infant de separar-se física o mentalment de les persones que són altament significatives en el seu desenvolupament. L'ús de les paraules de l'altre persona, la imitació dels seus gestos, o l'entonació de la seva veu ens ho mostren.

- Les **posicions transivistes** on l'infant es confon en la imatge o en l'acció dels altres. Aquestes imitacions els despersonalitza.

- Les **posicions depressives** a l'hora d'assumir el sentiment de la vida i de mentalitzar la relació amb els adults i el món. L'infant pensa i viu catastròficament la valoració. Deixa en suspens o desmentalitza l'experiència.

- Les **posicions regressives i disharmòniques** són el resultat de la pertorbació de la construcció mental de la identitat corporal del jo. La imatge d'ell mateix no és consistent, i la persona tem o sent la fragmentació o l'acció involuntària del propi cos.

- Les **posicions defensives amb aparent adaptació a la realitat i les posicions afectives inapropiades** que expressen pensaments, creences i sentiments delirants, on el dany o el perjudici és imputat als altres.

- Els **quadres de intranquil·litat i alteració de l'activitat motora** són el resultat combinat d'angoixa i d'imaginacions mòrbides que adelanten en el temps successos de significació maligne que esdevindran a l'infant.

Cadascun d'ells fa palesa la particular articulació en la seva història de les dificultats per humanitzar-se i dels importants qüestionaments de la seva existència mental. Les crisis són l'emergent de la discontinuïtat mental entre posició subjectiva i solució al perill.

No considerem en aquest text **altres formes de psicosi** esdevingudes a partir de la segona infància o de l'adolescència. Són quadres diferenciats dels anomenats trastorns greus del desenvolupament i presenten altres necessitats educatives especials.

Abans de que la clínica d'autors psicoanalítics configurés la síndrome, trobem com a precedents en la història de la psiquiatria, la **dementia precocíssima** de Sancte de Sanctis el 1908. Heller, per la seva part, el 1909 observa casos de **dementia infantil** on s'associen el retrocés del llenguatge i els excessos d'agitació. Chaslín, el 1912, es pregunta per la particular evolució d'alguns infants atraçats, epilèptics o turbulents i pensa si no són manifestacions tempranes de l'**hebefrènia**. Lutz condensa en el 1937

els símptomes de l'anomenada **esquizofrènia infantil** a partir de la perspectiva de Bleuler sobre l'esquizofrènia en l'adult. Heuyer, en la mateixa època, considera formes delirants, al·lucinatòries o d'ensimismament.

2a. Part.

Intervenció Educativa i Suports.

En l'apartat anterior, hem descrit les maneres de ser i viure d'aquest col·lectiu. En la seva edat infantil, aquest col·lectiu, té dret a l'educació i a la promoció personal.

La comunitat educativa els inclou, en gran mida, com alumnes en escoles ordinàries. La seva participació en aquest món, és, en alguns casos possible, tenint cura de les seves **Necessitats Educatives Especials**.

Aquestes Necessitats Educatives Especials han de tenir present tant la dimensió personal i mental, com el Currículum Educatiu Ordinari.

El diàleg entre el món de l'Educació i els professionals de la Salut Mental crea les condicions d'atenció, tant des del punt de vista general com des del particular de cada cas. Els **equips multidisciplinaris** generen un treball en comú amb la finalitat d'optimitzar les possibilitats d'autonomia personal i social, el desenvolupament cognitiu, i la mentalitat, és a dir, el benestar i la qualitat de vida de la persona. Aquest diàleg també permet alleugerir les inquietuds i el malestar personal que pot despertar el treball amb aquests infants. Malauradament, cal tenir present que hi ha **aspectes ineducables i incurables** en el nen psicòtic crònic.

A. MODEL ASSISTENCIAL.

Cal partir d'un **model assistencial d'atenció multidisciplinar** que contempli la funció psicoeducativa i social, i la funció psicoterapèutica i psiquiàtrica. Per tant, el suport convenient a les actuacions del marc escolar es deriva de la assistència en Salut Mental.

