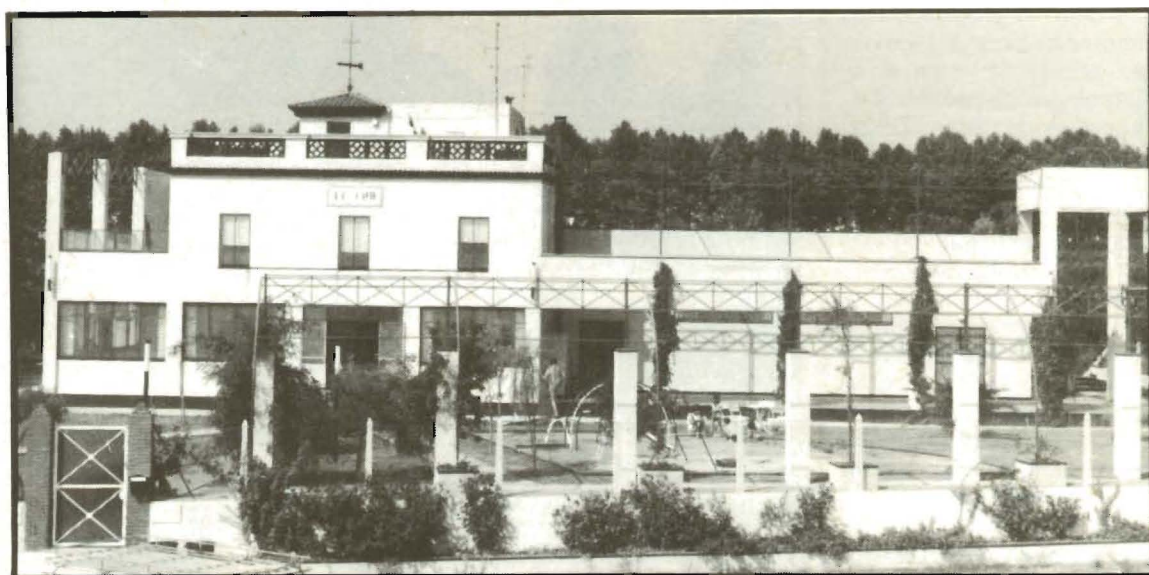


EL CENTRE D'AUTISME EL CAU, DE CASTELLÓ

JOAN RODRÍGUEZ ABELLAN
HIGINI SALES I MIRALLES



Pregunta: La primera qüestió que us formularíem seria que ens diguéreu hom què entén per autisme, i si aquest concepte d'autisme vindria a plantejar un problema diagnòstic com és l'adopció d'un criteri excessivament estàtic.

Joan: Jo podria respondre a la primera part de la pregunta, què entenem per autisme. Des de la primera descripció de L. Kanner, en el 1943, el que hom entén per autisme roman bastant invariable: veritablement és una alteració greu de la comunicació, podem entendre-ho com un síndrome clínic diferencial, és un quadre que presenta uns trets diferencials respecte a d'altres patologies, a d'altres malalties.

Podríem fer una referència a allò que L. Kanner entenia per autisme infantil en el 1943; pense, però, que en aquests moments, donat que el

terme ha passat per tota una sèrie d'evolucions en el que fa referència al seu rigor, crec que el que seria més adient és parlar dels criteris, mitjançant els quals, nosaltres treballem, per els que en aquests moments sentim una especial predilecció. Són els criteris diagnòstics de la DSM-III, de l'Associació Americana de Psiquiatria.

Aquests criteris bàsicament podem sintetitzar-los en cinc punts:

— El quadre apareixeria abans dels trenta mesos.

— Una absència global de resposta als altres éssers humans. Seria la incompetència per comunicar-se, l'alteració en la comunicació.

— Dèficit sever en el desenvolupament del llenguatge.

— Si existeix la parla, aquesta manifestació del llenguatge és molt peculiar; apareix una ecolàlia immediata o diferida, apareix un llenguatge metafòric, apareix una inversió pronominal. Són els trets més característics del llenguatge autista.

— Tota la gamma de símptomes que estan emmarcats dintre de les respostes anòmales que donen als diferents aspectes de l'entorn; com pot ésser la resistència al canvi, no toleren una alteració del fluxe estimular, o la presència de llaços o interessos peculiars cap a objectes inanimats; conductes estereotipades i tota la gamma d'alteracions perceptives, alteracions sensorials de la percepció.

