



Trabajo Integrador Final:

*“Desarrollos psicoanalíticos:
la clínica del autismo”*

Carrera de Especialización en Psicoanálisis 2022

Director TIF: Lic. Mónica Cardenal

Alumno: Lic. Guido Andrés Zannelli

INDICE

Resumen	1
Presentación	2
Parte 1. Hacia una delimitación nosológica del autismo	4
1.1. Relatos históricos.....	4
1.2. Autismo. La elaboración del término y su conceptualización.....	7
1.3. ¿Orgánico o psicológico?.....	11
Parte 2. Psicologización del desarrollo infantil. El inicio de la observación de bebés	12
2.1. Las investigaciones de bebés en la segunda mitad del S. XX.....	12
2.2. El marasmo y las afecciones de la temprana infancia.....	14
2.3. Depresión psicótica y peligro de derrumbe.....	16
2.4. ¿Autismo normal?.....	18
2.5. Un psicoanálisis de consulta.....	19
Parte 3. El trazado de una geografía mental para los estados autistas	20
3.1. Identificación adhesiva y segunda piel.....	20
3.2. Desmantelamiento y desmentalización.....	22
3.3. Encapsulados y confusionales.....	23
3.4. Hacia nuevos horizontes.....	26
Parte 4. Los desarrollos poskleinianos actuales. Los estados autistas en la contratransferencia.	28
4.1. Líneas francesas.....	28
4.2. Líneas inglesas.....	29
4.3. Líneas argentinas.....	33
4.4. Líneas israelíes.....	35
Conclusiones	39
Bibliografía	42

RESUMEN

Objetivos. Abordar la noción de “autismo” desde las bases teóricas de principios de S. XX. Rastrear su desarrollo hacia la delineación del cuadro patológico específico en la infancia. Puntualizar los autores psicoanalíticos que se dedicaron a su estudio y tratamiento. Realizar una síntesis de sus aportes. Vincular sus contribuciones cronológicamente siguiendo una línea de pensamiento psicoanalítica. Establecer cuáles fueron los puntos principales en su abordaje clínico. Explorar los estudios más actuales en la materia.

Métodos. Lectura de la literatura científica y psicoanalítica sobre el autismo como cuadro patológico. Análisis de textos seleccionados.

Conclusiones. Se ha registrado un considerable avance dentro del psicoanálisis en la comprensión, estudio y abordaje del autismo en los ochenta años que implican desde su formalización como cuadro hasta el presente. La observación de bebés ha reportado un valor teórico-práctico en la profundización del desarrollo de defensas y estados autistas de la mente en relación con los primeros años de vida, el papel del entorno y la importancia de vínculos primarios. El alcance terapéutico se ha beneficiado a través de una metapsicología detallada y específica de los estados autistas, teniendo como puntos de aplicación el encuadre, la interpretación dentro de la dinámica transferencia-contratransferencia y el gradual uso de símbolos.

Presentación

El presente trabajo integra con un eje histórico-dimensional la existencia y desarrollo del término *autismo*. Desde sus primeras aproximaciones a principios del Siglo XX con la psiquiatría adulta, hacia la creación del diagnóstico específico en la niñez, atravesando la teoría psicoanalítica de posguerra sobre el desarrollo temprano, y orillando en la actualidad con las visiones contemporáneas sobre los procesos autistas en la vida mental.

El interés por el tema proviene de múltiples experiencias enlazadas casualmente en el desarrollo profesional de este autor. Mis primeros trabajos como acompañante escolar me pusieron en contacto con dicha patología sin tener siquiera en mente una organización o conocimiento especializado en la materia. Por lo cual, la práctica en el campo fue anterior al estudio académico.

Conforme los años se fueron sucediendo y el trabajo clínico de consultorio se establecía poco a poco, seguían presentándose diversos niños de conductas por entero particulares, atravesadas por un denominador común de difícil determinación. Hace ya varios años la tendencia diagnóstica predominante empaña la observación del profesional, anteponiendo certificados amplios pero inútiles para la comprensión del funcionamiento y sufrimiento mental. Así he tenido oportunidad de tratar muchos niños diagnosticados con “*Trastorno generalizado del desarrollo*” (TGD), “*Trastorno de la expresión y uso del lenguaje*”. Una sola vez me hallé con “*Autismo en la infancia*”.

Las dificultades con que lidiaba en el consultorio para tratar estos niños me condujeron a estudiar literatura específica primero, para luego adentrarme en la aventura de presentarlos como parte de la supervisión didáctica oficial. Poder plantearlo con un profesional de larga práctica en la materia fue un punto de quiebre, incluso para mi desarrollo personal. El trabajo meticuloso que significa la supervisión oficial parte de la expectativa de organizar el encuadre, estableciendo un método de observación e interpretación adecuado al momento de cada material desde la transferencia, tratando de captar al punto el estado mental del paciente. Este objetivo claro, arduo y esencialmente psicoanalítico, puede acercar al terapeuta a vivir minuto a minuto el funcionamiento de los procesos autistas. La desesperación, el caos total, la concretud asfixiante de los significados, la poca conexión en el vínculo, y el abandono momentáneo de la realidad.

