

CONTÉ CD

Desenvolupament i salut mental. El valor de l'atenció en la primera infància

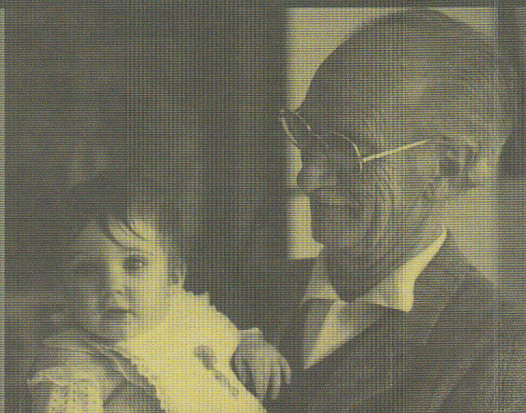
Francesc Cantavella Cerdà

UBe



Francesc Cantavella i Cerdà (Barcelona, 1915-1997). Metge de nens preocupat pels aspectes preventius de la intervenció pediàtrica que va formular propostes i reflexions innovadores en l'afany per acostar la pediatria a la psiquiatria i la psicologia. Tenia una visió integradora del nen que es basava en dos grans eixos: la prevenció i el treball interdisciplinari. Va treballar a Barcelona com a cap de l'Oficina del Nen de Poblenou; més endavant va ser cap de la Secció d'Atenció Precoç del Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil de l'Hospital de la Creu Roja –actualment Fundació Eulàlia Torras de Beà. Va realitzar molts treballs en el camp de la docència i la recerca en diverses universitats (UB, UAB i Ramon Llull) i altres institucions. Entre les seves publicacions destaquen els llibres, escrits en col·laboració, sobre estudis de nens cecs. Els últims anys va centrar la recerca sobretot en els nounats i els prematurs per mitjà del test de Brazelton. Va obtenir el màster de la Universitat de Harvard en l'exploració del nadó amb la *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS). El Col·legi de Psicòlegs de Catalunya el va nomenar membre honorari.

“En matèria de prevenció hem d’admetre que el pediatra està en una posició clau per moltes raons. Una d’elles ja ho justifica: mitjançant l’aplicació pràctica dels conceptes de **risc**, **competència** i **vulnerabilitat**, el pediatra pot detectar que el bon desenvolupament d’un infant pot estar compromès”. *Francesc Cantavella*



Desenvolupament i salut mental ens mostra una visió diferent del nen, en especial del nadó. Temes tan fonamentals com la salut mental, les capacitats del nen, el seu desenvolupament, la prevenció, les particularitats dels nadons, els afectes, la malaltia, etc., fan d’aquest llibre una lectura vàlida i singular per als professionals relacionats amb la infància. Totes les persones interessades en les peculiaritats de la vida dels nens poden trobar elements per a la seva comprensió.

El Dr. Francesc Cantavella va néixer a Vila-real dels Infants, Castelló de la Plana. Es va traslladar a viure a Barcelona quan era un nen. Va estudiar i obtenir el títol de Medicina però la seva carrera universitària va ser interrompuda per la guerra civil. Es va especialitzar en Pediatria i des d’aleshores la seva vida ha estat dedicada a aconseguir una millor qualitat de vida per als nens.

Capdavanter en la visió biopsicosocial del nen en la seva especialitat, va introduir els coneixements del Dr. Brazelton a Catalunya.

Treballador incansable, enamorat de la seva feina i sempre disposat a aprendre, va estar pendent dels “seus nens” fins els últims moments de la seva vida.

ISBN 84-475-3133-3



9 788447 531332

Publicacions i Edicions




UNIVERSITAT DE BARCELONA



Institut de Psiquiatria i Psicologia
del Nen i de l'Adolescent
Fundació Eulàlia Torras de Beà

**Desenvolupament i salut mental.
El valor de l'atenció en la primera infància**



Desenvolupament i salut mental. El valor de l'atenció en la primera infància

Recull de textos del Dr. Francesc Cantavella Cerdà
(1915-1997)

A cura de M. Teresa Miró i Coll, Remei Tarragó Riverola
i Victòria Cantavella Oliva



Institut de Psiquiatria i Psicologia
del Nen i de l'Adolescent
Fundació Eulàlia Torras de Beà



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Cantavella, Francesc, 1915-1997

Desenvolupament i salut mental, el valor de l'atenció a la primera infància : recull de textos del Dr. Francesc Cantavella Cerdà, 1915-1997

Bibliografia

ISBN 84-475-3133-3

I. Tarragó, Remei, ed. II. Miró i Coll, Maria Teresa, ed. III. Cantavella Oliva, Victòria, ed. IV. Títol
1. Desenvolupament infantil 2. Psicologia infantil 3. Pediatria 4. Pares i fills

© Hereus de Francesc Cantavella
Vídeos cedits per la Biblioteca de la Universitat Ramon Llull

© PUBLICACIONS I EDICIONS DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA, 2006
Adolf Florensa, s/n; 08028 Barcelona; Tel. 934 035 442; Fax 934 035 446;
lcuena@ub.edu; <http://www.publicacions.ub.es>

Edició i selecció de textos a cura de M. Teresa Miró i Coll (UB), Remei Tarragó Riverola (URL) i Victòria Cantavella Oliva

Transcripció, correcció lingüística i traducció: Serveis Lingüístics de la UB i Marcel Cortada

Disseny de la coberta: Víctor Oliva. Disseny gràfic SL

Fotografia de la coberta: Ignasi Aragó

Impressió: Gráficas Rey, S.L.

ISBN: 84-475-3133-3

Dipòsit legal: B-52.852-2006

Imprès a Espanya / Printed in Spain

Aquesta publicació ha comptat amb un ajut de la Generalitat de Catalunya.

Queda rigurosamente prohibida la reproducción total o parcial de esta obra. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada, transmitida o utilizada mediante ningún tipo de medio o sistema, sin autorización previa del editor.

ÍNDIX

Pròleg. Carta al Dr. Cantavella de <i>M. Victòria Oliva de Cantavella</i>	9
Introducció. <i>Victòria Cantavella, Maria Teresa Miró i Remei Tarragó</i>	11
Higiene mental en el consultori de l'Oficina del Nen	13
Classificació diagnòstica en psiquiatria-psicologia infantil	19
La relació entre el pediatre i els pares i fill	23
El camí de la primera infància	33
Les relacions amb el fill en el període perinatal	37
El nadó	41
La percepció en el nadó	45
Gènesi de la funció simbòlica en l'infant	57
El primer trimestre	65
La més tendra infància.	71
La interacció. Dels dos als nou mesos	77
L'infant observat. Dels divuit mesos als tres anys	81
El test de Brazelton: una oportunitat en la promoció de la salut mental.	89
Lligam i vincle	95

Examen psíquic del nadó	99
Desenvolupament i gènesi del llenguatge en el nen vident.	103
Aportació de la pediatria a la petita infància	113
Atenció precoç en pediatria	119
L'hospitalització de l'infant: implicacions en salut mental.	127
Annex	135
Bibliografia	139

PRÒLEG

CARTA AL DR. CANTAVELLA

A vegades em sembla veure't, com si estiguessis present... aquí al costat meu. Sembla com si, meravellat i perplex estiguessis contemplant la valoració i el reconeixement que s'intenta fer del teu treball de tants anys. Sento que ho mires astorat i com si això fos extraordinari i que anés una mica més enllà del que tu haguessis pogut esperar i desitjar...

Amb això no vull pas dir que tu no valuessis el que anaves descobrint i comprenent, ja que et permetia anar prenent –cap a l'infant i a la seva família– una actitud que s'anava demostrant fecunda.

Vares viure en l'època en què es descobrí necessari que el metge d'infants no sols curés malalties sinó que percebés les angoixes del grup familiar i que procurés contenir-les... empatitzant a un nivell més profund i que podia resultar preventiu de complicacions i desorganitzacions. Això et va atreure... i et vares anar formant per respondre a aquesta demanda.

La teva labor docent considero que va ser força important ... però també estaves sempre en disposició de ser alumne... d'aprendre, de descobrir, d'investigar una miqueta més.

Els descobriments de Freud i dels processos evolutius de l'ésser humà varen servir de base als teus interessos, al teu entusiasme. Els primers temps de vida dels nadons i les causes que podien pertorbar aquest delicat i fonamental procés –a les quals fins llavors s'havia donat poc relleu o, fins i tot, s'havien desconegut totalment–, s'il·luminaven ara i prenien sentit aspectes fins llavors no remarcats... i tot això t'entusiasmava.

Pensem, per exemple, en el descobriment dramàtic de Spitz: si a un infant que es troba al principi del seu desenvolupament se'l separa bruscament de la mare, per molt que rebí atencions físiques adequades, si no és possible recrear un clima emocional semblant al que gaudia amb la mare, el nen ràpidament s'esmunyirà cap a una depressió profunda i és possible que caigui en el marasme i en alguns casos pot desembocar en la mort.

Aquesta troballa del desenllaç dramàtic i l'establiment de la relació causa-efecte, era encara recent en la època en què tu descobries els teus interessos apassionats i aquesta vinculació amb aquest nounat, portador de tantes possibilitats, però també amb una fragilitat que ara prenia per tu un relleu i una importància fonamental.

Et vares exercitar a recrear o reorganitzar entre el nen i la família la vinculació emocional, si per alguna circumstància s'havia malmès o enrarit.

I d'això, Francesc, en sabies!

Em permetré il·lustrar-ho amb una breu anècdota: va demanar visita urgent una mare jove. Estava molt angoixada, no entenia què li passava al seu fill que llavors només tenia dies. Aquest plorava desesperadament des de feia unes quantes hores; ella no trobava forma de calmar-lo. Ara rebutjava també el pit... se sentia desesperada i temia quelcom molt greu. Tu vares agafar al petit –jo havia observat que els petits se sentien segurs als teus braços–, i aquest nounat va seguir plorant, però amb menys estridència. Llavors el vares explorar minuciosament, explicant a la mare els resultats tranquil·litzadors d'aquesta exploració. L'infant plorava amb menys violència i ella també s'anava relaxant i s'eixugava les llàgrimes... els seus llavis van insinuar un somriure... Acabada l'exploració tu tenies el nen als teus braços i amb pausa escoltaves el que la mare anava explicant d'aquell malson... Al cap de deu o dotze minuts de ser atesa així tu vares dipositar al nadó en braços d'ella, i ell va semblar esverar-se de nou, però tu li vares dir que intentés donar-li el pit... El bebè s'hi va agafar immediatament i tranquil va anar xuclant i engolint amb afany, donava la sensació que era allò el que més desitjava... La mare, plorant de nou, però amb llàgrimes dolces, va dir-te: “Ha fet un miracle, Dr. Cantavella!”.

Aquesta mena de petits “miracles” sovintejaven en la teva consulta i tu ajudaves les mares a que elles mateixes poguessin realitzar-los, aprenent a contenir l'angoixa dels nadons i de pas aprenent a tranquil·litzar-se elles mateixes.

Aquestes experiències les vares poder ampliar i estudiar més a fons quan la Dra. Eulàlia Torras de Beà i el que llavors era un petit grup al servei de la Salut Mental de l'Infant et varen acollir i fou com una matriu per anar creant la imatge i la relació adient entorn als nounats.

Allí vares estar molts anys, el Servei es va ampliar. Les teves companyes psiquiatres la Dra. M. T. Miró i la Dra. R. Tarragó han sigut les afavoridores del procés que culmina en la publicació d'aquest llibre, encara que em sembla que l'agraïment pels que han fet possible aquesta publicació hauria de ser més ampli i incloure també un nombre extens de companys i alumnes.

T'imagino a tu, Francesc, perplex i emocionat.

M^a VICTÒRIA OLIVA DE CANTAVELLA

INTRODUCCIÓ

La tasca que realitzà el Dr. Francesc Cantavella és ampla i difícil de sintetitzar. De l'esperit investigador i humà que l'animà des dels inicis de la seva vida professional, el lector en podrà tenir un tast mitjançant la lectura d'aquest llibre.

La visió del nen que ens ofereix va ser sorprenent i innovadora en el seu moment i molt actual en les circumstàncies en què vivim. És una visió globalitzadora que inclou la puericultura i la pediatria, disciplines de les quals parteix l'autor, però endemés, la psicologia, la psicoanàlisi i la neuropediatria.

Aquest llibre que teniu a les mans és una selecció que intenta aplegar els textos esparsos de l'autor: conferències, cursos impartits, o bé publicacions en forma d'articles. És per aquest motiu que el lector trobarà en algun capítol repeticions, que són inevitables si el que desitgem és preservar l'obra original.

S'ha fet una ordenació cronològica d'aquests textos que hem seleccionat per aquest llibre per tal que es compregui l'evolució del pensament de l'autor. A la vegada, cal fer esment que en aquest treball de selecció i cura de l'obra, s'ha respectat la terminologia usada pel Dr. Cantavella, que denota el lèxic emprat a l'època; per exemple, fa referència a les assistents socials i a les visitadores socials, mentre que la denominació actual seria la de treballador/a social.

Hem incorporat en forma d'enregistrament en un disc una mostra escollida d'entre les moltes filmacions de la conducta dels nadons que ens va deixar l'autor. Qui vulgui aprofundir en la seva obra, pot consultar la biblioteca de la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna de la Universitat Ramon Llull on es troba dipositat el seu llegat científic.

Aquesta obra pot ser d'interès per a psicòlegs o estudiants de psicologia, pediatres, treballadors socials, pares i en general per a tot aquell que senti la inquietud de conèixer la evolució de l'ésser humà amb tota la seva complexitat i bellesa.

Aquest recull és també un homenatge que volem retre al Dr. Francesc Cantavella pels ensenyaments rebuts i pel seu llegat científic i humà.

VICTÒRIA CANTAVELLA
MARIA TERESA MIRÓ
REMEI TARRAGÓ

HIGIENE MENTAL EN EL CONSULTORI DE L'OFICINA DEL NEN¹

Tots nosaltres portem a la pràctica diària l'obsessió per realitzar la nostra comesa de metge en un sentit total: el de ser guaridor de la manera més completa. No ens limitem a prescriure la recepta que curarà o alleugerirà la malaltia d'un petit; procurem copsar la personalitat global: individu i ambient. En la pràctica diària tenim la necessitat d'atendre situacions i cossos, persones i malalties. El pediatre, davant d'un nen malalt va disposat a efectuar un examen, un diagnòstic i un tractament, però també s'ha de considerar que es trobarà davant d'un nen dòcil o caparrut, ben educat o mal educat, i uns pares esverats o tranquils que destorben o ajuden a la seva tasca.

Com diu Kanner, el pediatre no és només un expert que tracta òrgans sinó un ésser humà que sent amb el seu proïsme, un conseller dels nens i dels seus pares, un higienista físic i mental. En realitat el pediatre té l'oportunitat única i insuperable de servir, per dir-ho d'alguna manera, en les avançades de la higiene mental. Abans que hagi passat alguna cosa notablement greu en les reaccions o representacions emocionals del nen o en les valoracions dels sentiments i actes infantils fets pels pares, el metge s'enfronta amb aquests problemes. Si la medicina infantil és eminentment profilàctica, no pot ni ha d'oblidar el paper que li ha estat encomanat en aquest camp.

Són molts els investigadors que des de diferents orientacions han augmentat l'interès per l'ànima del nen en les seves possibilitats d'emmalaltir, però es deu principalment a dues grans personalitats que aquest interès augmentés notablement. D'una banda, Czerni, des d'un punt de vista medicopedagògic, ha assenyalat la missió del metge com a educador i, per tant, el seu deure d'actuar sobre els trastorns nerviosos del nen; sobre l'etiologia elabora la seva teoria sobre els reflexos condicionats. D'altra banda, Freud es va introduir valerosament en el terreny del causal i, amb el sensacionalisme aixecat per les seves atrevides deduccions, va estimular la tendència a investigar l'ànima infantil. Avui dia són legió els investigadors que en aquest camp del saber humà inunden amb les seves publicacions la literatura mèdica mundial, no

1. Informe presentat en la Sessió científica del mes de febrer per a la creació de la Secció d'Higiene Mental en l'Oficina del Nen, i publicat per L'OFICINA CENTRAL DEL NEN de la JUNTA PROVINCIAL DE PROTECCIÓ DE MENORS de Barcelona, l'any 1950, en el butlletí núm. 2

sempre per aclarir conceptes al pediatre pràctic. Però, com pregunta Coromines, « És que el pediatre ha de fer també psiquiatria? S'ha d'enfrontar amb una nova informació i una literatura que comença a ser inaccessible per a l'especialista? » Segons el nostre criteri li correspon al pediatre el mateix que en altres aspectes de la lluita contra la mortalitat infantil: conèixer plenament la importància del seu camp en l'encreuament dels camins que s'obren en preocupar-se de la salut del nen i resoldre els problemes amb una base de coneixements fonamentals i una estreta col·laboració amb els especialistes i organismes especialitzats.

Correspon als nostres consultoris atendre aquesta nova orientació que s'exigeix al pediatre? Transcriurem allò que ens diu Fritz Rott en el tractat de Pfaundler i Schlossmann: «Relacionat amb el problema de la constitució s'hi troba un altre deure de l'assistència infantil que fins ara no s'ha enfocat: *la seva posició sistemàtica* pel que fa al nen intel·lectualment anormal. ¿Com es conserva la vida dels nens que pateixen anormalitats mentals? Com s'han d'organitzar les mesures d'assistència per a aquests nens?» «Fins ara s'han confiat exclusivament a una assistència especial influïda singularment pels psiquiatres. Però l'assistència d'aquests nens ha de ser missió parcial del pediatre i s'ha d'incorporar al sistema de l'assistència infantil. Els organismes d'assistència al lactant i a nens petits ofereixen grans possibilitats per descobrir aviat aquests nens, per vigilar-los i assistir-los.»

Aquesta posició del consultori o, amb més amplitud, de l'assistència social infantil, no porta tan sols implícit el fet de situar-se en determinada orientació, sinó la seva posició sistemàtica. Sense això no hi hauria possibilitat d'un treball pràctic.

Malgrat que el primer apartat seria la sistematització del material de treball, això representa una tasca sense solució si partim de la diversitat d'opinions de les diferents escoles i de la nostra manca de domini de la matèria que no és de la nostra incumbència. No ens interessa una exposició, discussió i crítica encaminades a escollir la millor escola o la millor de les millors. Per tant, només exposarem el subjecte com a factor variable de la conducta encara que, en parlar de trastorns de la conducta, només esmentem símptomes o, com a molt, síndromes, ja que en la conducta tot és simptomàtic i s'hi ha d'aprofundir per conèixer-ne el significat i enlairar-nos a la personalitat.

Els trastorns de la conducta s'han de relacionar amb:

1. *L'organització cerebral. Intel·ligència.* - Superioritat mental, inferioritat mental. Habilitat o inhabilitat especial. - Defecte o predomini cerebral unilateral.
2. *Factors emocionals.* - Por. Terror nocturn. - Ràbia. Impulsivitat. - Destructivitat. - Amor. Rivalitat. Menyspreu. - Atraccions i repulsions sexuals. - Sentiment d'inferioritat.
3. *Hàbits fisiològics.* - Polifàgia. Polidipsia. - Restrenyiment. Vòmits. Reglot. - Miccions freqüents i escasses. Incontinència d'orina o femtes. - Preocupació sexual. Masturbació.

4. *Activitats patològiques que impliquen moviment o maniobra.*- Moviments del cap. - Succió de dits.- Mastegar. - Treure la llengua alternativament. - Tics. Ganyotes. Depilació. - Masturbació.
5. *Factors dependents del sistema neurovegetatiu.* - Vòmits. Diarrea. Arítmia. Taquicàrdia. Micció freqüent.
6. *Factors dependents del sistema endocrí.* - Hiperexcitabilitat tiroïdal.
7. *Factors socials.* - Desobediència. Desafiament a l'autoritat.
8. *Personalitat.* Psiconeurosi. Psicosi. - Gelosia

Pel que fa a la personalitat, és clàssica l'agrupació de neuropaties i psicopaties. El nen psiconeuròpata, ja palès des del període del nounat, es caracteritza per certa inseguretat del mecanismes reflexos per la participació de vies anormals en perjudici de l'individu i la persistència d'aquesta reacció anormal fins i tot després de finalitzar la causa que va generar el reflex. Aquestes alteracions que s'expressen per anomalies funcionals d'òrgans o aparells van íntimament associades amb les anomenades diatesis. Per personalitat psicopàtica s'entén aquella que presenta dificultats en l'adaptació al medi ambient, de comportament lligat a impulsos o emocions o subjecte a un desenvolupament de la intel·ligència per límits més enllà del normal i en el qual la personalitat en conflicte amb el medi participa en la seva totalitat. En el psicòpata la disharmonia amb l'ambient no li ve de propietats especials i sí d'un estat d'equilibri diferent de les propietats comunes a tots: el neuròpata porta en si mateix, en la seva constitució, allò que l'aparta dels altres. Entre aquests dos pols es pot trobar una gamma de formes intermèdies, sobretot en edats més avançades del nen. La predisposició neuropàtica o psicopàtica poden romandre latents tota la vida o durant una bona part d'ella o manifestar-se en determinades condicions. Per a la seva producció és necessari que actuïn una constel·lació causal, igual que en les malalties orgàniques, però a més a més hi intervé el factor temps, ja que en el nen se n'ha de considerar el caràcter evolutiu: el temps, el lloc i la circumstància determinen la normalitat o anormalitat de la conducta; no té la mateixa ressonància que es posi els objectes a la boca un lactant que un nen de set anys, o mamar-se el dit o l'enuresi abans o després dels tres anys, etc.

Hem dit que de l'acció de les causes externes sobre la constitució es produïa el conflicte patològic; hem d'aclarir que com a causes externes no només entenem aquelles que actuen evidentment des de fora de l'individu, per exemple, l'ambient familiar, sinó també les que provenen d'alteracions somàtiques com els traumatismes del part, encefalitis, etc.

En l'estudi de les causes podem establir, inicialment, dos grans grups: les de base orgànica, en les quals l'anormalitat depèn de l'estructura corporal o de lesions en la intimitat dels teixits i un altre grup degut a pertorbacions funcionals on no se'ns permet trobar una raó física del trastorn. Per les interaccions d'aquests dos grups es produeixen alteracions funcionals de causa orgànica i viceversa. Un estudi més detallat de la causalitat podria establir-se de la manera següent:

1. D'herència i constitució

Diatesi neuropàtica. - Caracteritzada psíquicament per inquietud, plorar massa, ser espantadissos, moure constantment el cap, per avidesa desmesurada pel pit i cansament fàcil, son superficial, enuig explosiu.

Diatesi al·lèrgica. - Poden presentar una vertadera al·lèrgia a les condicions psíquiques ambientals: La seva conducta es troba a l'aparició de la malaltia i a la reacció familiar, com també a la duració del procés patològic.

Hemofília, polidactília.- Manca de gèrmens dentaris. Albinisme.

2. Orgàniques

Defectes físics congènits. - Sordesa, Ceguesa, Criptorquídia, etc.

Traumatismes del part.

Nutritives. - Raquitisme, Escorbut, Pel·lagra

Infecioses. - Encefalitis.

Malalties, Neuroformacions, Berrugues, Càries.

Infestacions.- Paràsits intestinals.

Traumatismes i intervencions quirúrgiques.

Endocrines. - Tiroides, Suprarenals, Gònades.

3. Ambientals socials

Ambient familiar.- Pares massa afectuosos o, per defecte, indiferents. Excessivament protectors. Autoritaris o excessivament indulgents. Discussions familiars. Influència de subjectes anormals. Germans (gelosia).

Escola. - Educació defectuosa. Companys,

Conflictes econòmics, socials, de raça o de religió.

Tota aquesta visió esquemàtica i pobra, és presentada per la raó de voler resumir en poc temps allò que ha de motivar la nostra posició de metges d'assistència sanitàriosocial des de l'Oficina del Nen. Tots nosaltres, en el nostre quefer diari, hem practicat, encara que sigui inconscientment, una tasca de protecció psíquica del nen principalment amb els nostres consells a la mare però necessitem sistematitzar-los per adonar-nos dels valors positius de la nostra feina. Hem arribat, per a una major eficiència, a esquematitzar el problema de la tuberculosi, de la dietètica. En les nostres fitxes es parla de focus infectants, de règims d'alimentació, de situació econòmica, d'higiene de l'habitable i de les persones; ens falta ara sistematitzar allò que poden realitzar els nostres consultoris en el camp de la Higiene mental. Els pares que porten el seu petit a confiar-nos-en la seva salut, ho fan sense cap gènere de reserva, de nosaltres depèn bona part del que pugui ser en el futur.

No creiem precis modificar la nostra estructura ni és necessari un dispendi excessiu per crear una Secció d'Higiene mental en l'Oficina del Nen. Tampoc rau a sobrecarregar la tasca del metge en el seu consultori. Si entenem per Higiene mental la tasca d'orientar a una persona a fi que desenvolupi hàbits adequats i traços de personalitat per fer front a la seva vida ulterior sense experimentar un esfondrament; si entenem aquest criteri en el sentit de procurar crear personalitats útils de nens que abandonats suposen una càrrega per a la societat i un destorb o perill per als seus semblants: si aixequem els ànims d'uns pares moralment arruïnats o una llar en discòrdia per la petitesa d'un mamonet, creiem que fins i tot sense proposar-nos-ho ja realitzaríem una tasca fructífera, si més no augmentaria la nostra eficiència, si ens adonem d'allò que ens fem per actuar,

Tractarem de donar unes normes que, amb el temps, podran prendre més maduresa i perfecció:

1. El primer punt de la lluita d'higiene mental rau en el coneixement més essencial de la psicologia del nen i de les seves alteracions patològiques. Qualsevol anormalitat ha de ser advertida ràpidament. S'ha de conèixer la capacitat motriu, intel·lectual, social, etc. de tot possible anormal. En el nostre consultori, davant tot nen de constitució neuropàtica, davant d'un ambient anòmal, un malaltet de Little, un hipotiroïdal, etc. realitzem un estudi de la seva personalitat i procurem seguir-ne la marxa amb exàmens repetits i la vigilància d'una assistent social.

2. Coneixement de la terapèutica assequible al pediatre i relació estreta amb el psiquiatre per orientació del nen anormal. No hem d'oblidar els nens amb causa orgànica en els quals el tractament tendeix a suprimir per via mèdica o quirúrgica l'anomalia. Seguint Wile, en l'essencial podria establir-se en esquema:

- Seguir l'evolució fisiològica i el procés de maduresa.
- Organitzar la vida del nen.
- Tractament físic.
- Correcció del defectes.

- Vigilar i corregir l'alimentació.
- Tractar els trastorns endocrins.
- Desensibilització al·lèrgica.
- Cirurgia plàstica, correctiva o reparadora.
- Educar els pares i aconsellar-los.
- Educació domèstica.
- Internar el nen en el moment precís o orientar-lo al psiquiatre.
- Orientar-lo a una escola o llar pedagògica.
- Dirigir el control de les assistents socials
- Requerir l'ajut i assistència filantròpics.

3. Àmplia investigació especialitzada del ambient del nen i de la forma de criança en la seva llar. Tutela vigilada dels pares o familiars psicòpates. És innegable que el pediatre, immobilitzat en el seu consultori, tindrà poca efectivitat si la seva tasca no es veu arrodonida amb la investigació objectiva de l'ambient on viu el nen. Aquí la tasca d'una assistent social coneixedora dels problemes psicològics del nen i amb discreció i tacte suficients per no incórrer en intromissions censurables, podrà donar la millor informació i la més útil. El seu paper no s'ha de reduir a la simple inspecció sinó que practicarà a domicili tots els tests i proves tècniques que siguin necessaris; aconsellarà sobre el terreny o farà arribar els consells del metge; així mateix denunciarà els familiars psicòpates.

4. Fitxer d'institucions: col·legis, internats, clíniques, etc. amb la documentació suficient i completa per trobar ràpidament allò que convingui a cada cas.

5. Com es comprendrà, tot allò que hem anat dient és motivat per un afany de procurar realitzar la nostra labor d'assistència medicosocial de la millor manera possible i sense oblidar aspectes tan capitals com l'enunciat de forma tan ràpida i bona. Ara bé, per la plena capacitat sense un esforç esgotador, seria necessari: *a)* Cicle de conferències fet per personal competent que documenti el pediatre sobre l'essencial en matèria de psicologia i psicopatologia infantil. *b)* Connexió i intercanvi cultural amb institucions especialitzades o interessades en aquests problemes. *c)* Creació d'unes places de treballadors socials amb títol, o estudis sobre la matèria que ens ocupa. *d)* Material per realitzar tests; i *e)* Col·laboració d'un psiquiatre de plantilla, supervisor i orientador capital de la marxa de la Secció d'Higiene Mental.

CLASSIFICACIÓ DIAGNÒSTICA EN PSIQUIATRIA-PSICOLOGIA INFANTIL

ANN. MED. (BARC) VOL. LXX 1984 N.º 10 290

PROTOCOLS

F.E.N.E.T. CLASSIFICACIÓ DIAGNÒSTICA EN PSIQUIATRIA-PSICOLOGIA INFANTIL*

E. TORRAS i F. CANTAVELLA **

INTRODUCCIÓ

El grup de metges i psicòlegs del Servei de Psiquiatria Infantil de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona hem elaborat, al llarg d'uns anys una Classificació Diagnòstica que ens permet situar el 95% dels pacients que veiem.

Vam estudiar la Classificació de la Oms de 1967 i, al no resultar-nos prou específica pel treball amb nens i adolescents, vam elaborar-ne una a partir del nostre treball clínic. Hem fet varies modificacions al llarg d'uns anys, ja que tota classificació és sempre restrictiva respecte a la clínica i ens costava trobar una fórmula equilibrada que permetés suficients diferenciacions i no caigués en excés de fragmentació.

El resultat ens sembla acceptable ja que, tot i que podria enfocar-se d'altres maneres segons el marc referencial teòric, ens és suficient per localitzar les nostres històries clíniques d'una manera funcional, apta per al treball de docència i investigació.

La raó de presentar la nostra classificació en sessió científica de l'Acadèmia als pediatres i psiquiatres de nens és, d'una banda, oferir una mostra de com estructurarem la nostra casuística, i de l'altra, contribuir d'aquesta manera al pensament i a l'elaboració teòrica que puguin fer altres grups treballant en la psiquiatria-psicologia infantil.

Una classificació anterior, que elaborarem fins 1977, constava de 4 eixos. En el primer, que anomenarem A, consignàvem el motiu de consulta, però més tard ens adonàrem que barrejàvem la fenomenologia i les estructures de la personalitat, que sovint apareixien en l'anamnesi des del primer moment.

Els altres eixos, B, C, D, comprenien el mateix que els altres darrers de la nostra classificació actual, completada en 1981.

El pas següent va ser destriar què era pròpiament la fenomenologia, d'allò que era l'estructura de la personalitat. Vam organitzar la fenomenologia seguint els grups naturals encara que, per descomptat, amb delimitacions més o menys artificials, ja que no podria ser d'altra manera. Calia, a més, que l'organització permetés incloure la fenomenologia psiquiàtrica-psicològica des del primer any fins a l'adolescència.

Vam enfocar el segon eix, diferenciant l'organització d'ansietats i defenses, que és igual a dir, segons el tipus de relació d'objecte predominant en l'època de la consulta. D'aquesta manera podiem parlar d'estructura obsessiva, psicòtica, etc.

Com que el fet que la personalitat s'organitzi segons un o altre sistema defensiu no ens indica prou el grau d'integra-

ció, de solidesa, en definitiva de salut mental, vam consignar unes diferenciacions segons parléssim de funcionaments neuròtics o psicòtics. Aquestes diferenciacions, alhora, ens donaven noció de risc i de pronòstic.

Els tres eixos darrers, N.E.T., fan referència als Nivells de rendiment en el moment de l'exploració, als factors Etiopatogènics que poden considerar-se i al plan Terapèutic.

La fitxa per a la localització de les històries podria incloure molts altres punts, alguns dels quals són imprescindibles, com l'edat i el sexe. També podrien ser importants l'àrea d'habitatge, les condicions socio-econòmiques, etc.

Cal recordar que el diagnòstic en psiquiatria-psicologia infantil és evolutiu i que per tant pot dir-se que no hi ha diagnòstic definitiu. De fet el nen i l'adolescent evolucionen sempre, sigui cap a una major integració i per tant consolidació de la seva personalitat, o cap a pèrdua de la integració i així doncs cap a major dissociació, desestructuració i risc de malaltia mental oberta. L'evolució psicològica normal significa ja l'estabilització progressiva d'una personalitat amb capacitats funcionals i d'integració d'experiències noves, gratificant i frustrants. Però l'evolució pot estar destorbada per multitud de factors d'equipament de base, constitucionals i ambientals, i els resultats poden ser progressivament desestabilitzants.

De tota manera, per l'estudi de la nostra casuística ens serveixen cada un dels diagnòstics que consignem, com també l'evolució del mateix, importantíssim per avaluar les intervencions terapèutiques entre d'altres factors.

A continuació exposem el F.E.N.E.T. i després passem a definir breument cada apartat, com a guia per a la seva utilització.

F.E.N.E.T.

F - FENOMENOLOGIA

- 1- Trastorns del creixement corporal (malnutrició, obesitat, retard psicògen del creixement, disarmonies, acceleracions).
- 2- Trastorns del menjar (anorexia, bulímia, conductes alimentàries especials o aberrants).
- 3- Trastorns del dormir (insomnis, terrors nocturns, somnolència).
- 4- Retards, trastorns i activitats anòmales motores i posturals:
 - 4.1- Retard motor i postural.
 - 4.2- Trastorns de l'organització motora (crisis paroxístiques, immaduresa, neurològica, debilitat motriu, hipercinèsies, dispràxies).
 - 4.3- Trastorns d'expressió motora (activitats ritmi-

* Sessió acadèmica conjunta del 12 d'abril de 1984 de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantil i de la Societat Catalana de Pediatria.

** Servei de Psiquiatria Infantil de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona.

- ques, tics, paràlisi histèrica, espasme del sanglot).
- 5- Trastorns del control d'esfinters.
 - 6- Problemes de la parla i del llenguatge.
 - 7- Trastorns de l'àrea cognitiva i del rendiment escolar (atenció, memòria, raonament, problemes d'aprenentatge, dislèxia).
 - 8- Trastorns de la capacitat mental i oligofrènia:
 - 8.1- Retard o insuficiència.
 - 8.2- Demència.
 - 9- Síntomes d'ansietat (fòbies, inhibició per por, plors desmesurats).
 - 10- Síntomes compulsius (rituals obsessius, masturbació, onicofàgia, quequeix, tricofilomania).
 - 11- Síntomes depressius (tristesia, apatia, decaïment...)
 - 12- Síntomes de desconexió afectiva i autisme.
 - 13- Trastorns de la conducta i del caràcter (rebel, impulsiu, estrany, aïllat, auto i heteroagressiu).
 - 14- Trastorns o malalties somàtiques (asma, trastorns digestius, cefalalgies).
 - 15- Trastorns de la integració social (de la relació interpersonal, en l'escola, en els grups, en els jocs, amb els objectes inanimats o transicionals).
 - 16- Conducta sexual alterada (homosexualitat, exhibicionisme, prostitució, fetixisme).
 - 17- Tendència a les addiccions i altres hàbits pervertits.
 - 18- Conducta antisocial:
 - 18.1- Actes delictius.
 - 18.2- Suïcidi.
 - 19- Altres.
- E - ESTRUCTURA**
- 0- Variació normal.
 - 1- Trastorns reactius transitoris.
 - 2- Estructura immadura-regressiva.
 - 2.1- Síndrome d'ansietat.
 - 2.2- Simbiòtica de caràcter psicòtic.
 - 3- Fòbico-paranoide
 - 3.1- de predomini fòbic ansiós
 - 3.2- de predomini paranoide (reivindicativa, descontenta, agressiva, querulant)
 - 3.3- Paranoide de caràcter psicòtic (amb pèrdua marcada de contacte amb la realitat, elements delirants).
 - 4- Histèrica.
 - 4.1- Neuròtica (dramatitzadora, suggestionable, excitable, conversiva).
 - 4.2- de caràcter psicòtic.
 - 5- Ciclotímica.
 - 5.1- Predomini d'elements maníacs (to hipomaniac, negació de problemes, controlador, dominant).
 - 5.2- Predomini d'elements depressius (decaïment, sentiment d'inferioritat, inseguretat).
 - 5.3- Excitació de caràcter psicòtic (fuga d'idees, excitació delirant).
 - 5.4- Melancòlica de caràcter psicòtic.
 - 6- Obsessiva
 - 6.1- de caràcter neuròtic (rituals, dubtes constants, elements compulsius).
 - 6.2- de caràcter psicòtic.
 - 7- Psicopàtica.
 - 7.1- Caracterial (tendència a passar a l'acte, mentides, robatoris, fugues).
 - 7.2- de caràcter psicòtic (amb pèrdua de contacte amb la realitat).
 - 8- Psico-somàtica.
 - 8.1- Reactives.
 - 8.2- Depressives (malaltissos, hipocondríacs).
 - 8.3- Psico-somàtics vers (asma, megacolon funcional, vòmits acetònemics).
 - 9- Psicòtica.
 - 9.1- *Border-line* no clínica (caràcter estrany, conducta xocant, esquizoide).
 - 9.2- Clínica (autistes, esquizofrènic, delirants).
- N - NIVELL D'INTEL·LIGÈNCIA**
- 0- Normal o superior (Q.I. de 100 o més).
 - 0.1- Normal baix (Q.I. de 90 a 100).
 - 1- Subnormalitat lleugera (Q.I. de 70 a 80).
 - 2- Subnormalitat moderada (Q.I. de 50 a 60).
 - 3- Subnormalitat severa (fins un Q.I. de 40).
- E - FACTORS ETIOLÒGICS O ASSOCIATS**
- 0- No es coneixen.
 - 1- Suposadament connatal, constitucional.
 - 2- Trastorns de l'embaràs, part, icterícia nuclear.
 - 3- Seqüeles de malalties o trastorns de S.N.C.
 - 3.1- Lleu o mínima.
 - 3.2- Greu (tipus encefalític o paràlisi cerebral).
 - 3.3- Crisis paroxístiques (epilepsia).
 - 4- Trastorns sensorials, pèrdues sensorials.
 - 5- Malalties orgàniques excloses les del S.N.C. (cardiopatia congènita, diabetes, anèmia), malalties agudes, etc.
 - 6- Factors psicològics.
 - 6.1- Suposadament constitucional o connatal.
 - 6.2- Factors ambientals traumàtics aguts.
 - 6.3- Factors ambientals traumàtics crònics. (Separacions, hospitalitzacions, internaments, institucionalitzacions, etc.).
 - 7- Factors psicològics parentals.
 - 7.1- Primeres experiències i funció materna insuficientment estructurants.
 - 7.2- Ambient desestructurant. (Mare o pare excessivament tensos, descarregadors de tensió, ansiògens pel nen, carències afectives greus, etc.).
 - 7.3- Absència total o perllongada de pare o mare (mort, abandonament de la llar, separació de la parella, mare soltera, especialment si no hi ha hagut una compensació psicològicament acceptable).
 - 7.4- Influències parentals perturbadores, contraproduents o psicotitzants (*folie-à-deux*, relació simbiòtica, violència, rigidesa educativa, toxicomanies, etc.).
 - 8- Factors psicològics familiars.
 - 8.1- Presència d'un malalt mental, avi, oncle, germà, etc., en el nucli familiar. Mort d'algun germà o parent en el nucli familiar.
 - 8.2- Característiques perturbadores del grup familiar en general. (Estructures psicòtiques, obsessives greus, paranoies importants, etc., en la família.)
 - 9- Factors socio-econòmics.
 - 9.1- Nivell socio-econòmic greument deficitari (implicacions alimentícies, d'excessiva ocupació dels pares, d'escolaritat, etc.).

