

La relació clínica-educació dins del marc escolar: susceptibilitats i punts de trobada

Josep M^a Brun

Psicòleg Clínic. Psicoterapeuta. Director Revista *eipea*

(Rebut 2020-08-29 / Acceptat 2020-10-03)

Resum

La relació clínica-educació dins del marc escolar: susceptibilitats i punts de trobada

Aquest article fa una reflexió sobre la relació clínica-educació dins del marc escolar, partint del fet de que ha estat una relació no sempre fàcil, empena a voltes a l'enfrontament, però absolutament enriquidora si es poden superar els recels mutus i fer un bon ajustament de quin és el seu objectiu. El text aposta per un treball conjunt que conflueixi en l'interès per entendre què li passa a l'infant i què ens passa a nosaltres en la relació amb ell, que pugui ajudar a resoldre els conflictes emocionals i conductuals que es donin a l'aula. Es fa èmfasi en quina es considera que és la tasca adequada de la clínica al respecte: ajudar a pensar, a entendre i a refer o a crear una bona relació a partir de la comprensió dels estats emocionals de l'alumne, la seva estructura de personalitat i les seves modalitats de relació, començant amb la que té amb els docents. Finalment, es valoren diferents aproximacions a aquest treball entre clínica i educació, com són la formació, l'assessorament i el treball en xarxa.

Paraulesclau: clínica, educació, comprensió, assessorament, treball en xarxa.

Abstract

The clinical-educational relationship in the school setting: susceptibility and convergence

This paper reflects on the clinical-educational relationship in the school setting, taking into account the fact that it has not always been easy, sometimes pushed into confrontation, but considering that it is absolutely enriching if mutual misgivings are overcome while focusing on its actual goal. The paper takes a chance on working together in order to understand what is happening to the child and what is happening to us in our relationship with him, which can help to resolve the emotional and behavioural conflicts which arise in the classroom. Emphasis is placed on what is considered to be the appropriate task of the clinic in this matter: helping to think, understand and rebuild or create a good relationship based on an understanding of the student's emotional states, his personality structure and his relationship patterns, the one with his teachers in the first place. Finally, different approaches to this work between clinic and education are valued, such as training, counselling and networking.

Keywords: clinical, education, understanding, counselling, networking

Escenari

La relació clínica-educació ha estat sempre complexa i, no poques vegades, enrevessada i farcida de desconfiances mútues. La història ens mostra exemples d'esforços de

treballs complementaris i, alhora, d'intents de contraposar-los i, fins i tot, de fer-los excloents. Manzano (1991) ja ens advertia en relació als trastorns d'aprenentatge i als possibles abordatges que “No és menys cert que l'ús exclusiu d'un o d'altre d'aquests models comporta un risc d'unilateralitat i, en conseqüència, d'una *monoresposta* educativa o terapèutica, que no té en compte necessàriament la naturalesa específica dels trastorns”. I Lasa (2018) es lamenta que, avui dia, “Educació i tractament, pedagogia i psicoteràpia (...) van perdent el seu caràcter complementari, tot i que com a tal han estat emprades en molts indrets”, empeses ara a l'enfrontament teòric i emocional. I no els hi falta raó.

Tanmateix, els afanys per trobar la manera de fer complementaris els dos sabers s'han succeït en el temps. Des d'experiències com la de la *Pedologia* de començaments de segle XX a la Unió Soviètica (terme rus per a una combinació de pedagogia, psicologia i medicina, citat per Pedreira, 2020) a la del districte XIII de Paris o als *Centres Médico-Psychopédagogiques* de Ginebra, fundats l'any 1906 i en funcionament des de llavors, amb intervencions terapèutiques polivalents i multi professionals —psicoteràpia, pedagogia especialitzada, psicomotricitat, logopèdia, basades en una relació intensiva, coordinada i perllongada (Manzano, 2009 i Lasa, 2018). Sense oblidar la *Heilpädagogik* (*Pedagogia curativa* de l'Àustria dels anys quaranta del segle XX), que en paraules de Hans Asperger, citades per Lasa (2006), es tractava d' “... un acostament específic que no ha de confondre's amb la reeducació, una síntesi intuïtiva de la pràctica mèdica i educativa, una eina de referència tant per als metges com per a les infermeres, mestres i terapeutes”.