Todos estos matices son alcanzados por un tipo de ansiedad que sólo puede describirse como *catastrófica*. Cuando el proceso analítico ha podido embarcar a la par al paciente y terapeuta,

la contención y elaboración de los montos acuciados de agónica ansiedad y extrema confusión dependerán exclusivamente de la capacidad de tolerar el dolor mental en cada uno de ellos. La comprensión será de suma necesidad, luego.

En esta empresa he sido inspirado por los desarrollos teóricos de Donald Meltzer. La genealogía que se abrió desde Klein hasta la actualidad tiene como puntos esenciales a Bion, Money-Kyrle, Bick, Tustin. Meltzer ha catalizado a todos los anteriores iniciando un nuevo punto de inflexión dentro y fuera del grupo *kleiniano*. Esto le dio paso a autores como Rhodes, Maiello, Reid, Haag, Durban quienes constituyen guías de estimulante fresca descriptiva para tratar el autismo.

Antes de concluir la presentación, aclaro que el abordaje integrador del trabajo se inicia por una comprensión psiquiátrica del autismo, que incluye diversas corrientes psicológicas, desembocando al final en una visión puramente psicoanalítica y particularmente *poskleiniana*.

A continuación dejo consignada la versión más reciente del DSM-5 (APA, 2013) para el diagnóstico de autismo, que ahora recibe la denominación de Trastorno del Espectro Autista –el cual engloba síndrome de Asperger, autismo, y otros-. Es el manual diagnóstico de trastornos mentales más utilizado en la Argentina en la actualidad y el de uso corriente en las juntas examinadoras de salud mental.

Criterios Diagnósticos para TEA:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento socio anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

(Especificar la gravedad actual) La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

(Especificar la gravedad actual)

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Parte 1. Hacia una delimitación nosológica del autismo.

1.1. Relatos históricos

Esta primera parte del trabajo se abocará al recorrido histórico del *autismo* como cuadro nosológico en la psicopatología de la infancia. Partiendo de los primeros escritos históricos y rastreando los orígenes de su concepción, se trazará el camino desde la acuñación del término, pasando por los estudios y abordajes terapéuticos iniciales para arribar al terreno marcado por un vértice psicoanalítico.

La conceptualización y delineación de un cuadro es el resultado de una síntesis que requiere ser detallada en sus elementos. Se compone del interés y la curiosidad de profesionales avezados en la materia, de teorías de la mente y supuestos teóricos que dirigen una investigación, de marcos institucionales (clínicas y hospitales que enmarcan la labor y le dan un sentido), de horas y meses de trabajo mancomunado, de necesidades/demandas diversas (concernientes a la salud de una sociedad como así también necesidades político-económicas). La conjunción de estos elementos da como resultado la aparición de nuevas nosologías, diagnósticos, tratamientos y pronósticos. Por sobre todo implica una ampliación del conocimiento sobre la naturaleza de la mente humana, sus procesos invisibles y los mecanismos que dan lugar a la patología. El malestar, el sufrimiento y la desesperanza participan constantemente del “estar enfermo”, y son en nuestra especialidad, los factores más determinantes para el establecimiento y posibilidad de un proceso analítico.

Más aún, los términos y palabras elaboradas para distinguir las particularidades específicas del cuadro son el producto de una larga tarea clínica de investigación que intenta asir en lo manifiesto la existencia de mecanismos psíquicos del funcionamiento mental, que son preexistentes al estudio científico. Así es posible hallar relatos históricos sobre personas que previa cualquier formulación diagnóstica, presentaban características semejantes actualmente a las descritas en los cuadros de autismo. Johannes Mathesius (1504-1565) fue cronista del monje reformista Martín Lutero (1483-1546), y dio cuenta en sus escritos de la existencia de un muchacho de 12 años sobre quien el segundo decía que “*el muchacho no era más que una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo, respecto al cual sugirió que debería morir asfixiado*”, (Artigas Pallerés & Paula, 2012, p.568).

En un escrito anónimo datado del Siglo XVII, *Las florecillas de San Francisco*, y dedicado a las historias del santo, se describe a un Fray Junípero quien “*no comprendía las claves sociales o el lenguaje pragmático, no detectaba la intencionalidad del comportamiento de los demás, no se adaptaba a las diferentes convenciones sociales y mostraba dificultades para comprender la comunicación no verbal*”, (ídem). Una graciosa anécdota ejemplifica su comprensión literal de los mensajes. Asistiendo a un enfermo, como es costumbre en los claustros eclesiásticos, el Fray Junípero pregunta en qué puede serle de utilidad. El enfermo responde, cual expresión de deseo, que sería un verdadero consuelo un trozo de jamón. El fraile abandonó los aposentos en dirección al bosque cercano y obstinado en su misión rebanó la pata de un cerdo que encontró, volvió al convento dejando al pobre animal sangrando, cocinó la pata y la entregó al enfermo con celeridad.