- 9.2- Trasllats, emigracions, minories racials, religioses o culturals, etc.

T - TRACTAMENTS

- 1- Tractament farmacològic.
- 2- Estimulació psicomotriu.
- 3- Reeducació psicomotriu:
 - 3.1- Individual.
 - 3.2- En grup.
- 4- Tractament psicopedagògic.
 - 4.1- Individual.
 - 4.2- En grup.
- 5- Psicoteràpia.
 - 5.1- Individual.
 - 5.2- En grup.
- 6- Tractaments específics (logopèdia, expressió).
- 7- Ensenyament especialitzat.
- 8- Internament en Escola o Institució.
- 9- Entrevistes continuades.
 - 9.1- Nen.
 - 9.2- Pares.
 - 9.3- Grup familiar.
- 10- Reajustament de l'ambient extrafamiliar: escola, grups socials, recreatius.
- 11- Tractament psicològic de la família.
 - 11.1- Teràpia de la família.
 - 11.2- Teràpia psicològica d'un pare.
- 12- Grups de sensibilització.
- 13- Altres tractaments.

FENOMENOLOGIA

Com el seu nom indica, aquest eix comprèn els fenòmens psíquics tal com són observats pel nen mateix i pels altres (pares, mestres, metge). Pot dir-se que es tracta dels estats mentals, emocionals i dels pensaments expressats verbalment o a través de la conducta i dels símptomes. És obvi que el motiu d'una consulta, en principi són els fenòmens psicopatològics o que plantegen dubtes sobre la seva normalitat, i no els fenòmens psíquics normals. De tota manera també rebem consultes de pares que desitgen enraonar sobre la seva relació amb els seus fills i ser orientats respecte a diferents aspectes de la vida d'ells, com per exemple l'escola, les activitats para-escolars, etc.

El nostre contacte amb la fenomenologia comença en general en la primera entrevista, a través del "motiu de la consulta" que expressen els pares, de l'anamnesi i de les manifestacions directes del nen (per exemple quequeig, tics, trastorns del pensament, hipercinèsia, temors fòbics i tants d'altres) quan aquest assisteix a la primera visita. També podem ser informats pel metge del nen i per l'escola, per la via d'una conversa o d'un informe escrit. Hi ha també altres vies menys freqüents.

La fenomenologia, per detallada que sigui, sovint no ens indica amb suficient seguretat la benignitat o severitat del problema i per tant del pronòstic.

Aquests depenen molt de l'estructura de la personalitat, de les àrees funcionals conservades i de la seva solidesa, dels nivells de rendiment intel·lectual, de les bases etiopatogèniques, especialment els trastorns d'equipament neurològic i sensorial. El pronòstic depèn també de les possibilitats d'organitzar un pla terapèutic, de portar-lo a la pràctica amb suficient qualitat i constància i de la resposta al tractament, o sigui dels recursos evolutius mobilitzables.

De tota manera la fenomenologia mateixa ens aporta indicatius valuosos i l'evolució que els pares expliquen, especialment quan tenen bona capacitat d'observar, ens orienta respecte a les tendències evolutives espontànies, cap a l'agreuament o la millora.

Per altra banda la importància dels fenòmens psicopatològics depèn també de l'edat del nen. Així hi ha "símptomes" que són poc preocupants a una edat i en canvi ho són molt en d'altres posteriors, com seria per exemple els problemes del control d'esfínters i d'altres problemes de les funcions.

Les entrevistes amb els pares ens permeten conèixer, a més del nen que els pares transmeten, als pares mateixos. Veiem la seva capacitat d'observar al nen i d'adonar-se de les relacions intrafamiliars, la capacitat de contacte amb les vivències del fill i especialment amb l'ansietat, entre moltes altres coses. D'aquesta manera se'ns perfila millor la importància de la fenomenologia, ja que podem extreure'n la part del problema que cal atribuir a maneigs inadequats de les relacions intrafamiliars i de l'ansietat i la part que podem atribuir a problemes del nen mateix. Per descomptat, quan més adequat és un ambient familiar, més depèn de l'equipament del nen mateix la seva psicopatologia.

ESTRUCTURA:

Aquest eix dona raó, com hem dit més amunt, de la qualitat integrativa de la personalitat i de l'estil de les relacions d'objecte o també pot dir-se de l'organització d'ansietats i defenses.

El zero inclou els nens adolescents amb personalitats situades en la franja de la normalitat. Per nosaltres aquesta franja està constituïda per personalitats suficientment integrades i estables, independentment del modus predominant d'organització d'ansietats i defenses.

Inclouríem aquí, per exemple, la tensió, ansietat o insomni del lactant menut sotmès a una alimentació a horari rígid, o al que s'obliga a una pausa nocturna de 6 hores abans que per ell mateix pugui tolerar-la. L'ansietat a l'estrany dels 8 a 10 mesos. També inclouem alguns terrors nocturns dels 3 anys o al voltant i el quequeig d'aquestes edats. La tossuderia, desobediència i rebel·lia entre els 2 i els 4 anys, o sigui el període que s'ha anomenat "de resistència". La fantasia, presa com "mentida", dels 5 anys.

Inclourem també conductes que són normals enfront de determinades condicions, d'altres edats. La gelosia moderada al naixement d'un germà, més o menys exterioritzada. Les ansietats a l'inici de l'escola, que poden expressar-se per inquietud nocturna, mal humor, irritabilitat, neguit. Les conductes regressives acompanyant a malalties o canvis traumàtics. Moltes conductes de l'adolescent, etc.

El número 1, trastorns reactius transitoris, inclouria les desestabilitzacions passatgeres, i generalment poc profundes, causades per canvis en la vida externa del nen que provoquen ansietat i agressió emocional, i que posen a prova l'equilibri en forma aguda intensa o en forma subcrònica.

La fenomenologia psicopatològica, en aquest cas, posaria en relleu els esforços de la personalitat per a integrar l'experiència i els esculls trobats en fer-ho.

El que defineix aquests trastorns és que trobem un motiu

determinant o "precipitant ambiental" i que la seva aparició, després d'un temps relativament curt, va seguida d'una disminució fins a la desaparició de l'estat que s'havia creat. Inclouríem aquí l'enuresi del nen que controlava des d'un temps abans, i que li neix un germà o comença a assistir al parvulari.

També certs terrors o pànics després d'un accident, hospitalització, intervenció quirúrgica. La depressió per la mort d'un ser volgut. La tristesa o depressió per la mort d'un animal de la família o d'ell. Irritabilitat, mal humor, canvis de conducta enfront de problemes a l'escola, sigui amb els companys, amb els mestres o fracàs escolar, etc.

El número 2, estructura immadura-regressiva vol incloure tots aquells nens, i de vegades adolescents, enganxats a formes de relació amb els pares i el seu ambient propis d'edats molt més menudes. La qualitat i la intensitat de la dependència tampoc corresponen a l'edat i a més s'aprecia que aquesta no té tendència a una evolució franca. En el 2.1 predominaria l'ansietat, com a manifestació enfront de gran part de les experiències de la vida del nen. En el 2.2 destaca especialment l'enganxament, l'adherència excessiva patològica a les persones (majorment mare) viscudes com a més protectores contra l'ansietat. En aquest cas la vida del nen està alterada per la impossibilitat de tolerar les separacions. Generalment la mare ha correspost a aquesta adherència i no ha estat capaç de modificar-la.

Potser trobem més sovint aquesta estructura en nens menuts, en els primers anys fins l'edat escolar o en els començaments de l'escolaritat, o sigui fins a 6 o 7 anys. Però no és gens estrany trobar-la com a base d'una anorèxia mental de la pubertat, o d'una fòbia a examens o un fracàs escolar de la primera part de l'adolescència. També en d'altres quadres de totes les edats.

Ens sembla que les estructures següents, de 3 a 9, no necessiten explicació. Tampoc caldria dir que la progressió (3.1, 3.2, 3.3 i successives) indica en general personalitat més severament afectada, amb major predomini d'organitzacions fràgils o greus.

L'eix N, nivell d'intel·ligència, no necessita explicació. Per descomptat tenim ben clar que no estem avaluant "la intel·ligència", sino uns rendiments enfront d'unes determinades proves en un moment donat. Ens és evident que les funcions intel·lectuals es desenrotllen i evolucionen vin-

culades a factors personals i ambientals. Sabem que també s'empobreixen i es deterioren a conseqüència d'excessives experiències negatives, que posen al límit l'estructura personal i no s'integren. La pèrdua d'estructura de la personalitat implica, gairebé sempre, un empobriment funcional i relacional que per descomptat pot expressar-se en els rendiments intel·lectuals.

L'eix E, etiologia, té en compte molts dels factors que intervenen en l'evolució del nen pertorbant-la. És evident que quan més intens i perllongat és un factor que actua com traumatitzant psicològic, més posa a prova l'equilibri de la personalitat i emocional, i més fàcil és que es produeixin pèrdues de finura integrativa o vertaderes desestructuracions, la recuperació serà més fàcil si la personalitat ha resultat poc emmalaltida i, evidentment, s'ha pogut elaborar l'ansietat i el trauma. És evident que la personalitat anterior a una situació traumàtica, ansiògena o agressiva té una importància decisiva en quant al que pot passar enfront d'experiències negatives.

Per descomptat qualsevol factor excessivament ansiògen, en relació a la capacitat de l'equilibri personal per a suportar-lo i elaborar l'experiència, obliga a recursos defensius del tipus del clivatge, també excessius i per tant inadequats. Per això, entre d'altres, les malalties i hospitalitzacions, especialment si hi ha separació de la família, exploracions mèdiques i operacions quirúrgiques solen resultar traumàtiques. Segons l'edat i la manera com es tractin aquestes situacions, poden produir-se alteracions durables de la personalitat.

Els factors psicològics parentals i familiars actuen per dues vies. D'una banda com a traumes cronificats, quan es tracta de la cura inadequada de l'infant i de relacions amb ell poc recolzants. D'altra banda les relacions inadequades amb els pares actuen com a transmissores d'un contacte pertorbat amb la realitat. És també així quan els pares, ells mateixos, pateixen una pertorbació mental de qualsevol tipus.

Per acabar, l'eix T, tractaments, numera per separat distintes possibilitats terapèutiques. Sovint el pla o l'escalonament terapèutic inclou més d'una modalitat.

En aquest cas fem constar les que programem des de l'inici, i si hi ha una forma terapèutica que considerem central, la posem primer, seguida de les altres, supeditades a aquesta, entre parèntesi.

LA RELACIÓ ENTRE EL PEDIATRE I ELS PARES I FILL

1. El pediatre: una posició clau en higiene mental

En higiene mental cada vegada està més arrelada la idea que l'atenció al nen ocupa un ampli espai en el camp de la prevenció dels trastorns psíquics, no només de la infància sinó de tota la vida de l'ésser humà. Dins l'etapa infantil, els primers anys i especialment el primer, estan adquirint cada vegada més un protagonisme rellevant ja que es consideren èpoques transcendents per al desenvolupament de la personalitat i, si s'escau, determinants de patologia mental especialment greu.

Amb això volem assenyalar i significar el paper que juga el pediatre en ocupar una posició estratègica capdavantera com a procurador de la salut (la participació eminentment preventiva ja fou reconeguda fa molts anys per la pediatria clàssica, encara que la tasca era referida al camp organicista). Fa relativament pocs anys es va començar a entendre el valor del pediatre en la salut mental, però la seva actuació en la pràctica encara roman desorientada i emboirada, ja que ve marcada inicialment per la formació acadèmica rebuda a la Facultat de Medicina. En matèria de prevenció hem d'admetre que el pediatre està en una posició clau per moltes raons. Una sola d'elles ja ho justifica: mitjançant l'aplicació pràctica dels conceptes de risc, competència i vulnerabilitat, el pediatre pot detectar que el bon desenvolupament d'un infant pot estar compromès.

En assenyalar que el pediatre ocupa una posició capdavantera no voldríem que semblés menystingut el paper que hi juga el metge obstetra, tant de cara al futur nen com de cara als pares. Però volem remarcar una diferència qualitativa: els pares i el pediatre tenen davant seu, des del naixement, un nen que està present, materialitzat com a persona existent i diferenciada, separat de la mare.

Tot i el desglossament de l'assistència sanitària al nen en diverses subspecialitats, en especial la de neonatologia imposada per criteris tecnològics comprensibles, els pares sempre han conferit la tasca de vigilant de la salut al pediatre de família, és a dir, aquell que durà a terme el seguiment del seu fill en el curs de la infància i per això expressen els desigs que l'atenguin des dels primers instants de la seva vida; ells pensen, no sense raó, que l'ha de conèixer des dels primers dies i anar-lo seguint després.

En l'actualitat, els pares veuen el pediatre com el protector de la salut del fill, a més de ser qui pot guarir-li les malalties que es puguin presentar. Se li confien tota

classe de problemes, molts d'ells aliens a la pràctica mèdica del pediatre, com dificultats escolars, desenvolupament de funcions psicomotrius, temperament i caràcter, trastorns d'adaptació, relacions amb els avis, etc.

2. Factors influents en la relació entre el pediatra i els pares i fill

2.1. Factors generals (gràfic 1)

1. La societat: La societat humana imprimeix, a través de criteris culturals i econòmics, unes determinants de la conducta als individus que la formen, que influeixen en les seves fantasies i en conformen els ideals i, per tant, la moral. És un gran cercle que els embolcalla en l'atmosfera que respiren. D'altra banda, en el si de la societat emergeixen forces que impactaran sobre el consens general i que afecten tant l'individu com els diferents grups que la conformen, els quals, particularment o en conjunt, contraresten o engeguen altres forces que van remodelant la societat. D'acord amb això, els vectors dinàmics vénen a ser com radis que suporten corrents centrífugs i centrípets al mateix temps.

2. Societat i pediatre: Solament esmentarem alguns aspectes de la manera com la nostra societat influeix en el comportament del pediatre. Esmentarem algunes facetes que donen testimoni que els rols socials, els estatus individuals o col·lectius determinen relacions específiques entre metge i família. Els ideals i els objectius de la corporació mèdica poden crear patrons operatius que afecten els individus excloent altres necessitats. Aquí podríem inserir els models científics predominants en l'atenció mèdica. Com exemple d'això que hem esmentat, podríem adduir els criteris de docència mèdica que sobrevaloren la tecnologia deixant de banda la salut mental, individual i col·lectiva. Per aquest camí veiem que la docència dels futurs sanitaris exigeix una capacitació tècnica però no contempla un mínim de capacitació personal que permeti garantir que la relació interpersonal sigui terapèutica i no patògena. És a partir d'aquí que ultrapassarà la prioritat de la meravella tècnica a qualsevol altra consideració. Aquest seria el triomfalisme propagandístic dels trasplantaments d'òrgans o els rècords per fer sobreviure als prematurs de més baix pes possible. En un altre camp, podríem trobar el metge sotmès als esdeveniments polítics, els objectius de la indústria farmacèutica, els factors que entren en la controvèrsia entre lactància materna i lactància artificial, l'exaltació del servei de guarderies més enllà de ser un recurs social més o menys adient segons circumstàncies, etc.

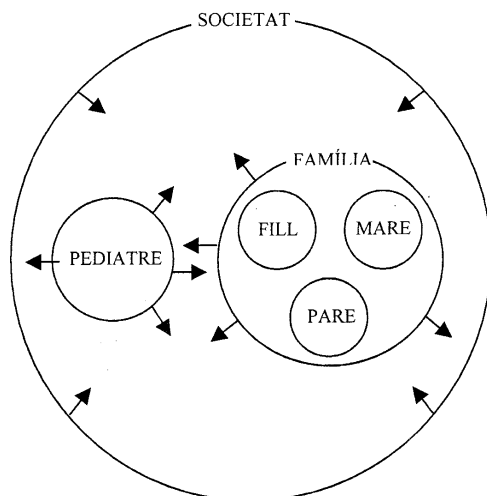
3. Societat i família: La societat assigna un rol a la família i a cadascun dels seus membres en particular dins el seu si. Hem assistit en poc temps a un canvi profund en la composició de la família, en la seva valoració social i en la diversificació dels tipus de parelles. La problemàtica socioeconòmica ha modificat les tasques familiars, com pot ser el treball de la dona o l'atur, ja sigui si afecta l'home o la muller. Tot i que la mare encara

conserva la funció de tenir cura del fill, fins ara gairebé en exclusiva, moltes vegades el pediatre es troba amb el pare que duu el nen a la consulta, si bé en ocasions presentant-se com emissari delegat portaveu de la seva dona. Altres vegades la demanda d'assistència prové de la guarderia o l'escola, i aleshores els pares fan d'intermediaris, en què exposen un trastorn del nen que no ha estat detectat o valorat per ells, ja que el nen passa la quasi totalitat del dia fora de la llar. També succeeix que el nen sigui visitat i tractat lluny dels pares i amb exclusió d'ells. D'altra banda, l'estatus socioeconòmic de la família determina diferents tipus assistencials que modifiquen les relacions entre la família i el pediatre. Al pediatre s'hi va perquè n'han sentit parlar encomiàsticament o potser també com a resultat d'una transmissió familiar o d'amistats. Amb això el contacte relacional porta des d'un inici el segell del prestigi o de la coneixença. Però també s'hi va perquè pertany a les assegurances socials, siguin obligatòries o lliures. En aquests darrers casos, la postura és, d'entrada, distant o desconfiada.

Un aspecte curiós de les ordenacions administratives és el fet de posar límits a l'edat de la infància per assignar el metge: pediatre fins als set anys, medicina general passada aquesta edat. Les despeses econòmiques vénen condicionades per la valoració que es fa de les malalties i el nivell per determinar-les és més propagandístic i, per tant, polític que no pas la valoració econòmica i social del gravamen sobre la família o sobre la societat en general. Posem per exemple que es pot anar als Estats Units d'Amèrica per fer un tractament superespecialitzat, però potser no s'aconseguirà cap assignació per a un tractament psicoterapèutic.

Aquests aspectes i molts d'altres són presents a l'hora que la família contacti amb el pediatre i determinar els tipus de relacions que s'establiran.

Gràfic 1. *La relació entre el pediatre i els pares i fill: factors generals influents.*



2.2. *Factors personals* (gràfic 2)

1. En el pediatre: La professionalitat no representa solament l'exercici de la competència del pediatre en la seva tasca, és a dir, no és un afer exclusiu del coneixement que tingui dels quadres de malalties, síndromes i diagnòstics diferencials, conjuntament amb el domini i destresa de les tècniques físiques exploratòries. Ja s'ha dit que la força subjugadora de la tecnologia influeix en dissociar i convertir l'organisme humà en un objecte passiu al servei de finalitats alienes a la seva salut global. En deixar-se portar per l'esquer de la tecnologia podríem trobar un aspecte emocional del metge, que darrera dels procediments científics intenta manejar la seva ansietat. El metge, en fer desaparèixer el pacient persona i substituir-lo pel pacient objecte, s'evita el transvasament d'angoixes i pot mantenir-se al marge. Una mica més enllà, l'omnipotència dels coneixements pot formar part de l'omnipotència personal: el pacient ha de sotmetre's i fer allò que el metge ordena, ja que aquest ho sap tot de malalties i guariments i, per tant, d'allò que li convé.

Els mateixos pacients, o els pares en el cas dels nens, poden predisposar cap aquesta situació. És molt freqüent que els pares esperin del pediatre una cura màgica, en conferir-li atributs omnipotents donats per una ciència totpoderosa. Aquesta cura màgica anirà materialitzada en forma de prescripció farmacològica, d'una intervenció quirúrgica o d'unes injeccions "que van directament a la sang" i, sobretot si aquests mitjans terapèutics van precedits d'unes certes exploracions "que poden veure allò que el nen té dins seu", com ara radiografies, electroencefalogrames o tomografies computades, etc.

Les angoixes i conflictes interpersonals dels pares desvetllen angoixes i conflictes en el pediatre. Algunes actuacions mèdiques són la resultant de les interaccions d'aquestes angoixes. El pediatre no s'enfronta únicament al trastorn o inquietud que motiva la consulta, sinó que s'enfronta també a les fantasies, desigs i temors que estan enfocats sobre la malaltia del fill i que per al pediatre poden ser la part detectable; però poden haver-hi altres factors afectius en el pares que no són evidents, com serien: sentiments de culpa pròpia o projectada a l'altre cònjuge, ansietats depressives, rebuigs o necessitats d'agredir el fill o la pròpia parella, etc. Pot succeir que el fill sigui el camp de batalla de la discòrdia dels pares, cadascun dels quals busca la complicitat del pediatre, erigit com a jutge. Altres vegades és el fill el victimari d'un dels pares, amb l'aliança de l'altre. Més sovint, els trastorns del nen són la representació equivalent al desequilibri emocional dels pares o la víctima d'actuacions perverses, com seria el cas de l'anomenat síndrome de Münchhausen delegat, com exemple extremat, encara que poc freqüent. La personalitat del pediatre pot veure's sotragada pels impactes de certs trets personals que alguns pares poden presentar: mares obsessives, pares fòbics, paranoïdes, querulants, etc. El pediatre ha de respondre a tot això i moltes vegades ho farà a través dels recursos que li presenten inconscientment les pròpies defenses enfront l'angoixa que les situacions li creen.

Les identificacions que el pediatre pot fer amb el nen o amb els pares li poden

provocar, d'una banda, la visió d'una criatura que cal defensar a ultrança de la incompetència d'una mare o, d'una altra, veure el fill com un petit dèspota que tortura i tiranitza amb el seu refús a menjar o amb els seus desvetllaments nocturns amb els quals reclama atenció a deshora. Si més no, l'equació professionalitat personalitat pot donar desfasaments de la realitat. En no tenir recursos en l'esfera psíquica, el nen molt petit respon a les tensions emocionals amb símptomes corporals. Això pot comportar l'aparició de síndromes psicossomàtiques. El fet de reduir aquests trastorns a la nosologia organícista i a un tractament corol·lari, comporta fixacions i estructuracions psicopatològiques dissociades de la causa que tenen i de l'aplicació curativa. A més, per part dels pares representa una desorientació en l'atenció que el nen mereix.

La professionalitat pot ser emprada pel pediatre com un escut protector per no restar atrapat en els problemes de la família i que d'una altra manera representaria un compromís personal. És per això que alguns pediatres adopten postures estratègiques d'acord amb la seva personalitat. N'hi ha que prenen distància en cenyir-se a presentar el diagnòstic i el tractament amb una freda postura de tècnic de laboratori. Altres prenen una actitud paternalista i protectora donant consells i normes derivades del seu concepte del món social. Ja hem parlat del qui fa servir l'omnipotència. En el mateix context de control dels pares es pot fer referència a qui exigeix una submissió a les seves regles mitjançant alarmismes o tranquil·litacions.

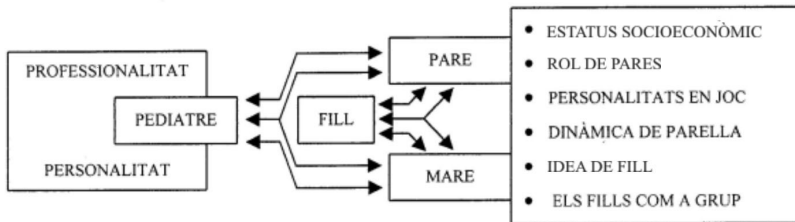
2. En la família. En perspectiva anterior, sota l'angle del pediatre, s'han fet al·lusions a característiques personals dels pares en relació a factors socials, a estructures de personalitat i conflictes de la parella. Ara comentarem breument el rol de pares i algunes de les idees que tenen sobre els fills. La mare, sobretot la novençana, està plena a vessar de temors després del part. Serà una bona mare? Els que l'envolten, familiars i professionals, l'atabalen i desconcerten quan li fan demostracions de com saben cuidar i manejar bebès..., però ningú no l'escolta. El pediatre, a més d'assegurar-li que el fill està bé, pot representar per a ella la màxima contenció si se sent escoltada, compresa i acceptada per ell tal com està i amb totes les angoixes que li expressa.

Assumir el rol de pares dependrà de la maduresa de la parella, però també de les tensions a les quals els sotmet el fill. El convenient progrés del fill és un premi que els dóna forces per tirar endavant. Al pediatre se li poden presentar pares derrotats, desorientats, que manifesten sentiments de culpa, agressivitat contra el fill, poc o molt reprimida, o depressions. Un fill psicòtic per encefalopatia neonatal pot ser la causa que els faci veure autoacusats o inestables. Els pares tenen dins del seu cap un fill ideal, és a dir, un nen que ha de respondre als seus patrons. Per aquesta raó poden interpretar anòmales reaccions i conductes que no s'ajusten al seu model i per això estan reprimint-les constantment.

Hi ha pares que resulten ser els fills del seu fill. Fa la impressió que aquell nen és qui ha de tenir cura dels pares: no pot plorar o queixar-se per no atabalar-los; ja no pot fer-se pipí a sobre perquè la mare va sobrecarregada de feina; ha de treure bones notes, o cap suspens, perquè no emmalalteixi el pare... Llavors és el pediatre qui ha d'adoptar el paper de pare de tots ells. Hi ha casos en què els pares obliguen el pediatre

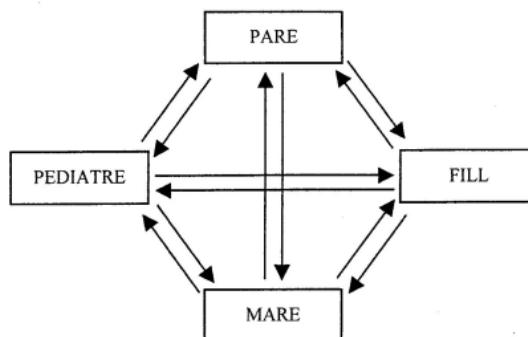
tre a ser còmplice d'actuacions en forma d'enfilall de tractaments traumàtics i innecessaris per al nen, la finalitat dels quals és satisfer les profundes motivacions d'un pare o d'una mare. D'aquesta manera el nen és adenotomitzat, cosit a injeccions de reforçants, drogat per calmants, hospitalitzat cada dos per tres...

Gràfic 2. La relació entre el pediatre i els pares i fill: factors personals influents.



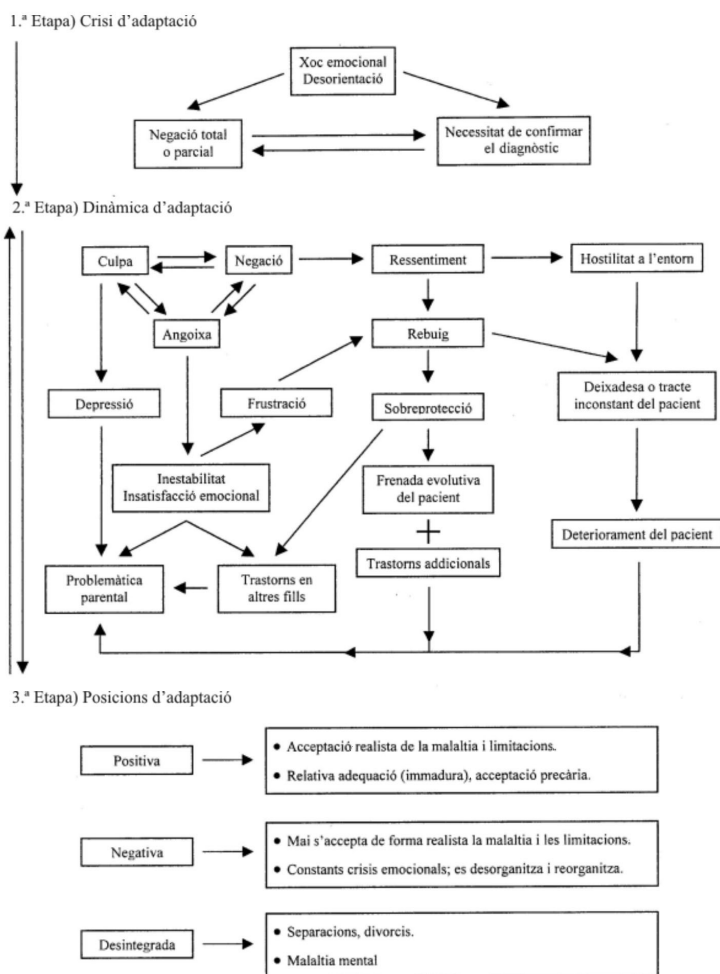
3. En el marc de la consulta (Gràfic 3). En darrer terme, tot el que s'ha dit fins ara té lloc en un moment donat, quan la família i el pediatre es troben en la consulta mèdica. Els vectors representants dels corrents afectius de la relació interpersonal entre tots i cadascun dels qui formen aquest grup, giren i s'entrecreuen en totes les direccions. En aquesta situació, el fill també està present com un dels actors de l'escena. Davant del pediatre, el nen intenta comunicar-s'hi mitjançant els medis de comunicació de què disposa. Entre tots els qui estan al seu voltant, el nen també té la seva visió del pediatre, matisat per l'edat que té i pel tipus d'aliances o enfrontaments que ell imagina que hi ha entre els pares i el pediatre. En el moment de la consulta, el pediatre tracta de fer de filtre interpretatiu entre allò que els pares manifesten i allò que ell copsa del nen. Però l'objectivitat del pediatre sempre estarà sotmesa al joc d'identificacions, ansietats i defenses del seu funcionament personal.

Gràfic 3. La relació entre el pediatre i els pares i fill; en el marc de la consulta.



Les vicissituds per les quals passa la família al llarg de les consultes continuades en el desenvolupament del nen comporten diverses trajectòries de situacions emocionals. El ventall de funcionaments personals dels pares el podem esquematitzar seguint el cas de nens afectats de malalties invalidants i cròniques com cardiopaties severes, paràlisi cerebral, oligofrènies, etc. Si ho exposem com a paradigma és perquè aquest exemple representa una emfàtica dramatització de moltíssims casos, inclosos els de desenvolupament normal. El gràfic 4 (resultat de modificacions del presentat per P. D. Steinhauer, D. N. Mushin i O. Rae-rant en *Clíniques Pediàtriques de N. A.* al novembre de 1974), ens parla esquemàticament de les trajectòries emocionals de la família.

Gràfic 4. Etapes evolutives dels pares de nens amb malalties invalidants cròniques.



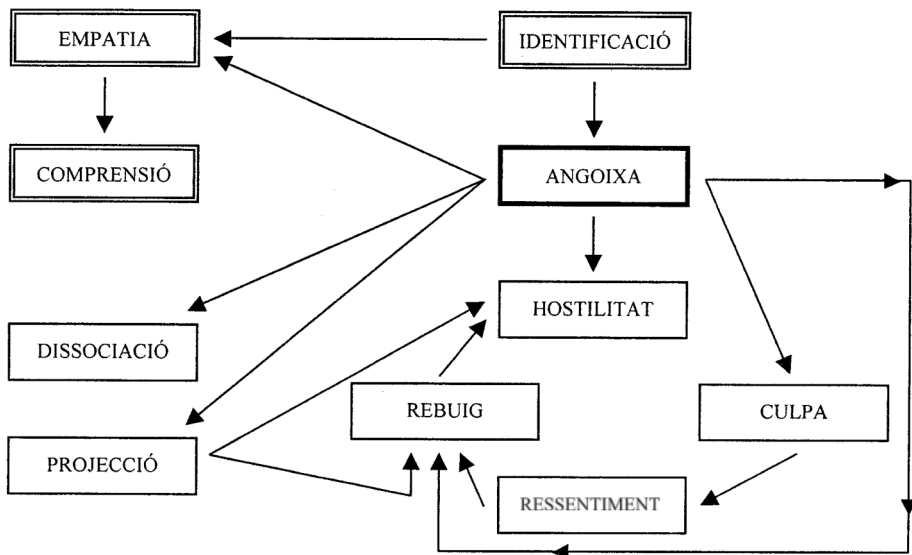
2.3. *La relació entre el pediatre i els pares de fills amb malaltia invalidant crònica: reaccions emocionals del pediatre*

En els anteriors apartats hem analitzat les diferents trajectòries emocionals per on passa la família en les consultes al pediatra. A l'altra banda, el pediatre també passa per vicissituds que se solapen amb les dels pares. En principi, la identificació, en agermanar-se amb l'angoixa que la família transmet, li permet codificar el missatge per donar lloc a una relació empàtica que el porta a la comprensió de la situació familiar.

La tolerància a l'angoixa és un element important en la tasca del pediatre i pot servir-li com un mitjà per entendre què és allò que està passant. El valor de l'angoixa pot ser, en canvi, obstaculitzant, negatiu, segons com l'afecti. Si és sentida com una cosa dolenta, nociva i que no es pot tolerar, el farà apartar-se del camí profitós i li farà utilitzar defenses que esdevindran perjudicials per al seu pacient i per a ell mateix, en el desenvolupament de la seva funció higienitzadora.

En el gràfic 5 estan representades esquemàticament les posicions emocionals del pediatre enfront de les anguixes despertades en el treball amb pares de nens amb malalties invalidats cròniques.

Gràfic 5. Relació entre el pediatre i els pares de nens amb malalties invalidants cròniques: reaccions emocionals del pediatre.



A continuació s'inclouen exemples que tipifiquen cadascuna de les posicions per les que el pediatre pot discórrer en aquestes situacions de forta angoixa:

- a) Sentiments de culpa
 - 1) Desesperança d'obtenir èxit.
 - 2) Desesperança davant el dol dels pares.
 - 3) Temença de donar el diagnòstic, que se sent com un atac a la figura de pares.
 - 4) Enganxament emocional simbiòtic al dol dels pares.
 - 5) Diagnòstic confós, tot i tenir-lo clar.
 - 6) Promesa de bons pronòstics per minvar l'angoixa dels pares.

- b) Sentiments de rebuig
 - 1) No poder escoltar els pares.
 - 2) Engegar diagnòstics i pronòstics abans de confirmar-los.
 - 3) Parlar massa abans que els pares hagin superat la crisi inicial.
 - 4) Retirar-se i deixar que els pares afrontin sols les tensions.
 - 5) Ressentiment per les opinions i procediments dels pares.
 - 6) Separar als pares del contacte del fill.

- c) Hostilitat
 - 1) No tolerar les negacions dels pares.
 - 2) Oposar-se tancadament a buscar altres opinions i criteris.
 - 3) Malfiar-se de les capacitats dels pares.
 - 4) Sentir-se maltractat per l'hostilitat dels pares.
 - 5) Irritar-se per les distorsions que fan de les seves explicacions.
 - 6) No poder esperar que els pares entenguin i estiguin disposats a escoltar.
 - 7) Culpabilitzar els pares.

- d) Dissociació
 - 1) Deixar sola la família amb les seves tensions i dols.
 - 2) Rivalitzar: pacient d'ell versus fill d'uns pares.
 - 3) No valorar l'oportunitat d'un tractament traumàtic de cara a la seva noci-vitat psíquica.

- e) Projeccions
 - 1) Al servei de l'omnipotència:
 - 1.1. "Omnipotència" versus "col·laboració".
 - 1.2. Desprestigi o culpa d'altres metges.
 - 1.3. Dir als pares: "si haguessin vingut abans, el nen no estaria així".
 - 1.4. No admetre rectificacions.
 - 1.5. Empitjorar la realitat dels pronòstics en front de probables millores.
 - 1.6. Fer-se valer de millores enganyoses.
 - 2) Hipersensible a sentir-se acusat o a enfrontar-se amb disconformitats.

EL CAMÍ DE LA PRIMERA INFÀNCIA

El pròleg del desenvolupament: el període intrauterí

Fins fa relativament ben poc el fetus era un desconegut. La mare en tenia notícia a través del moviment que feia i, sobretot, per les puntades de peu que li donava. En el terreny científic, solament l'estudi del fetus avortat permetia durant un curt temps explorar els moviments i reflexos. Avui dia s'estan realitzant investigacions molt interessants sobre el fetus humà. Potser el mitjà que ha permès adonar-nos de la realitat física ha estat l'ecografia, perquè en dóna una imatge visual. En aquest capítol solament veurem quatre pinzellades d'alguns aspectes que poden ser d'utilitat en la pràctica clínica, tant per meditar sobre la teoria dels nostres coneixements com per intentar sensibilitzar els professionals davant de fets que obren nous camins i nous problemes que s'han de tenir en compte en l'exercici pràctic.

Els estudis sobre aquest període mostren unes capacitats del fetus ignorades fins ara. Jordi Ponces, en el Congrés de Baiona presidit per Ajuriaguerra (1977)*, ara fa uns vint anys, va assenyalar com el moviment en el claustre matern era molt més controlat i suau que el del període de nadó. Aquesta diferència residia en el fet que el nounat estava subjecte a l'acció aclaparadora de la gravetat un cop nascut, però abans el seu medi era líquid i, per tant, permetia com al submarinista la utilització d'un esforç muscular dèbil per fer el moviment.

Capacitats del fetus

En la II Jornada Internacional de Barcelona sobre Pediatria del Desenvolupament, E. Tajani presentava uns vídeos d'ecografies i mostrava el següent:

A les nou setmanes de gestació, el fetus feia moviments de rentar-se, es balancejava i buscava la posició ortostàtica. A les deu setmanes, els moviments eren més complexos. Toca tot el seu cos, autopalpant-se. Realitza els primers moviments de

* Congrés de Baiona (1977) Dr. Jordi Ponces, Publicat el 1978a; *Du CDI*, núm. 77, pàg. 5 a 18.

propulsió i d'aquesta manera va canviant de posició. També apareixen moviments d'extensió de cos i cames. A les dotze setmanes fa moviments repetitius, explora les parets uterines i fa palpacions. Es xucla el dit. A les tretze setmanes s'observa una independència motora i respon o no als estímuls. Apareix una locomoció fetal en forma de reptació i manipulacions amb el cordó umbilical, que agafa, el prem i hi juga. A les vint setmanes ja badalla i sanglota. A les vint-i-quatre setmanes s'aferra les mans. A les vint-i-sis setmanes hi havia protusió de la llengua, succió i deglució. El sentit del gust és aparent, rebutja el líquid amarg i degluteix el dolç introduït per una sonda. Els moviments oculars són aparents... El professor Tajani assenyalava també la influència de l'estrès matern en l'evolució del fetus.