A casa nostra trobaríem, fa just ara cent anys, el projecte de les escoles Vil·la Joana i exemples recents, però també de les darreres dècades, de col·laboració entre els dos marcs en una qüestió tan sensible com seria l'autisme, com el del Centre de Recursos del Centre Terapèutic Bellaire al Vallès Occ. i al Bages (Viloca, 2017), el de l'Ajuntament de Santpedor (2013) o veritables treballs en xarxa: a Granollers (Cruz et al., 2014) [1] o el Programa AGIRA (Brun, Aixandri i Olives, 2017), per citar-ne alguns. En la mateixa línia, el funcionament d'institucions terapèutiques, escoles especials específiques, treballant complementàriament a partir dels dos apropaments i col·laborant amb escoles ordinàries. Però també trobem defensors aferrissats de l'oposició entre clínica i educació, diferenciant i marcant una frontera entre el que seria l'objectiu d'una i de l'altra, entre el que és *curable* i el que és *educable*. Semblaria que aquest plantejament aposta per abordatges parcials, deixant de banda una visió més global de l'infant.

La mirada integral a l'infant—i, en conseqüència, al seu entorn, familiar, escolar i social—porta lligada en els professionals una idea de treball en xarxa, una manera de tenir en ment el treball amb els infants, als quals se'ls consideraria no com a elements aïllats, sinó coma part d'una família i un context i, per tant, com a “potencials usuaris o beneficiaris de diferents serveis: educatius, sanitaris (físics i psíquics), socials, entre d'altres” (Brun, Olives i Aixandri, 2018) i que, en definitiva, obliga a una trobada amb

altres professionals i altres sabers. Per contra, una mirada parcel·lada als infants connecta amb tota una corrent molt d'actualitat on predomina la importància dels símptomes per sobre de les estructures de personalitat, de la conducta per sobre de la gestió de les emocions o les modalitats relacionals (o dels efectes per sobre de les causes), de les suposades evidències científiques per sobre de les evidències clíniques i de les teràpies exprés per sobre de l'aprofundiment i l'escolta personalitzats, tot plegat traduït en una intolerància davant de la manca d'uniformitat i davant dels aspectes més singulars del subjecte. En definitiva, una mala època per a l'escolta, la comprensió i la diversitat.

Trobada clínica/educació

Si situem la trobada clínica-educació o educació-clínica en el context escolar, té una cabdal importància en quin moment apareix. La clínica no és present a l'escola fins que alguna cosa no va bé en el fer o estar de l'infant atès i educat pel centre escolar i no se sap a què es degut ni com solucionar-ho. La clínica no apareix quan els problemes són purament d'aprenentatge—que donaria entrada, tal vegada, a altres branques de la psicologia—, sinó quan hi ha problemes de personalitat, de relació, emocionals que poden esdevenir de convivència o de conducta. Podríem dir que l'entrada de la clínica significa l'entrada (o l'oficialització) de la patologia o, si ho preferim, del trastorn o del malestar. L'objectiu de la clínica és la prevenció, diagnòstic i tractament del trastorn o patologia, que afecta a la qualitat de vida de la persona. Marcada des de la seva etimologia, la paraula clínica prové de la grega *kliní*, que significa llit i que fa palès el seu vincle amb la intervenció a peu de llit amb la persona malalta, afectada o incapacitada. “La clínica neix com a resposta a la necessitat que té l'ésser humà de sistematitzar els signes i els símptomes de les diverses malalties, tractant d'entendre el seu origen, però sobretot d'alleugerir o curar a qui els manifesti” (Salom-Echevarría, 2003). I al seu entorn, hi afegiríem.

És evident que les polítiques d'inclusió, més enllà de la valoració que en fem d'elles, han augmentat la presència d'infants amb diferents dificultats a les aules i, en lògica conseqüència, de la *patologia* i, per tant, de la clínica en el marc escolar.