Quan parlem del **Disseny del Projecte Educatiu** per aquests infants, no hem de perdre de vista que tot i tenir dret a rebre una educació, la seva patologia mental fa que també precisin de ser tractats com a malalts i que per tant, caldrà adaptar allò que per " edat " haurien de fer i aprendre a les condicions que ells presenten i que interfereixen seriosament en el desenvolupament de la seva autonomia i en l'establiment de relacions d'interacció amb l'entorn.

Per tant, cal un procés d'adequació i equilibri entre el caràcter normalitzador i el caràcter individualitzador del **Projecte Curricular**.

Com ja hem explicat en la 1a. Part. es tracta de persones en les que es mostren formes particulars de:

- la instal·lació en el llenguatge i en la manera d'usar-lo,
- la constitució del propi cos,
- la relació amb els objectes de l'entorn,
- la relació amb els altres.

L'estil de vida particular de cadascuna d'aquestes persones, en la seva condició d'alumne/a, de fill, d'usuari de la salut Mental, de ciutadà, etc., es suporta en la creació d'un seguit d'estratègies inventades per ell, i sovint amb la col·laboració d'altres (equip, família, comunitat,...). Aquestes estratègies permeten l'estabilització del seu malestar o el procés habilitador de millora, ja que:

- Frenen l'angoixa i la intranquil·litat en el cos,
- Creen objectes que transaccionalment recolzen la relació amb els altres,
- Els lliguen a les persones que en tenen cura o conviuen amb ells,
- Temporalitzen els temps de la vida.

Aquestes estratègies dialectitzades amb els trastorns i les condicions que aquests imposen en relació als quatre elements esmentats, sovint els impedeix evolucionar en el camp dels aprenentatges escolars i socials. Les inèrcies de vida obtingudes en el procés creatiu de les estratègies obstaculitzen l'ús significatiu i funcional dels aprenentatges, fent-los entrar en crisi a l'hora d'assimilar-los i posar-los en la pràctica. Tornem a fer esment del seu **estil de vida particular d'estar en el món**.

Per això, ens trobem que moltes vegades aquests infants presenten problemes per generalitzar alguns dels aprenentatges adquirits en el centre, en contextos diferents.

El **Projecte Educatiu** ha de ser molt específic i pretendre amb el consentiment de l'infant, establir canvis en la seva posició en relació a:

- els hàbits/ habilitats d'autonomia personal
- el llenguatge i la comunicació,
- la interacció social (amb els companys i amb els tutors),
- i els aprenentatges instrumentals de les Àrees Curriculars Bàsiques.

Per això, el Projecte Educatiu hauria d'assumir dues finalitats bàsiques:

1. Pel que fa referència a les condicions psicopatològiques, perquè permeti modular i aprofitar el malestar del subjecte
2. Pel que són les necessitats educatives i socials, facilitant la progressiva adquisició d'habilitats personals i socials.

Permeten a l'infant accedir a una vida el més autònoma possible i la seva transició a la vida adulta.

Cal considerar els diferents interessos, curiositats i particularitats d'aquests infants, en el sentit de poder donar resposta tant de forma individual com grupal en el conjunt de situacions educatives diàries (**Currículum Adaptat**).

L'acció educativa és el resultat del diàleg que l'equip multidisciplinar sosté a l'hora de considerar els procediments i les estratègies d'intervenció això com els continguts a treballar per permetre aconseguir nivells més elevats d'integració personal i social i modificar algunes de les dificultats descrites.

Ens referim a situacions privilegiades que contribueixen a configurar els entorns educatius quotidians i que per tant, donen resposta a les necessitats vitals que conformen el règim de vida de qualsevol infant.