Capacitats de cognició i aprenentatge

S'han fet investigacions que mostren que el fetus escolta la veu de la mare dins de l'úter i això fa que un cop nascut ja la reconegui per les seves entonacions i ritmes, fet que creiem que repercuteix ja des dels inicis sobre les interaccions entre mare i fill. Si la mare té el costum de cantar repetidament la mateixa cançó, el nadó, ja nascut, es posa atent quan la torna a sentir. És innegable que existeixen relacions orgàniques entre el fetus i la mare a través d'interaccions bioquímiques i neurosimpàtiques. La vida emocional de la mare repercuteix en el fill mitjançant aquesta connexió. Estats emocionals intensos, com l'angoixa per una malaltia greu o la mort del marit, provoquen moviments fetals que arriben a ser dolorosos. Després aquests nens ja nascuts es manifestaren hiperexcitables i hiperactius.

En la Jornada sobre Psicologia de l'edat fetal, la Dra. Montserrat Alegre va parlar d'ansietats maternes sobreafegides per l'exploració ecogràfica. El paper de l'ecografista s'ha complicat ja que la mare no solament sent el fill pels moviments que fa dins d'ella, sinó que ara el pot veure. Darrerament l'ecografia en relleu ja no palesa un tall anatòmic del fetus sinó una imatge tridimensional, quasi real. Actualment la mare se sent implicada més directament i afectada en les seves fantasies. Una mare, mentre mirava la gravació ecogràfica, va dir de cop: "M'està mirant!". A més, el coneixement precoç de fetus amb malformacions o cardiopaties crea fortes ansietats, no solament a la gestant sinó al professional quan ha d'emetre un diagnòstic, com també la dramàtica situació d'adonar-se d'estats fetals que conduïen a la mort, "morir abans de néixer". La Dra. Alegre treballa en coordinació amb una psicòloga per atendre el dol d'aquestes mares, els sentiments de pèrdua i mort, pecat i culpa, que apareixen en la seva vida fantasmàtica.

En la mateixa Jornada, el tocoginecòleg Dr. Josep Maria Carrera ens va descriure el drama de l'agonia fetal i de la conducta "suïcida" d'algun fetus, en la seva desesperació agònica, quan estaven afectats de desnutrició progressiva. Tot el que avui en dia es coneix ens parla d'unes aptituds del fetus però, a més, aquests estudis també assenyalen la individuació de cada fetus i això ens portarà més endavant a par-

lar del temperament. També ens podríem referir als treballs de la psicoanalista Alessandra Piontelli publicats en la revista *The International Review of Psycho-Analysis*, Part 1, Vol. 15, 1988 i en la *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. VI, núm 2, 1989, pàgs. 183-194, on mostra la conducta, en l'anàlisi d'una psicòtica de dos anys i mig amb una patologia que sembla remuntar-se a la seva vida prenatal i al naixement traumàtic. Descriu com la nena sembla reviure constantment aquests dos fets.

La tecnologia moderna no tan sols ha fet possible un coneixement del fetus, i, per tant, de modificar conceptes anteriors i imaginacions de la seva realitat, sinó que ha influït en les relacions que fins aquest moment tenien mare i fill. Sabem que reacciona a la llum que es filtra a través del ventre matern, als sorolls del medi extern, etc. D'això últim hi ha un estudi japonès (Ando i Hattori) que esmenta la capacitat d'habitació de nadons al soroll dels reactors dels avions del camp d'aviació de Itami (Osaka). De les mares gestants que anaven a viure a Itami després del cinquè mes d'embaràs, els fills un cop nascuts es desvetllaven i ploraven al pas dels avions en una proporció del 50 %. Els nens que ja nascuts anaven a viure allí, tots ells ploraven. En contrast, només ploraven un 13 % dels nadons de les mares que arribaven abans del cinquè mes de gestació i si la mare sempre havia viscut en aquell indret la taxa era del 6 %.

T.B. Brazelton va investigar que si es feien flaixos de llum a la panxa de la mare de forma rítmica i amb períodes de cinc segons, el fetus donava sacsejades, més intenses al principi per anar disminuint d'intensitat progressivament; finalment acabava xumant el dit i es calmava.

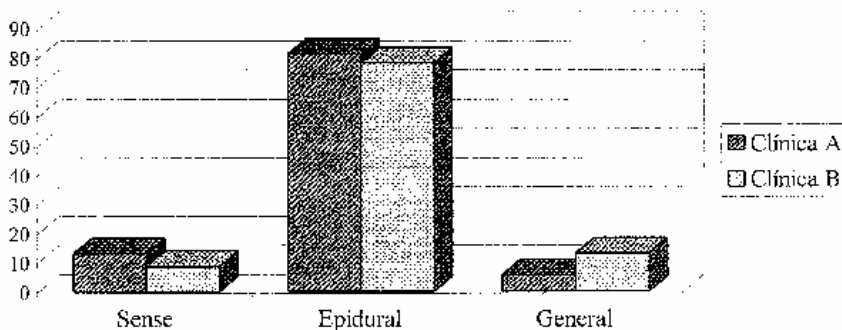
Impactes emocionals en la vida del fetus i en la mare

A més de tot això que hem assenyalat, tenim la influència externa representada per la mare. T.B. Brazelton comenta com moltes vegades no podem dir que la vida dins la mare sigui pel fetus viure en el paradís terrenal i esmenta la influència de la drogaaddicció i, especialment, de l'alcohol, del tabac, de les malalties, la misèria i la desnutrició. Tots aquests casos són molt nombrosos avui dia. Per Schaaps (1994), el 15 % dels embarassos fan fallida en el curs del primer trimestre, un de cada vuitanta són bessonada.

LES RELACIONS AMB EL FILL EN EL PERÍODE PERINATAL

Les relacions amb el fill depenen de la manera en què la mare ha viscut les relacions amb els seus pares com a filla, com ella s'ha identificat amb la pròpia mare i com també s'identifica amb el seu fill i atén les necessitats emocionals del nadó amb la seva capacitat de *rêverie*. Però, què passa en els moments en què acaba de produir-se el naixement? La mare, atordida i panteixant amb l'últim esforç, centrada a acabar el treball del part, de sobte sent el primer plor del fill. En aquest moment s'esquinça la boira dolorosa en la qual es troba perduda i aixeca el cap en l'esforç de veure el nadó que penja de les mans del tocòleg. Algunes mares pregunten de seguida: "Està bé?" Altres deixen caure el cap enrera amb un fort sospir... Després reposen cansades mentre el ritual del part acaba els últims tràmits: placenta, sutura, neteja. La dona encara no s'adona que els seus anteriors somiegs sobre el fill esperat han deixat de ser fantasia i que ara ja és una realitat. Més aviat la impressiona el fet d'haver clos una etapa, haver vençut un risc aterrador. Encara no sap si és feliç de tenir un fill o no. Hem descrit un part espontani. Veurem ara un gràfic de com s'instrumentalitza el part en dues clíniques de Barcelona:

Gràfic 1. Anestèsia en el part.



Mirem-nos ara el relat de l'antropòleg H. Keeler, citat per V. B. Dróschel: En unes illes coral·lines del Mar del Carib, enfront de Panamà, viu un poble d'indis que conserven la seva cultura aborigen. Allí, a cap nena, noia o dona jove verge, li és permès saber que sexe i embaràs tinguin cap relació amb la procreació. Solament ho sabran en el moment de tenir el fill. El tabú sobre aquesta matèria és tan gran que la seva transgressió és condemnada severament. A la nostra perduda faula que els nens venen de París, aquells indis diuen a les seves filles que els nens venen del continent, de la terra ferma, que sent com són un poble mariner saben que està cap a occident. Afegeixen l'aclariment que seran els seus marits els que aniran allà a buscar-los. Per aquesta raó, durant el primer embaràs i durant el treball de part, les índies d'allí no tenen la menor idea del que els està passant quan comença el primer dolor. Ni tan sols les seves mares s'atreveixen a trencar el tabú per explicar què significa la panxa inflada, les contraccions i els dolors que senten. Les joves novençanes pensen que estan greument malaltes i que es moriran. Quan arriba el lliurament, per elles és com una miraculosa salvació, el terror es transforma de sobte en la més gran benaurança. La commovedora vivència d'aquest primer part, entre el pànic mortal i la intensa felicitat, fa brollar un doll de tendresa cap al fill i, segons Keeler, segueixen sent unes mares que tenen els fills com si fossin la més valuosa joia.

Keeler va interpretar aquest tabú com el significant secret en les ments d'aquella gent que enllaçava el misteri de la vida amb el misteri de la mort. En un programa de televisió –“Vostè jutja” de J. M. Puyal–, es va plantejar el cas d'una dona embarassada que havia contractat la cessió del seu fill, a penes hagués nascut, a compte d'uns diners, pagats per endavant. La parella que volia adoptar el nen no es va presentar a la clínica, per recollir-lo fins al cap de tres dies després del part. En entrar a la cambra on eren mare i fill, van dir-li que venien a endur-se'l, a la qual cosa la mare va contestar amb veu irada: “Però què s'han cregut vostès! Ningú s'emporta el meu fill!”. Comentari al marge: la dona fou condemnada pel tribunal popular fictici del programa de televisió. Jo crec que per coses de la nostra cultura: a Catalunya els pactes són sagrats. No va valer l'emocionant plantejament de l'advocada, una noia jove, que va defensar la causa amb passió.

Semblava que el fet que una mare tingui el fill nou vingut en els seus braços en els primers dies, comporta un fonament sòlid del vincle. Així ho assenyalen diversos investigadors, com ara Klaus i Kennell², que fa pocs anys van exposar les seves investigacions en unes jornades a Barcelona. El pediatre nordamericà B. Brazelton³, preocupat pel gran nombre d'abandons dels fills en mares adolescents, va proposar-se passar la seva Escala d'Avaluació dels Comportaments Neonatals davant la jove mare novençana tot comentant i fent-la intervenir en l'exploració. El nombre d'abandons va disminuir dràsticament. Sembla, doncs, que el fet d'estar junts mare i fill en els primers moments, i en certes condicions, intensifica el vincle.

2. Klaus, M. H. i Kennell, J. (1978). *La relació madre-hijo*. Buenos Aires: Panamericana.

3. Comunicació personal.

Irenaüs Eibl-Eibefeld⁴ va filmar amb una càmera cinematogràfica camuflada unes escenes que provoquen calfreds. En una certa tribu de Nova Guinea es feia un control de natalitat pel que, si una mare havia tingut tres fills, era obligada a matar el quart immediatament després del naixement. Per ordre del bruixot, la mare infantava en una cabana dels afores del poble. En el film es veu com ella, asseguda, tallava el cordó umbilical i de seguida apartava la mirada i anava tapant el nen amb branques. Abans, la mare s'havia tapat les orelles amb cera. Mai va dirigir la mirada on jeia el seu fill. En marxar cap al poble la seva cara reflectia una profunda depressió. Una setmana després, aquella dona donava la impressió de no estar afectada: cuidava els altres tres fills i la llar. Eibl-Eibefeld conclouïa: la mare s'havia defensat dels seus sentiments de no poder separar-se d'aquell fill no mirant-lo ni oint-lo.

4. Segons cita de V. B. Dróschlerl.

EL NADÓ

Durant la primera meitat del segle XX, els tractats de pediatria etiquetaven els tres primers mesos del nadó com a “trimestre estúpid”. Ara ens és clar que si un nadó el treus de la seva mare, el duus a un laboratori ben enllumenat i comences a estimular-lo, el més probable és que no faci res... i que passi per estúpid. El nadó és un ésser enigmàtic i misteriós. Sempre ha estat subjecte d'especulacions interpretatives, un full en blanc que emplenen els altres (conductisme), un ésser immers en el caos (Spitz), passiu i sotmès a fortes angoixes (bona part d'autors de diversa procedència), un organisme quasi descerebrat que solament respon a reflexos (la neurologia de fa vint anys), amb activitats reduïdes a descàrregues (motricitat global), la pura fisiologia (mamar, dormir, fer caca i pipí)... A més, tret de les condicions físiques (grandària, color, etc.), es podria dir que, com a persones, tots els nadons semblen iguals, tancats en ells mateixos, no tenen cap interès pel món que els envolta.

S'ha dit que al nadó se l'havia de protegir dels estímuls i que aquesta protecció era una de les tasques importants de la mare. Per part del nen, l'únic refugi possible davant de les angoixes era submergir-se en el fet de dormir, un retorn al claustre uterí, i el plaer de mamar, l'objecte únic, parcial, dels seus amors i odis. Aquesta retirada del món i el retorn al Nirvana fetal es va etiquetar d'autisme primari. El plor era vist com una crida d'auxili que l'envaïa sense que ell no hi pogués fer res i tot depenia de qui en tenia cura. En resum, tot el seu desenvolupament físic i psíquic era degut a les atencions que rep dels adults que el cuiden. Les mares han heretat molt d'aquesta manera de pensar. No per això volem dir que el nadó no depengui absolutament de qui en té cura (principalment la mare), ja que no podria sobreviure sense l'atenció de l'adult, ni tan sols desenvolupar-se, però afegim que, en el fet de desenvolupar-se, ell també hi participa. Aquesta nova visió no contradiu en res, tornem a dir-ho, el fet que sigui un ésser fràgil, inerm, prompte a desorganitzar-se i extremadament dependent de nultura, és a dir, de l'acció organitzadora de la mare o de tots dos pares.

Preformes motores

En l'estudi de les funcions motores del nounat veiem que fins i tot les que van lligades a allò que anomenem reflexos arcaics, ens mostren l'embrió de les que seran més

tard funcions complexes. En contemplar-ne l'esbós podem dir que ja dins seu existeix la potencialitat d'un futur, que ja està present allí. La motricitat del nadó la veiem desorganitzada, a batzegades i mai tanca una finalitat. Tinguem en compte que la força muscular és encara molt feble per vèncer la força de la gravetat, però a més a més està esclavitzada per la fluixedat dels músculs del coll, que no permeten mantenir en equilibri la gran pesantor d'un cap desproporcionat a la mida del cos. D'altra banda els moviments passius que provoquen un brusc desplaçament del cap desencadena reflexos vestibulars que sobten i angoixen el nen i provoquen la descàrrega de moviments incontrolats de braços i cames. Ara bé, si se subjecta el cap, privant-li les ballarugues, els moviments del nadó són més controlats i apareix una motricitat que podem catalogar d'intencionada. A aquesta capacitat soterrada Amiel-Tisson i Granier l'anomenen "motricitat alliberada". Ho podem veure a les diapositives existents d'un nen de disset dies, extretes del llibre *La surveillance neurologique au cours de la première année de vie* dels autors esmentats.

La competència del nadó

Primer passem revista a uns aspectes que s'han de tenir molt en compte quan hom està davant d'un nadó. S'ha descobert que el petit nadó presenta unes habilitats força sorprenents. Aquestes habilitats han rebut el nom de "competència del nadó". El terme "competència" ve prestat per la biologia i per les ciències de la informació. Indica la capacitat de rebre informació, emmagatzemar-la i processar-la, i també la d'actuar i reaccionar sobre el medi, mitjançant uns senyals que aniran formant la base de l'intercanvi social amb l'adult.

Què ens ofereix el coneixement de la competència del nadó?

A part dels professionals de la infància, els pares i altra gent s'han fet preguntes com què veuen?, què senten?, què pensen?, què volen? i esperen trobar respostes, les quals són molt escasses, ambigües, desproveïdes de significat. La revolució en les investigacions actuals, diu Stern, ha estat invertir la situació en buscar, no la bona pregunta, sinó pensar en allò que l'infant sap fer (per exemple, xuclar) i buscar la resposta a través d'això. També es necessitava comprendre que els nadons no sempre dormen, tenen fam, mengen, estan agitats o ploren. Les coses no són sempre així. Els nadons passen regularment per estats d'alerta, en els quals estan quietos i atents i en aparença observen els esdeveniments externs. Aquesta alerta en quietud pot durar alguns minuts, i es reitera amb regularitat i freqüència. En aquests moments, el nadó manté una "finestra oberta" per poder-li plantejar preguntes i llavors es tracta de desentrellar què és allò que l'infant sap. Seran "bones respostes" certes conductes que són fàcilment observables, que apareixen amb freqüència, estan sota control voluntari i poden sol·licitar-se durant l'estat d'alerta en quietud.

Entre aquestes conductes, n'hi ha tres que es poden esperar des del naixement: girar el cap, xuclar i mirar.

— Girar el cap. Li podem demanar, per exemple, quina olor de llet prefereixes? Si el situem en una posició en la qual el nadó pugui utilitzar lliurement els músculs del coll i no li caigui el cap per l'efecte de la gravetat i li posem a un costat una gasa xopa de llet de la seva mare i en l'altre costat una gasa xopa de llet d'una altra mare, veurem que el nadó es decanta cap a la de la mare. Ens ha donat una resposta.

— Xuclar. Els nadons són uns bons xucladors i controlen la xuclada amb els músculs estriats, que són de control voluntari. No solament xuclen quan mamen sinó que fan xuclades no nutricionals. Aquestes es donen en els períodes d'alerta en quietud. Si li posem a la boca, en aquests moments, una tetina amb un dispositiu electrònic -un transductor de pressió- connectat a un gravador o a un projector de diapositives, observarem que el nadó controla allò que veu o que sent. D'aquesta forma es va descobrir que els nadons prefereixen la veu humana que d'altres sons d'igual to i volum.

— Mirar. Els nadons arriben a aquest món amb l'aparell visual força competent si situem la imatge a unes distàncies adients. A més a més, controlen els músculs oculars i els músculs del coll (com ja hem dit, en condicions adequades) per a la recerca visual. Hem aprofitat aquestes aptituds per adonar-nos que els nadons prefereixen els rostres humans i també si fem les presentacions "aparellades", per exemple, mitja cara de tall vertical a la qual s'adjunta l'altra meitat feta per la mateixa imatge girada i una presentació de mitja cara de tall horitzontal a la qual, a sota, adjuntem la imatge especular de la primera. Els bebès miren més estona la primera. Conclusió: els nadons prefereixen la simetria vertical, característica del rostre humà, a la simetria horitzontal (els pares alineen sempre els seu rostre al de l'infant en el pla vertical).

Podríem parlar extensament de les preferències del nadó. Un exemple és la preferència sobre figures. Com a final direm que prefereixen l'associació de diferents estímuls que es presenten sempre en conjunt. Així doncs, prefereixen una cara quan la persona els parla a una cara silenciosa i també si els trets facials es mouen mentre es parla (cas del nen vident de tres setmanes, fill de pares cecs). A què ens porta tot això? Ja hem vist que una raó és la investigació per saber què fa, què l'atreu, com es relaciona el nadó. L'altra és de raó clínica, com veurem més endavant. És important assenyalar que ara veiem el nadó com un ésser organitzat i programat per entrar en el món dels humans i també que aporta el complement necessari perquè, en general, la criança funcioni. A partir de l'últim terç del segle XX, una sèrie d'observacions d'inspiració etologista i d'experiències amb l'infant en situació quasi natural han aportat uns coneixements que il·luminen sobre unes maneres de ser del nadó. Avui en dia se'l pot veure com un ser organitzat de forma complexa, capaç de menar activament els estímuls ambientals i també com un ésser social que està disposat a actuar amb qui en té cura i apte per aconseguir la classe d'atenció necessària per a la seva adaptació.

LA PERCEPCIÓ EN EL NADÓ

Introducció

En els primers mesos de la vida del nadó, les sensacions estan aïllades i els diferents modes sensorials estan desconnectats?, o bé les percepcions existeixen ja des de molt aviat? Podem aplicar en el món viscut pel nadó els conceptes acadèmics clàssics sobre sensacions i percepcions? El nen, en néixer, ha de tancar-se als estímuls sensorials ja que d'una altra manera el món extern li seria caòtic?, o bé existeix ja una coherència del món dels sentits en organització creixent? La psicosi infantil precoç, amb els seus trastorns perceptius, és una seqüència del desenvolupament o una desviació? Són compatibles els recents descobriments de les conductes adaptatives del nadó amb certes assumpcions teòriques psicoanalítiques del desenvolupament infantil?

Bases neurofisiològiques de la percepció

Seguirem en aquesta exposició, molt breu i resumida, els conceptes de M. M. Mesulan (1985). Els receptors perifèrics de la sensorialitat són excitats per determinats estímuls fisicoquímics. L'excitació és conduïda pel flux nerviós al sistema nerviós central per connectar en àrees específiques cada sensori del còrtex cerebral (Idiopàtiques). La informació és rebuda de forma puntual en correspondència als receptors i en aquest primer nivell no s'estructura, se'n generen les sensacions. Les lesions dels receptors, les vies i l'àrea cerebral primària produeixen una anestèsia, una pèrdua de la sensibilitat.

Les sensacions són transmeses, per part seva, a unes àrees corticals secundàries d'associació i síntesi, una per a cada sensori (Unimodals). En aquest nivell, la informació s'estructura formant un model de significació corresponent al sensori pertinent. Les lesions en aquest nivell originen agnòsies o dificultat de significar el model.

En darrer terme la informació processada en les àrees unimodals passa a altres àrees terciàries del còrtex cerebral que ja no són específiques de cada sensori, sinó el lloc de confluència dels diferents sensoris (Heteromodals) i d'interconnexions amb

els sistemes límbic i paralímbic, és a dir, en relació íntima amb les emocions i la memòria. La informació processada en aquestes àrees forma la base de molts processos cognitius, especialment del llenguatge. La seva lesió comporta tant dèficits cognitius com d'afectació afectiva, i també motivacional si afecta la zona frontal.

És important aclarir que en les àrees heteromodals conflueix també la sensibilitat motora i dir, de passada, que no existeix sensorialitat sense component motora.

Seguint A. R. Luria (1978) ens trobem que el fet d'analitzar les sensacions dels animals ens ha permès veure que els estímuls del món exterior no els comporten un caràcter indiferent, merament receptiu i de forma passiva a tots els impactes sensorials que reben, sinó que només en destaquen activament aquells que tenen una influència biològica per a la seva existència. Aquest fet indica el caràcter actiu i selectiu de les sensacions.

La sensació no és en absolut un procés passiu sinó que sempre inclou en la seva estructura components motrius. Aquesta participació de les components motores en la sensació pot efectuar-se a diferent nivell, que transcorren de vegades com a procés reflector elemental (contraccions vasculares o tensions musculars com a resposta a cada estímulo perceptible) i en d'altres com a procés complex de labor receptora activa (per exemple: en la palpació d'un objecte o en l'examen visual d'una imatge en la qual la motricitat ocular "palpa" amb els seus moviments l'objecte.

Les percepcions

El fenomen de la percepció és molt complex. No percebem mai sensacions soltes sinó un cert camp perceptiu: una estructura i no un mosaic de sensacions. Demana la confecció d'una estructura a partir de trets fonamentals (sensorials i motrius), i rebutja els insubstancials, i d'associacions amb d'altres trets sensoris. Després en segueix la confrontació del conjunt de trets percebuts amb els coneixements anteriors de l'objecte percebut. Si tot això coincideix, en sorgeix el reconeixement de l'objecte. Si com a resultat de la confrontació no es produeix la concordança de la hipòtesi amb la informació rebuda, continua la cerca fins que es reconeix l'objecte o es cataloga en una determinada categoria.

La percepció demana, doncs, una capacitat de generalització i abstracció de totes les dades acumulades, un treball d'associació i síntesi, i és en aquesta funció on es forja el reconeixement, essència del concepte de percepció. Però la percepció requereix, a més de la capacitat de reconeixement, la generalització i l'abstracció de constel·lacions de dades de les experiències viscudes, i és amb aquestes condicions com es forgen la categorització i el simbolisme. El llenguatge també segueix de forma semblant aquest camí. Quan un nen comença a dir paraules, ens adonem que la major part de les vegades no les empra com a funció purament denominativa, sinó que la paraula inclou un contingut de pensament equivalent a una frase que ell no pot expressar verbalment, però que l'entendem per l'entonació que l'acompanya. Quan una mare entra en l'habitació on es troba el seu fill de 15 a 18 mesos, el qual està sol i entretingut en

els seus jocs, i que en veure-la exclama “mare”, la mateixa paraula potser pot significar “mare!, quin goig veure’t”, “mare, te n’has anat i m’has deixat sol” o podria ser “mare, m’estàs trepitjant aquesta joguina”. De la mateixa paraula entendrem diferents significats per l’entonació de sorpresa alegre, ressentida o empipada. Si en edats com aquestes, va a passeig i veu per primera vegada un altre gos que no és el de casa seva, ell dirà de cop i volta “bub-bub!”, si és així com anomenava el de casa seva. És a dir, en anomenar-lo expressa la generalització de la idea “gos”.

Ara bé, cada camp perceptiu va associat també a un camp afectiu i tot això representa un conjunt d’experiències que garanteixen l’adaptació de la conducta perceptiva, no només l’actual sinó la futura. Com diu Piaget, “l’afectivitat és el motor de la cognició”. No hi ha desenvolupament cognitiu sense el desenvolupament afectiu, i també és certa la proposició inversa. És en el món de les relacions primerenques del nen amb el seu entorn humà, i primordialment amb la seva mare, on les percepcions prenen coherència i nodreixen el coneixement, i és en el si d’aquesta relació amb l’altre (tan important com la maduració biològica, en la seva expressió cerebral), on existeix la terra fèrtil o l’erm que fa que el desenvolupament mental sigui possible o bé es malmeti.

Les competències del nadó

Si exceptuem l’escola psicoanalítica de la relació d’objecte de M. Klein, el qual atorga al nadó, des dels primers temps, una individualitat subjectiva des de la perspectiva intrapsíquica i que proclama la importància essencial de les primeres relacions amb l’altre (la mare), la visió del nounat era la d’un ésser inerm, passiu i merament receptiu, sotmès a una fisiologia gairebé totalment digestiva i a uns reflexos arcaics en considerar que no existia un còrtex cerebral en funció. Avui en dia, aquesta visió ha experimentat un gir diametral amb les aportacions de les recerques dutes a terme les darreres dècades. Actualment, el nounat ja no ens apareix com un ésser les úniques funcions del qual són mamar, dormir, plorar i poca cosa més. S’ha observat que el nounat, tot just traspasat al medi atmosfèric, és capaç de parar atenció al nou món que l’envolta, i molt aviat expressarà els seus desigs que se’l correspongui a aquesta atenció que ell hi para. A cada progrés en relació amb l’entorn, ell entrenarà el domini dels seus estats de consciència i ens mostrarà la seva perícia en controlar el seu medi intern per rebre, atendre, refusar, demanar, les estimulacions que afluïxen des dels altres éssers humans que en tenen cura i també de les que provenen del món de les coses. El nounat arriba proveït d’unes certes capacitats d’adaptació, un potencial que Cohen ha batejat amb el nom de “competència”.

La major part de les recerques sobre la “competència” donen compte de les aptituds del nadó per posar-se alerta i parar atenció, cercar l’estímul i focalitzar-lo, desinteressar-se quan ja hi ha parat prou atenció (habitució), però per tornar a interessar-s’hi una altra vegada i apareix un altre estímul diferent. Un altre tipus d’investigacions que donen compte de les variacions que presenta la succió davant nous estí-

mults i el grau d'atenció que els para, o prenen en consideració les variacions fisiològiques com poden ser els ritmes cardíacs, la calor superficial de la cara captada a distància amb un termògraf, etc.

El coneixement de les conductes del nadó ha permès no només observar-les i prendre'n nota de la seva perícia sinó que, com diu D. Stern (1991), permet formular "preguntes" que sabem d'antuvi que el nadó pot respondre. Posem l'exemple que aquest autor cita: si a un nounat de pocs dies li col·loquem una gassa impregnada amb llet de la seva mare a una banda del seu cap i a l'altra banda una gassa amb llet d'una altra dona, observarem que el nadó gira el cap envers la direcció de la gasa amb la llet materna. Amb aquesta experiència ens adonem que el petit té preferències. Per tant, al nadó se li poden formular preguntes.

Si un nadó, en haver-se acostumat a la visió d'una imatge, se'n desentén i la fem desaparèixer per tornar-la a presentar al costat d'una de nova, observarem que després de fer mirar les dues imatges, es fixarà en la nova i hi mantindrà l'atenció. És una altra manera de "respondre" a preguntes que se li poden formular amb la condició abans exposada.

El registre d'observacions de nounats en períodes de temps curts i en medis naturals o seminaturals, conjuntament amb les experimentacions sobre la base de les que hem esmentat anteriorment, han subministrat un material ingent, cada dia més ampli, de coneixements fins ara insospitats.

Aquests coneixements han demostrat que el nounat arriba al món amb unes capacitats innates per adaptar-se al medi i actuar sobre aquest.. Esdevé un actor del seu propi desenvolupament en l'escenari de la seva vida, en la qual tres actors (els pares i sobretot la mare) jugaran un paper capital, i de més intensitat, perquè el desenvolupament progressi o no favorablement.

La darrera cosa que s'ha dit expressa que el nadó no és un ésser prepotent sinó que les seves competències poden trastornar-se o desaparèixer, ja sigui per la inutilitat d'exercir-les a causa d'una mancança pròpia o de l'entorn, o bé perquè els missatges de l'ambient són contradictoris o nocius. Amb aquest fet es compleix la regla general per a tot ser viu de dependre del medi per exercir i desenvolupar les seves funcions,... i fins i tot la pròpia vida (unitat organisme-medi). No fem esment d'exemples de l'acció perjudicial de l'ambient en ser coneguda amb escreix. Sí citarem com el nadó reorganitza la funció perduda per demostrar, de passada, el caràcter selectivament actiu de les sensacions. M. Leonhardt (1992) ens mostra que, a l'edat de tres dies, en parlar a prop de l'oïda d'un nen cec de naixement, ell girarà el cap fins quedar cara a cara amb qui li parla, com fa el nadó vident de la mateixa edat. A partir del mes i mig de vida aquesta conducta desapareix; durant un temps en sentir la veu romandrà immòbil (senyal de fer atenció), i per, més endavant, girar el cap (si li parlem de cara) i presentar l'oïda a qui li parla, és a dir, com si "mirés" amb l'oïda, l'únic sensori a gran distància de què disposa.

Conductes del nadó que entren en les percepcions. Per a la comprensió del desenvolupament de les percepcions tenim:

- El nounat s'orienta a estímuls d'objectes i persones. És un explorador actiu del seu entorn. Prefereix determinats estímuls i aquells que més l'atrauen són els que provenen dels éssers humans.
- Demostra un grau de preferència major si s'associen diversos estímuls diferents. L'associació de so i imatge visual reforcen l'atenció, com hem pogut comprovar en examinar nounats amb el NBAS de Brazelton.
- Al cap de pocs dies ja discriminen estímuls. En ser llarga la llista d'observacions remetem el lector interessat al capítol II del llibre de T.B. Brazelton i B.G. Cramer (1990) esmentat en la bibliografia.
- Les orientacions comporten fenòmens complexos: si parlem a un nounat des d'un cantó del cap, sense que pugui veure'ns, ell dirigeix els seus ulls i gira el cap en direcció a la font de la veu fins que queda cara a cara mirant-nos fixament. Aquí es dóna tot un conjunt de sensacions: auditives, motores i visuals, com a mínim.
- Quan el nadó mira la cara segueix amb els ulls els contorns de la figura i les regions on es contrasten claror amb foscor. Als dos mesos, la seva atenció visual es deté molt més temps en la regió de la boca i dels ulls, sobretot si se li parla, és a dir, es fixa més en les zones que es mouen i que, per tant, varien que en les zones que són invariants, fet de gran importància per als processos d'interacció i intercomunicació. Aquesta preferència pels trets facials en moviment es manifesta clarament en una observació de Brazelton citada per J. M. Porte (1985). Un nadó tenia un comportament diferent segons fos el pare o la mare. Si el pare li parlava, la nena girava el cap i restava mirant-lo atentament. En canvi, si era la seva mare qui li parlava romania quieta i sense mirar; no obstant això, demostrava que l'escoltava ja que feia cara d'atenció i de tant en tant donava cops d'ull cap a la seva mare. Els dos pares eren cecs. La mare patia ceguesa congènita, la qual cosa implicava la pobresa de mímica facial expressiva, mentre que el pare havia perdut la vista en l'adolescència i, per tant, conservava l'expressivitat facial del vident.

A part del cas relatat, són moltes les comprovacions de la importància que per al nadó té la mobilitat facial. La preferència pels rostres en moviment ja s'observa des dels primers dies. Com a contrapartida veiem les mares que, quan es relacionen cara a cara amb el seu fill, mouen el cap endavant i enrera, l'inclinen i tornen a mirar-lo de cara i fan una expressió de sorpresa acompanyada d'exclamacions quan les mirades s'entrecreuen, i mentre li parlen sempre exageren els gestos facials. Tot això ho fan les mares amb naturalitat: "els surt de dins" ja que "saben" allò que el seu nadó n'espera.

- Existeixen conductes innates complexes, resultants de la combinació de sensoris i moviment. A les dues hores de vida el nadó és capaç d'imitar de l'adult el gest de treure la llengua. Amb aquesta capacitat demostra que és capaç de conjugar sensoris i moviment. Jo tinc filmat un nadó de dinou dies que no no

més m'imitava obrint la boca i traient la llengua sinó que a més feia exclamacions, com un eco de les meves mentre jo obria la boca i treia la llengua.

- Hi ha altres experiències que demostren que el nadó associa la veu de la mare amb la visió de la seva cara com un conjunt i el desorienta i l'amoïna si quan mira la cara materna se li fa sentir una altra veu femenina.
- La vida del nadó transcorre rebent múltiples informacions que li arriben simultàniament i que afecten a més d'un sensori. Per exemple, en l'acte de mamar són diversos els estímuls sensorials que incideixen al mateix temps en el lactant: visuals (la cara de la mare, les mans d'ella quan passen davant dels ulls d'ell per acaronar-li la galta, els moviments dels llavis i dels ulls quan ella li parla, etc.), auditius (la veu), tàctils (del cos on es bressa, del pit on ell recolza la mà mentre succiona), olfactius (l'olor particular de la mare i que ell és capaç de reconèixer), cinestèsics i propioceptius (pels moviments que li imprimeix la mare quan el té a la falda i les respostes tòniques i motores d'ell per adaptar-se al bressol dels braços materns), etc. Les incidències sensorials que conflueixen en les àrees heteromodals són moltes i variades.
- D. Stern (1991) cita una experiència de Meltzoff i Borton (1970) en la qual es van embenar els ulls d'un nadó de tres setmanes i se li va donar un xumet que tenia protuberàncies en la superfície. Van deixar que el nadó el tingués a la boca durant un cert temps i després el varen enretirar. Després van col·locar davant del nadó aquest xumet i al costat un altre de superfície llisa. A continuació li van treure la bena dels ulls. El nadó, després d'una comparació visual curta, es va posar a mirar detingudament el xumet que havia sucionat. Aquesta experiència ens indica que existeix una transferència transmodal. Stern fa esment d'altres experiències en les quals la transferència transmodal no només existeix entre tacte i visió sinó també entre intensitat lluminosa i intensitat sonora (Lewcowicz i Turkewitz, 1980), així com la correspondència entre ritmes sonors i ritmes lluminosos, i d'altres experiments practicats sobre diferents modalitats (Allen i altres, 1977), (Wagner i Sakowitz, 1983), (Denamy, 1977).

Sembla que els lactants són capaços de transferir una correspondència entre modalitats sensorials diferents, la qual s'ha anomenat integració transmodal. D. Stern anomena percepció amodal a aquesta capacitat innata de traduir una modalitat sensorial en una altra i li fa pensar que “no es tracta d'una simple qüestió de traducció directa entre modalitats, més aviat suposa una codificació entre una representació amodal, encara misteriosa, la qual pot ser reconeguda després de qualsevol dels modes sensorials”. Per aquest autor, “el món físic de les percepcions amodals és primàriament el món de les qualitats que es poden abstroure de la forma, nombre, nivell d'intensitat, etc. i no un món físic de coses vistes, escoltades, tocadetes, etc.”

- T. B. Brazelton i B. G. Cramer (1990) citen que W. Condon i L. Sander (1975) van trobar que immediatament després del naixement, els nounats sincronitzen els seus moviments al ritme de la veu de la mare.
- Trevathen (1987) va mostrar en un vídeo un nadó de tres mesos a qui la mare li canta una cançó i li mou les cames al ritme de les pautes musicals. Quan la mare canta la tornada de la cançó, tot aguditzant la seva veu, la nena també emetia vocalitzacions i es pot notar el seu esforç per entonar amb la seva mare.

Els nadons semblen, doncs, experimentar un complex món d'integració. Els nadons menors de dos mesos no presenten només emocions de plaer i desplaer sinó també estats de consciència d'atenció en els quals es manifesta un flux emocional temperat, afí als afectes.

En aquesta edat tan tendra, el nadó focalitza la seva atenció en els límits de les zones contrastades, intensitats creixents i decreixents, ritmes que es repeteixen en pautes, temporalitats, etc. No obstant això, els estímuls han de transcórrer entre llinars discrets ("suaus") d'intensitat, i si no és així el nadó refusarà llums i sorolls d'una certa potència o es desentendrà dels dèbils i inaparents. El seu estat emocional flueix en ondulacions que remunten de nivell i després decreixen fins a apagar-se, la qual cosa marca el final del seu estat d'alerta focalitzat, amb una durada de pocs minuts. Com a contrapartida al breu temps d'estar despert i abocat a l'exterior, el nadó distribueix una gran quantitat d'hores immers en el son, es defensa activament dels estímuls amb la capacitat d'habitució, però també elabora experiències, ja que la fase REM ocupa el 50 % de la durada total del son enfront del 20 % de l'adult.

Factors de la percepció presents en el nadó

En el capítol precedent s'han citat factors de la percepció presents al nadó:

- Procés actiu receptor
- Selectivitat
- Discriminació
- Integració transmodal

A continuació exposarem la presència d'altres factors necessaris per a la percepció.

Els aprenentatges es fan patents des dels primers dies. A les 48 hores de vida un nounat és capaç de diferenciar el rostre de la seva mare del d'una estranya. Als 3 - 4 dies ja discriminen l'olor de la llet de la mare. Cap nadó ho fa abans però sí a partir d'aquesta data.

P. Mazet i S. Storelu (1990) relaten que si es dona per xuclar a nadons de cinc a dotze setmanes una tetina acoblada a un sistema electrònic que controla la precisió

d'una imatge visual projectada d'una pel·lícula que apareix progressivament borrosa o progressivament clara, però que depèn de l'activitat i ritme de la succió, els nadons es mostren capaços d'aprendre a xuclar de manera que la imatge es mantingui amb la major nitidesa. Això demostra que el petit lactant pot reconèixer l'existència d'una relació entre dos esdeveniments.