La sensació de no saber o de que els hi estan demanant treballar amb una matèria que no els correspon augmenta entre els docents; en altres paraules, la idea d'una certa *patologia imposada* (Brun, 2001). També augmenten les demandes de pautes, sovint de solucions ràpides, per manca de disponibilitats de tot tipus. I la por de que allò que no toca acabi afectant el que sí que toca. I aquí apareix la clínica com a cobejada solució màgica, en alguns casos, o com a rival o jutge en d'altres. Algú que, des de fora, ens dirà què li passa a aquell infant, què fem malament i, sobretot, com ho solucionem. La manera com ens posicionem davant d'aquesta situació serà bàsica. Perquè fàcilment podem entrar en una dicotomia antagònica: l'educador[2] es dedica a la part *normal* de

l'infant i el clínic a la part *anormal*. La clínica relacionada a la patologia o al trastorn i l'educació lligada a la normalitat, amb el que de seguida parcel·lem l'infant de qui estem parlant i centrem la dificultat en aquella part trastornada i, de retruc, en el mateix subjecte. I a la clínica li correspondria endreçar allò que no deixa aprendre l'infant.

No se'ns escapa que aquesta visió sobre la clínica com a índex de patologia la podem trobar també en comentaris, afortunadament cada cop menys freqüents, com els de l'infant que es nega a anar al psicòleg perquè “*no estic boig*” o d'argumentacions que s'arrapen en exclusiva a aspectes educatius o de criança, que poden aparèixer tant en pares com en professionals, buscant culpables i repartint culpes: “*és un mal educat*”, “*li falten límits a casa*” o “*la mestra no sap com tractar-lo*”, que sovint fan pensar en un intent de deixar fora o de no aprofundir en el malestar o la dificultat emocional; de no transcendir un cert llindar. També sembla reflectir aquesta intenció la demanda de solucions ràpides o de pautes en receptari que ens estalviïn haver de considerar altres interpretacions. El pas ràpid a una medicació miraculosa com a resposta única al malestar intern i relacional exemplificaria el punt àlgid d'aquest postulat i no poques vegades és la demanda. La clínica —o, millor, els clínics— es poden fer còmplices d'aquestes demandes.

Davant la incertesa

Una visió més assossegada de la qüestió ens ha de permetre veure els dolors que es troben darrera de les demandes de solucions que se li fan a la clínica des de l'educació. I un de molt destacat és el dolor de la incomprensió. El dolor de qui no és entès i el dolor de qui no entén. Hinshelwood (2007) suggereix que amb el gran còrtex cognitiu amb el qual ens ha dotat l'evolució “som especialment vulnerables a l'estrès d'afrontar el sense sentit”. Necessitem saber i aquesta necessitat pot entorpir “el camí d'una curiositat realment oberta”. En altres paraules, tolerar el no saber, la incertesa. Ja ens parlava Bion (1970) de la importància de la capacitat negativa (l'aptitud per a mantenir-se en la incertesa sense esforçar-se de manera irritable per arribar al fet i a la raó) com a característica personal aconsellable en el professional per tractar i acompanyar certes patologies greus. I la demanda de solucions ràpides té molt a veure amb aquesta (in)capacitat. Necessitem poder entendre, poder donar sentit i deixar de patir en un marc d'incertesa.

L'educador té ganes, i necessitat, de ser ajudat. El clínic pot sentir la temptació de fer de redemptor (i no parlem de narcisisme professional, sinó també de veritable empatia amb el malestar de l'altre). La combinació de la necessitat d'entendre i la necessitat de donar solucions pot portar-nos directament al *fer*, saltant-nos l'*entendre*. La disjuntiva no hauria de ser o solucionar el problema o entendre la situació, sinó —ens sembla obvi— solucionar el problema gràcies a haver entès la situació. Sovint es malentén la comprensió com a passivitat o permissivitat. Entenem que l'objectiu

principal de la clínica en relació a l'educació no hauria de ser el de solucionar el fet ni donar pautes que altres, de manera delegada, apliquin; sinó el d'ajudar a entendre l'infant, la relació i el que provoca. Dit amb altres paraules, la feina del clínic no és donar pautes, sinó ajudar a entendre aquell infant i el que provoca en la relació perquè el propi docent trobi les pautes d'actuació.