Definim per **Entorn Educatiu** un espai de confluència de diferents propostes, objectes i persones, a les quals els infants i joves els donen una significació particular, per a ells, per la seva vida i per la relació amb els altres.

Aquestes situacions privilegiades permeten anar constituint un context de participació en una activitat o situació educativa que comporta possibles canvis educatius que podrien conduir a un progrés subjectiu d'aquest infant.

El conjunt de situacions privilegiades que haurien d'estructurar l'Entorn Educatiu permeten els infants i joves compartir situacions, esdeveniments, objectes i persones.

B. PROPOSTES EDUCATIVES.

Les propostes educatives s'agrupen en diferents blocs, per donar resposta a una sèrie d'objectius:

1. Podríem parlar d'un primer grup de situacions educatives que tenen a veure amb l'arribada, la salutació, el treball de calendari i la seqüenciació d'activitats, mitjançant la utilització de dibuixos i/o sistemes de signes gràfics.

La trobada diària amb els companys, amb els tutors, i amb els propis espais del centre, ens proporcionen un recull d'experiències respecte a com es presenten aquests infants (com cadascun d'ells ens diu: " Hola, sóc aquí, m'he separat d'un altre entorn !") .

Veiem aquí, com en la repetició d'un nou dia que comença, l'infant pot experimentar la **vivència del pas del temps i dels espais**. Això li permet fer prevenció sobre el que passarà al llarg d'aquell dia i facilita el seu acolliment en l'espai que ha esdevingut, al llarg del temps, familiar. Això ens fa pensar en la importància d'**anticipar verbalment** a l'infant les situacions diferents o inesperades amb les que es pot trobar, generant en ell una confiança que li permeti relaxar el seu estat d'alerta (davant els canvis, però també davant les imprevisibilitats dels companys). Entre d'altres:

- Canvis en el ritme (carnestoltes, setmanes culturals,...)
- Tornades de les diferents vacances o absències (per alguns infants, fins i tot els dilluns, després d'un cap de setmana).
- Sovint, les sortides fora del recinte escolar.
- Substitucions/baixes de mestres (més importants quan més referents siguin per l'infant).
- Etc...

La pròpia patologia ens mostra com el seu sentiment d'estar entre nosaltres, i per tant de no estar en altres llocs i amb altres persones, la vivència d'estar en el Centre depèn, de què tinguem cura d'aquest primer temps de l'arribada. Mantenir aquestes condicions permet que els infants puguin accedir a altres propostes educatives, que al llarg del dia es van succeint.

2. Un altre conjunt de propostes és el que té a veure amb **el sentiment de la vida, el menjar i l'alimentació**. Aquestes estan supeditades a les múltiples interpretacions trastornades – per restricció o excés- que es produeixen en l'esfera de l'alimentació, així com la manera de fer-ho. Les formes d'enfrontar el menjar i les dificultats per alimentar-se són degudes a les múltiples significacions que en deriven.

- *L'aliment* pot ser viscut, com una cosa nociva o que canvia el seu to vital i els pot enverinar.
- Pot ser, un objecte associat a la *presència o absència* de determinades persones.
- Per altres, *l'acte d'engolir*, redueix momentàniament la seva angoixa o l'augmenta.
- Per altres fa variar el seu *estat de consciència o de la rememoració* de la vivència històrica.
- Un altre grup és el constituït pels que la seva inèrcia personal els porta a no *demanar* o a no demostrar la seva *gana*.

3. Un tercer grup de situacions educatives és el relatiu als **hàbits d'higiene i de relació i habilitació del propi cos**, on assistim a les múltiples construccions, restriccions o excessos de mentalització de la identitat i de la conformació de la imatge del cos i dels seus orificis, dels circuits i suports en els altres i en l'entorn.