Hacia el Siglo XVIII se produce un gran revuelo concerniente a la aparición de un niño abandonado en los bosques de Aveyron, quien luego se bautizó como Víctor, el salvaje de Aveyron. El niño, al cual se le estimaba 12 años, no respondía a las comunicaciones ni los códigos sociales, no hablaba, no solicitaba ni demandaba nada. Las características con que describían al muchacho fueron tiempo después contempladas desde la visión del autismo por la escritora Harlan Lane y la psicóloga cognitiva Uta Frith.

También hacia 1779, John Haslam, rescatado en la literatura médica por Vaillant (1962), describe la admisión de un niño autista en el asilo Bethlehem de Londres. Se trataba de un pequeño de 5 años que hubo padecido sarampión a temprana edad. Su comportamiento era llamativo. Muy activo y difícil de controlar. Poseía ideas erróneas sobre la distancia a la hora de alcanzar objetos con su mano. Hablaba de sí mismo en tercera persona. Mostraba satisfacción observando e imitando a otros niños del entorno, pero siendo incapaz de interactuar directamente con ellos, se mantenía absorto en un juego aislado.

En 1921, Darr y Worden (1951) estudian a un niño autista de cuatro años en el hospital John Hopkins de Baltimore. Institución donde años más tarde Kanner haría sus exposiciones del tema.

Más adelante en el siglo XX, surgirán nuevas luces para observar con mayor precisión estas llamativas características.

1.2. Autismo. La elaboración del término y su conceptualización.

Se debe a Paul Eugene Bleuler, psiquiatra suizo, la confección de la palabra *autismo* con el significado siguiente: repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo generando un mundo cerrado apartado de la realidad y la consiguiente dificultad de comunicarse e interaccionar con otros. Lo presenta en su artículo *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias* (1911), para el *Tratado de Psiquiatría* de G. Aschaffenburg. En él dejaba planteada una diferenciación nominal de la demencia precoz como la había estipulado E. Kraepelin. Su visión enfocaba al mecanismo de la escisión como el principal conector del grupo de las esquizofrenias, hasta entonces consideradas como cuadros de demencia precoz cuyo curso era progresivo y deteriorante. Bleuler escribe:

(...) una lesión particular y completamente característica es la que concierne a la relación de la vida interior con el mundo exterior. La vida interior adquiere una predominancia morbosa (autismo) (...) El autismo es análogo a lo que Freud llama autoerotismo. Pero para Freud, erotismo y libido tienen una significación mucho más extensiva que para las otras escuelas. (p.71-72)

La utilización de la palabra *autismo*, posee en su etimología griega una combinación de dos términos: *autos* que significa uno mismo, y el sufijo *ismo* que indica modo de estar; dando como resultado un modo predominante de estar consigo mismo. Y como señalara la cita anterior, un modo llamativamente *morboso*, inusual, que el autor distingue como síntoma en los cuadros de esquizofrenia.

Los esquizofrénicos más graves, que han perdido todo contacto con el mundo exterior, viven en un mundo propio. Se han encerrado con sus deseos y anhelos (que consideran realizados) o se ocupan en los pormenores y milagros de sus ideas persecutorias; se han aislado cuanto han podido de cualquier contacto con el mundo exterior. El apartamiento de la realidad, junto con el predominio relativo y absoluto de la realidad interior, es lo que nosotros llamamos autismo. (p.39)

Será útil tomar nota que la conceptualización se realizó sobre pacientes adultos, como toda la psicopatología psiquiátrica de entonces. El cuadro más emparentado con edades menores era la hebefrenia, de usual comienzo durante la adolescencia, de ahí su proveniencia, Hebe (diosa griega de la juventud). En todo caso, las esquizofrenias se incluyen en el grupo de las psicosis que eran observables, para entonces, en la edad adulta. Y el autismo una de las características definitorias de la esquizofrenia, mas no un cuadro independiente de ellas y hallable en la población infantil.

En el período de entreguerras (Primera y Segunda Guerra Mundial) se comienza a establecer y conformar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que aún no incluía los trastornos mentales. Recién después de finalizada la Segunda Guerra y de instaurada la Organización Mundial de la Salud se da un segmento especial a la descripción de enfermedades mentales en adultos (CIE-5, capítulo V), aún sin diferenciación de la población más joven. El objetivo de la clasificación era llevar una estadística entre los varios países incorporados a la ONU a partir de una base común. Esto permitió integrar una psicopatología en comunicación con otras sociedades del mundo, cuando hasta el momento cada país poseía una nosología y un estudio propio y particular de las enfermedades mentales. De aquí se hace entendible, en adelante, que haya habido un incremento de los diagnósticos de patologías mentales.