Dit açò, bàsicament, resta definir el que entenem per autisme. Però jo donaria la paraula a Higiní per a que ens comentara un poc les dificultats que hem trobat en el que fa referència a l'aplicació de criteris diagnòstics estàtics, com són els que acabe de descriure.

Higiní: Jo, com a síntesi, diria que l'autisme és un trastorn profund de la primera infantesa, i que és un trastorn que apareix sobretot en les dificultats per a la comunicació, en les dificultats per a la socialització i en les dificultats per a la simbolització.

Aquesta seria la triade que estableix L. Wing, i que crec que dona la clau, en el sentit que aclareix què és una incompetència, no sols a nivell de llenguatge, sinó també a nivell de cognició, a nivell cognitiu de resoldre problemes bàsics, i també a nivell de comportament, a nivell de conducta.

El problema, però, que ens trobem és que si ens fixem en els criteris diagnòstics de la DSM-III, o en els criteris que va establir L. Kanner l'any 43, podem veure que són criteris molt estàtics, en el sentit que el nen autista, com qualsevol nen, experimenta una evolució durant la seua vida. Aleshores, ens trobem amb el problema que alguns símptomes no apareixen en el moment actual de veure al xiquet i d'establir un diagnòstic diferencial, sobretot de les psicosis, de les afàsies o del mutisme selectiu, que de vegades també se'ls confon. Llavors, veiem que el nen autista, com tot nen, evoluciona, i per exemple una de les dades que solen cridar molt l'atenció és que normalment l'autisme es defineix per la manca de comunicació, o per el rebuig del contacte corporal, i ens trobem xiquets, sobre tot a partir dels cinc anys, en els quals eixe contacte corporal no es presenta com a tan rebutjable, pot ésser experimenten una afecció, inclús molt forta, cap a la persona amb la qual han estat sempre, sobre tot la mare.

Aleshores, podem veure que totes aquestes dades no entren en consonància amb allò que va descriure L. Kanner, com era el tema dels nens que refusaven la mirada, que no volien acceptar el contacte físic de l'adult, i en molts xiquets veiem que apareix de vegades. Açò estaria un poc corroborat en fer uns estudis longitudinals durant tota la vida, no sols a nivell de la primera infantesa, sinó també durant la segona infantesa, durant l'adolescència o durant l'etapa de l'adultesa. Hi ha uns estudis que encara no són prou coneguts, són els estudis de M. Rutter, que corroboren el fet que aquests canvis es solen donar en l'autisme.

Llavors, ens trobem que, sobre tot a partir dels cinc anys, el nen autista té una certa afecció amb les persones amb les quals ha estat sempre convivint. En el nen autista, per exemple, el somriure, que en principi no apareixia, pot aparèixer; somriure que de vegades pot ésser injustificat, però que apareix; sobretot com a demostra-

ció dels sentiments de trobar-se a gust, els quals de vegades hom no entén.

Un altre problema que ens trobem és el de la comunicació. Si ens referim només a la comunicació verbal, ens trobem amb que la majoria, la meitat, almenys, dels nens autistes, no parlen, o no apleguen a parlar. Però, podem trobar unes altres coses, com per exemple el gest, o per exemple certes conductes estereotipades, les

ment, quan més perfectament definit està, és entre els tres i els cinc anys. Podem veure quan tractem nens que ja han rebut algun tipus d'intervenció o tractament, o bé els rebem posteriorment, que el problema pot estar molt vetlat; hom pot trobar un quadre en el qual la simptomatologia no apareix perfectament definida, o també podem estar davant d'un cas d'autisme residual; aleshores és molt més difícil.



quals funcionen com a codis de comunicació per a ells. Aleshores, podem veure com no tenen totalment alterats aquests codis de comunicació, en tenen alguns, el que passa és que són codis atípics, codis patològics, donat que són molt repetitius, i que nosaltres no els sabem trobar la funcionalitat. Per això ara se li està donant molta importància, no a la realització de cara a la comunicació verbal —la comunicació de la parla—, sinó a la comunicació alternativa, a la comunicació del gest, a la comunicació del signe i a d'altres comunicacions que siguin factibles per a que el nen puga conviure i desenvolupar-se amb els altres.

