



El llenguatge com a motiu de consulta, la punta de l'iceberg.

RESUM PONÈNCIA:

LLENGUATGE I MADURACIÓ EMOCIONAL: COM HO TREBALLEM EN GRUP?

Jordi Artigue Gómez (*Psicòleg clínic. Psicoterapeuta. Doctor en Psicologia i Psicoanalista IPB. Supervisor de grups al CDIAP del Maresme*)

El llenguatge està íntimament lligat a la maduració emocional com a instrument fonamental de la mare i el pare per promoure el creixement del fill o la filla. Encara que no és l'únic la seva presència ens indica que s'han assolit els primers nivells d'estructuració mental. Les alteracions a l'aparició del llenguatge són una senyal de l'existència de dificultats a la maduració del nen o la nena.

Llenguatge i pensament.

El procés de pensament s'inicia des dels primers instants de vida. Des de diferents models teòrics (aferrament, neurodesenvolupament, cognitiu-conductual, psicoanàlisi, etc) es coincideix amb l'existència d'una predisposició biològica a l'establiment de vincles. Fins i tot a la vida intrauterina les magnífiques gravacions d'ecografies en tres dimensions ens donen referència de com el fetus respon amb conductes que denoten plaer o desplaer a estímuls sensorials.

El famós gos de Paulov mostrava l'existència d'un condicionament, anticipava el menjar, salivant, quan se li havia presentat un estímul associat. Aquests són experiments del camp fisiologia de finals del segle XIX (1897). En aquella època Freud va formular i fonamentar el model psicoanalític. A meitat del segle XX (1962) va ser Bion qui va teoritzar sobre aquest intercanvi d'estímuls però amb bebès. És el concepte de capacitat de "reverie" de la mare, que es dona en els primers instants de vida quan el bebè reacciona davant de la veu de la mare i deixa de plorar esperant el pit o el biberó. Aquesta capacitat d'anticipar la presència de la mare és l'inici del pensament i el procés s'ha estudiat i aprofundit gràcies a la tècnica de l'observació de

bebès, postulada per Esther Bick. En ella l'observador estudia les primeres fases de l'establiment del vincle integrant-se a la subcultura de la llar, i interferint el menys possible, per això es equiparable a les tècniques etològiques, ecològiques i antropològiques (Piontelli, 1992).

El concepte de capacitat de reverie té forces lligams amb altres que s'utilitzen freqüentment: mentalització i aferrament. Tots en parlen del llenguatge com a mitjà per establir la base per l'inici del pensament. Els sentits: les carícies, el tacte, la vista, també contribueixen però és el llenguatge el que permet l'accés al món simbòlic. La no existència de llenguatge i carícies de la mare, o del pare, deixen un buit en aquests instants de la vida, quan es dona el pit o el biberó, dificultant l'assimilació de les sensacions i l'inici del procés simbòlic. A la seva incipient realitat interna el bebè pot començar a fantasiejar possibilitats que calmin les sensacions de fam o de fred, d'aquí les reaccions inadequades que podem trobar en bebès que es donen cops contra el bressol per dormir-se.

És la interacció entre genètica, representat pel bebè, i medi ambient, representat per la mare, és el que es denomina epigenètica: la disciplina que estudia com l'expressió dels gens, el caràcter, està condicionat per la biografia de la persona. En mamífers inferiors, en ratolins, s'ha experimentat que si la mare té cura de les seves cries, amb carícies i llepant-les, es produïa una metilació dels gens diferents a la que es dona en mares que no ho fan (Meaney y Szyf, 2005, citats en Feder, Nestler y Charney, 2009). Aquest canvi es transmet de generació en generació. En humans un tipus d'experiment és el realitzat en relació a la veu de la mare i la taxa de succió dels bebès. Per exemple una vegada apresada i memoritzada la veu materna la taxa de succió augmentava en comparació a altres veus de la mateixa família (Mehler, Christophe, 1995, citat en Mancina 2006).

Per tant, el llenguatge és la eina a través de la qual condicionem el desenvolupament del pensament. La mare "empodera" al seu fill a plorar quan té gana perquè ella vindrà, li parlarà i ell es calmarà. El nen parlat, estimulat, adquirirà la capacitat de donar significat a les sensacions amb més facilitat i, més endavant, gràcies als models lingüístics dels progenitors convertirà en símbols i paraules les sensacions i la percepció del que li envolta. Ja ho va dir Sapir (1921): el llenguatge és un mètode

purament humà de comunicar idees, emocions i desitjos mitjançant un sistema de símbols produïts deliberadament.

Les alteracions del llenguatge com a factor de risc.