Fue precisamente en 1943, cuando Leo Kanner publica *Disturbio autístico del contacto afectivo*, y testimonia 11 casos de niños pequeños cuyos cuadros clínicos presentaban: inmovilidad del comportamiento, soledad y retraso o dificultad en la adquisición del lenguaje. Se trataba de un profundo aislamiento obstaculizante para el contacto con otras personas, un deseo obsesivo por preservar la identidad rechazando y evitando cualquier modificación que la perturbara, y una intensa relación con los objetos; se agregaba el detalle de una fisonomía inteligente y pensativa.

En primer plano se destacaba la ambición por vivir en un mundo estático, sin cambios, siempre idéntico. Este es considerado el primer texto médico académico (psiquiatría) de estudio sistemático que describe la conducta autista en niños. La causa de tal manifestación patológica radicaba en una relación anormal con las figuras parentales. Vale agregar que luego se comprobaría que varios de los niños estudiados por el autor sufrían de epilepsia y otras enfermedades neurológicas como genéticas, dando por inválida el planteo causalista ubicado en la anómala relación parental.

Kanner planteó *autismo infantil precoz* para definir el cuadro psicopatológico que agrupaba a estos niños. Sostenía la hipótesis de una incapacidad innata para establecer el contacto afectivo normal con otras personas. Y como reza la siguiente cita, lo diferenciaba de la esquizofrenia:

En tanto que el esquizofrénico intenta solucionar su problema abandonando un mundo del que había formado parte y con el cual mantenía un contacto, nuestros niños llegan progresivamente al compromiso consistente en el tanteo prudente de un mundo en el cual han sido extraños desde el principio. (1943, p. 37).

Hans Asperger publica en su tesis doctoral de 1944 a 4 muchachos, mayores a los niños de Kanner, con un denominador común: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para las amistades, lenguaje pedante y repetitivo, comunicación no-verbal pobre, desmesurado interés por ciertos temas, torpeza motora y mala coordinación. Se refería a ellos con el cuadro de *psicopatía autística*, e incluso los llamaba pequeños profesores por el nivel de detalle y precisión que poseían para determinadas áreas. Fija el comienzo del cuadro alrededor de los 2-3 años de edad y sostiene un origen constitucional y hereditario.

Su trastorno fundamental radica en una limitación del contacto personal para con las cosas y las personas (...). Tales niños permanecen sentados, absortos en su juego o en su ocupación, lejos en un rincón; o también en medio de ruidosos y alegres hermanos o compañeros, pero completamente aislados, como cuerpos extraños, ajenos a todos los ruidos y a todo movimiento, encerrados en lo que están haciendo, rechazan cualquier solicitud del exterior, y se muestran muy enojados e irritados si se les interrumpe". (1966, p. 86).

Años más tarde, en 1981, Lorna Wing se ocupará de revalorizar sus aportes proponiendo para el cuadro el nombre de su creador, síndrome de Asperger.

Pero no vayamos tan rápido. Regresemos unos años atrás, cuando Bruno Bettelheim publicaba *La fortaleza vacía* (1967). En dicho texto detallaba el trabajo realizado en la Escuela Ortogénica Sonia Shankman de Chicago donde se recibía a niños afectados con autismo. La

escuela poseía una modalidad de internado y varios profesionales trabajaban a diario con un grupo reducido de pacientes. Varios de ellos afectados gravemente como se puede leer en los tres historiales contenidos en la obra. El autor, de formación psicoanalítica, realiza una apreciación teórica sobre la patología en concordancia con los puntos señalados por los otros autores: niños con una fuerte tendencia a mantener una realidad sin cambios, inactividad, dificultad en la adquisición y uso del habla, ensimismamiento patológico, ausencia de juego. La obra también incluía una alusión bibliográfica a los trabajos en la materia por parte de diversos autores, Rimland entre otros.

Lamentablemente se suscitaron circunstancias que opacaron y dejaron en gran cuestionamiento el legado de su autor. Sin embargo es interesante que su lectura emparenta al autismo con conductas defensivas que él mismo vio en los campos de concentración alemanes cuando estuvo prisionero. Allí algunas personas, “musulmanes” como les decían, desarrollaban un tipo de defensa caracterizada por el abandono y el distanciamiento de cualquier actividad que los conectara con la vida. Una barrera. En añadidura, anteriormente a su encarcelación en los campos, Bettelheim hubo recibido en 1932 a una niña con condiciones similares al autismo, a quien alojó en su hogar. La niña convivió junto a la familia Bettelheim por varios años y esto habría sido una de las experiencias preliminares en el campo, sin haberse establecido aún el cuadro psicopatológico.