4. El quart bloc de situacions educatives el constitueixen aquelles en què se'ls proposa estris, materials, i espais diversos (tallers de cuina, jardineria, plàstica, activitats de matemàtiques, llengua), als quals els infants i joves els donen una significació particular **del seu estar en el món**. Aquestes propostes permeten que, progressivament, es puguin introduir nous objectius, vinculant-los als seus interessos, i què permetin realitzar *un treball més globalitzador*, oferint-los la possibilitat de fer un ús cada cop més significatiu i funcional dels aprenentatges proposats.

La seva curiositat no està relacionada amb l'entorn, sinó que hi ha un treball constant per defensar-se del seu malestar. Aquí és on apareixen, més clarament, conductes d'inhibició, al·lucinatòries, delirants, etc.

5. El darrer grup, de l'Etapa Bàsica, seria el d'aquelles propostes educatives que permeten la dialèctica de separació del seu nucli identitàri familiar i escolar. Són propostes de **promoció del temps social i comunitari**. És en les colònies, en les sortides a l'entorn immediat, en les activitats de lleure,... on es planteja el diàleg entre: l'acomodació al Centre com a lloc de vida on es produeixen noves rutines, i els espais de l'entorn familiar on les figures dels pares, germans i d'altres familiars han produït les primeres significacions personals.

6. Aquest grup de propostes educatives s'inclou en **l'Educació vers la vida adulta**. És evident, que a mesura que aquests infants creixen i/o milloren, cal introduir canvis en els entorns educatius que tinguin una relació directa que la transició a la vida adulta els

plantejarà i que estan relacionades, en definitiva, amb les edats de la vida. La intervenció en l'adolescència d'aquest col·lectiu té com a repte:

- el traspàs de la infància en la família a la vida en la comunitat,
- la identificació sexual vers l'alteritat,
- la promoció de la identitat ocupacional i laboral.

El treball educatiu en l'adolescència d'aquest col·lectiu té tres interlocutors privilegiats: la família i la comunitat, la diversitat sexual, i els agents integradors en la vida adulta. La imaginació de la projecció dels guanys adquirits en l'etapa bàsica de l'educació per afrontar els reptes que impliquen la separació de la família, la metamorfosi de la vida sexual infantil i la idea de ciutadà dinamitzen el procés.

Les situacions educatives que es projecten en la vida adulta, cal plantejar-les vers:

- la família i la comunitat per pensar i assumir conjuntament la idea de fer-se gran i separar-se del nucli familiar,
- col·laborar a assumir les variants de la identificació sexual, i les formes d'alteritat noves,
- els agents integradors en l'etapa adulta.

C. METODOLOGIA.

En el treball amb infant psicòtic es constata la importància que adquireix crear **rutines**, situacions i activitats que es repeteixin diàriament. **La repetició i continuïtat** d'aquestes situacions portarà al possible reconeixement i diferenciació dels objectes i materials habituals, així com establir relacions entre aquests objectes i la funció que els és pròpia. El reconeixement de la sèrie rutina-repetició permet a l'infant psicòtic mantenir certa estabilitat subjectiva; aquesta és una idea compartida tant per la funció educativa a l'hora de significar un progrés, com per la funció psicoterapèutica, en el sentit de plantejar guanys psíquics

En aquesta tasca és molt important l'actuació del **Mestre-Tutor**, perquè constitueix l'agent mediatitzador entre l'infant, els seus problemes i els elements de l'entorn on participa. Cal que el tutor mantingui una actitud observadora de tot allò que succeeix, sabent esperar per no anticipar-se als esdeveniments, amb disponibilitat a variar les seves previsions per ajustar l'acció educativa a les necessitats reals de cadascun dels infants i del grup en el seu conjunt .

Aquesta funció del Mestre-Tutor en un model Assistencial d'Atenció Multidisciplinària s'ha d'entendre com una funció mitjancera entre l'infant i la funció psicoterapèutica, en tant que permet vehicular les prescripcions d'ordre clínic amb les actuacions educatives.