Joan: Jo, completant un poc el que ha dit Higini, diria que el quadre de l'autisme, probable-

És per tot açò que nosaltres donem una especial importància al diagnòstic. El diagnòstic que nosaltres fem és extraordinàriament exhaustiu; no ja per l'aportació de temps que realitzem, sinó per el instrumental, la metodologia que portem. Bàsicament el temps mínim que utilitzem per observar el nen són dos dies, aproximadament unes 16 hores d'observació intensiva en totes les situacions, en situacions de prova i en situacions espontànies, on s'apliquen les proves que són factibles d'aplicació, on fem ús de proves específiques de diagnòstic de l'autisme o la psicosis, o proves diferencials que ens discriminen. I sobretot intentem veure al nen integrat en el seu propi contexte, veure què és el que fa en la seua pròpia casa, punt al

qual solem donar-li molta importància; què és el que fa en una situació d'aprenentatge; què fa el nen davant una conducta quotidiana d'hàbits d'autonomia, el poder apanyar-se per alimentar-se o per anar al servei.

Tot açò ens permeteix de fer una anàlisi funcional de conducta prèvia, que ens permetrà posteriorment no sols donar un diagnòstic d'etiquetatge, que provablement siga la cosa menys interessant, sinó poder realitzar un pronòstic, i desenvolupar un programa o unes pautes d'orientació terapèutica. Sens dubte que per tal de poder realitzar tot el que hem dit necessitem tota una fase prèvia de recollida de dades de totes les fonts. En aquest apartat tindrem que replegar tots els informes neurològics, psiquiàtrics, psicològics, que el xiquet ha tingut amb anterioritat; tot l'història d'aprenentatges que ha tingut amb els professors, amb les institucions en les quals ha estat, documents directes d'aquestes persones implicades, tant dels familiars com dels professionals, i després de avaluar tot açò, cal considerar el que ens ha vingut a nivell de la història del nen, amb tota la informació confrontada de l'història, de l'observació de eixes com a mínim 16 hores. És després d'elaborar tot aquest conjunt quan podem llançar tota una projecció cap endavant del xiquet.

A tota aquesta instrumentació diagnòstica intentem donar-li un rigor científic d'observació, utilitzant mitjans audiuviusals. Bàsicament totes les proves, les 16 hores d'observació, o la major part d'elles, són enregistrades mitjançant tècniques de vídeo, la qual cosa ens permet de fer després una anàlisi al ralenti de cadascuna de les àrees o segments objecte d'estudi, i també ens permet no sols retroalimentar-nos per el que fa referència a l'acció diagnòstica, sinó retornar una informació important als familiars o professionals que tinguen que portar el cas.

Pregunta: Existeixen diversos models explicatius de l'etiologia de l'autisme. ¿Podríeu indicar-nos dintre de quin model o models us posicionariu?

Joan: Efectivament, hi ha molt distintes hipòtesis sobre l'etiologia

de l'autisme, i cadascuna d'elles té diferents graus de fonamentació; jo podria dir que el ventall d'hipòtesis que nosaltres hem pogut trobar revisant els treballs sobre l'etiologia de l'autisme són més de quinze.

Abans de tot, però, jo desitjaria deixar ben clar el tema de les inicials hipòtesis d'orientació psicoanalítica, en part fonamentades en els treballs pioners de L. Kanner i en l'escola més ortodoxa de l'orientació psicoanalítica representada per B. Wetzelheim; segons els autors semblaria que els pares són agents causals, que veritablement es presentava una alteració en les relacions objectals primerenques amb el nen, i açò seria en gran part determinant del quadre de l'autisme.

Hom ha fet múltiples estudis que han refutat de manera clara aquestes explicacions, i en aquests moments sembla que les hipòtesis de tipus biològic són les que guanyen terreny. Hom ha fet nombrosos estudis; per exemple, hi ha un fet als EE UU en el qual trobem una revisió de tots els treballs etiològics sobre l'autisme, i en el qual s'han mesurat totes les variables més habituals en estudis psiquiàtrics, anàlisi de sang, perímetre encefàlic, funcionament metabòlic dels neurotransmissors... I d'aquestes investigacions han sorgit hipòtesis interessants i resultats importants; podríem destacar un, per exemple, que té en aquests moments una importància considerable: En un subgrup d'autistes els nivells de serotonina en sang eren molt alts en l'època en la qual la major part de les persones els tenen baixos. Hom no sabia veritablement la causa d'aquests nivells de serotonina, el que sí que hom va fer, però, fou llançar hipòtesis a nivell de tractament, i aquestes van ser les dades que ens portà farà dos anys el doctor E. Ritvo ací, a Castelló. I és que aplicant un fàrmac que hom nomena fenfluramina, no sols minvaven els nivells de serotonina en la sang, sinó que, a més, milloraven bantant totes les pautes conductuals que envolten el quadre de l'autisme.