R. Lecuyer (1991) ha comprovat que el nadó de tres a seis mesos posseeix la capacitat d'abstracció. En l'experiment de Lecuyer se li presenten seriadament a un nadó quatre figures que pertanyen a una mateixa categoria. Quan ha acabat la sèrie se li tornen a presentar diverses vegades més durant el temps necessari perquè el nadó en faci l'habitució. Les ordres de presentació es varien d'un nadó a un altre). A continuació se li presenta una figura que pertany a la categoria presentada abans i una figura que no hi pertany. El nadó fixa la mirada més temps en la segona figura. L'experiment consta de tres assaigs i s'exigeix que s'acompleixin tres criteris de seguretat perquè no pugui haver confusió. Experiències repetides semblen confirmar la capacitat d'abstracció dels nadons a partir dels quatre o cinc mesos.

Altres experiències s'han dirigit a comprovar a quina edat es manifesta la permanència de l'objecte. P. Mazet i S. Stoleru (1990) esmenten el següent: "En l'experiència de Mundy - Castle i Anglin (citada per Bower) es presenta a nadons menors de quatre o cinc mesos un objecte que apareix en una finestra, animat amb un moviment ascendent. El moviment porta l'objecte fins la seva desaparició pel marge superior de la finestra. Després d'un interval, l'objecte (el mateix des del punt de vista de l'adult) apareix en una altra finestra situada a la dreta de la primera, en aquesta ocasió amb un moviment descendent. A continuació, després d'un altre interval igual al primer, reapareix en la finestra de l'esquerra amb un moviment ascendent i així successivament. Els nadons menors de quatre i cinc mesos miren alternativament a cada una de les finestres o bé segueixen amb la seva mirada el segment visible cap amunt i cap avall, és a dir, no semblen haver captat que l'objecte que apareix en la finestra de l'esquerra sigui el mateix que el de la dreta. Entre els quatre i cinc mesos tenen un nou comportament: la mirada del nadó segueix ara la trajectòria invisible que hauria de prendre l'objecte quan desapareix d'una finestra i apareix en l'altra". Tot això ens porta a concloure que per al darrer grup de nadons, l'objecte que s'ha vist en moviment, s'ha de cercar en la seva trajectòria.

Coherència en el desenvolupament perceptiu del nadó

No podem dir que les percepcions del nadó siguin parcials, ni fins i tot des de la perspectiva de l'adult. La percepció en el primer trimestre del lactant pot contenir suficients trets per constituir estructures perceptives. Hem fet esment que el nou-nat es dirigeix activament i selectivament a determinant estímuls, i que demostra marcades preferències. Pel procediment de l'habitució es demostra que els nadons discriminen, malgrat que encara no significa que hagin donat forma a algun concepte o representació; per aconseguir-ho han de descobrir quins trets són invariants i quins són va-

riants, és a dir, ¿en què es diferencia una experiència nova d'una d'anterior que se li assembla? La capacitat transmodal permet al nadó organitzar qualitats abstractes i globals per identificar invariants i, d'aquesta manera, donar el pas cap al reconeixement. Quan s'arriba a aquest punt és necessari aclarir que les representacions abstractes que el nadó experimenta no són les sensacions visuals, auditives, tàctils, etc., que donen forma a l'objecte perceptiu sinó que són les qualitats més globals de la experiència, si es té en compte que en tota "integració transmodal" no només hi conflueixen diverses modalitats sensorials (dels sentits i de la motricitat) sinó també la tonalitat afectiva que acompanya la percepció. Les experiències sensibles no són neutres, sinó que les percepcions es viuen directament com afectes.

El món perceptiu del nadó no es pot emmarcar en els conceptes clàssics que es tenen de la percepció. D. Stern (1991) manifesta: "És improbable que el reconeixement de la mare a llarg termini sigui només un reconeixement de trets facials. Les cares humanes emeten sons, mouen llavis i ulls, s'apropen (creixen de mida visual) o s'allunyen (disminueixen de grandària), produeixen uns ritmes particulars i propis (amb la veu, amb els tocaments), les tonalitats contenen espais variants i invariants, etc. Amb tot això es creen associacions sensorials complexes en forma de constel·lacions sensorials integrades, que fan que els nadons experimentin les persones com una cosa unificada. El reconeixement és un fet molt més primari que el que la teoria constructivista considera, encara que no canvia la seqüència en la qual progressa la percepció de la forma. Els nadons reconeixen la seva mare abans de fer-ho estrictament pels trets formals.

Sembla consistent l'existència d'un "món perceptiu" en el nadó entre els tres i cinc mesos i que a mesura que "pesca" altres atributs de l'objecte, amb la integració d'esquemes sensoriomotors, enriqueix la imatge perceptiva en afirmar la unitat i el conjunt que defineixen el coneixement diferenciat de l'objecte.

Els processos perceptius estan en continu enriquiment depenent de les experiències. Al principi poden ser indicis els que es processen, però quan el magatzem d'informació creix i es processa correctament, les dades emmagatzemades flueixen, enriqueixen i afirmen el coneixement. La visió d'un gos s'associa amb la forma, els colors, la grandària, la qualitat sonora del lladruc diferent d'altres sons, la finor del pèl i tota una gran quantitat de trets que el determinen com a gos i, al mateix temps que el diferencien d'altres animals, també el diferencien d'altres gossos. Quan un nen veu per primera vegada el gos de casa seva, en reconeix uns trets i estableix que es tracta d'una novetat. Fa confrontacions amb tot allò que li és conegut: coses que es mouen o resten quietes, semblances i diferències de sons, color, ritmes, situacions en l'espai, etc., tota una sèrie de trets captats que per a ell tenen un valor diferencial, encara que no siguin aquells trets que un nen gran o un adult definirien, però que li serveixen per diferenciar-lo i constituir-ne la base del reconeixement. Amb les següents confrontacions crearà constel·lacions de dades associades de les quals n'extraurà abstraccions. El gos que veu per primer cop no és insòlit i concret, com una fotografia, sinó una imatge de complexes sensorialitats dins d'un món d'experiències anteriors que mai deixarà d'associar i relacionar amb les presents i futures.

Stern (1983) diu que Spitz parla de caos perceptiu del noutat en interpretar una aportació clínica de l'oftalmòleg Von Sendens sobre la ceguesa de naixement i recuperació de la visió. Després d'una intervenció de cataractes congènites, el pacient ha de tancar els ulls per orientar-se ja que el món visual li resulta caòtic. Stern esmenta que hem d'adonar-nos que els pacients petits tenien dos anys o més, per tant ja havien creat un món perceptiu coherent amb els altres sensoris i, de cop i volta, no podien organitzar un món visual i integrar-lo, com ho fa el nen que neix sense defectes visuals.

Amb tot el seu equip bàsic "competent", el nadó necessita l'experiència per desenvolupar-se, experiència que està íntimament lligada a l'acció del medi, representat pels éssers humans que tenen cura d'ell. Les tensions emocionals i les defenses contra l'ansietat poden dividir les percepcions, i també poden negar-les o distorsionar-les, de la mateixa manera com també poden fer-ho els trastorns del sistema nerviós central. Una causa o l'altra poden crear formes de percepcions anòmales que no estan al servei dels aprenentatges i, per tant, del coneixement.

La coherència del jo del nadó és molt fràgil. És fàcil comprendre que l'estructuració perceptiva s'afecti dramàticament en l'avenir si es té en compte la prematuritat en què sembla que comença a establir-se i la complexitat del seu funcionament.

La percepció en el nadó

Sembla que el nadó no s'atura davant del món dels estímuls sinó que n'és un cercador. Dóna la impressió d'integrar els estímuls sensorials de forma coherent, no dissociada, mitjançant sistemes organitzats els quals tot i que no corresponen a la percepció segons el model acadèmic, sí que ens permeten parlar del "món perceptiu del nadó".

Comentaris teòrics sobre el desenvolupament infantil

J. Cosnier (1984), en confrontar les dades de les "interaccions precoces" amb els continguts de la psicoanàlisi, diu: "No es pot oposar una «ciència descriptiva» a una «ciència interpretativa», ja que les dues poden ser, és clar, objectives. Cada una té la seva especificitat, les seves exigències metodològiques, els seus resultats, les seves teoritzacions: un camp i l'altre són irreductibles però no incompatibles". Jo afegiria que s'han de contrastar els coneixements i recercar si són compatibles, encara que els camps de cada disciplina siguin irreductibles. Si no és així, s'han de sotmetre a una revisió crítica. La confrontació de coneixements ens obliga a cercar quins conceptes teòrics són compatibles i quins no ho són.

Crec que en el plantejament teòric existeix la confusió en el camp psicoanalític de veure en la mateixa línia evolutiva el "desenvolupament del nen vital" i el "desenvolupament del nen que pateix", com va expressar la psicoanalista Bruna Rinaldi, en

una conversa informal on debatíem aquest tema i que va acabar derivant cap a la diferent perspectiva del nen que tenen el pediatre i el psicoanalista.

Per al pediatre, tot ser viu porta impulsos de vida i mort en la seva matriu biològica (els dos instints bàsics de Freud, libido i thanatos, en el vessant psíquic), i se'n decideix la supervivència, la prevalència d'una organització per poder viure. La immunitat representa les defenses de l'organisme, però també, com se sap des de fa poc temps, conté elements destructius que poden atacar els teixits, malgrat que predomina l'organització que preserva la "identitat" corporal. Anàlogament, el desenvolupament també depèn de factors energètics positius i negatius, però el programa essencial per garantir el procés es trobarà en els equipaments bàsics potencialment més aptes. Fa de mal entendre un equipament que, com a punt de partida anunciï la patologia i l'estructuració menys vital. Si això fos així, només l'acció del medi seria decisiva, amb la qual cosa s'acaba culpant les mares, com ja ha passat. L'existència de la vida necessita un tipus d'organització que sigui eficient, suficientment bona per mantenir-la en el medi.

D'altra banda, si a l'organisme s'hi produeixen alteracions que el posen en perill, apareixen reorganitzacions. Reorganitzar-se és lluitar contra la destrucció, la inanitat, la mort. El SNC es reorganitza funcionalment si pateix lesions que destrueixen les neurones, centre i vies, i creiem que el mateix passa a l'aparell psíquic. La psicosi és una forma de reorganització, encara que sigui precària, per sobreviure al dolor mental i al caos, però que se situa al marge de l'organització més eficient perquè el desenvolupament progressi satisfactòriament.

Per Stern (1990), el desenvolupament està programat genèticament. No s'ha de confondre la línia mestra de l'evolució amb les línies energètiques que actuen en el desenvolupament i que conformen les diversitats del ser humà (oralitat, analitat, genitalitat, relació d'objecte, dependència versus autonomia, defenses contra l'ansietat).

Accepto plenament les formulacions teòriques de J. Coromines (1990) en l'àmbit del desenvolupament "normal", en el sentit que "el pas a la normalitat és la pèrdua de la potencialitat patològica" i aquesta manera d'explicar la patologia. Un exemple es trobaria en l'opinió de l'autora sobre els processos adhesius en períodes presimbòlics. Citem textualment: "... en començar a parlar hi ha una resposta adhesiva a estímuls sensorials, però aquest fet, que passa quasi desapercebut en nens normals a causa de la seva brevetat, es prolonga molt en els desenvolupaments patològics." (El subratllat és meu a fi d'emfasitzar l'existència adhesiva que forma part del desenvolupament normal). És a dir, la conducta adhesiva (patològica si es prolonga) és un pas dins del desenvolupament "normal", de la mateixa manera com es manifesta una fase autística postnatal que després desapareix.

F. Tustin (1991) manifesta que "els estudis observacionals de Brazelton (1970), Bower (1978), Trevarthen (1979) i Stern (1986), juntament amb noves observacions d'ella mateixa, li han fet rectificar la visió de l'autisme com a fixació regressió a estats infantils primitius normals, concebuts com a desconexió autística". Se-

gons l'autora, l'autisme és una desviació primitiva del desenvolupament a fi de controlar un terror que no es pot alleugerir.

Quan jo dic “desenvolupament normal” no em refereixo a un estat, com seria definir la salut com l'absència de la malaltia, sinó a un procés dinàmic d'adaptabilitat (no d'adaptació) entre el món intern de l'individu i el món extern. Comprèn diverses organitzacions mentals individuals i canvis adaptatius variats. És, doncs, un procés en el qual hi tenen cabuda equilibris i desequilibris, sense arribar a una ruptura infranquejable i persistent entre els dos móns (intern i extern), ja sigui parcial o total, com esdevé en la psicosi. Al clínic li correspon avaluar l'organització psíquica del nen segons el potencial patogen de ruptura.

Els recursos adaptatius per desenvolupar-se “normalment” sempre estan sotmesos a prova, des de dins i des de fora de l'individu. Ja ha estat dit anteriorment que la “competència” del nounat podia trastornar-se o desaparèixer per l'acció de l'entorn i que aquest entorn era un vector de forces formidable enfront d'unes capacitats del nadó útils però molt fràgils.

Els pares formen una atmosfera psíquica composta per la seva pròpia competència en el paper de pares (a la mercè d'ansietats i de les defenses que utilitzen per controlar-les), les pròpies relacions amb els objectes interns i les seves vivències infantils (fantasies identificacions, etc.). Un món enfrontat a l'altre: el del nadó, amb un equipatge adaptatiu làbil i pobre en recursos per controlar ansietats, amb defenses molt ineptes i poc variades i una relació d'objectes lligada a efectes emocionals intensos que majoritàriament oscil·len entre la satisfacció i el dolor (amb el corollari d'assumir o refusar, introjectar o projectar). Per tant, el desenvolupament del nen serà el resultat de la comprensió compartida entre aquests dos móns subjectius, el dels pares i el del fill.

GÈNESI DE LA FUNCIO SIMBÒLICA EN L'INFANT¹

El concepte general de símbol consisteix a representar una cosa, gest, imatge o idea, mitjançant una altra cosa, gest, imatge, idea o mot, diferent de la primera. En essència, el procés de simbolitzar és establir el nexa entre significat i significant. No és d'estranyar que, com esmenta Joan Coromines (1987), a l'Edat Mitjana el símbol fos sinònim d'endevinalla i que cada disciplina actual del coneixement l'ha de redefinir, i ha de marcar-ne els límits i les extensions.

Filogènia del procés simbòlic

Els etòlegs parlen de simbolisme i afirmen que els llenguatges dels animals no es diferencien del llenguatge humà per l'existència o no de simbolisme. “El llenguatge de les abelles és la forma més complicada de comunicació simbòlica coneguda en l'animal, però de llenguatges semblants se'n troben en d'altres espècies” (Delay i Pichot, 1969). És cert que en l'escala baixa de la filogènia el símbol s'expressa per conductes genètiques, innates, rígides i estereotipades, però no obstant això, l'abella, davant d'una informació variable, ha de donar la resposta adequada, que també és variable, i això és un procés primari de pensament, que en els cercles de la teoria de la comunicació anomenen “processar informació”. Ara bé, les abelles entenen el missatge però no el comprenen.

En l'escala superior dels animals es donen ja uns rudiments de pensar lligats a l'experiència, que admeten l'aprenentatge i, per tant, de tenir una ment capaç de manejar símbols, però “a diferència de l'home, l'animal opera amb simbolismes concrets sobre objectes i situacions precises, mentre en l'home existeix una generalització simbòlica, és a dir, té capacitat per crear símbols abstractes” (Delay i Pichot, 1969). En l'últim esglaió abans de l'home, els primats poden utilitzar signes abstrac-

1. Agraïm a Manuel Joaniquet que hagi autoritzat amablement la inclusió d'aquest apartat publicat originalment com a contribució a l'obra: Folch, P.; Miró M. T. (1995). *Debats a la cruïlla sobre el símbol*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 25-32.

tes i un llenguatge gestual prou ampli (també el verbal, encara que molt limitat), però la capacitat de creació és minsa.

La diferència que separa l'ésser humà dels animals en l'evolució de les espècies ve per la irrupció del llenguatge parlat, el qual dóna una nova dimensió al concepte. Segons K. Popper (1990), "en el llenguatge, el símbol és un mitjà per arribar a una finalitat, la representació (imatge d'allò que no està present), que no es dóna ni en la funció apel·lativa ni en l'expressiva" (màxim on arriben els animals). El fet que la representació no estigui condicionada per la situació només es dóna en l'home". Aquí, Popper utilitza 'representació' en el sentit d' 'evocació', no de la representació per indicis.

En la filogènia se segueix el fil conductor del simbolisme amb una característica essencial: la motivació de compartir-lo entre els que l'utilitzen. El procés de simbolització neix d'experiències i accions a les quals se'ls assignen interès i utilitat de cara al coneixement cooperatiu i culmina amb l'aparició del símbol. Després "els símbols es combinen en forma de llenguatges o composició artística enllaçant els seus motius parcials en un sistema de motius: narrativa o tema" (Trevvarthen i Logotzeti, 1987). Ens trobem així que el simbolisme naixeria al servei de la relació social. En aquest sentit desenvoluparem la gènesi del simbolisme.

Inici del símbol en l'infant

El dilatat procés de maduració durant la perllongada infantesa de l'home conjuntament amb la necessitat del vincle amb els qui tenen cura de l'infant, té un pes específic en el procés de simbolització. "A l'edat de tres anys, la majoria de nens, en qualsevol cultura, parlen i entenen el llenguatge dels seus pares. Aquesta competència lingüística és sols una part de la facultat humana per entendre símbols" (Trevvarthen 1987). El nen, als tres anys, ja té una clara personalitat amb consciència distintiva de la seva persona en tant que jo social per assumir el seu paper amb accions significants i interpretar les accions dels altres en intercanvis en situacions d'interès comú, és a dir, per manejar símbols. Però abans no ha arribat a aquesta edat, l'infant ja ha utilitzat altres formes de simbolització fins arribar al llenguatge verbal, específic de l'espècie humana" (Trevvarthen 1987).

a) Preàmbul: del nadó fins als dos mesos

L'interès primordial del nadó se centra en l'altre espècimen humà. La cara i la veu constitueixen l'atracció més poderosa per a ell. El nadó respon a les conductes expressives dels qui en tenen cura i això li permet regular les seves emocions canviants. D'altra banda els pares, sobretot la mare, responen als índexs de canvis fisiognòmics del nadó, a les seves vocalitzacions i d'altres expressions corporals i els

dóna un sentit. Del nadó també hem de considerar la precoç capacitat d'imitar, una preforma d'identificació amb l'altre i també de prellenguatge gestual. De tot això en diu Trevarthen (1987): "Com músics que van improvisant, pares i fill, componen ritmes, tonalitats, melodies, que tendeixen a l'harmonia". Harmonitzar i sintonitzar són uns elements bàsics pel posterior desenvolupament. "Quan parlem no n'hi ha prou a entendre els mots de l'altre sinó que tractem de comprendre el seu pensament" (L. S. Vigotsky, 1964). És innegable que el repertori del nadó és molt limitat, però això també facilita la tasca dels pares en els primers temps.

b) Interacció comunicativa: dels dos als sis o vuit mesos

En el període anterior, el nadó estava capacitat per buscar activament una resposta i motivar l'altre. Aquest impuls esdevé ara clarament organitzat en un senyal vocal rudimentari combinat amb el gest facial quan, a partir de la sisena setmana, ja ha guanyat en orientacions visuals, més madurades, cap als altres humans. Les percepcions s'han enriquit amb el coneixement molt més complex de la cara de la mare, de la qualitat i ritme dels seus moviments, del to de veu i entonacions, de modulacions fisiognòmiques, a l'ensens que el nombre d'expressions facials i modulacions vocals també s'han enriquit en l'infant. Tot això fa que l'empatia dels pares s'afini, els quals, en parlar del fill solen dir: "ja és una personeta". En un altre sentit, totes aquestes "protoconverses", com les denomina Trevarthen, poden fallir per manca d'atenció o per tensions emocionals en el si de la situació dels interlocutors. Tenim quelcom més a dir: aquests elements vocals i gestuals en l'infant d'aquesta edat ja tenen un control cerebral asimètric (lateralització) subjacent a l'aprenentatge del llenguatge (Trevarthen 1987).

L'infant ara ja no està tan completament lligat a les necessitats biològiques i disposa de més temps per cercar i reclamar amb molta intensitat el "joc de cara a cara", en què participa amb totes les seves formes d'expressió, i també, com en l'anterior període, "sintonitzar" és essencial; és xocant veure com el nen es desmunta si la sintonia es trenca. Stern (1983) qualifica de "dansa coreogràfica" de la parella mare i fill aquesta interacció única i no transferible, irrepetible per un estrany i en la qual no pot donar normes a la mare per millorar-la, si de cas s'ha de modificar la personalitat d'ella. Aquesta activitat compartida i sintonitzada s'enriqueix enormement i adquireix l'essència "d'estar amb l'altre". Aquesta interacció no és privativa de la mare (encara que sí que n'és peculiar) ja que el nen l'atorga a molta altra gent. Jo m'atreveixo a inferir que aquest "estar amb l'altre" forma part de la identificació amb l'espècie.

c) De presímols a símbols: el segon semestre de la vida

Un altre salt en el desenvolupament es dona en el segon semestre, salt que, com l'anterior, Stern qualifica de naturalesa quàntica. L'infant es reconeix a si mateix en el mirall, experimenta amb la seva vocalització i amb els intrincats canvis

d'expressió de la cara; els moviments de les mans guanyen en subtilesa i entren en el joc gestual. Tot això es va modificant per la imitació que fa dels adults, de la qual en treu aprenentatges com les titelles, el joc de picamanetes i fer adéu amb les mans. Després tindran un fort contingut simbòlic. Pel mateix camí però en relació amb els objectes, quan l'infant juga amb l'adult, l'observa com una font d'idees i d'intencions mentre per la seva banda l'adult dirigeix la imitació del nadó cap als actes que per a ell són d'utilitat i tenen significació.

Cada cop més l'infant va prenent iniciatives en el joc fent intervenir els objectes, iniciant la creació d'un "espai potencial" entre el jo (subjectiu) i el no jo (objectiu), com ho enuncia Winnicott (1971). Aquest espai, així ho pensa Stern, és idèntic al que ocupa el símbol i el llenguatge. La ment de l'infant pren consciència dels seus propis estats i els compara amb els estats mentals dels seus pares ("sentit del jo intersubjectiu" de D. Stern, 1985). Ara, els estats mentals entre els actors de la relació poden interpretar-se o no, poden ser concordants o no, contradictoris, negadors, etc. amb els de l'altre, i d'això el nadó ja en té consciència. Comença a manifestar activament la seva por dels desconeguts, el desig de protecció per part dels que en tenen cura i la seva gestualització expressa clarament el que sent i el que espera.

Els seus actes prenen una intencionalitat manifesta i són fàcilment codificats pels pares. Apareixen conductes de designació, d'invitació i de provocació a l'acció, clarament comunicatives, que caracteritzen l'avenç ja en el procés de simbolització. En sentit contrari, comença a entendre les negatives, les designacions, i les incitacions a actuar que provenen dels pares. És l'inici de la comunicació per uns codis. En l'esfera cognitiva, investigacions recents apunten a què el nadó entre els quatre i els sis mesos pot tenir capacitat d'abstracció (Lécuyer, 1991) i consciència de la permanència d'objecte (E. Spelke, Mundy-Castle i Anglin, citats per P. Mazet i S. Storelu, 1990). Aquestes investigacions es basen en el coneixement de la funció de les àrees cerebrals transmodals i en l'estudi de la memòria dels petits nadons.

Totes apunten a les capacitats d'abstracció que mostra l'infant enfront les experiències de cada moment (les sensorials i les afectives), en les quals les diferents sensacions (sensorials i afectives) són agrupades en constel·lacions o "illes de coherència" (Stern) i integrades en un conjunt que fa pensar no és de mera contigüïtat. Això permet al nadó un reconeixement global de l'experiència gràcies a la possibilitat de trasllat d'un sensori modal a un altre, aplicable després a noves experiències, i d'això a prendre consciència de les invariants que determinen un coneixement, malgrat les diferents maneres en què pugui aparèixer en un dels sensoris. D'altra banda, la "memòria episòdica" (dels fets viscuts) queda també en un reservori abstracte, "una estructura mnèmica generalitzada..." Es tracta, per dir-ho així, d'una experiència amitjanada convertida en prototípica. En aquest sentit forma potencialment part de la "memòria semàntica" (Stern, 1985). Seguint Stern (1985), en aquest període ja no es tracta del "nen amb l'altre" sinó del "nen i l'altre", perquè l'infant ja ha pres consciència de la diferència d'intencions, propòsits i sentiments

que hi ha entre ell i el seu congènere, a l'ensem que les seves identifikacions s'han tornat personalitzades.

d) El camí final vers el símbol

Hem descrit sumàriament les característiques de tres períodes de vida del nadó que assenyalen els passos dels elements que condueixen a l'emergència del símbol. Els dos primers serien el substrat germinal i la fase organitzativa parasimbòlica i en el tercer assistiríem al naixement del símbol en una fase presimbòlica.

En el primer període, en el nadó emergeix una consciència del jo i la presència d'un altre, congènere seu, perquè en el període de nadó ell ja comença a discriminar i a reconèixer. Maduració i nurtura duen al control dels seus estats de consciència, la primera base fonamental per poder establir tota relació i aprenentatge. La percepció amodal de les àrees heteromodals encefàliques conjuntament amb la funció materna en el *handling*, *holding* i *presenting object* de Winnicott donen coherència a l'*input* sensorial. L'intercanvi gestual i la imitació constitueix el *primum movens* de la mútua identificació de signes.

En el segon període, els moviments de la cara del nen de dos mesos d'edat quan està interactuant amb la seva mare, evidencien una representació de la mare com a companya en la comunicació i també un sistema emocional que n'avalua l'expressió i en regula el contacte interpersonal, establint un primer codi transaccional. Les mares presenten al fill una forma d'activitat expressiva (parla infantil) que està clarament associada a trets facials sincronitzats amb la veu i a gestos amplis i exagerats. Tots aquests fets relatats són essencials per a la constitució de qualsevol tipus de llenguatge, ja que en el fons tot llenguatge és una comunicació que utilitza signes.

En el tercer període ja comencen les conductes a què podem assignar la categoria de quasi simbòliques. Hem dit que una característica important que apareix en el desenvolupament a aquesta edat és la diferenciació entre ell i l'altre, amb l'assignació d'estats mentals diferents entre ell i la seva mare. Precisament el símbol apareix quan el coneixement d'un fet conegut és diferenciat del coneixement d'altres fets i que el nen vol lligar (en grec *symbolikon* = nexa) per trametre una comunicació que pot ser de nominació, de designació, d'invitació a l'acció o de provocar-la. En un altre sentit, la memòria episòdica s'ha enriquit en estructures generalitzadores, i constitueix un substrat semàntic.

Posaré un exemple de C. Bonnet (1981): "Maia, una nena de vuit mesos, està ajaguda i mou les cames llançant els peus en totes direccions. La seva mare, que està asseguda ben a prop d'ella, li agafa un dels peus i li fa uns quants petons i després deixa de fer-ho. Al cap d'un moment, Maia aixeca una cama i dirigeix el peu cap a la mare, i aquesta torna a fer-hi petons. L'escena es repeteix diverses vegades i la nena es posa molt contenta.

Maia coneix els fets següents:

	<i>Fets sensorials actuals associats</i>	<i>Fet virtual sensorial associat</i>	<i>Fet virtual no sensorial</i>
En un primer temps	Rebre petons de la mare als peus		
En un segon temps	No rebre cap petó de la mare als peus	Rebre petons de la mare als peus	Rebre petons de la mare als peus

L'exercici d'aquest comportament de Maia suposa la capacitat de:

- Conèixer diversos fets sensorials que no estan lligats entre si i associar la realització d'uns fets a la realització d'altres.
- [infinitiu] un fet virtual associat per l'absència.
- Modificar els comportaments de l'altre i concebre aquesta modificació per obtenir-ne uns fets.

Aquí veuríem un dels inicis del simbolisme, però encara no un símbol. El gest de Maia és intencionat però no és reversible, és interpretat però no intercanviable. Cap als deu mesos ja es poden veure conductes clarament simbòliques per l'aparició de signes abstractes codificats. Un nen a la consulta del pediatre, el mira desconfiat amb temor reflectit als ulls, a coll de la seva mare i abraçat a ella; de sobte comença a fer adéu amb el gest de la mà, mirant alternativament el pediatre i la mare. El gest ja codificat entre la mare i el fill està expressant que la situació li desagrada i vol marxar. Al voltant de l'any, si ja camina i està dempeus, la conducta se'n fa més clara, dient adéu amb la mà, fa repetides excursions d'anada i tornada entre la porta i la mare i, de vegades, l'estira pel braç. En aquest exemple el gest és compartit i intercanviable i podem tenir la certesa que serà interpretat de la mateixa manera pel nen i per molta altra gent, condicions posades a l'existència de símbol per K. Keith (1986). De passada i per no haver-ho dit abans, volem assenyalar la importància del gest com el primer instrument de la comunicació i el símbol.

La imitació constitueix un eix central. La capacitat d'imitar, ja present en el nadó, és conduïda per aquells qui en tenen cura, al principi "creant codis privatius entre mare i fill" (així els descriu Mercè Leonhardt, 1992), de forma que, seleccionant aquelles imitacions que resulten rellevants per a la finalitat perseguida, el nen acaba imitant els trets importants i significatius que es donen en la relació. Cal adonar-se de les dificultats per simbolitzar dels nens cecs i sords de naixença (M. Leonhardt 1992) (X. Barlet²). L'adquisició de tot tipus de llenguatge –en el sentit més ampli– comença "quan la mare i el fill creen un escenari previsible d'interaccions que pugui servir de microcosmos per a la comunicació" (Bruner, 1987).

e) Pensament i simbolització

Sabem que el nen entén els gestos i el llenguatge abans no comença a parlar. Un interrogant se'ns obre quan ens preguntem si l'infant crea simbolisme en la ment abans que serveixi d'intercanvi comunicatiu. En l'emergència del sentit de si-mateix (Stern 1985) s'inicia en la ment del nadó el procés de simbolisme, amb l'establiment de constel·lacions d'experiències afectivocognitives que el porten a distingir variants d'invariants, començant a estructurar una ment regida pel món intern emocional. La memòria episòdica afegeix l'ingredient d'un passat a l'acte d'associar; per exemple, l'acte de mamar, amb la seva càrrega de satisfaccions o frustracions, d'introjeccions i projeccions, va acompanyat de la visió de la cara de la mare, de la manera de moure's i altres atributs, també d'oïr la seva veu i altres impactes sensorials; llavors, la memòria per indicis el porta a la representació mental. Un atribut o un objecte habitual de la mare porta el record de la mateixa mare. Però la simbolització implica alguna cosa més que la representació d'objectes o imatges, comporta una intenció de comunicar un procés representacional intern, anàleg als pensaments.

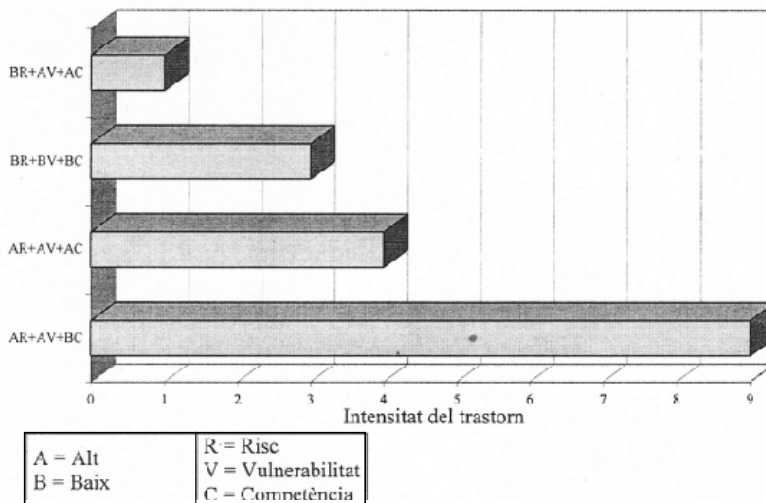
D'altra banda, els continguts mentals (siguin alfa o beta) amb la seva càrrega emocional porten a gestos i mímica que, dintre d'un context en el període d'inter-subjectivitat, suposen l'establiment de codis (presímbols) i, després, de codis simbòlics. Paral·lelament i fonamentalment, en principi la mare però també la família de manera directa o indirecta, ajuden el nadó retornant, interpretant i metabolitzant les vivències mentals del nadó. Al final es fixen els codis de l'àmbit cultural de l'entorn quan apareix el llenguatge oral. El pensament, el símbol i el llenguatge estableixen una dinàmica de traspàs entre ells, en un procés d'anar i tornar. El pensament porta al símbol i al llenguatge, com aquests porten a pensar.

Veiem, doncs, el procés simbòlic com una combinació, assimilable al concepte de "combinació química", d'elements afectivosocialcognitius que progressivament van integrant-se en l'infant fins crear el símbol gestual, per després continuar i expansionar-se amb l'adquisició del símbol lingüístic. Aquest és el moment en què el símbol pren carta de naturalesa, amb tota la seva complexitat analitzable i amb totes les seves transmutacions. Solament amb el llenguatge verbal serà possible el desplegament de tot un ventall d'altres símbols, gràfics, matemàtics, musicals, artístics, filosòfics, etc., transmesos per la cultura.

EL PRIMER TRIMESTRE

Vulnerabilitat i competència

En capítols anteriors hem parlat de la competència del nadó i en descriure l'examen conductual vam creure que era un infant molt sensible als estímuls, de manera que el desorganitzaven; creiem però que no tenia mal pronòstic ja que en altres àrees es mostrava competent. Del primer trimestre és important, de cara a la patologia, valorar-ne tant el risc com la vulnerabilitat i la competència. En el gràfic següent podem veure com es disposen:



El "trimestre estúpid"

En els meus temps d'estudiant de pediatria, el primer trimestre era catalogat d'"estúpid". El petit era separat de la mare, se'l portava a un laboratori ben il·luminat i se'l sotmetia a proves. El resultat era que no responia.

Les preguntes que es poden fer al petit nadó

A part dels professionals de la infància, els pares i d'altra gent s'han fet preguntes com: què veuen?, què senten?, què pensen?, què volen? i esperen trobar les respostes, les quals són molt escasses, ambigües i desproveïdes de significat. La revolució, diu Stern, en les investigacions actuals ha estat invertir la situació, no a buscar la bona pregunta sinó a pensar en allò que l'infant sap fer (per exemple, xuclar) i buscar la resposta a través d'això. També es necessitava comprendre que els nadons no sempre dormen, tenen fam, mengen, estan agitats o ploren. Les coses no són sempre així. Els nadons passen regularment per estats d'alerta, en què estan quiets i atents i en aparença observen els esdeveniments externs. Aquesta alerta en quietud pot durar alguns minuts i es reitera amb regularitat i freqüència. En aquests moments, el nadó manté una "finestra oberta" que ens permet plantejar-li preguntes. Aleshores es tracta d'esbrinar què és allò que l'infant sap. Seran "bones respostes" certes conductes que són fàcilment observables, que apareixen amb freqüència, estan sota control voluntari i es poden sol·licitar durant l'estat d'alerta en quietud.

Entre aquestes conductes n'hi ha tres que es poden esperar des del naixement: girar el cap, xuclar i mirar.

1) Girar el cap. Li podem demanar, per exemple: "quina olor de llet prefereixes?" Si el situem en una posició en la qual el nadó pugui utilitzar lliurement els músculs del coll i no li caigui el cap per l'efecte de la gravetat i li posem a un costat una gasa xopa de llet de la seva mare i en l'altre costat una gasa xopa de llet d'una altra mare, veurem que el nadó es decanta cap a la de la mare. Ens ha donat una resposta.

2) Xuclar. Els nadons són uns bons xucladors i controlen la xuclada amb els músculs estriats, que són de control voluntari. No solament xuclen quan mamen sinó que fan xuclades "no nutricionals". Aquestes es donen en els períodes d'alerta en quietud. Si li posem a la boca, en aquests moments, una tetina amb un dispositiu electrònic -un transductor de pressió- connectat a un gravador o a un projector de diapositives, observarem que el nadó controla allò que veu o allò que sent. D'aquesta manera es va descobrir que els nadons prefereixen la veu humana que d'altres sons d'igual to i volum.

3) Mirar. Els nadons arriben a aquest món amb l'aparell visual força competent si situem la imatge a unes distàncies adients. A més, controlen els músculs oculars i els músculs del coll (com ja hem dit, en condicions adequades) per a la recerca visual. Hem aprofitat aquestes aptituds per adonar-nos que els nadons prefereixen els rostres humans i també si fem les presentacions "aparellades", per exemple, mitja cara de tall vertical a la qual s'adjunta l'altra meitat feta per la mateixa imatge girada i una presentació de mitja cara de tall horitzontal a la qual, a sota, adjuntem la imatge especular de la primera. Els bebès miren més estona la primera. Conclusió: els nadons prefereixen la simetria vertical, característica del rostre humà, a la simetria horitzontal (els pares alineen sempre els seu rostre al de l'infant en el pla vertical). Per la mirada també podem saber la seva preferència sobre figures.

De manera semblant podem saber que els nadons prefereixen l'associació de diferents estímuls que es presenten sempre en conjunt, per exemple, una cara quan la persona parla a una cara silenciosa i també si els trets facials es mouen o no mentre es parla. Així en un cas de Brazelton, un nen vident de tres setmanes, fill de pares cecs, presentava diferent orientació cap a un o altre pare. Es girava fins mirar el pare mentre parlava i no ho feia amb la mare, encara que restava atent i immòbil. El pare havia estat cec als set anys i presentava una fisonomia mòbil quan parlava, en canvi la mare era cega congènita i l'expressió era amímic al parlar. Pot ser, doncs, que el petit infant no sigui un estúpid.

La percepció amodal

Es tenia el concepte que l'infant menor de dos mesos s'havia de protegir dels estímuls. Aquesta idea contrasta amb la idea actual que el nadó és un "buscador d'estímuls". Certament, s'ha de protegir de l'excés d'estímuls o d'intensitats que sobrepassen la seva tolerància, però quan està despert i alerta, el món extern li interessa i molt. Aquests moments del dia van cada cop més en augment. Però ara no volem parlar d'això sinó de com organitza les seves percepcions. Començarem per presentar un fet: quan el nadó mira o escolta, ens demostra una focalització, però no una exclusivitat en un sol model. El funcionament cerebral ens demostra com funcionen les percepcions.

Abans, però, presentarem una experiència de Meltzoff i Borton que ens il·lustrarà sobre el que explicarem a continuació. Aquests autors embenaren els ulls d'infants de tres setmanes de vida i els donaren per xuclar un xumet esfèric que tenia unes protuberàncies a la superfície. Al cap d'un temps el treien de la boca i el col·locaven davant del nen al costat d'un altre xumet esfèric però sense protuberàncies i li desembenaven els ulls. En treure'ls la bena dels ulls, i després d'una ràpida comparació visual, el nadó mirava amb més atenció el xumet de les protuberàncies. Què vol dir això? Que havia convertit una percepció tàctil en un reconeixement visual, la forma esfèrica amb protuberàncies. Aquesta capacitat innata de trasllat de percepcions d'un sensor a un altre s'ha demostrat en relació a intensitats lluminoses i sonores, sobre pautes temporals sonores i lumíniques i en moltes altres experiències. És possible que aquestes conductes del petit infant tinguin alguna explicació? Vegem l'estructuració cerebral de les àrees sensorials.