El fet de promoure que el propi docent trobi les pautes respon bàsicament a dos motius: el primer motiu és que és ell qui millor coneix les eines pedagògiques per portar a terme el seu objectiu educatiu; però el segon motiu, no menys important, és que és ell qui millor coneix l'infant (també qui més pot patir el desencontre amb ell, però d'això en parlarem més endavant). Asperger descriu amb una certesa no exempta d'entusiasme la seva opinió sobre aquesta convivència que porta al coneixement (citada per Lasa, 2006): “creiem que la naturalesa d'una persona tan sols es revela de manera autèntica a qui viu amb ella, si és que pot observar les innumerables reaccions que tenen lloc a la vida de tots els dies, a la feina, a l'escola, en el joc, sota pressió i en l'activitat espontània en un context lliure i distès”. Amb paraules de Leal (2010): “El que cura és la quotidianitat i la cura d'allò quotidià”. Creiem que la clínica pecaria de supèrbia si no partís d'aquesta premissa en la relació amb l'educació, però també respecte a la relació amb els pares i la família.

Relació i comprensió

Perquè, doncs, atès aquest coneixement des de la quotidianitat, l'educador necessita un ajut extern que és encarregat a la clínica? D'una banda, perquè *conèixer* l'infant i *entendre* l'infant (o entendre tot el que fa l'infant) no sempre són equiparables. I hem d'admetre que, sobretot, certs comportaments trastornats poden escapar al sentit comú i a la comprensió. Però, d'una altra, perquè no podem excloure de l'equació l'aspecte relacional. I en aquest punt, hem de distingir entre el que és el *treball directe* i el *treball indirecte*. L'educador treballa de manera directa i convivencial amb l'infant i això li aporta conèixer-lo millor, però també està sotmès a les projeccions relacionals que implica, especialment destacables si parlem d'infants amb algun tipus de trastorn emocional. I aquesta vivència contratransferencial (les nostres reaccions a la relació a nivell de pensaments, emocions, fins i tot prejudicis, a nivell inconscient) hi està present, mobilitza i ha de poder ser entesa. Introduir aquest component no deixa de ser delicat, pot ser malentès, especialment en una situació que ja està sent complicada i que genera susceptibilitats, i ha de quedar lluny de sentiments de culpa o responsabilitats estranyes. No es tracta de fer teràpia a l'educador, per descomptat, sinó de treballar amb l'educador aquells aspectes que influeixen en la relació entre infant i docent.

Per aclarir millor aquest punt, hem de pensar que la feina del clínic en relació a aquest infant pot ser de treball indirecte, però també directe. L'infant del que parlem en l'educació i clínica pot ser alumne de l'educador a l'aula i, alhora, pacient del clínic a la

consulta. I si és aquesta la situació, haurem de fer la mateixa reflexió sobre els aspectes contratransferencials en el clínic. I ja posats, hem de poder aplicar aquestes reflexions en la relació infant/pares, però també professional/pares. Pensar que coneixem millor l'infant que els pares no deixa de ser, coma mínim, una temeritat. Però també hem de recordar l'especial i potent càrrega projectiva i contratransferencial que té la relació pares/fills.

D'una manera similar a l'objectiu que proposa Leal (2010) vers el que ha de tendir l'educació, “ensenyar a pensar, a replantejar-se el que a un l'han fet pensar, per acabar pensant per si mateix”, considerariem com a part fonamental de la tasca de la clínica envers l'educació l'ajuda a poder pensar, tenint en compte que aquest pensament no és que no hi sigui, sinó que ha estat atacat per conductes incomprensibles i situacions doloroses. Com aprèn l'infant també vol dir com interioritza el món extern i com es relaciona amb ell. El fet d'aprendre en si mateix genera respostes emocionals, posicionaments i potencials reticències o defenses. El punt de trobada entre la clínica i l'educació hauria de ser l'afany, l'anhel, d'entendre, d'entendre què li passa a l'infant i què ens passa a nosaltres en la relació amb ell. I aquí és on pot ajudar la clínica: donant pistes, explicant estructures i obrint un espai de pensament per a aquesta comprensió que ajudi a saber no només què li passa a l'infant, sinó també —i sobretot— com és l'infant, què sent, què pensa i com es relaciona, també amb nosaltres, per tant, alhora, què ens fa sentir. Entenem que aquesta manera de treballar conjuntament clínica i educació és la més terapèutica. I, en aquest sentit, creiem que sovint es produeix una interpretació restrictiva del concepte *terapèutic*, que s'equipara a la cura com a resultat de la teràpia, del tractament. Apel·lem a una visió més àmplia, considerant terapèutiques aquelles actuacions que porten al benestar i millora en la salut de la persona, en aquest cas mental, en la mateixa línia en la que podia parlar Corominas (1994) d'un *ambient terapèutic*. Allò terapèutic no només esdevé de la teràpia (del tractament), sinó que també pot produir-se i es produeix arran d'un *tracte* adequat (Brun, 2014).