I açò volia destacar-ho, ja que en

aquests moments en Espanya hi ha gent realitzant tractaments amb el nom comercial d'aquest fàrmac, que és el de Ponderal, i tan sols tenim una clínica en la Seguretat Social, a Barcelona, en la qual hom pot fer anàlisis dels nivells de serotonina en sang —que jo sàpiga, clar—, i hi ha alguns doctors que estan treballant en el tractament a llarg terme amb Ponderal en casos d'autisme.

Encara que l'aspecte etiològic no el tingam massa clar, almenys sembla que diverses subàrees puguem tenir importància; probablement, però, on més estudis s'estan fent no és en el tema del cercament d'una localització concreta en una part del cervell, sinó que hom treballa estudis estructurals del servei, aplicant tècniques sofisticades d'investigació, en les quals s'estan injectant substàncies radioactives, i mitjançant ordinadors i monitors de vídeo hom veu de quina manera es distribueix per les diverses parts del cervell que semblen estar infrautilitzades; en les imatges apareixen zones fosques, on sembla no entrar la substància radioactiva.

Encara, però, no podem localitzar amb clarietat quines són les àrees implicades. Sí sembla que hi ha alteracions estructurals en l'organització del cervell que estarien situades en zones no corticals, en zones més profundes, més primitives. I de fet, encara que en alguns subgrups d'autistes sí s'ha vist que tenen alteracions en zones concretes, en el sistema reticular, en el sistema vestibular, etcètera, açò hom no pot aplicar-ho a tots els autistes, com tampoc es poden aplicar els treballs en els quals hom ha vist que existeix una concordància estadísticament significativa en alguns subgrups d'autistes amb malalties infeccioses molt primerenques, com per exemple la rubèola, o com alteracions celiaques del tracto intestinal, o com altre tipus de malalties, com la fibroplàsia retrorectal (inflamació del nervi òptic).

Totes aquestes investigacions tenen part de veritat, però no podem generalitzar. I és per això que la conclusió a la qual nosaltres ens apuntem seria que no podem pensar que existeix una única etiologia de l'autisme; existeixen diverses etiologies i probablement no sabríem en quina mesura estan implicades unes o altres; també és possible que tingam que enfrontar-nos a diversos tipus d'autisme.

Estem obrint canals d'investigació, que encara hom no coneix, però poden donar-se fruits interessants. Per exemple, puc avançar que, almenys ací, en la nostra comunitat, ja s'està pensant en una investigació per mitjà de la Ciutat Sanitària La Fe, en el seu servei de neuro-pediatria, en la qual s'investigarà una hipòtesi: de quina manera l'autisme està associat a lesions estructurals cerebrals, més concretament la hipòtesi se centra en veure de quina manera estarien localitzades a nivell de lòbul frontal del sistema límbic i dels ganglis basals. De fet, encara no sabem com està organitzat, probablement hi ha distints subgrups d'autisme, els quals poden ajustar-se a hipòtesis semblants a aquestes, però no podem generalitzar.

On sí està clar el que cal fer és en el tema dels tractaments; no podem estar contemplant d'on ve l'autisme per intervindre, sinó que des del primer moment que un nen autista és detectat i se li diagnostica, cal tractar-lo amb els procediments que en aquests moments estan donant millors resultats, que són els procediments de tipus conductual, de tipus psicoeducatiu i del tipus d'intervenció familiar, i mentre els investigadors van a seguir treballant en aquestes àrees tan complexes i que encara no han donat els fruits que esperàvem.

Pregunta: Des de quina metodologia abordeu el tractament de l'autisme? I aquesta metodologia, com la generalitzeu, mitjançant programes de formació de pares com a coterapeutes o terapeutes en el tractament de l'autisme?