La centració de les àrees de la informació no solament és sensorial sinó que allí afluïxen també les sensacions afectives i no oblidem que no hi ha percepcions sense afectes. Podem afegir que hi ha diferents modes de sensoris: visual, auditiu, tacte, pes, temperatura, dolor, propioceptivitat, etc. Quan un nadó mama està sentint els diferents moviments de la boca i la seva mà sobre del pit, però també l'escalfor del cos de la mare, l'olor que fa, la pressió dels braços que el sostenen. Quan para de mamar i obre els ulls veu la seva mare, sent la seva veu que li parla, és a dir, un conjunt de sen-

sacions li arriben alhora al cervell. Per tant, rep unes percepcions globals, no parcials, que formen constel·lacions sensorials i afectives. La tasca de l'infant des que neix consisteix a associar unes experiències amb altres de manera que li siguin coherents i constitueix allò que Stern anomena "illes de coherència", ja que van dirigides en el sentit que el menut se senti organitzat; és a dir, unes organitzacions porten a noves organitzacions més amples. A mi la fantasia em porta als homes primitius quan miraven el cel a la nit, i contemplaven els milers i milers d'estels en un caos confús. Tot mirant distingien uns estels que eren més brillants que altres i que amb aquesta visió formaven una figura que podia assemblar-se a un arquer, uns bens, una cabellera, un déu o una deessa i, tot seguit, van adonar-se que les figures es desplaçaven pausadament d'una banda de l'univers a l'altra, amb l'excepció d'un estel que restava fix, és a dir, organitzaren el cel mitjançant constel·lacions. Aquesta organització els va permetre d'orientar-se i mesurar el temps en la negra nit.

Interaccions primerenques

Des del naixement es produeixen conductes contingents entre pares i fill, en la direcció d'adult a infant i viceversa. Des d'un principi existeixen interaccions entre ells. La mare amb la seva "*rêverie*" (Bion) crea un estat d'identificació amb el nadó i es fa molt sensible als seus canvis emocionals i a les seves necessitats. Com vam dir, el desenvolupament es regeix per una sèrie complementària, en què una de les parts del conjunt ve representada per la relació mare i fill des del període de nadó i que enfronta les capacitats que veiem en la diapositiva. Aquella sensibilitat de la mare, mitjançant la "*rêverie*", fa que de manera intuïtiva pugui assolir els requisits adients per a un desenvolupament satisfactori, sota les condicions d'un nen sa, i de ser ella una "mare suficientment bona" (Winnicott).

En el nen, el fet de regular els estats de consciència, sempre a mercè de la immaduresa del sistema nerviós autònom, és la primera tasca. En els estats d'alerta focalitzada, l'infant troba un recurs per organitzar-se. En els nadons amb dificultats respiratòries, el panteix disminueix quan aconsegueix una atenció focalitzada, per retornar a la intensitat anterior quan la deixa. D'altra banda, aquesta atenció li representa un esforç. El fet de poder obtenir-la en el moment propici i mantenir-la el temps que n'és capaç, és una tasca important per a la mare.

En la relació pares i fill s'han d'acomplir les tasques essencials següents:

1) La sincronia entre l'estat del nadó i l'actuació dels pares. Això pressuposa en els pares respectar els ritmes del fill, el seu llinar de tolerància als estímuls i la seva manera de ser com a individu únic. L'actuació dels pares ha de produir-se en el moment idoni i amb la intensitat adequada.

2) En la simetria, els pares han de renunciar a normes i idees preestablertes i

veure el nadó participatiu, tant per rebre com per respondre. El diàleg ha de ser simètric, de manera que els membres han de coincidir per assolir i mantenir la sincronia.

El nen observat

Quan observem el nen durant el primer trimestre el veiem cada cop més atent i fixant l'atenció en allò que li és rellevant, amb tendències preferents com el rostre de la mare i dels humans, la veu d'ells, però també es fixa en la taca de sol a la paret, el mòbil que penja sobre el bressol... També organitza millor els seus estats segons la situació; modula les seves demandes, cada cop és menys vulnerable als estímuls i amb més recursos per regular-se i calmar-se, tant per ell mateix com per l'acció de l'altre. El somriure li és cada cop més un comportament dirigit a l'altre, especialment a la mare. Ara modula les seves demandes, que ja es fan intel·ligibles, així com el desig de companyia i voler estar amb l'altre de manera activa i fent intercanvi... Cap els dos o tres mesos, ens impressiona el fet d'un canvi radical. Ens trobem davant del que Spitz anomena "el primer organitzador", expressat segons ell pel "somriure social". En embriologia, disciplina a la qual Spitz va manllevar el terme i el concepte, "l'organitzador" se significa per diverses coses a part del somriure, ja que es tracta de la confluència de diverses línies del desenvolupament, que es manifesten totes velades i tímidament, al principi, però que van agafant intensitat, acaben per integrar-se en un moment donat i donen lloc a una reestructuració, en el nostre cas de l'aparell psíquic, que porta a una organització de nivell superior. És a dir, el canvi és tan diferencial que fa que el nen ens sembli un altre. Els pares, quan parlen del fill de tres mesos acostumen a dir: "Ara ja és una personeta".

LA MÉS TENDRA INFÀNCIA*

Seguirem el Dr. Stern en els seus plantejaments:

Interaccions des dels 2 mesos als 7-9 mesos

Ens referim a l'establiment de l'existència de "l'altre", com company de les interaccions i del joc i, per tant, l'existència d'un "si-mateix". Es fonamenta per:

a) Agència o autor de l'acció

A causa de:

— El sentit de la voluntat d'actuar o no, lligat a la maduració dels plans motors de la musculatura estriada (voluntària).

— La retroalimentació propioceptiva, que es produeix o no durant l'acte motor (exemple dels germans siamesos de Stern).

— Les conseqüències que segueixen l'acte. Si un nen es xuma el dit, "sent" que el dit és xumat. Si un nen tanca els ulls, el món s'enfosqueix. Si gira el cap, el panorama canvia, etc.

b) Unitat de lloc

El nadó ocupa un espai que és invariant. De ben petit, si sent un so, ell s'orienta cap a la font. Als 3 mesos, si la mare parla sense que ell la vegi, gira el cap en la seva direcció.

c) Coherència de l'estructura temporal

Ve donada per la capacitat transmodal de les sensacions. Spelke va projectar a nadons de 2 mesos dues pel·lícules de dibuixos sonors. En una d'elles el so no sincronitzava la gestualitat amb el parlar. Els nadons preferien la pel·lícula sincronitzada.

* Nota de les editores: les referències que fa l'autor a diferents seqüències de vídeos corresponen a imatges projectades al llarg de la conferència.

d) Coherència de la forma

Malgrat els canvis de mida, per a estar una cara a prop o lluny, els nadons de 3 mesos identifiquen la mare o gent coneguda. També identifiquen una cara encara que estigui rient o faci un posat seriós.

e) La vivència coherent dels afectes

El petit infant, entre els 2 mesos i els 8 o 9, té innumbrables experiències afectives: alegria, interès, malestar, còlera, sorpresa... Per cada emoció, el nen reconeix una constel·lació característica d'allò que succeeix per invariants del fet:

- Retroalimentació propioceptiva de les pautes motores que afluïxen al rostre, respiració, l'aparell bucal, contractures musculars, etc.
- Sensacions internes pautades d'excitació o activació.
- Qualitats específiques de cada emoció.
- La fixesa d'expressió de cada emoció no canvia gaire amb el pas del temps.

Aquestes emocions, a més a més, les veu reflectides en l'altre, però no sentides.

f) La memòria de les experiències com història

El sentit de “seguir sent” de Winicot que implica a la memòria.

Intersubjectivitat dels 7-9 mesos a l'any i mig

Entre els 7 i 9 mesos l'infant descobreix que té una ment i que les altres persones la tenen també. Descobreix que la seva ment té uns continguts que poden semblar-se o no amb els de l'altre, ser afirmatius o contradictoris, en la mateixa direcció o oposats... Els continguts poden ser tan simples com la intenció d'actuar (“Vull aquesta galeta”), un estat emocional (“aixó m'entusiasma”), o un focus d'atenció (“mira aquella joguina”). Solament quan es poden compartir les experiències subjectives es pot parlar d'intersubjectivitat (Trevarthen i Hubble 1978). Podem comprovar l'existència d'intersubjectivitat en:

a) Compartir un focus d'atenció

Quan la mare assenjala un objecte, el nen mira la mà i segueix la direcció assenyalada. Si ell desitja una joguina que no està al seu abast l'assenjala i va mirant alternativament la cara de la mare i la joguina. Espera que l'entengui i confirmar l'estat de la mare.

b) *Compartir intencions: El joc de donar i pendre.***c) *Compartir estats afectius*****d) *Protollenguatge: Llenguatge gestual***

Seguirem fonamentalment D. Stern (1985) en la nostra exposició. Tindrem, en primer terme, la memòria de reconeixement (en presència de l'objecte recordat). Ja hem parlat del fetus i el reconeixement que tenia, un cop nascut, de cançons de la mare. També que als pocs dies reconeixia les veus familiars, l'olor de la llet de la mare, etc. Tenim enregistrat el somriure d'una nena als sis i divuit dies d'edat quan era la mare qui li parlava i no altra gent. També diem que les percepcions del tendre nadó eren transmodals i, per tant, formant constel·lacions de les diverses estimulacions modals sensorials que incidien sobre ell i que això permetia que el nadó reconegués de forma associada percepcions de conjunt, globals. Cal recordar l'estranyesa del nen de tres mesos quan veu la seva mare parlant però li fan sentir la veu d'una altra dona. Podem dir, doncs, que la facultat de reconeixement és ben precoç, tanmateix des del període fetal.

Les experiències ens porten a admetre que existeix una memòria motriu en edats molt tendres, si bé sempre acompanyada d'indícis. A nens de tres mesos ajaguts al bressol se'ls lligava una corda al peu que feia moure un mòbil penjat al seu damunt. D'aquesta forma quan el nadó camejava el mòbil es movia. Aviat ells van aprendre a camejar per fer-lo bellugar i cada dia ho feien. Ara bé, si al cap de dies es treia la corda els nens seguien camejant encara que el mòbil no es mogués. Però si es canviava el mòbil, es feia l'experiment en una altra habitació o se'ls ajeia en un bressol diferent, ells no camejaven de la forma enèrgica i seguida com ho feien en les condicions anteriors. Amb això es feia palesa l'existència d'una memòria motora que necessitava d'uns indícis per posar en marxa el pla motor (memòria de reconeixement).

També hi ha proves de l'existència d'una memòria afectiva, és a dir, les capacitats per registrar, reconèixer i evocar experiències afectives. Gunther descriu un nen d'un dia de vida al qual el pit li dificultava la respiració en les seves primeres mamades. A les mamades següents el nen estava "recelós" quan li acostaven el pit. He vist casos de nens molt àvids que al començament de mamar deglutien una gran quantitat d'aire, això feia que l'estómac es dilatés i els causés dolor. Al principi el nen parava de mamar i es posava a plorar però més endavant només el fet de posar-lo en posició de mamar o sentir el mugró apropar-se a la boca, el feien apartar-se violentament i plorar amb desesper.

A nadons de sis o set mesos se'ls ensenyava una titella que es feia moure i "parlar", aparèixer i desaparèixer. Això els divertia i els feia riure. Una setmana més tard només ensenyar la titella altra vegada desencadenava la riulla dels nadons, encara que es mantingués quieta i sense "parlar". No es tractava d'un somriure de reconeixement, perquè presentant una titella immòbil i sense "parlar" els nadons també la re-

coneixien una setmana més tard però no li somreien (es feia la prova mitjançant la presentació aparellada de dos titelles, la titella ja vista i una altra de desconeguda).

D'allò que hem vist en els vídeos i la comprovació en diferents investigacions podem concloure que els nadons tenen desenvolupada la memòria de representació motora, perceptiva i afectiva. Els indicis que desencadenen la memòria de vegades poden ser altres percepcions associades amb l'objecte: sons, roba, etc., que han estat concomitants en l'experiència i que poden ser capaços de desvetllar el record en absència de l'objecte principal. Però existeix un altre tipus de memòria: les experiències són viscudes com un procés en un determinat temps, de forma que un cop el temps de l'experiència ha passat es conformen com una estructura. És allò que s'anomena "memòria episòdica". Inclou accions, percepcions i afectes, com a atributs de l'episodi. Podem recordar coses banals, com el passeig d'ahir, o d'altres molt significatives, com la notícia que el pare estava greu.

Encara que la dimensió d'un episodi varia, no obstant això està constituït per petits trossos de sensacions, percepcions, accions, pensaments i afectes. Aquests trossos formen la unitat bàsica, l'episodi, un tros curt però coherent de l'experiència viscuda i és com un tot que persisteix en la memòria. Quan un nadó té fam i el posen al pit, tenen lloc una sèrie de fenòmens dels quals ell pren consciència, formant un conjunt de percepcions tàctils, olfatives, visuals, d'obrir la boca, començar a xuclar, rajar la llet i deglutir-la. En repetir-se l'acte de mamar més vegades de forma similar, l'infant pot reconèixer que els atributs que concorren en l'acte de mamar són anàlegs als de la primera, la segona i les altres experiències, és a dir, es tracta d'un episodi, que podem anomenar "pit-llet". Si les semblances formen un bloc i les diferències són petites, el nadó aviat comença a donar forma a un episodi que no és singular sinó generalitzat. Això vol dir una abstracció, que ja sabem que des de ben aviat el nen utilitza per fixar variants i invariants en les seves percepcions. Aquesta abstracció permet al nadó preveure experiències semblants, tot i tenir petites diferències, com és probable que succeeixin les coses moment a moment, és a dir, una estructura del curs probable dels esdeveniments interactius, basada en una experiència mitjana.

Hem vist com en els nadons, a partir dels dos mesos, es modificava la temperatura facial quan la mare sortia. També hem vist la desesperació d'un nadó de quatre mesos al canvi de fisonomia de la mare, l'experiència de "la cara impassible". El que s'ha dit fins ara respecte de la memòria ens permet fer unes consideracions sobre "l'experiència de separació" com s'admet de forma clàssica des d'Spitz. Seguirem literalment Stern: «En general es dona per suposat que l'elaboració per l'infant d'una "resposta de separació", més o menys als nou mesos, és la primera prova important de l'existència d'una memòria evocativa pels esdeveniments interpersonals". Aquesta suposició presenta diversos problemes, a més que hi ha altres proves de l'existència d'una memòria evocativa anterior. Schaffer (1972), Kagan (1978) i McCall (1979), entre d'altres, han criticat la concepció més tradicional segons la qual el malestar de la separació solament apareix quan la maduració dels processos mnèmics permet una representació interna de la mare, de manera que, quan ella se'n va, l'infant pot evo-

car-ne el record i comparar-lo amb la condició d'absència, la qual cosa revela la seva soledat. Kagan (1978) sobretot s'ha preguntat per què el nadó plora quan la mare s'allunya però ell encara la segueix veient i per què no plora quan ella se'n va per entrar a la cuina per centena vegada al matí.

Una interpretació alternativa, bàsicament similar a la proposada per Schaffer i altres (1972), suggereix que dos processos deuen arribar a la seva maduresa per produir malestar de separació. El primer és la condició necessària, però no suficient, que el nadó tingui una notable capacitat per recuperar i retenir un esquema de l'experiència passada, és a dir, per suscitar amb aqueixa memòria evocativa una representació interna de l'altre. L'explicació tradicional es detura aquí. La segona aptitud madurativa que seria necessària perquè es presenti a aquesta edat és la de generar anticipacions (representacions de futur) d'esdeveniments possibles. Kagan i altres (1978) descriuen aquesta nova capacitat com "la disposició a intentar predir esdeveniments futurs i generar una resposta per tractar amb les situacions discrepants". Si el nen no pot generar una predicció o una resposta instrumental per tractar amb la predicció, el resultat és la incertesa i el malestar.

Potser se'ns demostrí la utilitat de dividir aquests dos processos necessaris per a les reaccions de separació en tres factors distints:

- a) Una memòria evocativa incrementada.
- b) La capacitat per generar representacions de futur d'esdeveniments possibles.
- c) La capacitat per generar respostes comunicatives o instrumentals per tractar amb la incertesa i el malestar causats per les incongruències entre els esdeveniments presents i les representacions de futur. En general s'està d'acord en què la memòria evocativa millora considerablement cap al final del primer any de vida. No obstant això, també està clar que part de la memòria evocativa està en funcionament abans que arribi el malestar de separació als nou mesos. De forma que la idea "fora de la vista, fora de la ment", més o menys fins als nou mesos, i "fora de la vista, però potencialment en la ment", gràcies a la memòria evocativa (de persones) després dels nou mesos, no reflecteix els fets amb tanta nitidesa com sembla.

En sostenir aquesta concepció, diu Stern, estem més a prop de la noció original de Freud (1900) del "pit al·lucinat", en la qual ell invoca la memòria evocativa per indicis (sense donar-li aquest nom); com també concorda amb els descobriments recents sobre el record per indicis a què ens hem referit abans. Allò que Freud anomenà "pit al·lucinat" podria considerar-se un atribut d'un episodi generalitzat de l'alimentació. Nosaltres diríem que la fam actua com un indicatiu per al record de l'altre atribut, el pit. Freud diria que la fam crea la tensió que pugna per descarregar-se i, en trobar bloquejada una via de descàrrega motriu, l'impuls retrocedeix i cerca una via sensorial, de la qual cosa en resulta una al·lucinació. La descàrrega sensorial és adaptativa quan alleuja momentàniament la fam, de la mateixa manera que redueix la ten-

sió. A diferència de Freud, Stern prefereix veure-ho com un valor organitzador i regulador més que com derivació d'una tensió que no es pot descarregar.

Aquest plantejament de la memòria evocativa per indicis és avinent amb els plantejaments de la psicoanàlisi en el sentit que el record no és d'imatges sinó d'experiències retingudes com episodis i ambdues concepcions estan en desacord amb la psicologia clàssica que planteja el record en funció dels símbols i el llenguatge.

LA INTERACCIÓ. DELS DOS ALS NOU MESOS

A partir dels dos o tres mesos, els canvis que l'infant fa són tan aparents que no sembla el mateix en el curs del temps que hem acotat. No obstant això, una activitat dóna sentit al període que hem marcat: la interacció.

Repassem com evoluciona la interacció i recordem el que hem dit fins ara. És l'establiment de l'existència de "l'altre" com a company d'interaccions i de joc i, per tant, un fet nuclear en l'existència d'un "sentit del si-mateix" (hem d'agafar el mot "sentit" com el fet d'adonar-se de manera no reflexiva) i que comporta també un "sentit de l'existència de l'altre". Les interaccions són cada cop més freqüents i enriquides. Podem dir que constitueixen el fet observable més important d'aquest període. La interacció es manifesta per un "joc bipersonal" en el qual la parella "coreografia" un intercanvi d'accions sintonitzades de modulacions, intensitats, pauses, allunyaments i apropaments, excitacions que creixen i baixen, i que semblen seguir unes regles que governen els temps, els tons, la intensitat, la durada i el mode escollit. Per exemple, un nadó de tres o quatre mesos plora per incomoditat i la mare li canvia els bolquers tot dient-li amb to de plany, "pobret, necessites anar net!". De seguida, tot canviant-li la roba va fent comentaris i al final la mare fa cara d'alegria i diu joiosa; "Ara sí que estaràs content!". El nadó, que ha deixat de plorar, mira la seva mare i li somriu. Després ja és un joc de rialles, "converses", excitacions i calmes, pessigolles i agitacions, intercanvis de mirar-se i apartar la mirada...

En aquest període estem davant del joc interactiu, una altra de les tasques de la relació. Abans hem considerat que havien d'estar presents perquè el desenvolupament seguís una marxa satisfactòria. Cal recordar que abans hem parlat de la sincronia, la simetria, la contingència i d'agafar el torn. L'última tasca a considerar, i que apareix en aquest temps, és la de la flexibilitat i autonomia, en la qual la mare permet l'expressió del fill i en respecta la independència. La cosa més important que cal remarcar en la interacció és la sintonia d'afectes. Hem parlat del joc i com tal la parella s'ho passa bé. La sintonia no es pot trencar sense produir un astorament i una desorientació que angoixa l'infant, en desfer-se l'essència d'estar amb l'altre.

La transferència afectiva no és solament un mirall, una resposta a la mímica amb la mímica, a moviment amb moviment, sinó que és transmodal. Stern defineix la transferència afectiva transmodal com una "concordança" en un moment en què el nadó manifesta alegria pel somriure, la mare respon, no amb un somriure però ex-

pressa el mateix afecte, li parla amb una veu d'entonacions que expressen el mateix sentiment d'alegria, al qual el fill contesta amb uns ulls brillants i amb una descàrrega de moviments alternatius de cames i braços. Aquestes interaccions manifesten uns elements de comunicació. Contenen la reciprocitat, però també l'embrió de la comunicació intersubjectiva, el sentiment d'una identificació afectiva que podríem expressar com "allò que sento jo és reflecteix en allò que sent l'altre".

Els tres nivells en què es mou la interacció

Considerarem tres nivells d'interacció:

- 1) Interacció conductual
- 2) Interacció afectiva
- 3) Interacció fantasmàtica

El primer nivell el constitueixen les conductes recíproques que s'observen dins d'una seqüència. Si el nen plora, la mare l'agafa a coll i el prem contra el seu cos mentre li parla dolçament, i ell es calma. Més endavant és tot un seguici de conductes encadenades, tal com hem vist i acabem de parlar-ne.

En el segon nivell, les conductes són examinades com a expressions dels afectes. Llavors allò que es pretén és conèixer la "interioritat subjectiva" a través dels senyals objectius dels afectes, és a dir, quines conductes desencadenen emocions, quines conductes són senyals d'una manera de sentir-se i com es relacionen els sentiments de l'un amb els de l'altre.

En el tercer nivell, les conductes perden la seva objectivitat. Sabem que hi ha un món intern, del qual som inconscients. Un món de sentiments que duen a fantasies, d'amors i d'odis, que es debat entre la satisfacció i la frustració de les pulsions instintives; amor contraposat a odi o desesperació... En l'infant és un món emergent que s'està formant, però en la mare és un món complex que està revivint aquests primers temps... Les interaccions en la díada estan orquestrades per aquests dos móns i expressaran els conflictes de la relació d'objecte i les defenses enfront de l'ansietat desvetllada en cadascú i del seu transvasament de l'un a l'altre. Podem observar conductes i afectes, però no aquest món fantasmàtic que per conèixer s'ha d'interpretar. Això requereix unes tècniques i una base teòrica com les que proposa la psicoanàlisi, encara que per al no especialitzat però amb certs coneixements li permet adonar-se del fons que condiciona el tipus d'interacció.

La interacció, un paràmetre clínic per avaluar el desenvolupament psíquic i entreveure la relació de la díada

L'observació en la consulta de la interacció es converteix en un instrument important per avaluar la personalitat de fills i pares i la relació entre ells. La manera com la mare presenta el fill al professional, posant-lo d'esquena a ella i de cara a aquell, mantenint-lo abraçat o distanciat, protegint-lo o abandonant-lo... Les reaccions i contrareaccions que es produeixen en el lloc de l'entrevista. En la mare, el contingut del que diu, les entonacions, si limita o deixa fer les iniciatives del nadó, si s'apropa o se'n separa, l'acaronar o el subjectar; si parla al professional i es desentén del fill que la reclama... En el nen, el reclam de l'atenció de la mare, les respostes a l'acció d'ella, el rebuig o refugi, els somriures que li dedica, els plors davant certes actituds d'ella, l'alegria o la pobresa de resposta o indiferència a les carícies... Tot això i el conjunt de comportaments que es desencadenen entre la mare i el nadó, quan estan l'un per l'altre, ens està parlant d'un funcionament psíquic personal i interrelacional.

L'observació conductual i la lectura dels afectes, juntament amb la interpretació fantasmàtica donen un material inapreciable per entendre el nen i els pares. En els pares tindrem a més allò que diuen i manifesten en l'entrevista amb el professional, com veuen al seu fill, com el jutgen. Certs trastorns manifestaran el rerefons ocult de la interacció fantasmàtica, la hipoestimulació, la hiperestimulació, la sobreexcitació o la passivitat, les variants de la reciprocitat, la fixació o regressió cap a models interactius primitius, fortes ansietats o indiferència, etc.

L'INFANT OBSERVAT. DELS DIVUIT MESOS ALS TRES ANYS

Com veiem els infants d'aquestes edats? Ja han aconseguit una gran autonomia motora, tant per al desplaçament en l'espai com per a la manualitat amb la demostració de pràxies variades. Cada cop més utilitza la parla i s'expressa amb símbols. Ara el nadó es manifesta lliure i emprenedor en les seves accions, de manera que els pares el veuen com "un homenet" o "una doneta" i han deixat de ser permissius per començar a ser exigents, perquè es comporti segons les exigències culturals.

En el camp afectiu l'infant es manifesta amb una ambivalència forta i sobretot oscil·la entre la dependència i l'autonomia. La impulsivitat sense gaire control ha fet que aquest període fos anomenat als països anglosaxons "*the terrible two*" (els terribles dos anys). Es mostra rebel, reptador, provocador, tossut. Conceptualitza els sentiments en forma d'idees, quan en evocar-los el nen pot pensar, "mare, t'estimo", en recordar la mare que en aquell moment no és a casa. També quan juga a tenir cura d'un ninot o el renya i castiga per "dolent i lleig!, això no es fa!". Les crisis per separació de la mare tenen molt de relleu en aquest període.

El sentit d'ell mateix

L'infant té en aquests temps ben arrelat el sentit d'ell mateix i el sentit de l'altre. Se'ns fa evident pels següents fets:

a) Abans del divuit mesos no saben que la seva imatge en el mirall sigui la seva, però després sí. b) Comença a anomenar-se ell mateix amb "mi", "el nen" o "la nena", o amb els diminutius familiars com "ita", "ce", "cuqui". A partir dels dos anys utilitza el "jo" i el "tu". c) Va adquirint la identificació sexual que els pares han forjat: "el nen", "la nena". d) En el joc simbòlic pensa i imagina la seva vida interpersonal. e) Ja sent empatia. En un cas descrit per Hoffman i citat per Stern, un nen de tretze mesos s'estirava l'orella i es xumava el dit quan estava ansiós. Un dia, en veure el seu pare molt angoixat, va començar a explorar-li el rostre i tot seguit va anar a estirar l'orella del pare mentre ell es xumava el dit. f) També podem aportar el fet de la "imitació diferida" tal com la postula Piaget.

A continuació parlarem més extensament de dues fites importants d'aquest període: simbolització i llenguatge.

a) *Simbolització i gènesi del símbol*

El procés de simbolització necessita la diferenciació perceptiva, la memòria, la representació mental i l'investiment afectiu. Desglossem aquests conceptes. L'investiment afectiu és el motor energètic que dóna primacia a l'aparició del símbol i promou la qualitat i el matís. De la diferenciació ja hem dit que era evident que s'iniciava en els primers dies de vida. La primera memòria és la memòria per reconeixement, en què la repetició d'una experiència (perceptiva-afectiva) es va fixant com una cosa ja experimentada, dit d'una altra manera: "això que experimento ara és allò que vaig experimentar abans". Es presenta ja en el fetus. La representació és la facultat mental de tenir una imatge sense que hi sigui present el model. Va lligada a la memòria a llarg termini, ja que no hi ha representació sense aquest tipus de memòria.

Distingirem dos tipus de memòria representativa:

a) Per indicis, en la qual l'evocació es fa per la presència de quelcom que pertany a l'objecte, per exemple, cert vestit de la mare, cert to de veu semblant al d'ella, l'ós de peluix o el nen que en sentir parlar del lloc d'estiueig recorda els seus amiguets. Aquí veuríem el procés de simbolització, una cosa porta a una altra cosa a la memòria, és a dir, estableix un nexa entre les dues coses (Symbolikum = nexa, en l'antiga Grècia).

b) L'evocació pura, en què no hi ha cap punt de referència, és a dir, sense indicis; encara que a vegades va lligada a alguna associació amb alguna experiència que porta la imatge a la memòria, per exemple, un moment agradable pot fer recordar a algú amb qui vam passar una vetllada plaent o quan l'infant recorda la mare absent en sentir pena. Si bé es considera els vuit mesos com el moment en què la memòria és evocativa, la que es presenta per indicis ja s'ha presentat prou temps abans. Aquest esglaonament de la memòria és la línia evolutiva que porta al símbol.

c) Gènesi del símbol. El concepte general de símbol consisteix a representar una cosa, un gest, una imatge o una idea, mitjançant una altra cosa, un altre gest, una altra imatge, una altra idea o mot, diferent de la primera. Una característica essencial és la motivació de compartir. El procés de simbolització neix d'experiències i accions a les quals s'assignen interès i utilitat de cara al coneixement cooperatiu i culmina amb l'aparició del símbol. Després "...els símbols es combinen en forma de llenguatges o composició artística i enllacen els seus motius parcials en un sistema de motius: narrativa o tema" (Trevarthen i Logotheti, 1987). Així tindríem que el simbolisme estaria al servei de la relació social. La facultat d'expressar-nos per símbols fa possible no solament la comunicació amb els altres sinó també amb nosaltres mateixos. En aquest sentit desenvoluparem la gènesi del simbolisme.

Inici del símbol en l'infant

El dilatat procés de maduració durant la perllongada infantesa de l'home conjuntament amb la necessitat del vincle amb els qui tenen cura de l'infant, té un pes específic en el procés de simbolització. “A l’edat de tres anys, la majoria de nens, en qualsevol cultura, parlen i entenen el llenguatge del seus pares. Aquesta competència lingüística és sols una part de la facultat humana per entendre símbols” (Trevvarthen, 1987). Abans no ha arribat a aquella edat, l’infant ja ha utilitzat altres formes de simbolització fins aconseguir la del llenguatge verbal, específic de l’espècie humana.

a) Preàmbul: de nadó fins als dos mesos. L’interès primordial del nadó se centra en l’altre espècimen humà. Cara i veu constitueixen l’atracció més poderosa. El nadó respon a les conductes expressives dels qui en tenen cura i això li permet regular les seves emocions canviants. D’altra banda, els pares i, sobretot la mare, responen als índexs de canvis fisiognòmics del nadó, a les seves vocalitzacions i a altres expressions corporals i els donen un sentit. Del nadó també hem de considerar la precoç capacitat d’imitar, una preforma d’identificació amb l’altre, i també del prellenguatge gestual. Cada emoció es manifesta d’una manera específica en els gestos facials, que aviat s’identifiquen a través de la sintonia, l’empatia i la imitació. Això sempre està present, fins i tot quan es transmeten missatges verbals. “Quan parlem no n’hi ha prou a entendre els mots de l’altre sinó que tractem de comprendre’n el pensament” (L.S. Vigotsky, 1964). És innegable que el repertori del nadó és molt limitat, però això també facilita la tasca dels pares en els primers temps. En aquests temps, l’infant ja pot diferenciar i reconèixer.

b) Dels dos als vuit o nou mesos. En el període anterior, el nadó estava capacitat per buscar activament una resposta i motivar l’altre. Aquest impuls ara esdevé clarament organitzat en un senyal vocal rudimentari combinat amb el gest facial quan, a partir de la sisena setmana, ja ha guanyat en orientacions visuals prou madurades envers els altres humans. Les percepcions s’han enriquit amb el coneixement molt més complex de la cara de la mare, a la qualitat i ritme dels seus moviments, al to de veu i les entonacions, a modulacions fisiognòmiques, al mateix temps que el nombre d’expressions facials i modulacions vocals també s’han enriquit en l’infant. En un altre sentit, totes aquestes protoconverses, com així les anomena Trevarthen, poden fallir per manca d’atenció o per tensions emocionals en el si de la situació dels interlocutors. L’infant ara ja no està tan completament lligat a les necessitats biològiques que li són pròpies i disposa de més temps per cercar i reclamar amb molta intensitat el “joc de cara a cara”. Cap al final d’aquest període ja es fa evident la memòria per indicis.

c) Dels vuit o nou mesos en endavant. L’infant es reconeix ell mateix en el mirall, experimenta amb la vocalització i amb els intricats canvis d’expressió de la cara. Els moviments de les mans guanyen en subtileza i entren en el joc gestual. Tot això es va modificant per la imitació que fa dels adults, de la qual en treu aprenentatges: marionetes”, pica manetes”, fer adéu amb les mans, que després tindran un fort contingut

simbòlic. De la mateixa manera, però en relació amb els objectes, quan l'infant juga amb l'adult, l'observa com una font d'idees i d'intencions, mentre per la seva banda l'adult dirigeix la imitació del bebè envers els actes que per a ell són d'utilitat i tenen significació. Cada cop més, l'infant fa intervenir els objectes iniciant la creació d'un "espai potencial" entre el jo (subjectiu) i el no jo (objectiu), tal com ho enuncia Winnicott (1971). Aquest espai, així ho pensa Stern, és idèntic a aquell que ocupa el símbol i el llenguatge.

La ment de l'infant pren consciència dels seus propis estats i els compara amb els estats mentals dels seus pares. Ara, els estats mentals entre els actors de la relació poden interpretar-se o no, poden ser concordants o no, contradictoris, negadors, etc. amb els de l'altre i d'això el nadó ja en té consciència. Els seus actes prenen una intencionalitat manifesta i són fàcilment descodificats pels pares. Apareixen conductes de designació, d'invitació i de provocació a l'acció, clarament comunicatives, que caracteritzen l'avenç ja en el procés de simbolització. En el sentit contrari, comença a entendre les negatives, les designacions, i les incitacions a actuar que provenen dels pares. És l'inici de la comunicació per uns codis.

Per altra banda, la memòria ja ha sobrepassat el nivell del record per indicis i entra en el de l'evocativa, inclosa la memòria episòdica (dels fets viscuts), que queda també "en un reservori abstracte, ... una estructura mnèmica generalitzada... Es tracta, per dir-ho així, d'una experiència amitjanada convertida en prototípica (en aquest sentit forma potencialment part de la memòria semàntica)" (Stern, 1985). L'infant ja ha pres consciència de la diferència de les intencions, els propòsits i els sentiments que hi ha entre ell i el seu congènere, a l'ensem que les seves identifications s'han tornat personalitzades. Ara és el moment en què es donaran les conductes a les quals podem assignar la quasi categoria de simbòliques.

Hem dit que una característica important que apareix en el desenvolupament en aquesta edat és la diferenciació entre ell i l'altre, amb l'assignació d'estats mentals diferents entre ell i la seva mare. El símbol solament pot aparèixer quan es dona aquesta qualitat i quan el coneixement d'un fet conegut és diferenciat del coneixement d'altres fets i que el nen el vulgui lligar (en grec symbolikon = nexa). Posaré un exemple de C. Bonnet (1981): "Maia una nena de 8 mesos, està jaguda, mou les cames i llença els seus peuetes en totes direccions. La seva mare, que està asseguda ben prop d'ella, li agafa un dels peus i li fa uns quants petons i després deixa de fer-ho. Al cap d'un moment, Maia aixeca una cama i dirigeix el seu peu cap a la mare i aquesta el torna a petonejar. L'escena es repeteix unes quantes vegades amb gran alegria per part de la nena i de la mare. Maia coneix els fets següents:

	Fets sensorials actuals associats	Fet virtual sensorial associat	Fet virtual no sensorial
En un primer temps	Petons de la mare als peus		
En un segon temps	Cap petó de la mare als peus	Petó de la mare als peus	Rebre petons de la mare en el peus

L'exercici d'aquest comportament de Maia suposa la capacitat de:

- Conèixer diversos fets sensorials que no estan lligats entre si i associar la realització d'uns fets a la realització d'altres.
- [infinitiu*] Un fet virtual associat per l'absència.
- Modificar els comportaments de l'altre i concebre aquesta mena de modificació per obtenir uns fets.

Aquí veuríem un dels inicis del simbolisme, però encara no un símbol. El gest de Maia és intencionat però no és reversible, és interpretat però no intercanviable. Cap els 10 mesos ja es poden veure conductes clarament simbòliques per l'aparició de signes abstractes codificats. Un nen en la consulta del pediatre, el mira desconfiat amb temor reflectit en els seus ulls, a coll de la seva mare i abraçat a ella. De sobte, comença a fer adéu amb el gest de la mà i mira alternativament el pediatre i la seva mare. El gest ja codificat entre la mare i el fill està expressant que la situació li desagrada i vol marxar. Al voltant de l'any, si ja camina i està dempeus, la conducta se'ns fa més clara: diu adéu amb la mà, fa repetides excursions d'anada i tornada entre la porta i la seva mare i, a vegades, l'estira pel braç. En aquest exemple el gest és compartit i intercanviable i podem tenir la certesa que serà interpretat de la mateixa manera pel nen i per molta altra gent, condicions posades a l'existència de símbol per K. Keith (1986). De passada i per no haver-ho dit abans, volem assenyalar la importància del gest com el primer instrument de la comunicació i el símbol.

La imitació constitueix un eix central: la capacitat d'imitar, ja present en el nadó, és conduïda pels qui en tenen cura i al principi "crea codis privatis entre mare i fill" (així els descriu Mercè Leonhardt, 1992), de forma que, si se seleccionen aquelles imitacions que resulten rellevants per a la finalitat perseguida, el nen acaba imitant els trets importants i significatius que es donen en la relació. Cal adonar-se de les dificultats dels nens cecs i sords de naixença per simbolitzar (M. Leonhardt 1992) (X. Barlet).

* El Dr. Cantavella es referia a la capacitat de representació abstracta que té l'infinitiu. És un mode de referir-se a alguna cosa que no hi és.

El procés de simbolització

Sabem que el nen entén els gests i el llenguatge abans no comença a parlar. Un interrogant se'ns obre si ens preguntem si l'infant crea el simbolisme en la ment abans que serveixi d'intercanvi comunicatiu. Podem parlar de simbolització com el procés dins del qual es crea el símbol. El nadó pot establir nexes a través d'associacions d'experiències amb la memòria de reconeixement. Passar després a crear presímbols en sorgir la memòria per indicis. Després es fixen els codis a través dels codis privatus mare-fill i, al final, l'aprenentatge en l'àmbit cultural de l'entorn, ofert pels pares, fa aparèixer el símbol del llenguatge oral. Pensament, símbol i llenguatge estableixen una dinàmica de traspàs entre ells, en un procés d'anar i tornar. El pensament porta al símbol i al llenguatge, com aquests porten a pensar. Amb el llenguatge verbal serà possible el desplegament de tot un ventall d'altres símbols: gràfics, matemàtics, musicals, artístics, filosòfics, etc. transmesos per la cultura.