La formació

Podem imaginar dos tipus d'escenaris en funció de que el clínic realitzi un treball exclusivament indirecte en relació a l'infant o combini un treball directe amb l'infant amb un d'indirecte. Un treball en exclusiva indirecte, és a dir, aquell en el qual el clínic no treballa amb l'infant i sí amb l'educador que el té a l'aula, pot arribar a partir d'una formació o d'un assessorament. L'avantatge de la **formació** és que pot introduir la comprensió d'estructures de personalitat i modalitats de relació, interpretar comportaments aparentment intel·ligibles o incoherents a partir de l'apropament a trastorns pels que l'educador no té perquè haver estat preparat en la seva especialització, ajudar a canviar argumentaris morals (*infants dolents*) per clínics (*infants malalts*), amb

tot el que això implica en la percepció de la voluntarietat o no de l'infant i, per tant, en el malestar de qui rep les seves conductes. És evident que també hi ha un benefici econòmic: moltes persones es poden formar alhora. Els desavantatges no són menys importants: el perill de la generalització, el no afavorir l'observació individual i de les individualitats que fins i tot pot ser entorpidida fent prevaler la teoria sobre la persona. En definitiva, un cert tipus de formació pot esbiaixar el seu discurs cap als trastorns o la patologia, no cap a les persones que les pateixen, i acabar uniformant als subjectes a partir del diagnòstic. La formació tampoc pot accedir al que un educador sent en la seva relació personal i quotidiana amb el seu alumne. En definitiva, podem definir la formació com a una introducció valuosa.

L'assessorament

Un apropament diferent és el de l'**assessorament**, en el que passem del terreny d'allò teòric i general al pràctic i particular. Seguint amb la línia del que venim apuntant, considerariem un assessorament de la clínica a l'educació inadequat o, si més no, parcial a aquell que es basi simplement en la transmissió d'uns coneixements sobre l'infant i què fer amb ell. Es tractaria més aviat "d'*entendre i atendre* a la vegada les angoixes que es deriven de la relació i de les diferents relacions, de *tenir en compte* tots els elements que hi participen (infant, mestra, altres mestres, companys, entorn escolar, pares, i fins i tot pares de companys, així com altres assessors), de *defensar i promoure* la comprensió i de *generar esperances*" (Brun, 2001) davant del malestar de la situació. Aquesta tasca de la que estem parlant no és altra que la d'*ajudar a qui ajuda*, que ens retorna la vella —que no caduca— preocupació de *cuidar al cuidador*. En l'assessorament, educador i clínic han de poder parlar de l'infant a partir del coneixement que d'ell en té l'educador i de les seves vivències i relació. El clínic hauria de poder aportar el seu saber per ajudar a alleujar el dolor mental i emocional que provoca el malestar de la situació en l'infant mateix i en aquells que l'envolten dins l'àmbit escolar. Resta clar que aquest dolor és proporcional al grau d'afectació de l'alumne o de la situació, també al grau d'implicació d'altres elements en les dificultats: si queda limitat a dins de l'aula o si té implicacions fora de l'aula, si afecta també a la relació pares/escola o a altres pares. Tot aquests paràmetres formen part del material a treballar en la relació d'assessorament clínic/educadora. En no poques ocasions, els malestans provocats per aquestes situacions poden arribar a alterar la relació de l'educador amb els seus propis companys, afegint totes elles pressions extremes que recauen sobre l'educadora i que han de poder ser contemplades en l'assessorament. En la realitat de l'assessorament ens podem trobar també amb diferents professionals que exerceixen funcions variades i aquestes diferències poden marcar visions no sempre complementàries, provocant de vegades situacions conflictives extremes. La presència d'altres professionals de l'escola en un assessorament pot ser tant un bon senyal de que

l'educador es troba recolzada per l'equip escolar com una manifestació palpable de les dificultats i les repercussions que provoca l'escolarització de l'infant, que pot anar més enllà de les aules i afectar tota l'escola.