El Tutor ha d'assumir el rol de dinamitzador del procés d'ajustament de l'acció educativa a les condicions derivades dels trastorns d'aquests infants, per tal d'optimitzar els possibles processos de canvi i cura.

Sovint, aquesta acció educativa esdevé contenidora de l'infant en els moments o etapes de crisi. Es tracta d'ajudar-lo a suportar el propi malestar facilitant-li elements per a poder referenciar i interpretar allò que li succeeix.

La intervenció educativa, i de Salut Mental, es realitza principalment en la comunicació amb l'infant. Cal tenir cura del llenguatge que fem, és a dir:

- Com l'utilitzem
- Com ens dirigim a ells

Aquestes persones s'han mentalitzat subjectivant la seva manera d'humanitzar-se i d'estar en el món amb un tipus de pensament que qualifiquem de psicòtic i que per tant hem de suposar que aquests tipus de pensament comporta un **camp del llenguatge** i un **ús de la parla** estructurats a partir de certes alteracions del llenguatge normalitzat, en la dimensió del **codi i/o del missatge**.

Sovint es constata la dificultat de representar la pròpia persona, els altres i el món sota les combinacions dels símbols de la llengua materna. Les alteracions en la comunicació es serien a partir de: les dificultats en l'elecció dels noms o dels pronoms personals; la significació mòrbida dels encontres i de les situacions; la dificultat de la significació de l'acció en els modes del temps verbals; la manca de representació de les experiències noves; la dificultat de distribuir les comunicacions que els altres els hi dirigeixen i a qui ells es dirigeixen...

També es produeixen situacions de comunicació en les que el llenguatge és distorsionat amb neo-codis de abast particular; en usos discrecionals de la parla en formes d'expressions estereotipades o ecolàlies; en diverses formes de mutismes; en estats al·lucinatoris en els que el subjecte al no interrompre el seu monòleg interior no es dirigeix als altres; estats proto-articulars o deficitaris de l'ús de la llengua...

Per dirigir-nos a ells convé estar il·lustrats d'aquesta particular manera d'estar immersors en la llengua i viure les relacions simbòliques. Diferents estratègies que estan al nostre abast per comunicar-nos i relacionar-nos amb aquests alumnes són:

- la parla despersonalitzada, salvant les dificultats de la comunicació nominal o pre-nominal,
- la modulació de la cadència entre la parla i els silencis,
- l'ús irònic o desenfadat de la parla per esmorteir i relativitzar la dimensió imperativa i de certesa del pensament psicòtic.
- l'ús de sistemes de comunicació no orals alternatius i/o augmentatius (signes gràfics, dibuixos, fotos, objectes, llenguatge gestual,...)

La persona autista o psicòtica viu la seva alienació a la llengua i a les relacions simbòliques que aquesta produeix entre la imposició de certes pròpies i la vivència del parlar dels altres com a ordres. La debilitació d'aquesta ferotge vivència el fa entrar en crisi de despersonalització o de buits de significació de la vida. L'ús discrecional dels recursos que esmentem potencia que l'alumne es reubiqui en la comunicació amb noves combinacions de la llengua i de la parla.

Altres recursos amb els que contem en la relació educativa-terapèutica són **els objectes constituïts com a òrgans suplementaris** de la comunicació i de la persona. Aquests tenen presentacions diverses, poden ser elegits a partir dels materials de la vida quotidiana, del conjunt d'estrils educatius i d'aprenentatges, de la seva relació amb les necessitats i del cos,... La seva instauració i/o supressió parteix de la contingència i de la tàctica de l'atenció educativa.

També contem amb un seguit de recursos psicopedagògics, que en major o menor grau podem utilitzar per treballar amb aquests infants, sempre i quan respectem les condicions particulars i l'estil de vida que presenten. Són, **la música, la psicomotricitat, la hipoteràpia, el dibuix, etc....**per exemple, Això vol dir, aprofitar allò que en essència ens ofereixen aquests recursos com a estratègies diverses d'intervenció, sense que es converteixin en quelcom intrusiu, ni que l'infant ho visqui de manera imperativa.