El món intern de fantasies inconscients no és aliè a la formació de símbols. Fantasies i defenses contra l'ansietat poden provocar nexes imaginaris. Ja hem dit que la memòria evocativa per indicis és avinent amb els plantejaments de la psicoanàlisi, en el sentit que el record no és d'imatges sinó d'experiències retingudes com episodis i també que ambdues concepcions estan en desacord amb la psicologia clàssica que planteja el record en funció dels símbols i el llenguatge. L'experiència del "pit al-lucinat" de Freud assenyala vivències que poden trobar nexes amb altres experiències i crear símbols subjectius. Però el símbol mai és una creació individual aïllada del món extern sinó que sorgeix en el si de la relació mare-fill i de les conseqüents interaccions.

L'ús del llenguatge

Estem en un temps en què l'infant utilitza signes i símbols que fan possible el llenguatge. El llenguatge és un sistema convencional de símbols, que la cultura trameta a l'infant a través dels pares. Però per a l'infant constitueix una nova forma de relacionar-se. Mitjançant el llenguatge es comuniquen les experiències de cadascú i es comparteixen. És una eina del jo per narrar experiències tan internes com externes. Ara allò que el nen sent és interpretat pels pares i explicat per símbols a nivell mental, amb la qual cosa les experiències afectives ja no són solament sentides a nivell corporal. No obstant això, la simbolització dels sentiments moltes vegades es queda mancada. Quan davant d'un amic que ha perdut una persona molt estimada i amb qui volem compartir la seva pena, en dir-li "sento molt el teu dolor", ens quedem pensant que no tradueix exactament els sentiments; necessitem a més donar-li una abraçada i, si ell reposa el cap en la nostra espatlla, ens sentim més conformats.

En contrapartida al fet de compartir, el llenguatge pot ser utilitzat com a element de control i llavors no diem el que sentim sinó allò que volem que entengui

l'altre. En aquesta versió, el llenguatge es fa servir principalment com defensa en front a ansietats davant de la força dels nostres impulsos. Recordem la interpretació que Freud va fer dels anomenats "mots fallits". De la manera expressada abans, altres vegades s'utilitza el llenguatge per donar missatges a dos nivells. Per exemple el nen que no vol menjar un plat li diu a la mare: "Oi que el menjar és dolent?". En un altre sentit, com deia Unamuno, "el pensament porta a la paraula, però també la paraula porta al pensament", perquè les paraules no contenen solament un significat únic i pot atreure altres pensaments, o també perquè estan associades a diverses experiències del món intern i extern. Al principi de la parla, les associacions simbòliques i, encara més, les metàfores són escasses i llavors l'infant li dona a la paraula una simbolització restringida a l'objecte, acció o conducta i pren la característica de l'anomenada "equació simbòlica". De tot el valor dels vessants del llenguatge aviat l'infant se'n adona i en fa us.

EL TEST DE BRAZELTON: UNA OPORTUNITAT EN LA PROMOCIÓ DE LA SALUT MENTAL

El test de Brazelton proporciona al clínic (pediatre, psicòleg, infermera, etc.) una oportunitat d'intervenir com a promotor de la salut de l'infant, tant a nivell físic com mental, en actuar al començament de la vida, amb uns coneixements del comportament del nadó conjuntament amb el fet de parar atenció als pares, en un moment crític com és la recent paternitat, que desvetlla angoixes per la vulnerabilitat emocional que se sol tenir en aquest moment.

El test de Brazelton

El coneixement de què és un nadó sempre ha estat subjecte d'especulacions interpretatives: un full en blanc que omplen els altres, un ésser immers en el caos, passiu i sotmès a fortes angoixes, un organisme quasi descerebrat que solament respon a reflexos, amb activitats reduïdes a descàrregues, la pura fisiologia... A més, tret de les condicions físiques, es podria dir que tots els nadons semblen iguals, tancats en ells mateixos, no tenen cap interès pel món que els envolta... Tot el seu desenvolupament psíquic dependria de les atencions que reben dels adults que en tenen cura.

A partir de l'últim terç de segle, una sèrie d'observacions d'inspiració etologista i d'experiències amb l'infant en situació quasi natural han aportat uns coneixements que il·luminen sobre la manera de ser del nadó i que ens aparten de les accepcions abans esmentades. Avui el nadó es pot veure com un ésser organitzat de forma complexa, capaç de menar activament els estímuls ambientals i també com un ésser social que està disposat a actuar amb qui en té cura i apte per aconseguir la classe d'atenció necessària per a la seva adaptació. Aquesta visió no contradiu en res el fet que sigui un ésser fràgil, inerm, prompte a desorganitzar-se i extremadament dependent de nultura.

T. B. Brazelton (1973) va crear un instrument per avaluar el comportament adaptatiu del nadó, el qual ha permès al pediatre o a altres professionals qualificats, obtenir un perfil del comportament individualitzat de cada infant; cada nen és únic en la seva manera de respondre, tant en la forma de defensar-se d'impactes nocius, en la de controlar els seus estats de consciència, en la de captar i orientar-se cap als estímuls així com per tenir preferències entre ells, sobretot si són de naturalesa social, etc. L'ordre en

què es desenvolupa aquest examen de competències està constituït per una sèrie d'estímuls i maniobres que tenen un gradient de menor a major impacte, de manera que pot mesurar la intensitat i el moment en què es donen les reaccions: espavilar-se i estar atent, posar-se a plorar, consolar-se, organitzar-se o desorganitzar-se, etc.

L'Escala d'Avaluació del Comportament del Nadó (NBAS¹) té la particularitat de no ser un test de valors puntuals (com pot ser un test d'intel·ligència, un QI) sinó que tracta, d'una banda, d'entendre el nadó com una individualitat, ja que la valoració va més enllà de comprovar que dóna una resposta, perquè també es comprovarà com es dóna, com es lliga i s'integra en un conjunt. I, d'altra, l'actuació de l'examinador, com a determinant de la millor resposta que el nadó pot donar. És a dir, és un test fonamentat en la integració i en la interacció.

És desitjable, sempre que sigui possible, la repetició de l'examen al cap d'uns dies o setmanes; perquè permet refermar el concepte que havíem tingut del nadó anteriorment i també comprovar-ne les capacitats evolutives.

El test de Brazelton i la família

Hi ha innombrables combinacions de comportaments de nadons. La manera de ser de cada infant influirà en els qui en tenen cura i pren especial relleu la relació que mantindrà amb la seva mare, la qual cosa en condicions favorables podem veure com el binomi (en què el segon terme és l'emprat per Winnicott):

Nadó suficientment competent <===== > Mare suficientment bona

En un principi, l'Escala de Brazelton va ser utilitzada per a l'estudi de les diferències de poblacions de nadons: ètniques, prematurs o a terme, fills de mares drogaddictes, influència de l'anestèsia, etc., que transcriu un perfil de puntuacions amb rangs suficients per encabir petites diferències. D'aquesta manera es fa palesa l'exploració en un llenguatge comú, transferible a tothom i operatiu amb les dades per treballs estadístics. En créixer el nombre de professionals que apliquen l'Escala i adonar-se que els pares s'interessen amb allò que representava aquest coneixement del fill, se'ls va incorporar com observadors i participants en l'examen (Nugent 1985). En la tercera edició del Manual de la NBAS ja s'inclou i es desenvolupa aquesta perspectiva (Brazelton i Nugent 1995).

1. NBAS = Neonatal Behavioral Assessment Scale.

Preocupacions dels pares desvetllades per les conductes del nadó durant l'examen

El fet d'explicar a uns pares el què i el per què d'una conducta del fill que els preocupa, parlar de les angoixes que els aclaparen, esclarir situacions en què la seva autoestima com a pares està de baixa, comporta una nova valoració realista d'un mateix i de l'altre, un acostament i un desig de companyia, elements positius de la relació entre pares i fills. Segons Brazelton, les preocupacions i les ansietats dels pares tendeixen a agrupar-se en dues categories:

- a) Les referides a la "normalitat" del nadó.
- b) Les referides a ells mateixos quant al seu paper de pares.

A la categoria a) l'examen amb la NBAS hi respon directament. En la majoria dels casos amb pares "suficients" n'hi ha prou de clarificar el comportament del nadó i així confirmar o rectificar la valoració que ells en fan. Com que un dels objectius és ajudar els pares a observar la manera de ser del fill, convé reforçar aquesta disposició i assenyalar que ells s'han adonat d'aquella conducta, comentar després el valor que per a nosaltres té la seva opinió i a continuació demanar-los com veuen aquella conducta integrada en el conjunt de respostes per tenir una imatge de la manera individualitzada de ser del nadó, de com ells el veuen.

Hi ha preguntes que majorment estan referides a certes conductes particulars del nen com, per exemple, quan es tracta de valorar la capacitat per sostreure's dels estímuls sonors que trastornen l'estat de son (habitució), que els pares interpreten com una prova auditiva i desvetllen la inquietud que el nen no hi sent bé. Enfront d'aquest tipus de preguntes, Brazelton recomana dir als pares que l'examinador les contestarà al final de l'examen (i aclareix que no és ben bé allò que pensen) ja que s'entendran millor dintre del context global, perquè és un punt de partida que té una gran influència sobre el desenvolupament posterior de l'examen. Això, a part d'assenyalar que la pregunta ha estat tinguda en compte, indica als pares que és important que la conducta sigui compresa com una part que cal integrar en la totalitat de l'infant.

En els casos de nens de risc, que nosaltres suposem en perill de presentar trastorns, s'ha de manifestar als pares la nostra preocupació. Són d'esperar moltes preguntes dels pares, en sentir-se inquiets o ansiosos. Nosaltres només podem respondre sobre les "realitats" que coneixem, no sobre conjectures ni sobre probabilitats. Malgrat la situació d'incertesa en què queden els pares i l'examinador, solament podem plantejar un pla de control i seguiment i contenir les ansietats paternes en els límits que siguin al més tolerable possibles però mai amagar els fets ni negar-los.

Quan es tracta d'infants amb patologia manifesta i, per tant, viscuda amb molta ansietat i amb molt afany per saber com serà el futur, cal exposar de manera entene-

dora tant les capacitats com les dificultats i així permetre una àmplia discussió. Si els pares poden adonar-se de les respostes positives del nadó o els les assenyalen, és molt possible que el vegin com una persona i que no restin atrapats del tot pel trastorn, que pensin que hi ha un treball que cal fer i no que l'únic objectiu és eliminar la patologia, quan això és impossible. Aquest efecte de compensació en pares de nens cecs s'ha comprovat en el nostre país (M. Leonhardt, 1992; i F. Cantavella i M. Leonhardt, 1996). En tots els casos, en cloure l'examen, com a resum final, l'examinador no ha d'explicar unes conclusions ni fer una exposició magistral dels coneixements que ha tret del nadó sinó posar a debat tant la manera de ser de l'infant com les preocupacions i temors dels pares que hagin sorgit des del començament.

A continuació ens referirem a l'apartat b).

Les ansietats en els pares

La inclusió dels pares comporta atendre les seves preocupacions i ansietats i adaptar l'examen de la NBAS a l'objectiu de preservar, prevenir o millorar el futur desenvolupament de l'infant. Es tracta, doncs, de veure com encaixa la manera de ser del nadó amb la manera de ser dels pares. Sabem que les necessitats i ansietats del nadó impacten amb les necessitats i ansietats dels pares. Aquests són portadors d'una personalitat que s'ha estructurat en el temps, producte de la seva infantesa i de la relació que van establir amb els seus pares; porten una idea preformada de com és un fill i també de com és la funció de ser pares. A part de l'estructura mental i de la major o menor capacitat potencial de paternitat, els pares duen sentiments pel fet de sentir-se que ho són, que la procreació els fa responsables d'una vida, i això els torna fàcilment vulnerables als impactes emocionals.

En practicar una NBAS establim un pont per poder apropar-nos a aquests sentiments si en som sensibles, observem i escoltem. Si l'examinador està amatent als esdeveniments, serà flexible en l'enfocament de la seva actuació, centrant-la, ja sigui en l'infant, ja sigui en els pares, ja sigui en la interacció pares-fill.

Comesa de l'examinador

Repetim i remarquem aspectes dels quals ja s'ha fet esment com de passada. La NBAS és un test interactiu, no un test que avalua solament una escala puntual de valors o el nivell d'optimicitat; l'objectiu és obtenir les millors realitzacions del nadó, observar què el desorganitza i ajudar-lo a estar organitzat. La finalitat és aconseguir un perfil del comportament del nadó en tant que individu únic, utilitzant, reflexos apart, maniobres que comunament utilitzen les mares. El primer pas en la formació de l'examinador, segons Brazelton, és tenir experiència en la cura del nadó: despu-

llar-lo, vestir-lo, netejar-lo, consolar-lo, aprendre la millor manera de calmar-lo, de parlar-li..., esforçant-se per ser sol·licit, dedicat i tendre i a tenir consciència dels impactes emocionals que el comportament del nadó li desvetlla.

També el treball en el curs de l'examen té com a model la mare. Es respecta la manera de ser del nadó; s'estudia el comportament que fa possible establir interaccions sincròniques i contingents segons l'estat de consciència, que molts cops ha de propiciar l'examinador; se n'avalua la vulnerabilitat i la manera de "volar" estar amb un adult que intenta saber com s'hi pot relacionar. També cal saber esperar el temps just perquè mostri les seves capacitats per organitzar-se i respondre per ell mateix, i a la vegada valorar els esforços que fa per controlar-se. En tot això cal utilitzar els subtils indicis amb què el nadó informa del seu estat. L'examinador ha d'esforçar-se, no a "treure" respostes sinó a situar el nadó de manera que doni el millor de si mateix. L'ordre en què es passa el test no és rígid i això permet a l'examinador alterar-lo, en certa mesura, quan ho cregui necessari, sempre i quan respecti el fet que la intensitat dels estímuls dels ítems vagi de menor a major i segueixi una seqüència.

LLIGAM I VINCLE

Quan parlem del comportament del tendre infant i d'estar unit a la seva mare hauríem de diferenciar dos conceptes: "lligam" i "vinclé". Bowlby va denominar "*attachment*"¹ a aquesta necessitat d'unió que un infant experimenta. Segons la definició d'aquest autor, es tracta d'un impuls genètic que ve assenyalat per conductes de preferència, aproximació i benestar que un fill manifesta especialment a la seva mare des del naixement. Més endavant, cap als vuit o nou mesos, el "lligam" té una altra faceta, la presència d'un desconegut provoca temor al nadó, en defuig i busca la protecció de la mare o d'aquell que pertany al seu cercle familiar quotidià. Freud ho veu com una reacció que marca el reconeixement a l'amor de la mare, per la dedicació i per les satisfaccions que n'ha rebut; per tant, es tracta d'una afecció adquirida. Nosaltres d'això en diem "vinclé" i el veiem com un nus afectiu de sentiments entre pares i fills, creat i mantingut a través de les interaccions. Per tant, té un origen epigenètic, com a resultat de la relació establerta en el temps. Per Spitz representa la diferenciació de la mare com a persona discriminada i el desconegut com la "no mare".

A aquesta hipòtesi, altres autors hi oposen un origen etològic. El suport a la teoria genètica del lligam el dona Bowlby (1973) assenyalant que aquest tipus de comportament bàsic en els humans també s'observa en un gran nombre d'espècies. Els etòlegs demostren l'existència d'aquest lligam i d'uns intermediaris com a signes identificatius perquè es realitzi, com són certes olors, la manera de piular i altres marcadors sensorials. En l'espècie humana no s'ha demostrat la presència dels marcadors, encara que avui dia sabem que el nadó, als pocs dies de vida, reconeix l'olor de la llet de la mare i del seu cos, té gran preferència per mirar-li la cara i oir-ne la veu. Com a producte d'aprenentatge hem de reconèixer que és tan ràpid que hom es veu temptat d'etiquetar-lo "d'encuny", una aportació dels etòlegs a la psicologia dels animals. Però el que més ens sorprèn, en el sentit de "lligam", és el fet que en mantenir un nadó de dos o tres dies de vida (un cop passat l'estrès post partum) entre un de nosaltres i la mare, de manera que el cap quedi sostingut però lliure per moure'l a un costat i a l'altre; si tots dos el cridem alhora pel seu nom, el petit sempre es tomba cap a la mare (tant se val que l'experimentador sigui home o dona).

1. "Attachment" representa un lligam (un sinònim de "attachment" és "tie", lligam, i un altre sinònim és "fasten", assegurar, subjectar, fixar o lligar fermament). Un altre text de Bowlby (1958) es titula: "The nature of the Child's Tie to his Mother". *Int. Psycho-Anal*, 39: pàgs 350-373.

En el període de temor a allò que li és desconegut ens trobem que el lactant maltractat conserva -o fins i tot està intensificat (Hopkins J. 1996)- el lligam amb els pares i segueix tement el desconegut, malgrat els maltractes que rep. Recordo haver llegit que l'etòleg Konrad Lorenz en els seus estudis en els ànecs sobre el lligam, descriu que a un dels aneguets afillats que ell havia lesionat en haver-lo trepitjat, havia d'estar amatent a no tornar a fer-li mal perquè el pollet mai no volia separar-se'n, sempre el tenia entre els peus. Més endavant, passats uns tres o quatre anys, el nen maltractat adopta generalment una actitud temerosa en extrem, busca l'aprovació dels seus actes abans d'iniciar el menor gest, es mostra sempre desconfiat o bé, en l'altre extrem, hi ha algun nen que no sembla inquietar-se per res, sense discriminar la gent que el tracta i amb una absència total de temor. En resum, aquestes formes descriuen un greu deteriorament del vincle.

Especulant en el tipus comú de la relació del lactant amb l'altre podríem veure la gènesi hereditariosocial dels dos "organitzadors" d'Spitz. El "somriure social" dels tres mesos marcaria l'entrada al reconeixement de l'espècie, ja que el nen somriu a tota cara que li somrigui (encara que la de la seva mare sigui la preferent), mentrestant l'angoixa dels vuit mesos indicaria l'entrada al reconeixement de la tribu, del clan o la família. Es confia a tot aquell que és del seu cercle social primitiu mentre que al d'una altra procedència li té por en tant que possible enemic. Ni un ni altre parer no exclou que la maduració afectiva estigui en el punt de reconèixer la constància de la mare com a objecte total ni la importància dels afectes que s'han produït fins aquest moment. Volem esclarir que els criteris teòrics exposats no són contradictoris sinó que permeten bastir ponts, ja que els creiem ajustables dintre del desenvolupament infantil i que, si bé són irreductibles, no són incompatibles, subjectes a comprovacions i a discretes rectificacions, com seria l'admissió de dos fenòmens diferents: "lligam" i "vincle", en els quals el primer facilita el segon. En el nen, el lligam seria un puntal inicial i bàsic, ancorat en la filogènia, bàsic en ell per construir l'edifici del vincle. Recordem que Freud extreia la seva teoria psicològica del fons biològic (necessitats, pulsions, sexualitat) i sociohereditari de l'ésser humà (*Tòtem i tabú*). Sota el punt de vista energètic, la mare pot alterar o anular el comportament del lligam, per no donar resposta o per abandonament.

Spitz (1965), un dels primers pioners psicoanalistes que va fer observacions directes dels nadons, va manllevar de l'embriologia la definició "d'organitzador": coincidència en un punt de diverses línies del desenvolupament que, en integrar-se, dóna lloc a una nova organització ben diferent de l'anterior i a un nivell superior de capacitats. El fet d'aparèixer en un temps fix, "el somriure dels tres mesos" i "la temença a l'estrany dels vuit mesos", ens parla d'un programa preestablert.

Les línies de desenvolupament de la maduració biològica, de la cognició i de la vida emocional, tenen un temps programat per confluïr i integrar-se, i necessiten, a més dels factors interns, l'actuació paral·lela i adequada d'altres factors del medi ambient. Cap d'aquestes línies de desenvolupament per si sola és capaç de produir "l'organitzador", tot i que cadascuna ha d'acomplir la seva funció en el sector que li

perta. El fet que els infants amb afectació del sistema nerviós central presentin més trastorns psicoafectius pot estar en relació amb les dificultats de coherència en les seves constel·lacions perceptives i afectives, encara que això no sigui l'únic factor determinant. Els nens cecs de naixement, sense cap altra alteració important a part de l'aparell visual, també tomben el cap en direcció a la mare i se la queden "mirant", (cara a cara), però perden aquesta conducta al cap d'un mes, quan presenten llavors l'orella a la veu (M. Leonhardt, 1992; i F. Cantavella i M. Leonhardt, 1995). Com també somriuen als tres mesos però si no hi ha una adequada relació, fàcil d'alterar-se per les angoixes de la família associat a la dificultat d'entendre el comportament del nen cec, aquest perd el seu somriure inicial o esdevé rar.

El fet que un nadó prefereixi mirar la seva mare en els primers dies de vida constitueix la primera puntada d'un enfilall d'esdeveniments interns i externs en els dos protagonistes de la diada, que faran desenvolupar en l'infant noves formes més complexes de funcions físiques i mentals. Com també, de manera semblant, esdevé amb el somriure. Són dues línies complementàries de factors del desenvolupament. No obstant el salt quàntic que representa "l'organitzador", la aparició ve marcada pels passos en diverses línies de desenvolupament, passos que podem seguir per conductes més immadures fins el moment en què sorgeix. Això se'ns fa molt evident si examinem l'evolució de les etapes que transcorren fins arribar a la marxa autònoma, però també ho veiem en el cas del somriure. El "somriure fisiològic", que apareix en estats de benestar, ja el veiem dirigit a la veu de la mare als pocs dies de néixer² i a les dues setmanes s'observa clarament aquesta relació i a més relacionada amb la mirada. Abans de l'autonomia que confereix a l'infant el fet de caminar, hi ha l'autonomia que confereix el control dels músculs oculars, ja ben madurs en la seva funció entre els dos o tres mesos, quan veiem un nadó que desvia la mirada quan l'atreu un objecte i deixa de mirar a la cara de la seva mare; podem dir que ell controla la visió (Stern, 1985).

En primer terme, en el terreny de l'activitat professional, l'apreciació teòrica dels anomenats conceptes comportarà diferents projeccions. D'entrada, des de la visió prospectiva del pediatre, el lligam el temptarà d'anar a la prevenció de possibles trastorns, mentre al psicoanalista, des de la seva visió retrospectiva, el vincle -el fet d'anar-se fent-, el temptarà pel tractament. Vet aquí l'èmfasi que des de la pràctica es pot donar al valor teòric dels conceptes, segons la situació professional. No obstant l'aparent disparitat de les dues perspectives, les tasques es complementen.

Aquest article s'acompanya del DVD adjunt.

2. Tinc una observació filmada d'una nena de sis dies, però ja André Thomas ho havia descrit fa anys.

EXAMEN PSÍQUIC DEL NADÓ

Particularitats

L'examen del nadó comporta certes particularitats:

a) En l'observació. En lloc d'un pacient tenim la díada mare-fill. Fins als dos anys el nen no començarà a manifestar el seu món intern a través del joc.

b) En l'entrevista. La història del nadó, els problemes que ocasiona i els trastorns són una versió de la mare, en el rerefons de la qual hi ha fantasies, ansietats, projeccions, relació de la parella parental, el fill imaginari... Tot això és difícil d'extreure de les vivències del nadó.

c) En la freqüència de problemes somàtics en aquesta edat. Les ansietats de l'infant es manifesten en el cos i d'altra banda són freqüents els trastorns físics de causa orgànica que poden confondre sobretot als psicòlegs, no tan sols si el seu origen és postnatal sinó produït per afeccions originades en el moment del naixement i, fins i tot, abans.

d) En la subjectivitat de l'examinador. La poca experiència en el tracte de nadons fa que l'examinador defensi la seva ignorància o les seves ansietats, i interpreti el material a examinar a través de les teories que sustenta, tot i que amb això no volem dir que rebutgem el valor de la teoria. En examinar les conductes que es produeixen entre la mare i el fill, el professional percep un clima emocional, ja que les conductes incideixen emocionalment en ell i li provoquen diferents reaccions. Hi ha moments en què pot identificar-se amb el nadó i criticar l'actitud de la mare o del pare, i també a la inversa.

Instruments de l'examen

a) Entrevista. L'entrevista ens permet entreveure certs aspectes psicopatogènics i de la relació d'objecte de la mare. Si hi són tots dos pares, també ens permet copsar la relació de la parella, els contrastos d'opinions o la guerra per culpar l'altre del trastorn del nadó, els sentiments de culpa individuals, la seva visió de la relació amb les famílies respectives i la referència a qui s'assembla, conflictes presents o passats

amb l'àvia materna, sobretot en relació a la infantesa de la mare. En recollir la història de l'infant cal prendre nota de l'embaràs i del part, de l'acollida del fill, de com van anar el postpart i la lactància, com s'ha desenvolupat el nen, els nivells assolits i si ha presentat trastorns, si va a la guarderia i les causes, qui el cuida principalment... Sobretot cal tenir com punt de referència les situacions emocionals i els aspectes actuals que s'hagin recollit abans.

b) Observació física. L'aspecte físic i la impressió que dóna, la mida i la mobilitat. La manera de vestir i la d'abrigar.

e) Interaccions. Encara que no sembli participar en la consulta, el nadó és capaç d'expressar els trastorns dels quals és objecte. Amb les seves vocalitzacions, motricitat, estats de vigilància o ensofiment, mirada, crits, tipus de plor, etc., motiva a orientar el curs de l'entrevista i a esbrinar certs temes que no han aparegut en l'entrevista. A més, es poden enfocar els comportaments de la díada i observar-ne la interacció, és a dir, com la mare sosté el nadó, la posició en què el presenta a l'examinador, si el mira mentre parla, si està atenta o no al que fa, si permet o talla les iniciatives del nen, si en percep els missatges, i el conjunt de totes les accions i reaccions que es produeixen entre la díada en el curs de l'examen de la manera com es va dir en presentar la interacció en capítols anteriors. Observar la interacció no consisteix a recollir solament unes conductes, ja que una conducta pot tenir diferents significats, sinó que s'ha de contemplar la interacció com un procés amb cicles de participació i de tancament de la participació, amb totes les reaccions emocionals de cada participant.

Dintre de cada cicle, les conductes poden catalogar-se com intrusives, recíproques, empàtiques o transgressores. La interacció pressuposa una influència mútua, un membre influeix en l'altre i el modela, però de manera que, al seu torn, aquest últim també resulta influït i modelat pel primer. Les diferències individuals dels nadons afecten les fantasies dels pares i en determinen les respostes, tant com les actuacions paternes afecten la idiosincràsia del fill. La comunicació que es desprèn dels senyals que s'observen en la interacció té dues dimensions. Una és la del contingut, sobretot en el vessant afectiu, i l'altra és la de la regulació, que indica una informació respecte de l'acceptació, el rebuig o la modificació de l'estat actual de la interacció, amb el manteniment o els canvis dels senyals. Recordem també la valoració de l'harmonització de conductes en la interacció, és a dir, la riquesa d'instruments que entren en l'harmonia. Com vam dir, la interacció cal situar-la a tres nivells: comportamental, afectiva i fantasmàtica. No insistirem sobre això.

d) Patologia del desenvolupament. Cal diferenciar les variacions de la normalitat, les dificultats i el problema, els trastorns i la patologia.

e) Desenvolupament i tests. L'observació lliure, al marge dels tests, dóna molta informació sobre la manera de ser del nen. No obstant això, s'ha de tenir en compte que, a partir dels vuit mesos, l'infant desconfia o tem l'examinador. Se li ha de donar

temps -un factor que s'ha de posar al servei del nen- i guanyar-se la confiança del menut. No perdre de vista mai el comportament de la mare durant l'examen, ja que haurà d'estar present quan se li passin les proves. El professional ha de conèixer el desenvolupament de l'infant i dels factors que el modelen, per exemple, els pares. Els tests avaluen l'estat actual del nen. Són els tests de Brunet-Lézine, Bailey, Casati-Lézine i Uzgiris-Hunt.

f) Exàmens complementaris. S'ha de tenir en compte la possibilitat de trastorns somàtics i de maduració del sistema nerviós central. Davant de la possibilitat d'una patologia neurològica cal demanar un examen fet per l'especialista.

g) Guia diagnòstica. Hem d'enregistrar:

— En l'infant:

- La salut física
- El nivell de desenvolupament i les capacitats
- El funcionament mental adient a l'edat
- El grau de dependència
- L'adaptabilitat

— En la família:

- Les característiques
- La personalitat dels components
- La salut física i la salut mental
- Les interrelacions
- Les condicions socioeconòmiques
- La cultura

DESENVOLUPAMENT I GÈNESI DEL LLENGUATGE EN EL NEN VIDENT

*Per adquirir el llenguatge no n'hi ha prou que se te n'hagi presentat l'evidència...
També hem de descobrir què s'ha de fer perquè el sistema funcioni.*

NOAM CHOMSKY

«A l'edat de tres anys, la majoria de nens de qualsevol cultura parlen i entenen el llenguatge dels seus pares. Aquesta competència lingüística és només una part de la facultat humana per entendre. Als tres anys ja té una clara personalitat amb consciència distintiva de la seva persona com a jo social per assumir el seu paper mitjançant accions significatives i per interpretar les accions dels altres en intercanvis en situacions d'interès comú, emprant amplament el llenguatge... » (Trevvarthen)

Actualment es tendeix a considerar que el coneixement de les experiències en les relacions interpersonals en els primers temps és la clau essencial per aclarir els misteris de l'adquisició del llenguatge, ja que les significacions que el nen adquireix amb la parla provenen d'una negociació entre ell i els seus progenitors. La relació entre el pensament i la paraula no es manté en una sola direcció, sinó que *«és un procés, un continu moviment d'anada i tornada del pensament a la paraula i de la paraula al pensament... »* i que *«el pensament no està format per unitats separades com el llenguatge»*. *«Per comprendre allò que diu l'altre no n'hi ha prou d'entendre les seves paraules, s'ha de comprendre el seu pensament.»* (Vigotsky. 1934)

Per D. Stern (1986) s'ha de considerar la idea del llenguatge com a objecte transicional, segons el concepte de Winnicott (1971), i afegeix: *«la paraula li és donada al nen des de fora, per la mare, però per ella ja existeix un pensament... el llenguatge és una experiència d'unió que permet un nou nivell de relació mental a través del significat compartit. El coneixement experiencial s'engalavernarà (encara que no totalment) amb un codi verbal quan aparegui el llenguatge i, a partir d'aquest moment, sorgiran moltes experiències noves, però ja juntament amb la verbalització d'aquestes experiències. És en aquest moment quan el nen entra plenament en el món compartit dels significats »* (D. Stern)

Les citacions abans esmentades ens indueixen a seguir el desenvolupament del llenguatge i rastrejar des del seu començament la interrelació mare-fill –o fill i progenitors, relació que podem generalitzar com la del “nen-amb-l'altre”– com a “funció

dialogant". D'altra banda, és impossible entendre el llenguatge i la seva patologia sense una visió genètica i global.

Predisposició ingènita per al llenguatge: els dos primers mesos de vida

Des del naixement, l'interès cabdal del nen se centra en l'altre espècimen humà. Cara i veu constitueixen l'atracció més poderosa per a ell i això li permet regular les emocions canviant. En l'altra direcció, els pares, i sobretot la mare, responen als índexs de canvis fisiognòmics del nadó, a les seves vocalitzacions i a altres expressions corporals, i amb això els donen sentit. Els pares parlen al nen com si ell pogués entendre'ls. Del nounat també s'ha de considerar la capacitat precoç d'imitar, una preforma de la identificació amb l'altre i la base per al desenvolupament del llenguatge gestual i del llenguatge parlat.

El tendre nadó d'aquesta edat demostra una competència de discriminació fonètica encarada cap el llenguatge: té preferència per les expressions verbals dels adults quan estan embastades i formen llenguatge. Si la mare llegeix el paràgraf d'un llibre, l'atenció del nadó es mostra concentrada, però el seu interès decau i desapareix si fem llegir a la mare el mateix paràgraf, paraula per paraula, en el sentit contrari de la línia escrita, és a dir, quan s'altera el ritme i l'entonació. *«A partir del 4t dia, distingeix sense ambigüïtat la llengua materna d'una llengua estrangera. A les poques setmanes sembla capaç de percebre els contrastos fonètics de totes les llengües, però perd gradualment aquesta facultat cap al final del primer any, i només conserva les distincions que pertanyen a la llengua del seu entorn»* (A: Bizot i C. Millot. Citació de Golse i Burrsztjn, 1992).

Des del començament, el cadell humà és actiu. Cerca regularitats en el món que l'envolta i com a agent ho és d'una manera específicament humana: converteix les experiències en estructures "mitjans-finalitat", típiques de l'espècie. La disponibilitat que tenen els nadons per relacionar els mitjans amb una finalitat es coordina ràpidament i fàcilment, amb les accions d'aquells qui en tenen cura.

«És evident que una gran part de l'activitat del nen durant el primer any i mig de vida és extraordinàriament social i comunicativa.» (...) «Donar al nen una resposta de tipus social és el reforç més poderós que es pot utilitzar en els experiments d'aprenentatges i privar-lo en les seves iniciatives d'una resposta social és una de les coses més perjudicials que se li pot fer a un nadó; per exemple: una cara inexpressiva de seguida provocarà llàgrimes... (Experiència del "rostre inexpressiu" de Tronick, 1982); també s'observa que ja en les primeres setmanes de vida responen amb ansietat si es tapa la cara de la mare durant l'alimentació.» (J. Bruner, 1985.)

Els preàmbuls de la funció dialogant: dels dos als vuit mesos

Al voltant dels dos mesos, el nadó està capacitat per tractar activament que li donin una resposta. A partir d'aquesta edat, aquest impuls apareix clarament organitzat en un senyal vocal rudimentari combinat amb el gest facial quan, a partir de la sisena setmana, ja disposa de facultats més madures de la visió. Les percepcions s'han enriquit amb el coneixement molt més complex de la cara de la mare i els seus canvis fisiognòmics, a la qualitat i al ritme dels seus moviments, així com al to i modulacions peculiars de la seva veu. Al mateix temps enriqueix la qualitat i varietat d'expressions facials i de modulacions vocals. Tot això fa que l'empatia dels dos pares s'afini, de manera que en parlar del nen diuen: "ara ja és una personeta", un ésser que existeix pel seu compte i amb qui s'hi pot participar. Tota aquesta instrumentació fa dir a Trevarthen: "*Com músics que van improvisant, pares i fill componen ritmes, tonalitats i melodies que tendeixen a l'harmonia.*"

En un sentit oposat, totes aquestes "protoconversacions", com les anomena Trevarthen, poden fallar per manca d'atenció o per tensions emocionals dels "interlocutors" i innegablement per inferències mòrbides dels protagonistes. El nadó, en passar els dos mesos, ja no està tan completament lligat a les seves necessitats biològiques i als ritmes interns. A partir d'ara, disposa de més temps lliure per cercar i reclamar el "joc de cara a cara", en el qual participa amb totes les formes d'expressió de què és capaç. En aquesta etapa "sintonitzar" amb l'altre li és essencial. Sorpren de veure com el nen es desconcerta i s'abat si la sintonia es trenca.

Stern qualifica de "dansa coreogràfica de la parella mare - fill" aquesta interacció de tots dos, que és tan peculiar dels seus protagonistes que resulta única i irrepetible, no s'aprèn ni es pot ensenyar. No per això la interacció és privativa de la mare -encara que sí peculiar-, ja que el nadó la concedeix a molta altra gent, de tal manera que podem inferir que aquesta manera d'estar amb l'altre forma part de la identificació del nen amb la seva espècie.

Des d'un començament, tot seguint amb la irrupció de la interacció i influent essencialment en el desenvolupament, és necessari que en els primers mesos de vida s'acompleixin sis condicions fonamentals que afecten al "diàleg" pares-fill (Brazelton i Cramer, 1991):

1) Sincronia. En els primers mesos, el nadó està travat per les exigències de la immaduresa del sistema autònom. El seu primer treball consisteix a aconseguir-ne la regulació. Quan aprenen el "llenguatge" del tendre infant (condicionat pel funcionament d'aquell sistema), manifestat per la presència i la qualitat dels seus estats de consciència, de disponibilitat motora i de conductes d'atenció, els pares han de sincronitzar el seus estats d'atenció i inatenció amb els propis del nadó. És l'inici que obre la comunicació i la modela. Aquesta sincronia, relacionada amb un aspecte del llenguatge, té la seva expressió en els primers dies amb l'ajustament de pauses i ritmes mentre la mare li dona el pit. Si la mare bressa el nadó mentre està mamant, el

nen deixa de xuclar i viceversa: la quietud de la mare propicia que el nen repregui l'alletament. En un temps breu, la mare ajusta i modela aquests ritmes: bressa el seu fill quan deixa de xuclar i s'atura en el punt en el qual ella ha observat que és adient perquè ell repregui l'alletament. (K. Kaye, 1986).

2) Simetria. La simetria significa que les capacitats del nen per atendre, el seu estil, les seves preferències per acceptar i respondre, tenen la contrapartida en uns pares que respecten els llindars i les peculiaritats del fill per aconseguir un diàleg simètric, sense excessos ni defectes, de manera que tant el nen com els seus pares quedin compromesos a aconseguir-lo i mantenir-lo.

3) Contingència. En el nen, les vocalitzacions, somriures, manifestacions afectives i l'aptitud per rebre senyals auditius, tàctils, cinestèsics, es construeix sobre la base dels estats de consciència i la capacitat per regular les funcions autonòmiques. Fins que s'aconsegueix l'homeostasi, qualsevol senyal pot ser tant una sobrecàrrega com una motivació. L'efecte dels senyals paterno és contingent quan actua sobre l'estat d'atenció del nadó i la seva capacitat d'autoregulació, en el sentit que les conductes paternes són sintonitzades en el transcurs de la interacció ja que "funcionen" o "no funcionen", interpretades a través de la lectura de l'estat emocional del nen.

4) Concentració en l'encadenament de seqüències (assumir el torn). Quan "el diàleg" ha aconseguit la simetria, s'hi afegix una nova dimensió: comencen a anticipar-se respostes en llargues cadenes, s'estableixen ritmes i regles, ja siguin per mantenir o per suprimir elements. És una concentració de les conductes de resposta en la qual cada membre de la interacció s'ajusta a l'altre, com l'entrada del primer violinista en un concert musical

5) Joc. Els "jocs" de la parella mare-fill, tal com els concep Stern als tres o quatre mesos del nadó, es construeixen sobre la concertació abans esmentada, però aquí cada partenaire introdueix variacions que fan que les seqüències es desenvolupin com una dansa coreografiada amb les improvisacions de cada dansaire, i s'estableixen unes regles conegudes per cada participant: en el temps, la intensitat, el grau d'excitació, la modalitat, la durada, la permissió del repertori, etc.

6) Autonomia i flexibilitat. El reconeixement per part del nadó del seu control sobre l'excitació el porta a sentir l'autonomia, comença a comprovar les situacions i la seva capacitat per dominar l'audiència de l'altre. En el curs de llargues seqüències d'interacció, el nadó les interromp per mirar a qualsevol part del seu entorn; la resposta de la mare potser sigui la de reconduir el seu fill a continuar... i aquí entra en joc la flexibilitat per permetre al nadó que l'exercici de la seva autonomia sigui aprofitable.