Per acabar d'explicar la nostra idea d'assessorament des de la clínica a l'escola, recuperem una relació dels tipus d'assessoraments que considerem inadequats (Brun, 2009), amb el ben entès de que estem parlant d'*assessoraments* i no d'*assessors*. En diverses situacions i per motius variats, un mateix assessor pot actuar de maneres diferents. Entre aquests motius no estan absents les pròpies angoixes de la persona que assessora davant de les projeccions emocionals que també rep.

- L'assessorament *teòric*, que explica *el que es fa o el que s'ha de fer*. Manté al mestre en el seu estat de dependència envers el saber de l'assessor. No pensa en l'infant particular del qual li estan parlant. No entén la seva tasca.
- L'assessorament *omnipotent*, que té resposta a tot, que no afavoreix la capacitat negativa, no pot mostrar debilitat professional i manté al mestre en el seu estat de dependència envers el saber de l'assessor. No entén la seva tasca.
- L'assessorament *còmplice*(amb el mestre), que s'identifica amb el patiment del mestre, de vegades contra l'infant, d'altres contra els pares. No entén ni a l'infant ni a la família, ni tampoc promou la seva comprensió.
- L'assessorament *fiscalitzador o culpabilitzador*, que no entén el patiment del mestre i l'acusa del fracàs de l'evolució de l'infant, identificant-se amb el seu patiment. Defensa l'infant contra el mestre. No entén al mestre ni als cuidadors.
- L'assessorament *frívol*, que relativitza la gravetat de la patologia i del patiment. No entén la patologia o no tolera el malestar que genera.

Els assessoraments *còmplice* i *fiscalitzador* són maniqueus, obliden la dialèctica i la relació, fan una lectura parcial i emfasitzen un únic pol de la qüestió. D'altra banda, més d'una vegada els assessoraments *teòric*, *omnipotent* i *còmplice* poden ser considerats els millors per part dels assessorats, ja que no obliguen a burxar, donen pautes i mobilitzen en menor mesura les emocions dels implicats. Ras i curt, es tracta de no entrar en complicitat ni amb la malaltia, ni amb l'infant, ni amb l'educador ni amb els pares i alhora poder empatitzar amb tots els protagonistes de la situació. L'aportació de la clínica a l'educació té com a principal element la comprensió de l'infant, de la relació amb el docent i companys, de la família. La tasca del clínic no és cap altra que la d'ajudar a entendre, a pensar, a refer o a crear una bona relació, a que el mestre pugui fer el que faria si hi hagués una bona comprensió i una bona relació amb l'infant. La bona distància vers la situació (ni tan propera com per a identificar-se en excés, ni tan llunyana com per no poder empatitzar) ajuda el clínic a poder portar a terme aquesta tasca.

El treball en xarxa

Per últim, a diferència de la formació i l'assessorament procediments, que impliquen una major jerarquització i unidireccionalitat del saber, el **treball en xarxa** demanda i ofereix una complementarietat d'aquests sabers i un enriquiment comú. Per aconseguir aquesta igualtat, calen uns punts mínims comuns i vèncer les reticències de les diferents visions i, alhora, dels diferents llenguatges (Brun, Olives i Aixandri, 2018). La millor manera d'assolir un eficaç treball conjunt educació/clínica implica no perdre mai de vista el veritable objectiu, que és el benestar de l'infant i de la seva família, als quals estem atenent, des de l'escola i des de la clínica. Per a obtenir això, hem de tendir ponts de comprensió entre els diferents personatges. Per a una veritable col·laboració, hem de poder reconèixer els límits del nostre saber, acceptar que ningú —començant per un mateix— no té tot el saber i que sense el complement del saber de l'altre mai no arribarem tan lluny. De vegades, aquest treball en xarxa compta amb detractors que es basen en arguments a curt termini, en el seu cost en temps i en recursos humans. Però aquesta implicació i intensitat tan sols redunda en una major comprensió i en actuacions més eficaçes, suposant un estalvi en salut i bon funcionament a mig i llarg termini. Elements com la confidencialitat i l'ús de la informació que es traspasa en una col·laboració en xarxa han de ser també tinguts en compte i respectats.