Higini: Nosaltres practiquem el diagnòstic no sols a nivell d'etiquetatge: és un xiquet autista, psicòtic o deficient mental, etcètera, sinó que li donem bastant importància al fet d'establir què és el que realment el nen fa, i què és el que realment pot aplegar a fer. Aleshores, se'ns presenta el problema de l'elaboració d'unes pautes mínimes de desenvolupament del xiquet, a partir de les quals nosaltres podem començar a treballar.

La metodologia que solem utilitzar és una metodologia que comprén les àrees educatives, com poden ser les àrees d'autonomia personal, les àrees de psico-

motricitat, tant la grossesa com la fina; les àrees, per exemple, cognitives, de quina manera el nen resol els problemes, de quina manera podem perfilar no sols treballar a nivell de preescolar, de crear elements rudimentaris, de com agafar el llapis, sinó que es desenvolupen habilitats mínimes que serveixen al xiquet per a valer-se després en la seua vida. També donem molta importància a l'apartat de la comunicació.

Llavors, veiem que tenim elements i creiem que són prou encertats, en el sentit de determinar per quin canal podem entrar al nen, si és per un canal gestual, que seria un canal visual, o si és per un canal verbal, que podria ser un canal auditiu.

Una vegada, doncs, detectat el nivell mitjançant el qual hom pot entrar-li al nen, creem codis de comunicació que són en el moment funcionals per al nen. Si el nen, per exemple, ens assenyala el que vol, nosaltres podem dir que el nen ens assenyalava les coses que vol, açò en un principi; a poc a poc ja perfilarem la demanda d'una forma més sistematitzada i emprant un codi gestual —com per exemple són els programes que té Marc Monfort de comunicació bimodal—, o el llenguatge de signes.

Per altra banda, utilitzem en xiquets que tenen a nivell cognitiu una certa maduresa —com pot ser que puguen discriminar formes, tanyans, colors, etcètera—, uns altres codis simbòlics, com per exemple el codi Bliss de comunicació. Mitjançant això establim un vocabulari bàsic per a que els xiquets puguen comunicar-se. Sobre tot donem bastant importància a les necessitats dels xiquets, cosa que és l'única eina que trobem per a que el xiquet estiga motivat per a desenvolupar aquestes activitats. A partir d'això generalitzem a situacions més globals, com puguen ser situacions que fomenten la cooperació entre els membres; sobre tot fem partíceps a la família, entrant en els programes d'intervenció familiar.

A més, hi ha una àrea molt important, que és la pretaller; tenim un grup de xiquets que tenen entre 12 i 20 anys, en els quals totes aquestes activitats, tant cognitives com de comunicació, les fomenten en aprenentatges prelaborals; no a nivell de productivitat, però sí a nivell de laborteràpia, de que el xiquet tinga una feina que li

estimule, al mateix temps que siga profitosa per a ell. Així, tenim la fusteria i la jardineria; la fusteria també l'aprofitem per a desenvolupar material didàctic, el qual ens ve molt bé de ple en les nostres activitats, ja que tota la nostra metodologia es fonamenta en manipulació del material; o siga, ens trobem que el xiquet no ens entén el que volem que faça; llavors, si és mitjançant un material, si és mitjançant alguna cosa que al xiquet li podem ensenyar com es pot fer —tenint un model previ que pugua tocar i manipular, que el pugua recrear en si mateix, que siga gratificant—, doncs en eixe material és en el que ens centrem en el nostre treball.

Joan: Jo completaria un poc o ressaltaria tres aspectes que Higini ha comentat; tres elements del tractament que són trets diferencials de l'experiència de El Cau.

Per una banda seria el fet de l'aplicació d'un mètode de relaxació dintre de l'àrea de psicomotricitat, mètode adient a nens autistes i psicòtics greus, que no cooperen. És un mètode que desgraciadament en Espanya hom el treballa molt poc; és el mètode de «Moviments passius», de Wintrebert, el qual no precisa de la cooperació del nen, es desenvolupa mitjançant movilitzacions segmentàries de les diferents parts del cos realitzades per el propi terapeuta, fins que el xiquet abandone les resistències musculars; és una forma d'induir a la relaxació, a banda dels tractaments farmacològics. Aquest aspecte el portem treballant ja alguns anys ací, amb resultants altament positius.