Tanto la terminología como la teoría de Bettelheim corresponden a un pensamiento de la *ego-psychology* donde el foco se concentraba en el desarrollo del sí-mismo. Entendía que los niños autistas establecen un tipo de relación distinta y peculiar, donde los primeros contactos con la madre y la crianza son aspectos causales fundamentales. Se refería al mecanismo de defensa utilizado por ellos como *represión total* de los afectos ambivalentes, como parte de una fuerte decepción vivida con el pecho. Esta obstaculización en el mismo origen de las fases libidinales era el detonante teórico en que basaba su concepción. La misma represión anularía toda actividad afectiva dentro de la mente por considerarla en extremo peligrosa para las relaciones y lograría un alejamiento de las relaciones y una supresión del odio. Su extensa labor con estos niños le permitió constatar que al recuperarse del estado más profundo de la enfermedad, manifestaban un odio explosivo.

El conocido artículo *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo* (1930), de Melanie Klein es un lugar común en cuanto se refiere al abordaje psicoanalítico del paciente autista. La descripción del paciente Dick parece coincidir con lo postulado posteriormente

como autismo. Sin embargo, el foco de la autora se coloca principalmente en la posibilidad de acceder al uso de símbolos, y el resto de los aspectos del cuadro quedan en un segundo plano.

1.3. ¿Orgánico o psicológico?

Este breve recorrido histórico acompañado por las ideas centrales de cada autor, permite observar cómo se conformó el concepto de *autismo* y delimitó un campo de acción en la psiquiatría pediátrica (paidopsiquiatría). Es notable cómo avanzando en el siglo XX, la visión sobre la infancia fue ampliando y formalizándose en sus derechos como en la psicopatología que podía afectarlos desde temprana edad. La teoría del mismo Freud propugnaba eso. Una mayor contemplación del niño y su actividad mental. No como un adulto en potencia, sino como un ser con sus propias características.

Así mismo, es claro cómo Bleuler establecía que los síntomas partían de una lesión cerebral, una causa orgánica. Y Kanner compartía una postura similar acerca del autismo, como el producto de una incapacidad innata. Asperger por su parte mantenía la misma idea sobre una causa constitucional y hereditaria. Bettelheim es el único que se aparta, por su formación en teorías psicodinámicas, planteando un origen central del cuadro ligado a las primeras relaciones con la madre, además de las características del bebé frente a las desilusiones del ambiente. Su interpretación pone el foco en una explicación psicológica, a diferencia de los autores mencionados que adscriben a una causalidad organicista.

Hecha esta sucinta revisión de los autores, queda explicado cómo diferenciar la patología con inicio en la infancia y demarcar, cada vez con mayor claridad, al autismo del campo de las psicosis; entre ellas, la esquizofrenia. Otorgándole su propio campo de definición y por ende, una práctica clínica específica.

Parte 2. Psicologización del desarrollo infantil. El inicio de la observación de bebés.

2. 1. Las investigaciones de bebés en la segunda mitad del S. XX.

Hasta aquí hemos abordado cuestiones específicas en derredor a la conceptualización teórica y práctica terapéutica sobre el autismo, en una suerte de cronología ordenada especialmente vinculada a la psiquiatría moderna. Si bien los siguientes autores realizaron sus estudios y ediciones por los mismos años que los anteriormente citados, están decididamente agrupados en este otro segmento, ya que sus aportes teóricos al psicoanálisis, y a la psicología en general, han sido focalizados en el desarrollo y organización de la *psique* junto a las relaciones interpersonales durante los primeros años de vida. Como fue mencionado antes, varios de ellos citados y tomados en cuenta por Bettelheim en su obra *La fortaleza vacía*.

Hacia 1950 la OMS publica un informe sobre el papel de los cuidados maternos con el bebé como base para la salud mental: *Cuidados maternos y salud mental*. Tal documento fue un encargo dirigido a John Bowlby por Hargreaves, psiquiatra británico designado jefe de la Sección de Higiene Mental de la OMS. Este se encontraba entusiasmado en pregonar la visión psicoanalítica sobre las consecuencias psicopatológicas que se desprendían de las negligencias tempranas. Bowlby, quien ya se encontraba estudiando finamente las reacciones en la relación madre-hijo que luego conceptualizaría en su teoría del apego, respondió a la solicitud con ánimos. El psicoanálisis era convocado a nivel mundial. Los estudios sobre la dependencia infantil se basaban en su mayoría en comparaciones con animales superiores analizados desde la etología. Se requerían estudios más adecuados acerca del objeto en cuestión, el infante humano.

La línea temporal trazada desde el comienzo del trabajo, permite vislumbrar cómo el conocimiento sobre la mente infantil surgió primero como una especulación reconstruida desde personas adultas afectadas psicopatológicamente, acercándose gradualmente al campo de la observación directa de bebés y niños. Tal movimiento progresivo significó una ampliación y cuestionamiento de muchos de los planteos teóricos efectuados con anterioridad. Pero detengámonos en el informe de Bowlby, para empezar.