Paraules finals

En definitiva, educació i clínica estan obligades a entendre's i a treballar plegades, oblidant lluites estèrils sobre qui sap més que qui i qui entén millor l'infant perquè de ben segur que per separat entendran menys i ajudaran menys en la situació. Ni la clínica suposa una solució màgica ni un fiscal pedant, sinó un altre agent terapèutic que aporta la seva comprensió i la seva distància terapèutica. Voler treballar separats o pensar que els diferents aspectes de l'infant poden ser parcel·lats i repartits entre especialistes implica no entendre la complexitat de la qüestió i es tradueix en una tasca simplificadora i errònia. Alhora, no hem d'oblidar que si ens entenem educació i clínica alleugerim al docent i a l'infant, però també a la seva família.

Referències Bibliogràfiques

Ajuntament de Santpedor (2013). *Disseny d'actuació en la relació família-escola en el món de les NEE a l'escola ordinària*. Recuperat de:

- <http://compromesosambleducacio.diba.cat/documents/document-final-del-treball-sobre-relacions-familia-escola-ordinaria-en-el-mon-de-les-nee>
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London, Tavistock Publications.
- Brun, J.M. (2001). Aspectes rellevants en l'Assessorament en l'Escola Ordinària d'Infants amb Trastorns Greus de la Personalitat. *Revista de la Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 17-18, 7-18. Barcelona.
- Brun, J.M. (2009). Autisme a l'escola. A Riart, J. i Martorell, A. (eds.): *Reptes professionals pel psicòleg de l'Educació*, publicat en edició bilingüe, català i castellà, pel Col·legi oficial de Psicòlegs de Catalunya. Barcelona, pp 23-33.
- Brun, J.M. (2014). De la idea de 'tot terapèutic' a la idea de 'tracte'. *Newsletter N° 4. Programa AGIRA: L'Escolarització dels infants amb TEA: II) Escola especial i Escolarització compartida*. Recuperat de:
http://capivo.cat/wp-content/uploads/2017/07/AGIRA_Newsletter-4.pdf
- Brun J.M., Aixandri, N. i Olives, S. (2017). Programa AGIRA (2007-2015): Números para una reflexió. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 63, 63-74.
- Brun, J.M., Olives, S. i Aixandri, N. (2018). Trabajo en red: la necesaria respuesta asistencial a la complejidad de los TEA. *Revista Maremagnum*, 22, 23-32 (versió en gallec) i 111-120 (versió en castellà). Santiago de Compostela.
- Corominas, J. (1994). Visió psicoanalítica de l'autisme. Conceptes bàsics. Possibilitats pedagògiques i psicoterapèutiques. A *IV Jornades Catalanes d'Autisme i Psicosis Infantils*. Barcelona: Jornades organitzades per ACTTAPI.
- Cruz, D. et al. (2014). Programa de soporte a los docentes de alumnos con TEA. *Cuadernos de Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 57, 61-68.
- Hinshelwood, R.D. (2007). Sufriendo el impacto. La psicosis y el cuidador profesional. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 9, 27-32.
- Lasa, A. (2006). Asperger vuelve. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 8, 7-10.
- Lasa, A. (2018). Sobre la inteligencia de los autistas. *Revista eipea*, 4, 8-25. Recuperat de: <http://www.eipea.cat/ca#about>
- Leal, J. (2010). Salud mental y educación: trabajar en las fronteras. *Jornades CEE Vil·la Joana. 90è aniversari*.
- Manzano, J. (1991). Los trastornos del aprendizaje: Modelos explicativos, clasificación y medidas correctoras. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil. V Congreso Nacional. "Los trastornos de aprendizaje"*.
- Manzano, J. (2009). Entrevista al Dr. Juan Manzano Garrido. *Revista de la Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 30, 153-158. Barcelona.
- Pedreira, J.L. (2020). Tal vegada la primera autora que va descriure l'autisme infantil i, sobretot, l'anomenada Síndrome d'Asperger. *Revista eipea*, 8, 38-41.
- Salom-Echeverría (2003). Propuesta para una ampliación del concepto de clínica. *Acta Médica Costarricense*, vol.45 n.2. San José.

Viloca, Ll. (2017). Quaranta anys de treball amb autisme a Catalunya. *Revista eipea*, 3, 8-13.

Notes:

[1] Amb participació d'escoles ordinàries i especial, EAP, CDIAP i CSMIJ de la zona.

[2] De cara a fer més àgil la lectura, utilitzarem els genèrics masculins clínic i educador, amb el ben entès de que estem parlant de clíniques i clínics i educadors i educadores.

Correspondència amb l'autor: *Josep M^a Brun*. E-mail: brunjosepm@gmail.com.