Un altre aspecte que jo destacaria seria l'aplicació del codi Bliss a l'autisme i psicosis greus. És un mètode de llenguatge que inicialment hom el treballava en casos de paràlisi cerebral; en l'autisme, però, les experiències són molt escasses.

El tercer aspecte que caldria destacar seria la creació de material didàctic. Hi ha tot un conjunt d'elements dissenyats, fabricats i experimentats en el propi centre, sobre l'àrea de l'esquema corporal i sobre l'àrea dels hàbits d'autonomia, material amb el qual s'ha estat realitzant investigacions per trobar de quina forma pot ensenyar-se més ràpidament i de manera més escaient a les necessitats del nen una noció bàsica i tan elemental com és el coneixement del propi cos. Per a tal cosa hi ha

ninots de tamany natural, segmentats en diferents fases; hi ha un triple plafó on projectem i on se subjecten les figures; hi ha un plafó on es pot iniciar un esborrany de simbolització. En aquests moments estem treballant en una publicació on s'inclourà un document videogràfic ilustratiu de com utilitzar aquest material.

Anem a tractar, respecte al tractament, una àrea que pense que és transcendental no sols en l'autisme, sinó en qualsevol tipus d'alteració o deficiència: de quina manera la família s'implica en el tractament. Ací ja fa molts anys que estem treballant estretament amb les famílies; inicialment, en el 81 vam començar un programa de formació, d'escola de pares, on van rebre l'ensenyança primerament un grup de 50 pares, no únicament d'autistes, sinó que va estar un projecte pilot a nivell nacional, en el qual hi havia també un subgrup de pares d'autistes i on els pares rebien formació específica en les àrees que més ens estaven preocupant per a la formació del nen. Hi havia ensenyança de principis i nocions bàsics de psicologia de l'aprenentatge, anàlisis de problemes de conducta, tècniques per l'adquisició d'hàbits d'autonomia, nocions de medicina preventiva, pautes d'orientació social per la família..., tota una combinació de coneixements previs, i sobretot una formació pràctica per tal d'implicar els pares com coterapeutes en el tractament del fill.

Referides a aquests temes van ser molt interessants les experiències a nivell d'estudis videogràfics. Es feren sondigs en les pròpies cases de quals eren els problemes que més afectaven la família, es van dissenyar per equips multidisciplinars programes d'intervenció en els casos concrets, i es van realitzar aplicacions de programes i seguiments en vídeo. Hi ha documents veritablement interessants de quals van estar els resultats d'aquests programes. Fou una experiència molt positiva, ens possibilità de donar-li una projecció nova a la intervenció familiar, doncs els programes de tipus conductual, com són les Escoles de Pares, pensàvem que quedaven una mica incomplets, un poc massa centrats en la problemàtica específica o simptomàtica del nen, i semblava com si es perdés la referència contextual dels problemes; semblava que teníem que saber

com es reforçava un xiquet o com aconseguir l'extinció d'una conducta, però no analitzàvem de quina manera les relacions del pares estaven implicant o estaven interferint en la conducta del xiquet. Fou a partir d'aquestes dificultats que ens trobàrem quan començàrem els nostres estudis sobre la teràpia familiar sistèmica, quan introduírem tota la teoria de sistemes als tractaments familiars. Pense que és una àrea totalment nova aquí, poc coneguda, i que està donant fruits realment molt importants. D'aquesta manera intentem complementar els tractaments purament d'aprenentatge, d'habilitats d'aprenentatge de la família per a que ensenye al nen, amb anàlisis comprensius de l'estructura familiar en què està el nen i formes de trobar alternatives a les pautes disfuncionals d'interacció que hi ha en els nuclis familiars, en els sistemes familiars.

Aquesta és una àrea excessivament oblidada, que al menys a nosaltres ens està donant uns resultats molt importants, ja que pensem que gran part de les famílies, no sols ja de casos d'autisme i psicosis, sinó de gran part de les deficiències, estan alterades; no alterades psicopatològicament, sinó disfuncionalment, en interaccions. Hom pot trobar pautes circulars molt viciades, hi ha veritablement dificultats de les quals la família no sap eixir de dintre del sistema, i és per això que una intervenció des de dintre del sistema, que modifiqui l'estructura, és l'única que pot aportar alternatives noves a una família i introduir-li noves formes d'afrontar el problema. Pensem que açò ha donat els seus fruits, però que serà en els anys propers quan donarà més de si, donat que avui encara és un aspecte novell.