A tall d'exemple, direm que quan parlem de musicoteràpia en l'atenció dels infants psicòtics i autistes, en cap moment ens referim a que aquests aprenguin música. Fem referència al fet de que la utilització de la música pot ajudar a refrenar l'angoixa, la intranquil·litat en el cos, o a minvar o esmorteir els sorolls i les veus que alguns d'aquests infants senten.

Per això entenem la música com a un estri creatiu a utilitzar de manera terapèutica. A partir de l'observació i d'anar provant diferents músiques i diferents formes d'escoltar-la, veurem com cada infant en anirà mostrant la pauta a seguir, quin tipus de música, com vol que se li presenti, en quin moment la vol sentir i en quines condicions.

Per altra part contem amb **el recurs farmacològic** com **un objecte complementari** a l'acció educativa i psicoterapèutica, per a regular els excessos de l'angoixa i de l'humor, la parasitació al·lucinatòria de la consciència i les alteracions de l'impuls de l'acte.

3a. Part.

Treball en Xarxa.

El món escolar és una realitat polièdrica que disposa d'un entramat complex per atendre les necessitats educatives especials –**Equip d'Assessorament Psicopedagògic i Desenvolupament Curricular (EAP)**, mestres en pedagogia terapèutica, mestres de suport, personal especialitzat en logopèdia, fisioteràpia...- que fa xarxa amb els dispositius de salut mental en les Taules de Coordinació Territorial (CTIC). La dialèctica entre aquests recursos produeix un **mosaic de dispositius** que responen en cada època a les necessitats generades.

Com exposàvem a l'inici, els cursos de la malaltia i les necessitats educatives especials que generen els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament són molt diversos. Trobem des d'infants que precisen un suport educatiu i sanitari molt ampli fins a cursos més benignes que poden compatibilitzar els seus malestars amb el règim escolar inclusiu o especial.

En aquest últim cas la xarxa d'atenció mental a la infància col·labora amb el món escolar des dels **Centres de Desenvolupament i Atenció Precoç (CDIAP)** i els **Centres de Salut Mental Infanto Juvenil (CSMIJ)** atenen les problemàtiques del desenvolupament i de salut mental que presenten perturbacions limitades i que són susceptibles de ser atesos en **programes ambulatoris**.

Però, sovint, els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament **són trastorns globals que precisen un model d'Assistència Multidisciplinar**. En aquest pressuposi els **Centres Específics** i els **Centres Especials amb aules de autisme i psicosi** són els dispositius mixtes educatius i sanitaris més adequats per la tasca.

El treball de l'equip multidisciplinar del Centre Específic, com a **Centre de Recursos i Serveis**, ha de facilitar la tasca:

- d'avaluar i determinar les necessitats educatives especials de la població de Trastorns Generalitzats del Desenvolupament del territori i preveure les necessitats en el futur,
- proporcionar l'atenció en programes d'alta, mitja o baixa intensitat a la problemàtica mental que aquest col·lectiu d'infants i joves presenten,
- proveir de programes de suport i d'ajust tant als Centres d'Educació Especial, com a les aules d'integració dels Centres Ordinaris i als itineraris dels Centres Inclusius,
- dissenyar nous espais per l'abordatge integral dels Trastorns Generalitzats del Desenvolupament en el temps d'inici i per tant considerar les necessitats educatives especials de les aules de les Llars d'Infants i de P3 i P4.

Cal tenir present que la resposta assistencial sorgeix com a producte de la interlocució entre els professionals de l'educació –psicopedagogs, mestres, educadors...- amb els professionals de la salut mental –psiquiatres, psicòlegs clínic...- i amb la intervenció social de les **Àrees Bàsiques Socials (ABS)** i els **Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIA)** . Aquesta conversa tècnica permet un treball d'investigació, reflexió i anàlisi de la praxis encaminat a permetre l'evolució d'una vida el més digne possible a aquests infants i joves. Cal trobar, en cada cas, les formes més adients per preservar el dret a la educació i a la salut.