El autor expresaba en su tesis que los cuidados maternos son esenciales en el transcurso de la primera infancia. La salud mental se encuentra estrechamente ligada al establecimiento de vínculos armónicos y constantes con una figura de apego primaria. Esto determina un marco regulatorio para el despliegue de los sentimientos de amor y odio con los que nace dotado todo ser humano. El análisis de las consecuencias que la criatura sufría a razón de una privación materna, falta de cuidados afectuosos y dedicación especial, determinaba reacciones como ansiedad aguda, desmedido anhelo de amor, sentimientos de venganza, culpa y depresión. Tales sentimientos y angustias resultaban de una medida insostenible para la prematura organización de la mente infantil, considerándose factores causantes de futuros problemas de personalidad (psicopatías, delincuencia, pobre adaptación al medio social, etc.).

Tal informe produjo una ola de psicologización de la infancia que alcanzó todas las costas. En el caso de la Argentina, de la mano del Dr. Florencio Escardó. No se trataba de buenas costumbres o consejos acerca del maternaje, o incluso la relevancia del sistema familiar como pilar fundacional para el niño, sino de estudios científicos pormenorizados y avalados por los *corpus* teóricos del psicoanálisis. A la par, las corrientes conductistas y cognitivas lanzaban sus propios enfoques sobre la materia tratada.

Para Bowlby, el apego es un sistema de comportamiento adaptativo fundamental para la supervivencia del niño/a, particularmente en una especie que necesita del cuidado del otro o que depende de la proximidad constante de adultos que realicen las funciones de protección, alimentación, *comfort* y seguridad. Su postura se distinguía incluso del psicoanálisis tradicional, creándose más tarde una denominación específica para situarlo dentro de la sociedad británica, el *middle group*. Su interacción continua con grupos de etólogos imprimió un sesgo biológico evolucionista en el resto de su teoría.

En este sentido, Freud sienta las bases del relacionamiento madre-hijo en la necesidad de gratificación oral, mientras que Bowlby ubica el núcleo de esta relación en el interés y en la predisposición arcaica a establecer vínculos con el otro. *“La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, que es, por tanto, primero y por encima de todo, un regulador de la experiencia emocional”* (Fonagy, 1999, p.5).

2.2 El marasmo y las afecciones de la temprana infancia.

Por ese mismo tiempo, pocos años antes incluso, René Spitz publicaba textos con numerosa evidencia de observación directa. Médico y psicoanalista de origen vienés, trató y se analizó directamente con Sandor Ferenczi, hubo de emigrar a los Estados Unidos para escapar a la persecución judía por parte del régimen nazi. Sus estudios en analizar las graves consecuencias de la institucionalización (1945) fueron el inicio de un largo recorrido que lo acercaría a la observación de bebés. Es de los primeros en destacar los aspectos negativos que muchas instituciones manicomiales y hospitalarias tenían para con sus internos. Entre ellas, los orfanatos que se ocupaban de criar y sostener a miles de huérfanos. La posguerra constituyó un factor determinante para dicha condición. Volviendo a los orfanatos, dichos lugares ofrecían cuidados elementales y básicos para la vida, pero desprovistos de afecto e intencionalidad amorosa; además de tratarse de ambientes poco acogedores o estimulantes. Spitz aprende con precisión el efecto que dichas condiciones tenían sobre los neonatos y bebés muy pequeños (más allá de la gran cantidad de contagios, infecciones y transmisión de virus que eran parte del hospitalismo), llegando a constatar que en muchos casos era observable un fuerte tipo de depresión. Tal así que el pequeño afectado perdía peso gradualmente, se deslucía perdiendo vitalidad, disminuía considerablemente su actividad, la expresión en el rostro claudicaba junto con el ánimo y en casos muy severos, acababa muriendo. Triste como suena, la evidencia obligó a Spitz a entender qué ocurría en los infantes para alcanzar tal abandono de las fuerzas vitales.

La *carencia afectiva crónica*, como él propuso, implicaba una prolongada ausencia de cuidados maternos que producía fuerte impacto en el bebé pequeño. Este tipo de depresión infantil era una reacción masiva frente a las privaciones dentro de la interrelación con las cuidadoras. Falta de trato afectuoso, canciones y nanas, pocos gestos faciales. Si tal situación se corregía prematuramente, el cuadro era pasible de ser revertido. Pero cuando dichas condiciones se prolongaban en el tiempo un gran daño se hacía definitivo en las criaturas. La misma situación se relacionó con los cuadros de autismo, otro tipo de reacción defensiva frente a las privaciones ambientales como proponía Bettelheim. Por sobre todo echó luz sobre la importancia cabal que

tienen en el cuidado y la crianza los aspectos ligados al amor y la reciprocidad comunicativa desde el nacimiento.