Pregunta: Voldriem que ens comentàreu la projecció que en aquests moments té el centre de rehabilitació d'autisme El Cau, tant a nivell professional com a nivell institucional, acadèmic o dintre del món científic en general.

Joan: El centre El Cau realitza una tasca pionera en el camp de l'autisme, i en aquests moments està intercanviant els fruits d'aquesta experiència amb gran nombre d'institucions i professionals de tota Espanya. En aquest

darrer any hem mantingut contacte amb més de dos mil professionals de tota Espanya, distribuint les investigacions que ací portem a terme, i també els aprenentatges, els dubtes, les incògnites i els resultats que obtenim amb el tractament de l'autisme.

En aquests moments la projecció de El Cau podríem centrar-la en diferents nivells:

Per una banda, a nivell d'institucions de docència s'estan realitzant de forma periòdica cursos de formació en diveses universitats d'Espanya. Concretament, hem mantingut ja cursos de formació en la Universitat de Deusto, en la qual han rebut aquestos ensenyaments 600 participants, alumnes dels últims anys de carrera; en la Universitat Autònoma de Barcelona han rebut 700 alumnes formació en tècniques de diagnòstic en el tractament de l'autisme; i en diversos punts, a nivells, més professionals a grups que ja estaven treballant des de fa anys en el tema de l'autisme, i que han evidenciat interès per l'experiència i per les aportacions que realitzem a Castelló al camp, i així hem mantingut contactes amb Vitòria, Girona...

A nivell de Comunitat Valenciana tenim contactes des de fa tres anys consecutius amb la Facultat de Psicologia de la Universitat de València, amb la qual tenim un conveni, per el qual alumnes de l'últim curs reben no tan sols una fase de formació teòrico-pràctica, sinó que hem estructurat un programa de formació directa, utilitzant tecnologia audiovisual, circuit tancat de televisió i pràctiques supervisades directes; han d'ésser grups força restringits, per les característiques de l'ensenyament, però que estan donant importants resultats, i cal assenyalar l'interès demostrat per part de diferents estaments i professionals, que ens estan donant ànims i noves ganes de continuar.

Hi ha una àrea d'investigació que en aquests moments estem realitzant sobre material didàctic, tot el que és investigació en material de comunicació alternativa, i un apartat en el qual portem alguns anys de treball que és l'estudi de les formes d'enfrontar-se a una de les àrees més difícils en l'autisme i les psicosis infantils, que és el tractament de les conductes autolesives. En aquest punt sí podem dir que hem obtingut resultats veritablement importants.

Les alternatives que fins ara hi havia en el tractament de conductes auto-lesives greus eren, per una banda, les intervencions a nivell de neurocirurgia, extirpant una determinada part del cervell mitjançant una lobotomia, i així el nen inhibia les conductes agressives; o auto-agressives, lògicament aquesta és una intervenció de caràcter irreversible i amb un alt risc; per altra banda, estan els tractaments que fins ara estaven portant-se a terme, que són preventius, d'immobilització dels nens mitjançant lligaments, o fèrules, o inclús mesures dràstiques, com deixar sense dents a un nen. En l'aplicació que estem portant en casos molt greus ací, en El Cau, els resultats són molt ràpids i, el que és sorprenent, amb molta eficàcia. Els últims temes que hem presentat, tant al Congrés Nacional d'Autisme com al Congrés Nacional de Teràpia Familiar, han estat orientats en aquest sentit, i pense que és una font d'esperança per als diversos professionals que estem treballant en aquesta difícil problemàtica de la conducta autolesiva.

Pregunta: Quina és la situació actual del centre El Cau? Quins són els vostres objectius a curt i a mitjà plaç?

Joan: La situació del centre en aquests moments, forçosament, devem analitzar-la des d'una òptica general, en funció de la situació legislativa actual i la política general de l'Educació Especial.

En primer lloc, estem seriosament preocupats per la forma en la qual es puga executar la política d'integració. En aquest punt resulta curiós que, almenys en aquest camp tan específic de l'autisme i les greus alteracions de la personalitat i la conducta, no es tinga present que els plans de la Subdirecció General d'Educació Especial del govern estatal no contemplen la integració d'autistes en centres ordinaris, tot marcant-se un plaç de vuit anys per tal d'estudiar fórmules individualitzades d'adaptació en alguns casos d'alt nivell cognitiu i bon pronòstic de recuperació, amb acurats controls de seguiment.