Les **Taules de Coordinació Territorial (Ctic)** tenen com a objectiu principal per aquesta població optimitzar els recursos existents en el territori i disposar dels itineraris a implementar per a cada cas, segons les seves necessitats.

Bibliografia.

- Bettelheim, B. La fortaleza vacía. Editorial Laia. Barcelona, 1977. És una obra clàssica en la que es pot conèixer un tipus de comunitat terapèutica i casos exposats segons la seva evolució.
- Coromines, J. "Defenses autístiques en els nens psicòtics: Estudi i aplicacions en psicoteràpia i en psicopedagogia", dins el llibre de la pròpia autora Psicopatologia i desenvolupament arcaics. (pp. 103-124). Editorial Espaxs. Barcelona, 1991.
- Favre, J.P. Psicopedagogia del niño psicótico. Ed. Masson, 1983. Propostes psicopedagògiques a partir de les condicions clíniques.
- Garanto, J. L'alumne amb greus problemes de personalitat (Autisme i psicosi a l'escola). Necessitats educatives especials. Documents d'educació especial 12. Departament d'Ensenyament. Generalitat de Catalunya. 1990. Primer treball de síntesi entre l'educació i la clínica per posar les bases de l'època actual.
- Gillberg, C. "Autisme i la seva diversitat de trastorns. Epidemiologia i neurobiologia". A IV Jornades Catalanes d'Autisme i Psicosi Infants...
- IV Jornades Catalanes d'Autisme i Psicosi Infants. Perspectives sobre l'autisme a finals de segle. Barcelona, 1994. ACTAPI.
- Jornades sobre Autisme i Psicosi a la infància i a l'adolescència. Respostes interdisciplinars. Publicació de APPS. Barcelona 1999. Interessant recull de aportacions de professionals dels centres específics de Catalunya, tant des de la vessant educativa com des de la clínica.
- Lefort, R i R. Nacimiento del Otro. Paidós. Barcelona, 1983. Exposició molt detallada de cursos clínics i de tractaments lacaninans on es constata la importància de la construcció del cos a partir del llenguatge i del forats dels sensoris.
- Mahler, M. Psicosis infantiles y otros trabajos. Paidós. Buenos Aires, 1984. Exposició de casos ordenada a partir de les relacions simbiòtiques dels infants amb els adults.
- Mazet, Ph. I Houzel, D. Psiquiatria del niño y del adolescente. Editorial Médica y Técnica. Barcelona, 1981. (Volum II, pp. 89-117)
- Meltzer, D. Exploración sobre el autismo. Paidós, 1979. Visió de l'evolució de l'autisme des de les premisses de M. Klein i els estats afectius en la primera infància.
- Negri, R. *El significado de los Síntomas de Alarma en psicología precoz*, dins la revista de l'Associació Catalana D'Atenció Precoç. Núm. 15-16, desembre 2000 (pp. 7-35). Barcelona 2000.

- Servei Català de la Salut. Grup de treball sobre psicosi i autisme. Barcelona, 1995. Publicació del Programa de Salut Mental de Catalunya dels acords entre especialistes a l'hora de considerar els diagnòstics, les classificacions de discapacitat i minusvalia, i les necessitats d'atenció psiquiàtrica i psicològica.
- Servei Català de la Salut. Serveis de Salut Mental en els Centres d'Educació Especial. Barcelona, 1997. Necessitats i programes d'atenció als nens amb autisme i psicosi.
- Tustin, F. Autismo y Psicosis Infantiles. Paidós. Buenos Aires, 1977. L'autora exposa quadres clínics d'autisme encasellat, d'autisme aeri i d'esquizofrènia infantil segons la visió anglosaxona.