Actualment, en salut mental, a mida que s'avança en el coneixement del trastorns mentals greus a la infància s'avança a la seva prevenció. Un pas important ha estat el considerar aquests trastorns com a conseqüència d'una trajectòria de vida alterada a on conflueixen factors biològics, neurològics, psicològics i socials. Uns hauran actuat com a precipitants i altres com a protectors, però l'acumulació excessiva de factors de risc és la que marca la diferència per a l'aparició de un trastorn mental.

El factor de risc actua alterant el desenvolupament, la seva presència afecta a la psique de la persona i no permet elaborar adequadament les experiències emocionals bàsiques com l'afecte i la vinculació, necessàries pel desenvolupament i creixement del nen a nivell de salut mental (Seligman, 1999).

Els trastorns del llenguatge són i tenen una entitat pròpia a la psicopatologia infantil. Però a més, el seguiment de persones des de la infància a la vida adulta i el seu posterior estudi mostra una realitat: els nens i les nenes que pateixen alguna dificultat a l'adquisició i maneig del llenguatge tenen un risc relatiu més gran de patir alguna alteració en salut mental a l'adolescència i a la vida adulta. Com a mostra d'aquests tipus d'investigació:

- Nicolson i col·laboradors (2000), van fer un estudi als EEUU amb 49 pacients que inicien un trastorn esquizofrènic al voltant dels 12 anys. A la seva investigació van trobar que la presència d'alteracions a l'adquisició de la parla i a la utilització del llenguatge es va relacionar de forma significativa amb l'aparició d'aquest greu trastorn.

- Zabala i Manzano (1993), a Suïssa i Jones i col·laboradors (1994), al Regne Unit, encapçalaven dos grups d'investigació que van seguir la infància de milers de nens i nenes, 5.870 a Suïssa i 4.746 al Regne Unit. D'aquests van desenvolupar un trastorn de tipus esquizofrènic 35 en el primer estudi i 30 en el segon, menys de l'1%, que és la xifra habitual de prevalença d'aquesta alteració. Però en els dos estudis van

trobar que a la llista d'alteracions prèvies al desenvolupament del trastorn psicòtic hi havia les alteracions del llenguatge.

- En el nostre propi estudi d'investigació sobre factors de risc a la infància van trobar que en una població de 120 persones, afectades d'esquizofrènia a l'edat adulta, el 25.4 % (30 persones) declaraven elles mateixes que havien tingut algun tipus de dificultats en el llenguatge de petits. L'estudi es va realitzar a Barcelona, als barris de la Verneda, la Pau i la Mina entre els anys 2000 i 2005 (Tizón, Artigue i cols. 2008). Per això, a més de considerar i tractar les dificultats de llenguatge a la infància com un trastorn també les hem de tenir presents com un senyal que ens avisa de possibles complicacions en edats posteriors.

Maduració emocional i llenguatge.

El llenguatge, quan apareix, és una fita, potser de les més importants, a nivell de maduració emocional. Potser, junt amb la de l'inici de la deambulació és de les més esperades pels pares. Gràficament és la punta de l'iceberg de tot un batibull d'experiències, sensacions, simbolismes i pensaments que s'uneixen i aglutinen a les paraules.

La paraula pot condensar un estat anímic, pot ser expressió de pors inconfessables, de situacions sentides com a traumàtiques. Des de la òptica psicològica és un instrument que sobrepassa el propi significat simbòlic de la paraula per convertir-se en una comunicació emocional. És un acte organitzant, segons Thomas (1995), perquè la seva aparició comporta la constitució d'una nova estructura del desenvolupament. El nen és diferent abans i després de l'aparició de la paraula.

L'únic que hi ha constant en el llenguatge és la seva forma externa, la paraula "casa" és un fet lingüístic que combina experiències sensorials (Sapir, 1921):

- Efecte acústic de les consonants i les vocals pronunciades en un ordre determinat.
- Efecte tàctil dels processos motors que intervenen a l'articulació de la paraula.
- Percepció visual del que escolta l'articulació de la paraula.
- Efecte sobre la memòria de qui pronuncia la paraula.

Però la forma interna, el simbolisme del llenguatge és inconstant, depèn de cada individu. La paraula absorbeix la realitat conceptual de l'experiència interna i externa del nen. Per exemple un nen en el grup pot demanar jugar a monstres després d'haver viscut una experiència ansiosa en el grup, d'haver-se sentit en perill. La paraula vincula aquesta vivència amb el record que té a la seva memòria. És la terapeuta la que fa el lligam entre la petició del nen i l'experiència emocional viscuda quan li suggereix que potser ha passat por en el joc anterior. S'estableix un pont entre el món intern del nen i la situació grupal a través de la funció terapèutica d'afavorir l'anàlisi de l'experiència emocional que passa a la sessió. La paraula monstre sintetitza la por, la terapeuta és la que fa l'associació a partir de la paraula i de l'observació del nen. La terapeuta ofereix un pensament al nen, l'elaboració d'un sentiment de perill. Ens podem equivocar o no, això es veurà en el procés grupal, però l'oferiment d'un significat simbòlic ajuda a crear-ne un en el nen, si no és l'adequat, si no li ressona, ja ens ho farà saber. Però l'absència de simbolisme és desestructurant, atura el creixement.