Si ens atenem als resultats de les experiències d'integració i les fórmules de tractament d'altres països, podem afirmar que resulta

extraordinàriament difícil plantejar solucions generals d'integració per a xiquets autistes, essent necessària l'existència de centres específics de tractament especialitzat per a casos greus, de baix nivell cognitiu, i atenció intermitent de casos en procés de recuperació. D'aquesta manera, poden realitzar-se programes d'integració racionals, en funció de la problemàtica individualitzada del xiquet, sota la supervisió del centre específic.

La tendència en tot el nostre Estat va per eixe camí, i així s'està realitzant a Euskadi, Madrid, Castilla-León... Desgraciadament a casa nostra, de cap manera s'està consultant als professionals, centres d'autisme i associacions, per tal de crear-hi fórmules conjuntes de planificació i estan sorgint serioses dificultats en aquest sentit. Per exemple, a Alacant s'han suprimit subvencions per als serveis terapèutics complementaris de l'associació de pares, sense crear serveis substitutius, o en Castelló de la Plana, on es pensa duplicar serveis des de l'administració educativa, oblidant en part les necessitats reals i les alternatives consensuades.

Després d'aquest preàmbul, direm que el centre El Cau ha sol·licitat el concert educatiu per a centres privats a la Conselleria d'Educació. Estem pendants, tant de la seua resolució com de la planificació provincial per a autistes i psicòtics. Aquesta situació de dubte pensem que estaria resolta si els serveis educatius de la Conselleria possibilitaren recursos i mitjans per iniciar de forma coordinada amb el centre la integració d'alguns xiquets amb bon pronòstic. I l'Excel·lentíssima Diputació de Castelló crearà la infraestructura necessària per a donar eixida als adolescents atesos al centre a través d'un taller ocupacional.

Mitjançant aquesta senzilla fórmula, les necessitats provincials estarien totalment cobertes entre els tres organismes, donant cabuda a la demanda de places existents.

Pregunta: Quins són els objectius i plans del centre a curt i mig plaç?

Joan: Els plantejaments futurs del Cau van encaminats, en primer

lloc, a la millor dotació de mitjans materials i personals del centre, si arribem a un acord de concert educatiu i econòmic amb l'administració, i en segon lloc, a la potenciació d'activitats d'investigació, innovació pedagògica i formació ja iniciades. En aquest sentit podem indicar que, a nivell d'investigació, s'ha iniciat un projecte de publicació dels treballs de disseny, fabricació i experimentació de material didàctic especialitzat, editant-se paral·lelament vídeos didàctics sobre tècniques terapèutiques i cursos educatius.

L'altra àrea d'investigació de nous mètodes per al tractament de conductes autolesives en l'autisme i en les psicosis infantils, igualment va a ser publicada en breu.

L'interès demostrat per aquests resultats queda patentitzat en el compromís futur de formació, mitjançant aquests procediments, en les principals càtedres de psiquiatria.

També desitjaria ressaltar com projectes d'investigació a mig plaç, l'elaboració de material per a l'ensenyament i l'aprenentatge de codis alternatius de comunicació i desenvolupament de tècniques audiovisuals com recursos de recolçament al diagnòstic i tractament de l'autisme i les psicosis infantils.

En quant a projectes de formació, existeixen compromisos amb diverses universitats espanyoles, institucions sanitàries i educatives, i centres privats per a realitzar cursos intensius sobre diagnòstic, tècniques de tractament i teràpia familiar sistemàtica. Igualment, ha rebut formació en aquest centre, i durant un període de tres mesos, un membre de la Universitat de Göttingen (Alemanya). Existint possibilitats d'acords amb d'altres universitats estrangeres.

Per últim, valdria afegir que el centre El Cau manté estretes relacions amb l'Associació Espanyola de Terapeutes d'Autisme i Psicosis Infantils, donat que la seu i presidència d'aquesta associació està a Castelló de la Plana. Aprofitant aquesta ocasió, avançaré que ja està programat el IV Congrés Nacional d'Autisme, a celebrar a Valladolid el proper mes de novembre, amb les principals aportacions nacionals i internacionals sobre el tema i la creació d'un butlletí informatiu d'intercanvi professional.