Les quatre primeres condicions esmentades són fonamentals per al desenvolupament general del nen i les dues darreres per a la individualització. Qualsevol anomalia que afecti aquests aspectes, afecta també el llenguatge. Hem esmentat els fonaments de la interacció, on els gestos, els ritmes, les pauses i les coordinacions es teixen en relació amb l'altre, en el camí de compartir significats més endavant. Compartir portarà el nen a sentir la seva mare com individu a part d'ell, a tenir consciència de la seva dependència i a sentir tristesa quan se'n va. Però compartir també requereix

per part del nadó una capacitat d'abstracció per facilitar la mobilitat del pensament en una associació operativa de les experiències i amb això poder generar símbols. Darreres investigacions apunten la possibilitat d'una capacitat d'abstracció del jove nadó, entre els cinc i els sis mesos (Lécuyer), així com d'una consciència de la permanència d'objecte, la qual cosa apareix en el mateix període d'edat (Mundi-Castle i Anglin, citats per P. Mazet i S. Storelu, 1990).

Aquestes investigacions es fonamenten en l'estudi de l'atenció, la preferència, la discriminació, l'habitució i la memòria que manifesten els nadons, com també sobre el coneixement de la funció de les àrees heteromodals de l'encèfal. La noció de les sorprenents aptituds que ja presenta el noutat ha fet dir Stern que, amb aquestes, ara tenim l'oportunitat de fer "preguntes" al nadó que ell pot respondre.

El conjunt de tots aquests coneixements fan inferir Stern que les capacitats d'abstracció que mostra l'infant davant les experiències de cada moment, en el sentit de formar un conjunt heteromodal sensorial, motor i afectiu, i agrupar-les en forma de constel·lacions, o "illes de coherència", permet al nadó el coneixement de les invariants de les experiències i amb això la possibilitat de comparar les unes amb les altres, passades o presents, i d'aquesta manera estructurar la informació. D'altra banda, la "memòria episòdica" -de fets viscuts- també roman com un reservori abstracte, "una estructura mnèmica generalitzada". *«Es tracta, per dir-ho d'alguna manera, d'una experiència amitjanada convertida en prototípica i, en aquest sentit, forma potencialment part de la memòria semàntica.»* (Stern).

A l'altra banda, els pares no han deixat mai de parlar profusament al seu fill. Li fan comentaris, li expliquen coses, li detallen allò que miren, interpreten els seus estats d'ànim, li fan preguntes... i de vegades les responen ells mateixos, i donen la resposta que li correspondria a ell, si parlés... El nen està envoltat d'una atmosfera de paraules, però a diferència d'una ràdio o televisió, com a "mantell sonor", la mare¹ introdueix en el nen la funció dialogant del llenguatge no només quan li dona la categoria d'interlocutor sinó en extreure tots els elements i formes que entren en el discurs per fer "comprensible el missatge" i com ha d'utilitzar-se el llenguatge. La mare, amb una subtileza exquisida, amb un mestratge natural, serveix al fill els elements bàsics que l'induiran a participar en el diàleg i maneja l'instrument del llenguatge ja en els primers temps en què el nen encara no parla.

M. Siguan caracteritza el llenguatge matern de la manera següent: 1) És un llenguatge gramatical i fonèticament correcte. 2) És simple, tant en l'aspecte lexical com en el gramatical. 3) És un llenguatge repetitiu, en el qual cada paraula i cada frase es repeteix diverses vegades en la mateixa forma o en formes equivalents. 4) És un llenguatge emfàtic, no només la pronunciació és clara i el to lleugerament alt, sinó que l'entonació de la veu és molt marcada. 5) És un llenguatge acompanyat de gestos que tenen el mateix significat o un significat relacionat amb el dels enunciat verbal.

1. Ens referim gairebé sempre a la mare, ja que és aquesta la que té cura del nen amb més freqüència, encara que el pare i els altres adults, en general, adopten la mateixa conducta.

6) I finalment és un llenguatge que en gran part es refereix a la situació actual i present per al nen.

Respecte als elements gramaticals que entren en el llenguatge matern, seguirem M. Siguan en la seva exposició:

«Cada enunciat es presenta aïllat amb un valor significatiu propi, referit a una situació concreta i acompanyat d'uns gestos específics. Si alguna cosa aprèn el nen en aquest diàleg és l'existència de cadenes sonores significatives, cada una perfectament individualitzada. La primera cosa, per tant, que aprèn el nen en aquest diàleg matern, que encara no està en condicions d'entendre, és que el llenguatge s'organitza en frases. Però, a més, cada frase està dita en un to particular, clarament relacionat amb la situació en què el nen es troba i també amb la gesticulació materna que acompanya l'enunciat. Així el nen aprèn a distingir pel to de la veu i per l'entonació - la corba melòdica de l'enunciat - la frase imperativa de la negativa, de la interrogativa, de la descriptiva, de la qual és pura expansió afectiva. I el nen no només entén la intenció general de l'enunciat, sinó que es fa capaç de repetir la mateixa entonació amb una intenció semblant. No és que les diferents entonacions coincideixin amb les diferents categories de frases, però es dirigeixen cap a elles. Així, abans que el nen sigui capaç de construir correctament frases interrogatives, ja és capaç d'emprar l'entonació interrogativa.»

Del que s'ha dit remarquem la importància de la conjunció text - context en l'adquisició del llenguatge.

Els preàmbuls de la semàntica: dels vuit als divuit mesos

A partir dels vuit mesos apareixen les primeres significacions semàntiques en la comunicació interpersonal. L'infant es reconeix a si mateix al mirall, experimenta amb la seva vocalització i amb els complicats canvis d'expressió de la cara i l'impacte que determina en l'altre; els moviments de les mans guanyen en subtileza i entren en el joc gestual. Amb el temps tot el seu repertori es va modificant i es torna més complex per la imitació que fa dels adults, dels quals va traient aprenentatges: "titelles", "picaments de mans", fer "adéu" amb les mans... que després tindran un fort contingut simbòlic.

A mesura que l'infant comença a jugar, va prenent iniciatives i fent intervenir els objectes, i crea d'aquesta manera un "espai potencial", un pont entre el Jo, subjectiu, i el No-Jo, objectiu. (Winnicott, 1971). El nadó observa l'adult, que juga amb ell, com una font d'idees i d'intencions en relació amb els objectes. Per la seva banda, l'adult condueix la imitació del nadó cap a actes que són d'utilitat i tenen significació en la cultura en què viuen (K. Kaye). Des del començament d'aquest període, el nadó adquireix consciència dels seus propis estats mentals i els compara amb els estats

mentals dels seus pares (“intersubjectivitat”). Ara els estats mentals entre els actors de la relació interpersonal poden ser concordants o no ser-ho, contradictoris o afirmatius, negadors o permissius, etc. i d’aquestes posicions el nadó en va prenent consciència.

Més o menys des dels vuit mesos el nen comença a manifestar activament la por als desconeguts i el desig de protecció per part dels qui en tenen cura, i amb la gestualització expressa de manera ben clara allò que sent i allò que espera. Aquí fa la impressió que el nadó s’identifica amb la família o el clan. Els seus actes adquireixen una intencionalitat manifesta i són interpretats pels pares amb bastant facilitat. Apareixen conductes de designació, de convit a l’acció i de provocació, que assenyalen el progrés en el camí cap a la simbolització. En el sentit invers, comença a entendre les negatives, les designacions i les incitacions a actuar que provenen dels pares. És l’inici de la comunicació per uns codis del llenguatge gestual.

En aquest període ja no es tracta del “Jo-amb-l’Altre” del període anterior, sinó del “Jo-i-l’Altre”. El nadó ja ha pres consciència de la diferència d’intencions, propòsits i sentiments que hi ha entre ell i el seu congènere adult, al mateix temps que les seves identificacions es van fent singularitzades i la interacció va donant pas a la interrelació. En aquest període comencen les conductes a les quals podem assignar la categoria de presimbòliques. El símbol necessita per emergir que el coneixement d’un fet sigui diferenciat del coneixement d’altres fets i que el nen tracti de lligar (en grec, symbolikon = nexa) aquell fet amb alguna cosa que el representi per transmetre una comunicació. En aquesta actualitat, la memòria episòdica s’ha enriquit molt en estructures generalitzadores de les experiències, la qual cosa constitueix un substrat ampli per al pensament semàntic.

Com exemple esmentarem de manera molt resumida una observació de C. Bonnet (1981): Maia, una nena de vuit mesos, jau al seu bressol i mou les cames, llançant els peus en totes les direccions. La seva mare, asseguda a prop, li agafa un dels peus i li fa petons. Maia, després d’un interval curt, aixeca el peu i el dirigeix cap a la mare, que el torna a besar. L’escena es va repetint diverses vegades, amb gran satisfacció i rialles per part de Maia.

L’exercici d’aquest comportament de Maia suposa la capacitat de: a) Conèixer diversos fets sensorials que no estan lligats entre si i associar la realització d’uns a la realització dels altres. b) [infinitiu] un fet virtual associat per la seva absència. c) Modificar els comportaments de l’altre i concebre aquesta modificació per obtenir altres fets com a resultat.

Amb això veuríem que ens trobem davant d’una preforma del simbolisme però encara no arriba a ser un símbol. El gest de Maia és intencionat però no és reversible; és interpretable però no intercanviable amb altra gent.

És amb aquest tipus d’accions que es van crear “codis privatius entre mare i fill” (M. Leonhardt,) i se seleccionen aquelles actuacions que resulten rellevants per a la finalitat perseguida. «*L’adquisició de tot tipus de llenguatge, en el sentit més ampli, comença quan la mare i el fill creen un escenari previsible d’interaccions que po-*

den servir de microcosmos per a la comunicació. » (Bruner). Cap els deu mesos es poden observar conductes que mostren clarament l'aparició de senyals codificats. Un nen a la consulta del pediatre, assegut a la falda de la seva mare i abraçat a ella el mira desconfiat; amb la por reflectida en el rostre fa de cop i volta el gest d'adéu amb la mà, tot mirant alternativament el pediatre i la mare. El gest, ja codificat entre ell i la mare, expressa que vol fugir d'aquella situació i la mare exposa en paraules que el seu fill vol anar-se'n. A la qual cosa el nen, mirant-la, respon amb un lleuger somriure de satisfacció i després mira el pediatre i repeteix el gest d'adéu.

Entre els vuit o deu mesos el llenguatge gestual del nen està d'acord amb allò que se li parla i comença a entendre alguna paraula de l'adult, si va acompanyada de gest o mirada. A partir dels dotze mesos comprèn alguns missatges en una situació i un moment donats. En general, al voltant d'aquest temps comencen a aparèixer les primeres paraules significatives, moltes d'elles creades pel nen. És el naixement del llenguatge parlat.

La capacitat fonètica de produir paraules està encadenada a la maduració biològica del sistema nerviós central i els patrons motors correctes s'adquireixen amb "l'exercici - correcció" del model que s'escolta. No obstant això, no oblidem que el procés del llenguatge és un sistema complex que no pot reduir-se a la comprensió i producció de les paraules. Tant és així que « *el primer tret del llenguatge natural que pot distingir-se és el contorn o entonació* » (Lennenberg, 1967) i « *No pot considerar-se el llenguatge com si es constituís de forma quasi mecànica, per associació exterior de fonemes entre si, sinó com un desenvolupament a partir del germen de comunicació les emissions prosòdiques del qual ja el constitueixen, és a dir, l'entonació* » (Meltzer, 1980, citat per Golse i Bursztein).

No és cert, com s'ha dit, que les primeres paraules tinguin només un valor nominatiu. En el fons de cada paraula expressada pel nen en aquest període hi ha un significat més extens: el del seu pensament i afecte, és a dir, un discurs la unitat del qual és l'oració. Si un nen de setze o divuit mesos veu entrar el seu pare a l'habitació i exclama "papà!", pot expressar diverses coses que només podem distingir per l'entonació i el context. Pot expressar "Hola!, quina joia de veure't", "papà dolent, no t'he vist en tot el dia", "papà, em trepitges la joguina", "papà, vine a jugar amb mi", etc. « *L'enunciat d'una paraula incorpora realment els gèrmens d'una gramàtica* » i en un principi « *les paraules constitueixen formes indiferenciades d'oracions ("unitats sintàctiques primitives")* » (Lennenberg).

Els preàmbuls del llenguatge parlat: dels divuit mesos als dos anys

Als divuit mesos, el nen comprèn ordres senzilles sense la intervenció del gest, malgrat que encara dins d'una situació donada. Als dos anys comprèn frases d'ordres complexes fora de la situació. Al principi d'aquest període, el nen posseeix un voca-

bulari d'entre quinze i trenta paraules; a més, empra un argot amb totes les característiques de la xerrameca. Per a l'adult, aquest discurs resulta indesxifrabable encara que l'entonació fa pensar que alguna cosa està dient, que hi ha un pensament com a discurs.

En les primeres emissions de paraules i fins que ha complert els dos anys, el nen menysprea la identitat fonètica. «*La manca inicial d'interès del nen per la precisió fonètica no és un fenomen de cap manera trivial o lògicament necessari. Assenyalant un principi fonamental en l'adquisició del llenguatge: allò que s'adquireix són patrons i estructures, no els elements constituents*». (Lenneberg). El que esdevé no és allò que s'ha dit de la "música sense paraules", sinó que el nen expressa el seu pensament, encara sense paraules articulades, i el transmet amb altres elements: l'entonació i el gest.

En el terreny semàntic, al principi la paraula s'aplica en forma de generalitzacions, però després la capacitat de produir noves paraules li permet significar les diferències mitjançant la parla. La paraula bup-bup, en el sentit de gos, s'aplica a altres animals que el nen consideri que tenen alguna cosa en comú, per després anar donant-los noms específics. Això és així com ho és per a tot desenvolupament ontogènic: una elaboració de noves estructures a través d'un procés de diferenciació de categories.

Les frases de dues paraules apareixen al voltant dels dos anys. Molt sovint aquestes minioracions es formen amb una paraula que es repeteix amb freqüència i l'enunciat gira al seu voltant (paraules frontissa), mentre que les altres paraules diferents que se'ls ajunten provenen de l'equipatge d'elements lèxics que posseeix el nen, amb una gran varietat de significacions. En aquests casos, la paraula frontissa està en funció de predicat.

En d'altres ocasions, la paraula frontissa és el subjecte i l'altra paraula és el predicat.

FRASE	SIGNIFICAT
Mamà nyam-nyam	Mamà tinc gana
Mamà upa	Mamà agafa'm a coll
Mamà carrer	Mamà anem a passejar

No obstant això, l'ús freqüent de la construcció d'aquestes oracions pel sistema de paraules frontissa no representa una regla d'elaboració sintàctica sinó un pas més enllà de la fase de "paraula - frase" (frase de dues paraules) que, com ja hem dit, representa un pensament o una acció, però ara, amb l'augment de continguts lèxics i el coneixement que té de la relació que existeix entre les paraules, el nen és capaç d'expressar-se una mica més amplament per ser comprès a través del llenguatge. Més endavant el nen afegirà una tercera paraula a les frases, que tindrà una funció modificadora de la paraula variable.

L'estructura sintàctica es formarà per la interposició d'elements nous entre aquelles frases bàsiques (frase entre frases), seguint el mateix procés de diferenciació o especificació, però conservant la relació i dependència en elles i entre elles.

Finalitzem assenyalant que en l'adquisició del llenguatge «*la sintaxi, la semàntica i la pragmàtica no poden ser apreses independentment l'una de l'altra, sinó que són del llenguatge.*» (Kaye).

APORTACIÓ DE LA PEDIATRIA A LA PETITA INFÀNCIA¹

Pediatre i pacient

Des de fa no gaire anys, el panorama de l'activitat del pediatre ha experimentat canvis que no han estat només tecnològics. De sempre, en l'exercici de la seva professió se li han plantejat problemes de salut per als quals els aprenentatges acadèmics no l'havien preparat. No obstant això sempre ha estat conscient de la seva existència i de la importància del seu paper encara que, en sentir-se involucrat, només podia respondre amb bona voluntat i en la mesura de la seva personalitat, desproveït com anava del bagatge de coneixements i preparació que, encara avui en dia, no li proporciona la Facultat de Medicina. De sempre, la majoria de pediatres han sentit que el subjecte malalt modificava el seu concepte de malaltia. Actualment, al pediatre conscient ja no li és cap novetat les dites: “no hi ha malalties sinó malalts” i “aquest malalt no figura en els llibres”. No pot dir “he visitat un megacolon” sinó “un nen amb megacolon” i atènyer-se a això.

En front dels pronòstics i de la marxa dels tractaments s'adonava que, malgrat un diagnòstic acurat i una clara indicació, es presentaven empitjoraments no previsibles o estancaments i endarreriments en el curs terapèutic, millories o fallides no imputables a una aplicació correcta dels seus coneixements, les quals eren útils per a pacients amb trastorns semblants. A més, se li plantejaven enigmes com ara ¿per què aquest petit s'accidenta tan sovint? ¿Per què aquest lactant, des que ha anat a la guarderia, té diarrea de dilluns a divendres i no el dissabte i diumenge? ¿Per què aquest infant de quatre anys no se l'entén quan parla? El paralític cerebral en té prou amb l'habilitació física?

El desenvolupament infantil, control de la salut i atenció precoç

En els últims cent anys la ciència mèdica, que el pediatre ha après en les aules, ha experimentat evolucions (o revolucions) i ha introduït una munió de capítols nous que van des de l'etiologia microbiana i la immunitat, la genètica, els trastorns nutri-

1. Ponència al Centre d'Atenció Precoç d'Igualada.

tius i metabòlics, la psicossomàtica... fins al més recent, el desenvolupament infantil. Això ha comportat una perspectiva tan ampla que s'escapa de les possibilitats del pediatre. Conèixer el desenvolupament representa l'aportació multidisciplinària que tracta d'entendre el nen com una persona en contínua evolució, de passos tan ràpids que fan veure el nen en una metamorfosi d'estats que es modifiquen en curts intervals de temps.

La importància del desenvolupament ha incidit notablement no tan sols en els camps de la detecció de trastorns i dels tractaments sinó també en tot el que representa avui en dia el control de la salut i l'atenció precoç. L'objectiu ja no és el nen malalt sinó que ara s'ha d'incloure el nen problemàticament sa en el camp de l'exercici pediàtric. Cal dir que el concepte actual de "risc" és una creació de la pediatria que, tot i estar en el vessant somàtic, ha donat molts fruits en la prevenció de trastorns tant en aquest camp com en el mental.

Encara que el pediatre ocupa una situació clau en el control precoç de la salut, les aportacions multidisciplinàries han ultrapassat la disponibilitat única del pediatre i han provocat la necessitat d'equips de professionals d'altres especialitats que estudien el nen. El treball en equip ha exigut una col·laboració cooperativa però també que els àmbits dels facultatius se solapen en coneixements que s'infiltra en totes les àrees amb la finalitat que tothom qui es troba inclòs en la tasca atengui el nen com a persona, és a dir, com a ésser globalment únic. Atendre el nen té una connotació molt diferent a atendre un adult. Com diu Winnicott, "un nen tot sol no existeix, sempre hi ha una altra persona amb ell: la mare", és a dir, si s'atén el nen s'ha d'atendre la família, ja que tots junts formen una unitat. Aquest és un problema que també ha d'enfrontar el pediatre.

Àmbits operatius

Sota la perspectiva esmentada anteriorment podem delimitar tres àmbits

1. Àmbit del nen sa
2. Àmbit del nen en la consulta ambulatoria
3. Àmbit del nen hospitalitzat

Moltes de les coses que direm són comunes als tres àmbits, en el sentit progressiu de contenir el segon els aspectes del primer i el tercer dels dos anteriors, és a dir, la diferència és acumulativa i de grau.

a) El nen sa

El fet de seguir el nen sa pressuposa no solament la vigilància de la seva salut física sinó també com progressa el seu creixement i desenvolupament. L'aparició de

noves conductes en l'infant molt petit, el progrés en complexitat i maduresa de les funcions adquirides en el noi més gran, les necessitats físiques (alimentàries, d'exercici) i les necessitats psíquiques de la personalitat (afecte, relació interpersonal i nutrició cognitiva) varien en funció dels períodes de desenvolupament.

El professional té punts de referència en els manuals que tracten aquests aspectes, i mesures que li permeten situar un nen determinat en una escala de valors del desenvolupament. Però com allò que dèiem de malalties i malalts, aquell nen que un llibre de puericultura assenyala, no existeix, és solament un punt de referència. Les fronteres que marquen l'optimització del funcionament de l'equipament neuropsíquic se separen a un costat i l'altre del punt mitjà. El progrés de funcions es fa en un front ampli que avança en ziga-zagues. La presència de símptomes en un moment determinat té diferent valor segons l'edat del nen i també segons la qualitat de l'entorn i, a l'ensem, l'entorn pot ser potencialment estructurant o desestructurant. Cal, doncs, calibrar riscos i estar amatents al que pot representar el futur.

La salut no és el l'oposat de la malaltia, ni una mitjana estadística, ni un valor determinat marcats per la cultura, sinó la potencialitat d'adaptació al medi. El professional ha d'anar equipat amb el màxim de coneixements i valoracions, però ha de pensar sempre que té al davant la personalitat diferenciada i única d'un nen o d'una nena. Sigui quina sigui l'edat del nen, nadó o noi grandet, dedicar uns minuts escassos a estar amb ell, a interessar-se per les seves coses l'ajuda a tenir confiança i als pares a adonar-se que l'estem valorant com persona, al mateix temps que comproven la nostra preocupació i interès en els problemes que l'afecten.

Ajudar el nen a desenvolupar-se no vol dir tenir un control rígid i omnipotent sobre dels pares. El pediatre és una autoritat que acompanya, però no du el nen. La seva autoritat la podríem comparar amb la de l'emperador del conte *El petit Príncep* de Saint Exupery; la seva tasca és la d'ajudar com un pare-i-mare als pares del nen, encara que, en casos extrems, hagi de frenar l'acció nociva de pares patològics amb mesures dràstiques.

En les entrevistes s'ha de sospesar el valor relatiu dels consells que es puguin donar, en tant que factors externs encabits en la personalitat dels pares. És preferible comentar allò que coneixem amb certesa del que li passa al seu fill, aclarir preocupacions, dubtes i el perquè de les reaccions i conductes d'ells i del fill, així com de temors que se'ls han desvetllat. Alhora ha de procurar mesurar el grau de comprensió i de modificació del seu sentir intern. No ha d'esperar que de cop se'n facin càrrec i ho entenguin, moltes vegades necessiten temps per elaborar-ho.

Demostrar que nosaltres sabem com s'han de tractar els nens i com cal tenir-ne cura, pensar que els pares són uns ignorants o uns maldestres que cal ensenyar, a la llarga més aviat distancia que no ajuda, i és possible que provoqui rivalitat i oposició. A més, els pares ja vénen atribuint-nos saviesa i, per tant, no cal demostrar-ho si no és amb l'eficàcia i l'exemple que en treuen del nostre tracte. El que primer necessiten els pares és ser escoltats i en segon lloc atendre les seves dificultats per valorar-se ells mateixos i valorar el nen en tant que persona, actitud que ha de ser la mateixa enfront

del nen per part nostra. Un exemple ens el dóna un pediatre, el Dr. Terry Brazelton, preocupat pel nombre d'abandons de nadons per part de mares adolescents. En explorar el nen amb la seva Escala d'avaluació dels comportaments del nadó davant la jove mare i en compartir amb ella les respostes del nadó, i després amb el seguiment durant el primer mes, va disminuir dràsticament el nombre d'abandons. No s'ha d'oblidar el paper de la guarderia o escola com a segona llar de l'infant.

b) Àmbit de la consulta ambulatoria de nens amb trastorns

Els petits pacients vénen traumatitzats moltes vegades per exploracions clíniques. En la primera entrevista els pares es presenten angoixats, recelosos, deprimits o potser indiferents davant de la gravetat del trastorn; a més, allò que els passa és únic i privatiu, no té comparança amb el que els passa a altres pares. La primera necessitat que tots ells tenen és el fet de sentir-se acollits, de trobar que els professionals volen ocupar-se del seu problema i ajudar-los. El nen ha de sentir-se en un ambient de calidesa emocional i que estiguin per ell. Els pares vénen disposats a abocar tot el que tenen dins, allò que els fa mal. Tenen temors sobre la gravetat del problema, però també per la responsabilitat de fer-ho el millor que poden. Destinar un temps perquè puguin expressar-se els descarrega i els permet contestar amb més claredat el nostre interrogatori sobre dades. L'atenció que podem parar als seus suggeriments i a les dades que se'ls ocorren enmig del nostre qüestionari, encara que les trobem poc oportunes o no adequades, podrà aconseguir que no es tanquin en actituds defensives, si els demostrem que d'ells ens interessa tot allò que pertoca al seu fill.

El nen ha de ser informat del que li anem a fer, així com els pares. No hem de forçar-lo en les exploracions i, si són psicològiques, hem d'interessar-lo en les tasques, encara que no obtinguem resultats puntuals. Tot allò que el nen faci per si mateix té un valor i mereix ser conegut. En la relació amb els pares, aquesta llibertat pot ser aclaridora en molts aspectes.

La sobreprotecció en nens amb deficiències no és necessàriament nociva si no amaga un rebuig dels pares. Anivellar el grau de protecció és una tasca nostra, en la mesura en què aclarim el que està passant. La necessitat d'escoltar el que ens diuen és més imperativa i el temps que els pares necessiten per elaborar allò que està passant ha de ser ampli de límits. La contenció d'ansietats vindrà donada per aquesta postura nostra, per no desequilibrar-se pels impactes emocionals que ens projecten, tot i fer-nos càrrec del que els està passant. No podem ser acusadors, ni confondre'ns amb els seus sentiments, encara que sí ressonar per empatia, però mantenint-nos a una distància que ens permeti veure-hi clar. La depressió dels pares no és un factor negatiu si han d'enfrontar un diagnòstic que trenca les seves expectatives de tenir un fill com l'havien desitjat, més aviat és una posició de partida per admetre realitats. Un aspecte especialment conflictiu es produeix quan es presenta a la consulta un nen amb deficiència mental ja que molt sovint trobarem d'entrada la negació més aferrada en els pares, la qual seguirà sent mantinguda durant molt temps, amb pujades i baixades

de reconeixement de la realitat. S'han de tenir en compte els desequilibris familiars que, de vegades en proporció a la gravetat del trastorn, es desencadenen tant en la parella com en els altres germans del pacient.

c) Àmbit del nen hospitalitzat

El nen hospitalitzat presenta canvis psicoafectius:

- Sofriment, no sols per la malaltia i les intervencions incisives i doloroses sinó per la separació dels pares i del seu medi habitual, d'efectes més intensos quan més petit és l'infant.
- Sentiments de culpa i de viure l'hospitalització com un càstig.
- Regressions: retorn a una relació en què les atencions corporals porten a una dependència semblant a la del lactant.
- Sentiment de minusvalidesa corporal, que altera en el nen grandet el sentit del cos.
- Oposició: el nen refusa la limitació imposada per la malaltia.
- La relació sadomasoquista, a l'estil de la Síndrome d'Estocolm no és una raresa en les vivències del nen, ni és una conseqüència que no es pugui deixar de presentar.
- Sentiment de mort, sobre tot en les malalties cròniques i en les terminals.

Tots aquests sentiments poden ser reforçats per l'actitud i temences dels pares. En la mesura que es pugui, el fet d'enllaçar la vida a l'hospital amb la vida anterior del nen ajuda a remeiar el trencament. Donar-li un tracte pròxim de calidesa familiar l'empara de la pèrdua que ha sofert.

En el període inicial que segueix el diagnòstic, les modificacions de l'equilibri familiar són intenses. Primer apareix un estat de xoc i confusió, sobretot en la mare, i moltes vegades de negació del fet. Després segueix un període de lluita contra la malaltia, la qual ocupa quasi la totalitat de les energies familiars, a vegades amb exigències i hostilitat als facultatius que van des del rebuig a la col·laboració. La cronificació de la malaltia porta a un tercer període de reorganització dels recursos familiars, en el millor dels casos, o bé a la desorganització i esfondrament de la família o la seva desfeta, en el pitjor.

ATENCIÓ PRECOÇ EN PEDIATRIA¹

Prevenió

La perspectiva que tot seguit exposaré parteix de la visió d'un pediatre: malgrat això espero que sigui vàlida per a tots els professionals aquí presents, que des de diverses disciplines tenen nens al seu càrrec.

Des del començament de la meua professió he pogut constatar com els grans tractats de pediatria inclouen nous capítols segons com evolucionava el concepte dels coneixements que havia de posseir el pediatre. Ha estat una evolució que ha anat des de veure el nen com a objecte d'estudi de patologia orgànica, fins a l'última adquisició de tenir-lo com un tot personal en relació amb els altres éssers humans dins d'un context social, amb l'afegit d'incloure'l com un ésser en desenvolupament.

Descriure la infantesa és descriure'n el desenvolupament: grans canvis de la personalitat en breus períodes de temps. Les passes que l'infant vagi donant ens mostren la seva adaptació al món. Per això conèixer el desenvolupament infantil té una importància cabdal per al pediatre en particular. En el transcurs del desenvolupament, aquests canvis evolutius es capten com etapes d'unes seqüències d'aptituds somàtiques i funcionals cada vegada més complexes, que representen un augment de capacitat adaptativa al medi ambient.

Les etapes del desenvolupament marquen les fites visibles d'un procés dinàmic del qual poden destacar-se tres factors primordials: a) constitucional, basat principalment en la integritat funcional i que fa èmfasi en la maduració del sistema nerviós central; b) ambiental, la base del qual la constitueix l'acció dels congèneres humans que tenen cura del nen i c) l'acció de l'individu mateix, com a mecanisme de retroalimentació (feedback) sobre els dos vectors energètics esmentats anteriorment. Aquests tres factors no tan sols s'influencien entre si sinó que són interactius. Des d'una altra perspectiva terminològica, el desenvolupament infantil és una resultant biopsicosocial, definit en la Comunitat Europea com a «*procés dinàmic en el qual el nen i l'entorn intervenen de forma activa i interactiva*».

La característica del desenvolupament infantil, en tant que procés evolutiu progressiu i dinàmic, origina una intervenció preventiva en què la precocitat en la de-

1. Jornades a Bilbao amb el Dr. Lasa.

tecció de trastorns i les seves causes haurà de tenir suma importància, si tenim en compte que, en els primers temps de la vida del nen, la incidència de factors patògens grava el desenvolupament en proporció inversa a l'edat i, en un altre vessant, en la recuperació cap a la salut juguen un paper cabdal la plasticitat cerebral i el valor de la correcció primerenca o del reforç positiu de les accions ambientals.

Repassem la panoràmica que comprèn la prevenció. En els trastorns del desenvolupament sabem que hi ha tres nivells de prevenció: 1) Evitar el trastorn o disminuir-ne la incidència de presentació en la població. 2) Detectar els trastorns al més aviat possible, disminuir-ne i escurçar-ne l'evolució. 3) Reduir les incapacitats.

Aquests tres nivells de prevenció han de tenir en comú la finalitat d'assolir el millor nivell de vida per a l'individu. En la pràctica, l'actuació preventiva ha de desenvolupar-se en tres sectors corresponents a àrees d'afectació de l'individu:

1) Defecte: representa el trastorn o anormalitat d'un òrgan, d'una funció o d'un comportament. L'exemple de defecte orgànic el tindriem en la paràlisi dels membres en una lesió cerebral; la de funció en la dislèxia i la de comportament en la violència excessiva.

2) Incapacitat: referida al paper o rol de l'individu, o sigui, la dificultat per exercir aptituds individuals. Exemples: no poder caminar en la paràlisi; dificultat en la lectura en la dislèxia; o bé no poder establir relacions afectives adequades en el comportament agressiu.

3) Minusvàlua: aquí la referència és el paper social en no poder dur a terme la funció social que se n'espera. Exemples: del paralític, no poder exercir determinada professió que requereixi caminar; del dislèctic, no tenir un rendiment escolar adequat; i de l'agressiu, cometre actes delictuosos.

La prevenció en tant que projecte hauria d'incloure els tres àmbits esmentats però això no és sempre es pot fer a causa de limitacions instrumentals o dels mitjans de què es disposa per al tractament. No obstant això sempre hi ha la possibilitat d'aconseguir altres dimensions en l'actuació profilàctica, com seria el cas d'un nen amb paràlisi en què el defecte ja està establert, però que pot assolir una capacitat i una funció social altament acceptable.

Un aspecte molt negatiu en la funció preventiva seria cenyir-se a un diagnòstic sobre el defecte i tractar-lo com un únic objectiu, cosa que pot representar un risc de "discapacitació" i de "minusvàlua"; per exemple: en el nen crònic hospitalitzat cenyir el tractament a la malaltia o diagnosticar un noi amb hipercinèsia per disfunció cerebral mínima, prescriure un fàrmac i deixar de tenir en consideració el desenvolupament personal i la repercussió familiar, escolar i social. Ara bé, en el nen tota intervenció es projecta cap al futur i compromet l'actuació del professional més enllà dels límits dels coneixements per als quals ha estat preparat. Per tractar un nen és necessari tenir la perspectiva del seu desenvolupament a través de les influències dels diversos factors que hi intervenen. Incloure tot el panorama fa necessària l'aportació multidis-

ciplinària i, per tant, el treball en equip, que no vol dir la pura transferència a un altre especialista, cosa que es convertiria en el que una vegada ens va dir Julián de Ajuria-guerra, « *un repartiment d'irresponsabilitats* » i no el que ha de ser: una tasca compartida. En compartir s'aconsegueix limitar els excessos i els defectes que sense coneixement de causa pugui perpetrar un professional aïllat, a causa d'una visió restringida dels problemes de salut.

L'enfocament preventiu apunta la salut com a diana, però sense ser antagònica amb el tractament de la malaltia. “*Medicina preventiva i medicina curativa són activitats, sovint, difícils de separar. Així, el cirurgià que diagnostica i opera una apendicitis està fent medicina preventiva de la peritonitis*”: (O. Casassas i J. Ramis, 1993).

Un sistema de salut comprèn la protecció de la salut, la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la restauració de la salut.

Risc

Un instrument emprat en la prevenció de trastorns físics, psíquics o socials és la cerca d'indicadors, criteris o factors de risc. L'OMS defineix el factor de risc així: tota característica o circumstància determinant, en una persona o grup de persones, que se sap que va associada a un perill potencial que existeixi o evolucioni un procés mòrbid o també l'exposició especial a aquest procés.

En l'embaràs serien indicadors de risc, entre molts altres, l'edat de la mare per sota dels setze anys o per damunt dels trenta-cinc. També ho serien l'alcoholisme, fumar, la droga; determinades malalties maternes, avortaments, nombre elevat de fills morts; la separació de la parella, migracions, etc.

En el període perinatal podem esmentar: la prematuritat, la separació del fill de la mare causada per una hospitalització, les aferències sensorials, la gran diferència de temps que separa un bessó d'un altre per ser donats d'alta de la unitat de cures, l'eclosió de psicosis materna o una depressió intensa, etc.

En el període de nadó, estarien inclosos els anomenats signes d'alerta del desenvolupament psicomotor; la vulnerabilitat del nadó davant dels estímuls, les hospitalitzacions, malalties cròniques, mort d'un dels pares... i estendriem la llista als indicadors familiars: mare tensa o descarregadora de tensió ansiògena per al fill, mancança afectiva, mare sense parella i sense compensació acceptable, estructures familiars psicopatògenes o debilitat o malaltia mental.

Tot escampant la seva ombra damunt d'aquests signes, s'han de comptabilitzar les condicions socioeconòmiques molt deficitàries, ètnies minoritàries, diferent religió entre els pares o del grup social de referència majoritari.

L'existència d'un factor de risc no pressuposa en absolut que un nen hagi d'emmalaltir, ni correspon a una presumpció pronòstica. El risc només representa una alta probabilitat, és a dir, una noció estadística. El que es persegueix amb la designació de “nen d'alt risc” és extremar la vigilància. Exigeix al professional molta

prudència en la seva relació amb els pares, del quals espera col·laboració i realisme, i als quals no s'ha d'alarmar, ja que una opció que pot presentar-se és que el nen evolucioni sense cap dificultat particular. Tampoc el professional ha d'amagar que aquell nen el preocupa. No obstant la inseguretat pronòstica dels factors de risc, la probabilitat de patologia augmenta si coincideixen en un mateix nen diversos factors.

La prevenció, sobre tot la primària i la vigilància i control del risc depenen en gran part de l'organització d'institucions mèdiques i medicosocials, serveis d'obstetrícia, neonatologia i pediatria i serveis maternoinfantils.

Atenció precoç

El criteri d'atenció precoç suggereix el tractament dels trastorns de la tendra infància el més aviat possible i valora tots aquells factors que poden comprometre la salut del nen. És una unitat de treball interdisciplinari que actuarà no només sobre els trastorns aparents sinó sobre els problemes complexos que afecten la família i tot l'entorn que, en cercle viciós, modifica, endarrereix o impedeix el desenvolupament de les millors aptituds de les quals pugui disposar un nen malgrat els defectes que presenti.

En relació al desenvolupament, « *quan diem que les habilitats es desenvolupen no ens referim exclusivament al fet que una habilitat apareix a una certa edat i que en una altra edat apareix una altra habilitat. Hem de referir-nos al fet que una habilitat afecta les experiències que pugui tenir un nen i, per tant, també afecta la seva pròpia transformació gradual en una altra cosa. Sempre s'ha de tenir en compte que el desenvolupament és un procés, no una simple escalada d'habilitat* » (K. Kaye, 1986). Posem per exemple l'infant que ha adquirit la marxa. Aquesta habilitat no representa exclusivament un èxit somàtic sinó també un domini de l'espai que li fa millorar el seu coneixement tridimensional (cognició), com també li permet apropar-se o allunyar-se de la seva mare, i exerceix una capacitat d'autonomia (àmbit dels sentiments i afectes).

Per altra banda, el coneixement d'allò que el desenvolupament somàtic representa, no pot aïllar-se dels contextos cognitius i afectius que senten i pensen els pares, i desencadena conductes de sobreprotecció, afeció excessiva, depressió, refús, etc. En un altre sentit, pensar en una prevenció dels trastorns psíquics és pensar que els conflictes viscuts en les primeres etapes de la vida tenen una projecció considerable en la psicopatologia en edats posteriors i també que, en principi, poden ser bastant modificables. Com a contrapartida, la idea de prevenir els conflictes psíquics no ha de suposar que no es presentin conflictes ja que, d'una banda, l'existència de conflictes és necessària per a un bon desenvolupament i, d'una 'altra, el seu potencial patogen només dependrà de la intensitat del conflicte i de com és viscut pel nen i els seus pares... Amb tot això estem suggerint que desplacem l'objecte de prevenció i tractament a unitat major: la família.