Com ho treballem en grup?

El motiu de decidir si una alteració s'aborda mitjançant un grup o individualment bé marcat sovint per la pressió assistencial. Però en aquest cas, en nen petits, és diferent. El grup de nens diríem que a nivell de recursos assistencials pot consumir el mateix número d'hores que l'abordatge individual: l'atenció als pares, les coordinacions i les incidències, a més de les sessions del grup en sí ocupen al terapeuta una bona part de la seva dedicació professional. Hem de pensar que una sessió de grup de nens, i més de nens petits, és molt diferent al grup amb adults. En aquest el llenguatge és el vehicle principal de transmissió de les emocions i de l'elaboració de pensament. En els nens el llenguatge no verbal, principalment l'acció, és la part fonamental de la comunicació grupal. Precisament la finalitat del grup és ajudar a transformar les accions en pensament i, per tant, poder-les expressar en paraules.

El treball de les terapeutes de grups de nens petits és enormement intens, necessita un temps post grup i sovint viu el grup, si ho pot analitzar, en tres dimensions diferents:

- ✓ El grup de la sessió en la qual son observadores i terapeutes.

- ✓ El grup de les notes escrites, ja sigui per ser supervisat o no, a on un es pot adonar que hi ha fets i intervencions que tenen un significat diferent al que ha vist i viscut en el grup.
- ✓ El grup elaborat amb el grup de professionals, per exemple, en supervisió.

Si no hi ha supervisió de vegades és en espais no formals, trobades, “passadissos”, etc. D'on s'extreuen pensaments sobre l'acció del grup. Aquesta tercera forma de mirar el grup ajuda, sovint, a detectar l'evolució del grup. Habitualment com a terapeutes no podem veure, com el que està dins del llit del riu i no pot veure tot el recorregut, quin és la trajectòria grupal. La intensitat de les interaccions dificulta l'anàlisi o avaluació del procés terapèutic, al igual que li succeeix a l'observador antropològic.

En totes les activitats terapèutiques s'utilitzen tècniques similars com observar, escoltar i acceptar sense emetre judicis, però en les grupals hi ha una sèrie d'intervencions específiques basades en treballar l'aquí i ara de la dinàmica grupal. Vinogradov i Yalom (1996) ens proposen desglossar aquesta funció en tres condicions i set funcions que ha de reunir i utilitzar el terapeuta:

1. Centrar-se en el present, en les transaccions que succeeixen a la sessió deixant de banda el passat dels membres del grup.
2. Afavorir la interacció entre els membres del grup (joc lliure - joc dirigit).
3. Analitzar, a la mateixa sessió de grup l'experiència emocional que s'està produint (interpretació).

El conductor de grup de nens petits és el que educa als components del grup sobre allò que es farà. L'objectiu és accedir a la experiència emocional que hi ha darrera del moviment, del comportament, de l'acció sensorial. Aquesta tasca educativa la es desglossa en 7 funcions:

1. Educar als nens a conduir-se en grup: no se'ls hi diu, com en els adults “venim a parlar de sentiments”, però els hi diem que poden jugar i parlar que son dues eines bàsiques, en aquestes edats, per expressar els sentiments.
2. Reforçar l'aquí i ara, relacionant el que passa aquí amb el que sabem dels nens pel que han explicat els pares o per sessions anteriors.
3. Intervenir conduint el grup cap a lo emocional, amb comentaris que eviten les accions sense significat.

4. Afavorir l'anàlisi de l'experiència emocional que passa a la sessió.
5. Relacionar comportaments i emocions, és a dir, allò intern amb allò extern.
6. Analitzar les relacions que es produeixen a dins del grup.
7. Donar seguretat al grup, empoderar al grup, en el sentit de que és possible entendre el que passa allà dins.