El crecimiento y desarrollo psicológico dependen del establecimiento y despliegue progresivo de las relaciones de objeto cada vez más significativas entre madre-hijo. La tarea principal del bebé durante el primer año de vida es sobrevivir, y todos sus esfuerzos se concentran en lograr un sistema de adaptación al ambiente. Durante varios meses dependerá para ello de la participación de la madre en una diada colaborativa, y gradualmente irá desplegando sus propias potencialidades, haciéndose cada vez más independiente. Según el autor no habría procesos intrapsíquicos desde el nacimiento, ni algo asemejable al pensamiento. Como tampoco percepción, ni voluntad. El bebé se encuentra psicológicamente indiferenciado de su madre, con quien se halla ligado para subsistir. Sólo la maduración y el desarrollo pondrán en marcha una diferenciación (1945).

Spitz también dedicó otra obra al desarrollo infantil, *El primer año de vida del niño* (1965). Allí destaca el valor del clima afectivo en la diada madre-bebé para el establecimiento de una comunicación fluida de acción y respuesta, un diálogo que será enriquecedor para que el infante ponga en funcionamiento los organizadores de la psique. Base fundacional para la integración psíquica y la estructuración progresiva de la personalidad. El diálogo estaría supeditado a un lenguaje no-verbal privado y exclusivo de la relación. Los gestos faciales, vocalizaciones, los movimientos y tiempos de interacción serían los elementos para el establecimiento de la comunicación. El propósito de este sistema es sostener, mantener y enriquecer mutuamente la dualidad.

...nos demuestra que la ausencia de relaciones objetales causadas por la carencia afectiva detiene el desarrollo en todos los sectores de la personalidad y [...] además hace imposible la descarga de impulsos agresivos, y el lactante vuelve la regresión hacia sí mismo y presenta incapacidad de asimilar la comida, e insomnio. Luego son niños que se atacan activamente a sí mismos, dándose cabezazos contra sus cunas, pegándose con el puño y arrancándose mechones de pelo. Este deterioro puede progresar hasta llevarlo al marasmo y a la muerte. (1965, p. 205)

En detalle, ocurre una defusión de los dos instintos, vida y muerte, y la agresión, separada del impulso libidinal, se vuelve sobre el niño privado de provisiones afectivas, y esto produce un deterioro incapacitante. Tal detención propia de la depresión anaclítica se revierte con el retorno del objeto libidinal, y detiene el desarrollo patológico. Es entonces que el fenómeno de una refusión parcial de los impulsos tiene lugar y el pequeño recupera rápidamente su actividad.

... en el estado normal de fusión de los dos impulsos, la agresión posibilita el hecho de dirigir los dos impulsos hacia lo que le rodea, esto lleva a la neutralización del impulso. Para esta neutralización se requiere una integración en el yo, esto sólo se alcanza al final del último trimestre del primer año. La primera fase mayor de la integración del yo acontece entre el octavo y decimoctavo mes de la vida y acaba cuando se adquiere la función simbólica del lenguaje. (idem, p.199)

Se debe a este autor, una gran labor de estudio e investigación prolongada con métodos de observación directa y pruebas en el desarrollo, ampliando el conocimiento sobre los primeros años de vida basándose en material fundado.

2.3. Depresión psicótica y peligro de derrumbe.

Siguiendo las líneas esbozadas acerca del vínculo madre-bebé y en sintonía con las bases de la teoría psicoanalítica, Donald Winnicott se ocupó de comprender cómo la disposición de la madre para con el bebé es el principal factor para el establecimiento de la relación objetal y el acceso a la realidad. El desarrollo gravita en la gradualidad con que la madre ilusiona y desilusiona al bebé, ofreciéndole momentos de gratificación y frustración moderada. Manteniendo un ritmo equilibrado y constante para que el bebé se ligue psíquica y somáticamente con el pecho, el primer vínculo de dependencia absoluto para la supervivencia y condición de acceso a la identidad humana. La maduración mental comienza con un estado de dependencia absoluta que conforme el bebé avanza en su evolución biológica conduce hacia una relativización, y más adelante hacia la independencia. Sin embargo, al comienzo de la vida, el bebé se pone en contacto con un objeto que no alcanza a distinguir si es propio o ajeno. Tampoco es capaz de reconocerse ni valerse por su cuenta. El

vínculo con el pecho, como objeto parcial aún no vislumbrado en conexión a la madre, es de un carácter difuso y satisfactorio. El no poseer una clara noción de él lo convierte en una experiencia fantástica (que despierta la actividad mental), en la cual no se sabe a ciencia cierta si le pertenece a él o es parte de otro. El yo se presenta como una pequeña organización promisorio aún desintegrada. Las vivencias físico-biológicas deben ligarse dentro de una secuencia continua para adquirir sentido.