Abans de seguir endavant volem deixar ben clar que no estem dient que sim-

plement la patogènia provingui exclusivament de l'acció paterna, encara que pugui haver-n'hi, sinó que transferim a la unitat familiar l'objectiu de prevenció i tractament. I encara més: *«quan un clínic s'enfronta a l'apreciació del risc en un nadó determinat que es desenvolupa en el si d'una família determinada, no només és la presència d'indicadors de risc el que intervindrà en aquesta apreciació. El que succeeix a un determinat nen, per les seves pròpies característiques i de com està afectat per allò que li esdevé, serà la resultant de tots els factors externs i interns i la confluència de processos complexos i recíprocs entre aquests factors (S. Escalona, en "El nen d'alt risc psiquiàtric"). Dit d'una altra manera, des d'un punt de vista clínic més que epidemiològic, és la interacció dinàmica entre els pares i el nadó, amb els seus factors de risc però també amb els seus mecanismes d'adaptació i l'articulació entre aquests diferents factors, el que constitueix la indicació pronòstica més precisa»* (P. Mazet i S. Storelu, 1990).

Creiem que aquests criteris són els que defineixen fonamentalment el programa d'atenció precoç.

Atenció precoç en la pediatria hospitalària

Als hospitals s'hi concentren les patologies que es troben difoses en sectors geogràfics amplis, però que no representen l'epidemiologia de la població. No obstant això, els criteris d'atenció precoç segueixen vigents en els sectors operatius que hem esmentat.

Hem de tenir en compte que qualsevol nen presenta trastorns psicoafectius pel fet d'estar hospitalitzat. S'ha de valorar:

- a) El patiment, derivat no només de la malaltia o d'intervencions incisives i doloroses sinó també el que suposa la separació dels seus pares i del seu medi habitual, d'efectes més intensos a mesura que l'infant sigui més petit.
- b) Els sentiments de culpa per haver-se portat malament amb els seus pares i merèixer l'hospitalització com a càstig.
- c) Les regressions: retorn a un comportament i a una relació en què les atencions corporals porten a una dependència semblant a la del lactant.
- d) El sentiment de minusvàlua corporal, que altera en el nen ja més gran "el sentit del cos", la vivència corporal.
- e) L'oposicionisme: el nen refusa la limitació imposada per la malaltia.
- f) La relació sadomasoquista, semblant a la Síndrome d'Estocolm. No es tracta d'una raresa en les vivències del nen, ni és una conseqüència que pugui deixar de presentar-se.
- g) Els sentiments de mort o de destrucció, sobretot en les malalties cròniques i terminals.

Tots aquests sentiments poden veure's reforçats per l'actitud i temors dels pares i també per les actituds i els temors del professional. En la mesura que sigui possible, enllaçar la vida a l'hospital amb la vida anterior del nen ajuda a posar remei a la ruptura. Un tracte de calidesa i proximitat l'empara de la soledat per la pèrdua que ha patit.

En el període inicial i en aquell que segueix en el diagnòstic, les fluctuacions extremes de l'equilibri emocional de la família són intenses. Al principi apareix un estat de xoc i confusió i, moltes vegades immediatament, la negació del fet. Després segueix un període de lluita contra la malaltia que ocupa quasi la totalitat de les energies familiars, mitjançant la fantasia que la malaltia serà vençuda i no haurà passat res. Es presenten moltes vegades exigències i hostilitat envers els facultatius, amb sentiments que oscil·len entre el rebuig i la col·laboració. La cronificació de la malaltia porta la família a un tercer període que, en el millor i menys freqüent dels casos, aconsegueix la reorganització dels recursos familiars, però que en altres casos representa la desorganització i l'enfonsament de la família.

Per acabar em referiré a l'Epidemiologia en la pediatria extrahospitalària

Quins són els problemes que amb més freqüència es presenten al pediatre extrahospitalari? Faré esment d'algunes dades extretes d'un estudi del pediatre Ronald Illingworth, autor del magnífic llibre *El nen normal*.

Vegem la incidència en anys de la presentació d'un nou cas en la consulta del pediatre extrahospitalari:

	Anys
Hernia inguinal	1
Estenosi pilòrica	1
Cardiopatia congènita	5
Epilèpsia	6
Mort sobtada	8
Síndrome de Klinefelter	10
Síndrome de Down	16
MAL. Fibroquística pancreàtica	37
Agenèsia renal	87
Fenilcetonúria	240
Condrolàsia	480
Malatia de Hirshprung	600
Osteogènesi imperfecta	1.200
Mucopolisacaridosi	2.400
Homocistinúria	5.000
Síndrome de Fanconi	7.500

I la dels processos més comuns en la mateixa consulta:

Infeccions	80 % de totes les malalties
Malalties respiratòries	50% de tots els nens visitats
Otitis	10 % de tots els nens visitats
Enuresi	10 % de tots els nens menors de 5 anys
Problemes d'alimentació	Gran part de tots els nens
Problemes del Desenvolupament	Gran part de tots els nens
Problemes de Comportament	Tots els nens

Pediatre i atenció precoç

A Catalunya s'ha discutit molt i s'ha polemitzat molt sobre qui ha de ser el coordinador de l'equip de treball en l'atenció precoç. El desenvolupament infantil en el vessant de les etapes psicomotrius i d'estimulació de funcions sensomotrius va estar sota el domini majoritari dels neuropediatres encara que, en menor escala, ja n'hi havia d'administrat per paidopsiquiatres i especialment per psicoanalistes.

Com a evocació històrica voldria recordar que qui va iniciar, a Catalunya i a Espanya, l'enfocament global de la prevenció dels trastorns infantils des del període de lactant va ser un pediatre, Joan Córdoba. En la sessió clínica del 16 de febrer de 1930 de la Societat Catalana de Pediatria havia exposat el tema "Organització de la protecció a la primera infància a Barcelona". L'any 1932 es va crear una ponència, constituïda per Jeroni de Moragas, Manel Salvat Espasa i Joan Córdoba, a instàncies de la Generalitat de Catalunya, per organitzar i coordinar un programa d'atenció a la infància en què veiem conjuntats aspectes de la pediatria social. Esmentarem, per la seva amplitud i actualitat, les tasques que es van projectar i posar en marxa:

- 1) Mesures preventives preconceptionals
 - La dona soltera.
 - La dona casada.
- 2) Mesures preventives prenatales
 - La dona embarassada sana.
 - La dona embarassada malalta.
- 3) Maternitat: en el domicili, en els hospitals
 - Mare i fill sans.
 - Mare i fill malalts.
 - Mare malalta.
 - Separació de la mare i el fill.
 - Fill sa separat de la mare.
 - Fill malalt separat de la mare.

- 4) Guarderies
 - Preservació de la lactància materna.
 - Fill sa / malalt separat de la mare
- 5) Mesures socials (assegurances, obres socials, legislació, estadístiques, ensenyament, etc.)
- 6) Federació d'institucions de lluita (Protecció a la infància, coordinació de serveis, coordinació de serveis medicosocials amb l'assistència social)
- 7) Consultori Central
 - Infermeres visitadores.
 - Tipus de fitxes internacionals.
 - Organització metòdica de la protecció medicosocial de la mare i el fill.

El pediatre ja ha realitzat des de sempre la tasca d'atendre la demanda que les famílies plantegen, però davant d'això només podia respondre gràcies a allò que entenia per sentit comú o per la pròpia experiència. Cap problema li semblarà nou. L'única cosa que lamenta és la manca de temps i el que veu com una tasca ingent. Creiem que el pediatre ocupa un lloc privilegiat per fer-se càrrec de la coordinació de l'atenció precoç.

Aquesta és la meva opinió i la de la Dra. Fornós, cap dels Serveis d'Atenció Precoç de la Conselleria de Benestar Social del Govern Autònom de Catalunya i que participa en aquestes Jornades, la qual pot testimoniar que sempre he defensat aquest criteri.

L'HOSPITALITZACIÓ DE L'INFANT: IMPLICACIONS EN SALUT MENTAL

Tota hospitalització d'un infant representa un esdeveniment psíquic traumàtic. Les repercussions i la intensitat del trastorn a curt i llarg termini dependran de múltiples factors. La prolixitat i l'extensió del tema, les seves múltiples facetes i l'especificitat de certs sectors (intervenció quirúrgica, malaltia aguda, crònica, invalidant, etc.) fa que em limiti a parlar d'alguns dels fets generals comuns a l'hospitalització del tendre infant.

a) *Què representa l'hospitalització per a l'infant?* L'hospitalització representa per al nen una experiència que, des dels estudis d'Spitz, Bowlby i Robertson, considerem nuclear: la separació, no solament de la mare sinó de l'entorn familiar. En un moment en què l'infant necessita sentir-se més segur, es produeix un canvi brutal d'entorn que el fa trobar-se perdut sense que, en general, ni la mare ni el pare el puguin ajudar convenientment en trobar-se atrapats per l'ansietat.

b) *L'hospitalització del nen que té al voltant de tres anys.* Els nens, als tres anys, presenten sentiments de culpa i poden viure la malaltia, els sofriments i les limitacions que comporta la nova situació com un càstig per ser dolent, càstig representat per la separació, la reclusió i els efectes dolorosos dels tractaments i de malaltia. En un període evolutiu en què els infants són força ambivalents, viuen la relació amb els pediatres i infermeres com "objectes dolents" però a la vegada aliats amb els pares, als qui veu sotmesos a la seva autoritat. Amb això es crea una triangulació: mare-nen-metge.

Regressió a períodes més infantils i protesta activa són les manifestacions més freqüents en l'hospitalització. Val a dir que l'actitud de revolta del nen ofereix les possibilitats de desenvolupar reaccions fisiològiques que ajuden a la recuperació de la malaltia. Al contrari de la revolta, l'apatia, la indiferència i acceptació passiva, posen realment en perill la salut mental i física de l'infant. Diguem de passada que mentre el nen està sol a l'hospital es retreu i no plora, però si arriba la mare plorarà i protestarà, perquè llavors sap que pot expressar els seus sentiments a la persona a qui ell té més confiança i que aquesta els acceptarà.

Les malalties i les hospitalitzacions marquen profundament el desenvolupament emocional de l'infant. Quan arriba a casa són freqüents les succions compulsives del polze, mullar el llit, terrors nocturns i pors diürnes, masturbació, pèrdua d'adquisicions recents com la marxa o el llenguatge. Cal que els pares ho entenguin i es facin càrrec que potser necessitarà força temps per recuperar-se.

c) *L'hospitalització en el període de lactant.* Els infants menors d'un any va-

rien la seva conducta a l'hospital, segons siguin més grans de set o vuit mesos o siguin més petits. Els del primer grup es manifesten de manera molt semblant als infants de dos a tres anys. Robertson va sistematitzar tres fases en l'hospitalització. Al principi, es mostren agitats i ploren amb més freqüència i intensitat. Si la mare marxa, s'arrapen a ella i criden. Si l'estança a l'hospital es perllonga passen a un estat de desesperació amb molta inquietud i l'alternen amb períodes de retraïment. Ara la mare és rebuda d'entrada amb rebuig i crits, fet que feia pensar als professionals que la mare agreujava el comportament per mala criança. Si la durada a l'hospital s'allarga més i se l'ha privat de la companyia de la mare, es presenta una darrera fase: el nadó resta indiferent, desinteressat de tot, i dóna lloc a una situació greu que podrà conduir-lo al marasme i a la mort, com ho va denunciar Spitz sota el nom d'hospitalisme. Avui dia està admès en els medis hospitalaris la nocivitat del sojorn perllongat i s'ha reduït al mínim l'estança, tot i que encara alguns hospitals són reticents a la presència dels pares o la retallen al màxim.

Quan tornen a casa, la majoria d'aquests nens es mostren desconfiats i s'enganxen a la mare, a qui no deixen que s'aparti ni un moment. La desconfiança s'estén de forma desaforada fins i tot envers el pare, els germans i altres familiars propers. L'infant es nega a quedar-se amb ells o que l'agafin a coll, tot i que la mare estigui present. Són habituals els desvetllaments nocturns repetits, que indiquen la desconfiança del nen i la necessitat que té de comprovar que la mare no marxa.

En el segon grup, el de menors de set o vuit mesos, en general les coses van d'una manera diferent. A part dels moments en què les exploracions o cures el molesten i li fan mal, els nadons admeten infermeres i pediatres, no mostren agitació ni protesten, ni tan sols quan la mare marxa. Potser estan més inquiets i es desvetllen amb freqüència o mostren un silenci inhabitual. Recordo que això últim va fer que un hospital nostre no concedís a les mares la permanència al costat del fill i va interpretar que aquest no la necessitava, en canvi, sí que ho permetia a les dels nens de més edat. No obstant l'aparent tranquil·litat del bebè, s'havien produït subtils canvis que eren més ostensibles quan es produïa l'arribada a la llar. Bastants d'ells eren vistos per la mare com més estranys que abans. La mirada no era tan fixa sinó més vagarosa, desproveïda de brillantor, i l'aturaven poc o gens en els objectes que anteriorment els havien atret. També havien perdut l'expressivitat mímica anterior i el son era intranquil, amb augment de sobresalts i amb desvetllaments freqüents. La por de l'altre apareixia prematurament sota certs indicis, per exemple, un bebè de tres mesos es posava a plorar per la presència d'una persona amb bata blanca.

d) *El nen hospitalitzat des del naixement.* Hi ha nadons que des del naixement romanen a l'hospital un temps més o menys llarg, entre dues setmanes i dos o tres mesos, com és el cas dels infants nascuts abans de terme. S'adueix que els trastorns que presenten més tard es deuen a l'enclaustrament desnaturalitzat en la incubadora i a les vivències angoixoses de mort. No obstant això, hi ha més coses que afecten el nen hospitalitzat. Rep estimulacions del món extern a deshora i es relaciona més intensament amb les persones que en tenen cura a l'hospital. La mare, fins i tot en el millor

dels casos en què se li permet estar amb el fill i dedicar-li atencions, queda difosa. En el camp afectiu hem vist nadons prematurs, amb dos mesos més o menys d'hospitalització, que responien i sintonitzaven més positivament amb una infermera determinada que amb la mare...

Un cop a casa aquests infants presenten més trastorns en la relació interpersonal que els nascuts a terme. Es pot fer la hipòtesi que les mares d'aquests nens els perceben en constant perill de mort a raó de la brevetat de la gestació, l'alarmant baix pes en néixer i la necessitat d'una alta tecnologia perquè sobrevisquin, la qual cosa desvetlla en les mares fantasies i ansietats que incidiran en la relació. Però també podem afegir una altra hipòtesi sobre la manera en què es desenvolupa la interacció mare-fill en el període perllongat d'hospitalització. D'això en parlarem més endavant. El prematur és sempre un nadó de risc psíquic.

e) *L'hospitalització és sempre negativa?* Malgrat el que hem dit fins ara, no sempre l'hospitalització o la intervenció quirúrgica menen a reaccions negatives. La vida comporta que es pateixin traumes, però no oblidem que hi ha un altre vessant, la capacitat de recuperar-se o de treure profit de l'experiència. Sota certes condicions, una breu estança i una atenció hospitalària i posthospitalària adient poden donar un resultat positiu.

Una nena de dos mesos, la van dur a la consulta del pediatre ja que des de feia un mes no parava de plorar, nit i dia, a mig prendre el pit s'apartava i arrencava a plorar fort i ja no volia tornar a mamar. El pes s'havia aturat o augmentava molt poc. Els pares estaven desesperats perquè no sabien què fer, passaven nits en blanc i el pare no podia tolerar que la nena no mengés. Quan va néixer pesava 2.500 g. El primer mes tenia còlics i plorava molt. Anteriorment l'havia visitada un pediatre un parell de vegades sense poder diagnosticar què passava. El nou pediatre tampoc va trobar res en l'exploració clínica. Va parlar amb els pares llargament i es varen plantejar mesures per calmar-la. El pediatre volgué tornar a visitar-la la setmana següent. En aquesta consulta, el pediatre li va detectar un petit bony dur a l'engonal dreta, molt dolorós a la pressió. La va enviar a l'hospital, on fou operada d'una hèrnia incarcerationada que contenia ovari i trompa. A les vint-i-quatre hores, la nena estava contenta, eixerida i menjava bé. A partir de llavors tot va anar com una seda entre pares i filla. La intervenció va dissipar una atmosfera enrarida en permetre a la criatura recuperar el benestar.

En diferents estudis s'ha trobat que un 25% d'infants treien profit d'una hospitalització com a resultat d'una confiança que s'obtenia en dominar la por de l'hospitalització i de la malaltia, així com per la desaparició dels trastorns que havien provocat l'hospitalització. El fet que es pugui treure profit d'una hospitalització, sempre traumatitzant, parla a favor d'un entorn que encoratja els nens malalts a adquirir un domini sobre la malaltia i a donar-li una dimensió existencial.

f) *Els pares de nens hospitalitzats.* En els pares l'hospitalització comporta que el fill està amenaçat d'un perill, que en certs casos es pressuposa de mort. L'amenaça desvetlla una por forta, entre boires de confusió i rampells de negació. Sorgiran sentiments de culpa o bé projeccions en forma d'exigències d'actuacions immediates.

D'altra banda, l'atenció del personal facultatiu farà brollar rivalitats en el tracte de l'infant, tot i que alhora els pares vesteixen de poder màgic la seva presència... Més endavant seguiran vicissituds emocionals que canvien segons el curs i la durada de l'hospitalització. En els casos crònics i mutilants els pares han d'afrontar el dol de la pèrdua del fill sa imaginat, mentre en d'altres ocasions és la pèrdua real per la mort de l'infant. És un període de crisi dels pares en què els seus forts sentiments incidiran sobre el fill i també sobre els professionals que l'atenen.

Hem d'afegir per entendre la complexitat dels trasvassaments emocionals que la qualitat de les relacions entre els pares i el fill anteriors a l'hospitalització tindrà un pes molt important. En els infants amb un medi familiar inestable i també amb els que tenen pares hostils i irritables, que utilitzen les amenaces de separació per fer-se obeir, i no diguem aquells que presenten problemes psíquics, el pronòstic en ser donats d'alta serà en general desfavorable.

Els camins que duen a deteriorar l'evolució mental de l'infant són variats. Les transaccions emocionals amb la mare resulten etèries si no ens fixem en els instruments que fan possible la percepció i permeten una lectura dels sentiments, i per a l'observador són la base per interpretar les accions recíproques entre la mare i el fill que s'enllacen en seqüències. Dels primers temps de la vida, Winnicott diu que l'atenció materna, per ser suficient, ha de produir-se en tres nivells: el *handling*, el *holding* i el *presenting object*. Les actuacions maternes en aquests nivells operen sobre la ment de l'infant pel que la mare hi expressa a través de la mirada i la mímica, les entonacions vocals, els somriures, la pressió de les mans i els seus moviments, etc., que el nen enregistra i al seu torn respon amb mirades, mímica, sons, moviments, imitacions, etc., que forgen processos d'interacció i després d'interrelació, quan la memòria enllaça experiències i sentiments. El mateix podríem dir si ens referíssim a la perspectiva de la relació d'objecte. Sota aquests precedents, l'hospitalització *per se* trenca un *continuum* en la interacció que havia anat trenant un ordit afectiu. Com els codis en la comunicació, la interacció fa operatiu el món dels sentiments entre l'infant i qui en té cura.

L'hospitalització pot travar o tornar confusa la interacció. Aquí hi haurien les dificultats de la mare d'un fill prematur o d'un lactant que roman força temps a l'hospital. Quan la interacció no es dona o es trenca, pot fer difícil establir-la de nou de manera satisfactòria i més quan s'han introduït altres sentiments pejoratius o desorganitzadors, com els canvis en les representacions mentals del fill en els pares.

g) *Pediatres, infermeres i el medi hospitalari*. És evident que l'infant que ha de ser hospitalitzat i els seus pares necessiten una preparació que cal desenvolupar abans, a l'hospital, i després a càrrec dels facultatius. Però preguntem-nos quin és el clima emocional dels professionals de l'hospital. Escoltem el que diu un obstetra belga, Pierre Rousseau, sobre el dol de la mare per la mort del fill en el període perinatal referint-se a la formació del personal sanitari: "En la investigació que he dut a terme sobre el dol per la mort perinatal, hem fet també enquestes als professionals de la salut. He quedat sorprès en constatar que metges, infermeres, llevadores, tenien molta més informació

del que jo imaginava. Ells saben molt bé que la gent té necessitat d'expressar els seus sentiments. Un 30 % coneixen les diferents fases dels sentiments amb què s'afronta el dol; un 70 % accepta la necessitat d'escoltar les mares com una part del seu treball, però solament un 15 % reconeix que havia consagrat un temps breu a escoltar allò que les mares els deien. Els motius que expressaven per aquest comportament eren: a) Oficialment no els havien ensenyat res sobre el dol; b) No tenien cap formació per saber com acompanyar el dol; c) No tenien cap suport de l'equip d'atenció perinatal; d) La dedicació no era aprovada pels caps facultatius. Amb Mme. Fierens vam intentar fer un grup de discussió... Al cap d'unes quantes sessions vam constatar que totes les intervencions dels facultatius es limitaven a les experiències personals viscudes i no pas dels casos que se'ls presentaven en la pràctica professional. Les motivacions dels participants eren preferentment d'ordre personal més que d'ordre professional. Amb el temps, quan ja s'havien evaquat els problemes personals començaven a abordar els problemes en el terreny de la pràctica. En un grup de quinze assistents socials que han seguit aquesta formació, quatre van sol·licitar una teràpia personal. Un punt que considerem important és que aquesta formació es faci fora del marc de treball, sinó el poder dels caps de servei pot influenciar o inhibir allò que es voldria expressar. Jo vaig fer de professor d'histologia al segon curs de medicina. Els estudiants sabien que jo també era obstetra i em parlaven sobre aquest quefer meu. Estaven extremadament interessats per l'aspecte humà de l'obstetrícia. Jo em deia que seria interessant retrobar-los quan fossin metges... Els vaig tornar a veure cinc anys més tard. Aquells mateixos estudiants, tan sensibles, havien perdut absolutament tot interès per l'aspecte humà de la medicina i s'havien convertit en màquines tecnològiques.”

No obstant el que hem sentit dir a Rousseau sobre un tema tan punyent, voldria exposar altres facetes. La gent de l'hospital va atrafegada, avariciosa del seu temps. Sovint, per no dir diàriament, els facultatius estan sotmesos a fortes tensions. Tots ells se senten per vocació, més o menys clara, responsables de la vida d'éssers humans. Quotidianament s'enfronten a angoixes de mort. No és d'estranyar que emprin tota mena de defenses i lluitin contra la por de no saber-ne prou o d'equivocar-se. Molts pediatres, i encara més les infermeres, són molt sensibles al sofriment mental, però temen embolicar-se en els conflictes psíquics i tenen por d'entrar-hi quan s'identifiquen amb la persona que pateix, com també temen ser objecte de les projeccions de la mare o família i no saber-les manejar, abans de sentir-se envaïts. En un altre sentit, desconfien dels models psicològics expressats acadèmicament en un llenguatge que els sembla críptic. També temen que es desmuntin les estructures de rutina de l'hospital, “les que han mamat a la Facultat”, amb les quals els sembla que es manejen amb facilitat en mantenir una distància emocional amb els pares; però a mi encara em sorprèn de veure l'interès amb què s'acosten quan s'està fent una tasca de salut mental, la curiositat que demostren i la demanda que fan més endavant en exposar els seus conflictes i demanar col·laboració en els aspectes psicològics del treball que duen a terme i en allò que hi troben a faltar. Aquesta trobada serà fructífera si es dona dins d'un respecte mutu a la feina de cadascú.

Aquesta entesa ha portat a col·laboracions puntuals amb els serveis de psicologia d'alguns hospitals: grups de nens diabètics paral·lels als grups dels professionals que els atenen, grups de nens asmàtics, grups d'enurètics, diferents classes de nens amb risc, etc. La consciència dels efectes de l'hospitalització, per experiència o per informació, ha portat pediatres a modificar els aspectes nocius que impacten en el desenvolupament i a programar un pla d'actuació. Poso per exemple el funcionament d'un hospital de nens en què s'ha volgut pal·liar els anteriors procediments imperants. A la UCI de neonatologia, on hi ha els nadons preterme, s'admet els pares dins la unitat. La mare pot alimentar el nen, banyar-lo, canviar-li roba, fer-li massatges, tenir-lo a la falda. Les infermeres sovint contenen amb prou encert l'ansietat dels pares i els donen suport. Si elles veuen problemes en la mare ho comuniquen al metge. Casos en què la mare es nega a alletar el fill, la sospita que un dels pares és drogoaddicte o si creuen que hi ha un problema mental. Es preocupen molt per les mares massa joves. Moltes infermeres confessen que no estan preparades pels afers emocionals.

A maternitat, els nadons estan a la cambra de la mare. Els infants que s'han d'operar reben informació, se'ls ensenya l'hospital, tenen contacte amb altres nens operats, se'ls dona instruments mèdics per jugar i els posen bates, etc. Paradoxalment, el servei de psiquiatria i psicologia infantil del mateix hospital no proposa cap programa general, cap pla sistematitzat de col·laboració en salut mental. Generalment són els assistents socials qui es fan càrrec de tot el seguiment posthospitalari. Els sectors més descuidats en la pràctica dels professionals de la salut mental són els de maternitat i neonatologia. Aquesta és una tònica general als hospitals de Catalunya.

h) *Opinions d'un pediatre com a comentari final.* Volem fer uns curts comentaris de cloenda per assenyalar els factors que afecten la salut mental de l'infant que és hospitalitzat, en els àmbits que hem descrit.

Factors de l'infant. En l'infant, el nucli patogènic principal és la separació de la família i de l'entorn propi. En el lactant menor de sis mesos els efectes de l'hospitalització no són gaire ostensibles però no per això les conseqüències deixen de ser molt greus. En el prematur i el lactant hospitalitzat molt temps s'han de valorar també les condicions precàries en què es dona la interactivitat amb la mare. Un factor important a avaluar són les capacitats adaptatives de l'infant.

Factors familiars. Les representacions paternes del fill que brollen amb l'hospitalització tenen pes sobre les representacions anteriors a l'esdeveniment, al mateix temps que les vivències del paper de ser pares, el grau de salut mental i el tipus de relacions interpersonals anteriors amb el fill.

Factors de l'hospital: 1) Per sort podem donar per acabat el drama de l'hospitalisme. L'hospitalització és un fet al qual no pot renunciar la nostra cultura, però es necessita que se'n minimitzin els efectes nocius sobre la ment infantil i la dels pares i es treballi la posthospitalització. 2) L'hospital ha de facilitar que l'infant trobi l'ambient més semblant al de casa seva, que es pot concretar en la presència de la mare o pare. 3) Per part del personal mèdic és important l'enfocament dels períodes d'abans, durant i després de l'hospitalització, no solament de l'infant sinó de la fami-

lia. El personal facultatiu que atén l'infant convé que accepti les manifestacions dels sentiments i en sigui receptiu. També convé que pugui afrontar i orientar les necessitats d'ordre emocional de l'infant i de la família. Hem de reconèixer que en aquest afer és necessària la col·laboració i suport dels professionals en salut mental en un treball de respecte mutu. Creiem que la investigació i la tasca conjunta de tots els professionals és la base per programar les directrius de la prevenció en salut mental. Lamentem que la prevenció en maternitat i neonatologia estigui encara tan oblidada pels professionals en salut mental.

ANNEX

Signes d'alerta en el desenvolupament del nen menor de 2 anys

	<i>Nadó</i>	<i>3 mesos</i>
Postura	<ul style="list-style-type: none">– Asimetria.– Trastorns del to muscular (hipotonia-hipertonia, opistòntons).– Sense intents d'aixecar el cap en posició prona.	<ul style="list-style-type: none">– Persistència dominant del to flexor.– No aixecar el cap 90° en decúbit pro.– No mantenir el cap vertical quan l'adult el té a coll sobre l'espatlla.
Activitat	<ul style="list-style-type: none">– Manca de mobilitat espontània.– Asimetria en el moviment d'extremitats.– Moviments a batzegades continus.– Moviments ocular anòmals.– Plor patològic o absent.– Absència de succió (pit o biberó) en els 3-4 primers dies.	<ul style="list-style-type: none">– Mans fortament tancades.– Pobra activitat motora.– Asimetria mantinguda.– Anorèxia perllongada.– Patró de son del nadó o insomni persistent.
Sociabilitat	<ul style="list-style-type: none">– Manca de resposta a estímuls (auditius, visuals, tàctils).– Pobresa en els canvi d'estat de consciència o extremalabilitat d'ells.– Irritabilitat (reaccions exagerades a estímuls mínims).– Plors continus, impossibilitat de ser calmat.	<ul style="list-style-type: none">– Absència de somriure social.– Desinteressat per l'entorn.– No fixa la mirada, absència de seguiment visual.– Cap producció de sons.– Absència de "interlocució" amb l'altre, principalment si és amb la mare.

Signes d'alerta en el desenvolupament del nen menor de 2 anys

	<i>6 mesos</i>	<i>9 mesos</i>
Postura	<ul style="list-style-type: none"> - No es manté assegut amb suport en els malucs. - No manté el cap dret quan se'l té assegut. - Persistència de gran part dels automatismes motors del nadó. 	<ul style="list-style-type: none"> - No es manté assegut, amb defenses actives a la pèrdua d'equilibri. - No es pot voltejar en els decúbits.
Activitat	<ul style="list-style-type: none"> - Manca de prensió voluntària. - No allarga la mà a l'objecte per agafar-lo. - No manipular l'objecte. - Manca d'exploració bucovisomanual. 	<ul style="list-style-type: none"> - No pot deixar anar activament l'objecte de la mà. - No manipula les joguines amb interès d'aconseguir efectes de tot tipus.
Sociabilitat	<ul style="list-style-type: none"> - Null o molt pobre interès per l'entorn. - Absència d'intercanvi emocional, tant si busca com si dona respostes. - No riure als estímuls apropiats. - Insomni persistent. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manca d'expressió emotiva. - Desconnexió afectiva amb la mare. - Dormilega en excés o "bon nadó" que només "menja i dorm". - Manca de producció de son vocàlics o consonàntics.

Signes d'alerta en el desenvolupament del nen menor de 2 anys

	<i>12 mesos</i>	<i>18 mesos</i>
Postura	<ul style="list-style-type: none"> – Manca d'una o altra forma de desplaçament motor. – No estar dempeus amb suport de mans. 	<ul style="list-style-type: none"> – Manca de xarxa autònoma.
Activitat	<ul style="list-style-type: none"> – Manca d'exploració de l'entorn en desplaçar-se. – Cap ús de l'oposició del polze als altres dits per agafar els objectes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Manca d'assumpció de relacions entre els objectes per via del temps i l'ús de mitjans.
Sociabilitat	<ul style="list-style-type: none"> – Manca d'imitació d'actes simples. – Manca de comprensió de negacions o demandes gestuals simples que li fa l'adult. – Manca de sil·labació o gran pobresa i monotonia de sons. – Manca de discriminació entre coneguts i desconeguts. 	<ul style="list-style-type: none"> – No comprèn consignes senzilles. – “Excessivament social”, pot anar-se'n amb qualsevol.
<i>2 anys</i>		
Postura	<ul style="list-style-type: none"> – Manca de xarxa segura. – No pot córrer. 	
Activitat	<ul style="list-style-type: none"> – Activitat motriu desordenada, erràtica, sense intencionalitat. – Tendència als accidents. – Patrons de moviments anòmals amb marcada estereotípia. 	
Sociabilitat	<ul style="list-style-type: none"> – Excessiva intolerància a la frustració, a més a més, a vegades això s'acompanya d'espames del plor. – Incapacitat per relacionar objectes per l'ús que tenen. – Manca de comunicació interpersonal. – Incapacitat per di un mot que tingui significació. – Manca de simbolisme en el joc. <hr/>	

BIBLIOGRAFIA

- ARAGÓ MITJANS, IGNASI. *El Dr. Joan Còrdoba, promotor de la pediatria social*. Societat Catalana de Pediatria, 1974.
- AJURIAGUERRA, JULIÁN DE. *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona: Toray Masson, 1982.
- BONNET, C. "Evolution des conduites symboliques et genèse de la communication chez l'enfant de moins de deux ans". *La Psychiatrie de l'enfant*. Vol XXIV, 1/1981, 5-39.
- BOWLBY, JOHN. Attachment. Middlesex: Penguin Books, 1971 (Attachment and loss; 1).
- BRAZELTON, T. BERRY. *La relación más temprana; padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós, 1993 (Biblioteca de psicología profunda; 165).
- BRAZELTON, T. BERRY. *Neonatal behavioral assessment scale*. 2a ed. Londres: Spastics International Medical Publications, 1984. (Clinics in developmental medicine; 88). 1a ed. 1973. Versió castellana: *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós, 1997 (Evaluación psicológica; 69).
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B.G. *The earliest Relationship*. Londres: Kamaç, 1991.
- BRUNER, JEROME S. *La parla dels infants; com s'aprèn a fer servir el llenguatge*. Vic: Eumo, 1985 (Interseccions; 1).
- CANTAVELLA, FRANCESC ET AL. *Introducció al estudio de las estereotipias en el niño ciego*. Barcelona: Masson, 1992 (Colecció de psicopedagogia y lenguaje).
- CASSASSAS, ORIOL; RAMIS, JOAQUIM. *La medicina preventiva en la pràctica assistencial: dit entre nosaltres*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993 (Col·lecció de reculls lexicogràfics Berenguer Sarriera; 4).
- COROMINES VIGNEAUX, JÚLIA. *Psicopatologia i desenvolupament arcaics: assaig psicoanalític*. Barcelona: Espaxs, 1991. (Monografies de psicoanàlisi i psicoteràpia).
- COROMINES, JOAN. *Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana*. 2a ed. Barcelona: Curial; Caixa de Pensions La Caixa, 1980-87.
- COSNIER, J. "Observation directe des interactions précoces ou les bases de l'épigenèse interactionnelle" *La Psychiatrie de l'enfant*. Vol. XXVII-1 (1984). 7-126.
- DELAY, JEAN; PICHOT, PIERRE. *Manual de psicología*. 2a ed. revisada. Barcelona: Masson, 1969. *Estudios sobre psicología del lenguaje infantil*. Miquel Siguan, director. Madrid: Pirámide, 1984 (Psicología (Pirámide)).
- Evaluación neurológica y comportamental del bebé nacido a término y pretérmino*. [Enregistrament vídeo]. Autor: I. Peña; guió de Mercè Leonhardt i Francesc Cantavella. Ponències presentades a les VI Jornades "Entender al recién nacido hoy", Barcelona, 1988. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions, 1988.
- GOLSE, B.; BURSZTEJN, C. *Pensar, hablar, representar*. Barcelona: Masson, 1992.
- HOPKINS, J. "L'enfant observé de la théorie de l'attachement". *La Psychiatrie de l'enfant*. Vol. XXXIX, 1 (1996). 41-62.
- KAYE, KENNETH. *La vida mental y social del bebé*. Barcelona: Paidós, 1986 (Cognición y desarrollo humano; 6).

- LEBOVICI, SERGE; DIATKINE, RENÉ; SOULÉ, MICHEL. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2a ed. Paris: Presses universitaires de France, 1995. En castellà: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1988-1995 (Psicoanálisis y psicoterapia).
- LÉCUYER, R. "La inteligencia de los bebés". *Mundo Científico*. Vol. 11 (1991) 1171-1177.
- LENNEBERG, ERICH. *Fundamentos biológicos del lenguaje*. Madrid: Alianza, 1975 (Alianza Universidad; 114).
- LEONHARDT, MERCÈ. *El bebé ciego: primera atención. Un enfoque psicopedagógico*. Barcelona: ONCE, 1992 (Colección de psicopedagogía y lenguaje).
- LEONHARDT, MERCÈ; CANTAVELLA, FRANCESC; TARRAGÓ, REMEI. *Iniciación al lenguaje en niños ciegos; un enfoque preventivo*. Madrid: ONCE, 1999.
- LURIA, ALEKSANDR ROMANOVICH. *Sensación y percepción*. Barcelona: Fontanella, 1981 (Brevarios de conducta humana; 6).
- MAZET, PHILIPPE; STOLERU, SERGE. *Psychopatologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris: Masson, 1988 (Abregés). En castellà: *Manual de psicopatología de la primera infancia*. Barcelona: Masson, 1990.
- NUGENT, J.K. *Using the NBAS with Infants and Families*. White Plains, 1985. N.Y.: March of Dimes, 1985. *Pensar, hablar, representar: el emerger del lenguaje*. Golse, Bernard i Bursztjn, Claude, directors. Barcelona: Masson: 1992 (Medicina y psicoterapia).
- PONCES VERGE, J. "Psychomotricité dans la période foetale". 1978. *Cahiers du CDI*, núm 77. pg 5-18.
- POPPER, KARL RAIMUND Sir. *El porvenir está abierto*. Barcelona: Tusquets, 1992 (Metatemas; 28). Hi ha una tercera edició de l'any 2000.
- PORTÉ, J.M. "La compétence du nouveau-né". A: Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Vol. 1 (1985). 143-153.
- Principles og behavioral neurology*. M. Marsel Mesulam, editor. [s.l.] : Davis, 1985 (Contemporary neurology series; 26).
- RUTTER, M., MARTIN J.A.M. "The child with delayed speech". London, Philadelphia: Lippincott (1972).
- RUTTER, MICHAEL; MARTIN, J. A. M. *The child with delayed speech*. London; Philadelphia: Spastics International Medical Publications, 1977.
- SIGUAN, M. "Del gesto a la palabra". *Estudios sobre psicología del lenguaje infantil*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1984.
- SPITZ, RENÉA: *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica, 1984 (Biblioteca de psicología y psicoanálisis).
- STERN, D. *The interpersonal World of the Infant*. Basic Books Inc., 1985.
- STERN, DANIEL. *El mundo personal del infante; una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós, 1991 (Biblioteca de psicología profunda; 148).
- STERN, DANIEL. *La primera relación: madre-hijo*. 3a ed. Madrid: Morata, 1983 (Psicología. Desarrollo del niño; 4). Hi ha una quarta edició de 1998.
- TREVARTHEN, C., LOGOTHETI, K. "First symbols and the nature of human knowledge" A: (1987) *Symbolism et connaissance*. Ginebra: Cahiers. 65-92.
- TRONICK, EDWARD Z. Editor. *Social interchange in infancy: affect, cognition, amb communication*. Baltimore (Maryland): University Park, 1982.
- TUSTIN, F. "Revised understanding of psychogenic autism". *The International Journal of Psychoanalysis*. 72 (1991). 585-591.
- VEYGOTSKIL, L. S. *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Fausto, 1993.
- WINNICOTT, D.W. *Playing and Reality*. Traducció al francès per MONOD, C.; PONTALIS, J.B. (1975) *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Ed. Gallimard. 1971.

WINNICOTT, D. W. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Traduit de l'anglais original per Claude Monod i J.-B. Pontalis. Paris: Gallimard, 1975 (Connaissance de l'inconscient). En castellà: *Realidad y juego*. 7a. Barcelona: Gedisa, 1997 (Psicoteca mayor).