Però, com funciona la psicoteràpia de grup? Què és el que fa que els nens (i els pares) evolucionin, desenvolupin el llenguatge, simbolitzin o es relacionin millor? Yalom (Vinogradov i Yalom, 1996) aïlla onze factors terapèutics que es poden reconèixer a habitualment a la pràctica grupal:

1. Promoure l'esperança: els nens poden jugar i compartir en un entorn segur.
2. Universalitat: cada nen conviu amb altres que tenen també problemes, no són els únics que passen pors, o que tenen dificultats de comunicació.
3. Transmissió d'informació (didàctica): com entrem, com ens tractem.
4. Altruisme: es pot compartir una joguina, ens ajudem en el joc.
5. Socialització: compartim, opinem, ens respectem, no estem sols.
6. Imitació o aprenentatge vicari. El clima de confiança fa que ens fixem en com responen i intervenen altres nens o les terapeutes.
7. Catarsi: associada a la cohesió grupal, s'afavoreix el desbloqueig de les emocions, el grup no rebutja quan un nen plora o s'agita.
8. Vivències familiars: els nens porten al grup la forma en com són tractats a casa, reproduïxen les vivències que tenen amb els pares.
9. Factors existencials: en adults serien la mort, les malalties. En nens parlem de la fantasia de ser abandonat, de no sentir-se prou escoltats i estimats.
10. Cohesió grupal.: és fonamental per desenvolupar les funcions anteriors, es basa a la confiança amb les terapeutes.
11. Aprenentatge interpersonal: hi ha experiències "correctives", els terapeutes ajuden a donar respostes diferents davant, per exemple, de frustracions.

Fins aquí les característiques bàsiques del funcionament dels grups aplicades als grups de nens petits. Habitualment aquests s'acompanyen per grups de pares. Per aquests la finalitat és la comprensió del processos emocionals que estan vivint els seus fills i filles.

Si aquesta es dona la “rentabilitat terapèutica” creix de forma exponencial. El nen és el protagonista del CDIAP, però la família és l’escenari a on desenvoluparà o no l’après en el centre. Si aquest escenari no està sensibilitzat i preparat per acceptar canvis serà difícil el progrés.

De forma esquemàtica la Dra Torras (1996) resumeix les funcions, temes i evolució més habitual d’aquests grups:

A. Funcions de les terapeutes:

1. Aguantar la pressió i no precipitar-se: contenció emocional.
2. Integrar els elements culturals (mares cuidadores) sense que emmascarin els problemes.
3. Observar i relacionar les intervencions per proposar hipòtesis.

B. Temes més freqüents:

- Volen pautes per saber com actuar: però no hi ha normes o pautes, s’ha d’ajudar a pensar.
- Que li diuen als fills quan pregunten perquè van al grup.
- Els límits i els càstigs. L’autoritat.
- Opinions diferents, rivalitats entre els pares.
- Rivalitat amb els terapeutes.
- Sensació de fracàs com a pares.
- Irritació cap als fills: “no puc més”.
- Parlen de la infància pròpia: per entendre als fills o per se atesos.
- Temor a que el fill no vagi bé abans de que passi.

C. Etapes en els grups de pares:

- A. Queixa i recerca de normes i fórmules magistrals.
- B. Evocació de la pròpia infància i del que feien ells i el que feien els seus pares.
- C. Elaboració d’opinions sobre el que li passa a ells i a altres pares.
- D. Canvis sobre la imatge que tenen dels fills.

En definitiva poden passar d'una postura de dependència, o de vegades reivindicativa, de voler normes i consells a una altra d'elaboració entre tots, com un grup de treball i aprenentatge sobre la criança dels seus fills.

Referencias bibliogràfiques.

1. Bion WR. (1962). A theory of thinking. *Int J Psychoanal.* 43:306-20.
2. Feder, A. Nestler, E. Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience.* June, 10: 446-457.
3. Mancía, M. (2006). Memòria implícita i inconscient no reprimat: el seu paper en el procés terapèutic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 23(1-2), 35-51.
4. Pavlov, IP. (1897). Conferencias sobre la actividad de las principales glándulas digestivas. Traducción parcial en I. P. Pavlov, *Actividad nerviosa superior*, págs. 59-93. Barcelona: Fontanella, 1973.
5. Piontelli, A. (1992). *Del feto al niño: Un estudio observacional y psicoanalítico.* Barcelona: Expax.
6. Sapir, E. (1921). *El Lenguaje.* México: Fondo de Cultura Económica. 15ª reimpresión 1975.
7. Seligman, S. (1999). Integrating Kleinian Theory and Intersubjective Infant Research. *Observing Projective Identification. Psychoanalytic Dialogues*, 9(2), 129-159.
8. Thomas, J. (1995). *Niveles de la organización mental.* Madrid: Instituto Europeo de Estudios de Psicoterapia Psicoanalítica.
9. Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, Pareja F, Gomá M, Marzari B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19(1), 27-58.
10. Torras, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres.* Barcelona: Paidós. 7ª reimpresión 2012.

11. Vinogradov, S. y Yalom, ID. (1996). Guía Breve de psicoterapia de grupo.
Barcelona: Paidós.