Durante la dependencia absoluta el sostén y atención dedicadas al cuerpo y psiquismo del bebé sentarán las bases para la integración progresiva de su yo. Cuando se logre establecer tal dinámica, el bebé será capaz de experimentar una continuidad vital en el desarrollo de su sí-mismo. Alimentándose de un pecho ilusoriamente creado por él (omnipotencia de la mente) y sintiéndose contenido dentro suyo. Tolerando los momentos de decepción y separación, donde la realidad externa se impondrá con sus leyes y distancias. En estos primeros meses de vida se establece una zona intermedia que atraviesa difusamente la mente infantil, pecho de por medio, y la madre como objeto total. Esta zona es conocida dentro de la teoría de Winnicott como *espacio transicional* (1971). La verdadera base mental, con raíz en la experiencia corporal, donde se funda el área de intercambio con todos los objetos de la realidad.

Aquello que a lo largo del tiempo formará su reconocimiento como persona única depende absolutamente de estas variables. La asistencia en los momentos de mayor necesidad. El cuidado solícito y personal hacia su ser. La superposición entre realidad interna (subjetiva) y realidad externa (objetiva, compartida por todos) cuando se gratifica con el pecho y siente que él lo ha colocado allí para su satisfacción. Luego se agregarán los diálogos pre-verbales y los juegos con la madre, junto a otros elementos importantes que darán paso a una dependencia relativa. Pero en principio, estos son los vértices principales que comienzan a delinear el área de identidad humana para el bebé. La esencia por la cual podrá sentirse reconocido como único.

Las perturbaciones, sean por fallas ambientales o motivos endógenos, ponen en peligro al bebé de quedar expuesto a ansiedades desbordantes, imposibles de contener por su sistema aún muy débil. Cuando esto ocurre a repetición y deviene una constante, se ponen en acción mecanismos defensivos de todo tipo. Winnicott se dedicó a perfilar cómo la depresión psicótica, el peligro de derrumbe y la angustia sin nombre, son manifestaciones defensivas frente a las fallas en la constitución subjetiva. Pongamos atención en esto.

La vivencia interior es que el yo se destruye y fragmenta físicamente, y la identidad corre grave peligro de desgarrarse. Tal depresión mencionada es la reacción frente a una ruptura en la continuidad vital que mantenía unida ilusoriamente toda la experiencia del niño, haciéndolo sentir el mismo cada vez. La ruptura acontecida prematuramente, marcada por una separación trágica de la unidad madre-hijo, implica un daño corporal no representable. Que desemboca en la vivencia terrorífica de haber perdido el pecho y junto con él, la propia boca. Ahora convertida en un agujero por donde se derraman todos los productos corporales. La autosensorialidad sería uno de los caminos para protegerse contra una separación tan brutal. El pecho se ha perdido por un desgarramiento (psique-soma) y el cuerpo se ha fragmentado en pedazos. El acento de Winnicott recae en la discontinuidad que fractura por completo toda posibilidad de contener física y psíquicamente al pequeño. Dando paso a angustias de gran desvalimiento, caída sin fin, cuerpo desmembrado. En las próximas secciones del trabajo retomaremos estos puntos a la luz de desarrollos posteriores.

El autor también dedicó sus esfuerzos al análisis de las fantasías que atraviesan las mentes de la madre y el padre a lo largo del embarazo, durante el parto y primeros meses de vida del infante. Y cómo el aspecto físico objetivo del cuidado infantil se sustenta en la vida de fantasía y qué tipo de procesos se llevan a cabo internamente.

Para concluir, Winnicott (1989) expone que la organización defensiva se erige para hacer frente a la fragmentación del *self*, no frente a la angustia de castración. Detalla los distintos tipos de reacción defensiva que pueden manifestarse en cada situación y la ansiedad contra la que se protege: la desintegración (un retorno a un estado no integrado); el auto-contenerse (la caída interminable); la despersonalización (la pérdida de ligazón psico-somática); estados autistas (pérdida de la capacidad para relacionarse con objetos).

2.4. ¿Autismo normal?

Desde 1952 Margaret Mahler, pediatra y psicoanalista austríaca, presenta una teoría sobre el desarrollo de las relaciones objetales que planteará debates y discusiones dentro y fuera de la disciplina psicoanalítica. Extenderá sus estudios y aportes hasta los años setenta, cuando publica *El nacimiento psicológico del niño humano: simbiosis e individuación* (1975). A partir de observar varios

bebés en clínicas y hogares, se decide a investigar cómo el yo del recién nacido se va conformando luego de la vida intrauterina. Sabido está que desde el nacimiento el pequeño requiere de los cuidados más absolutos para asegurar su existencia biológica y psicológica. Para alcanzar dicho objetivo, la madre se amolda y dispone por completo a sus necesidades, generándose de este modo una fusión entre ambos, una unidad madre-bebé. El interés de Mahler radicaba en estudiar el desarrollo normal a luz de las etapas libidinales propuestas por Freud, pero por sobre todo, distinguir fases precisas desde los primeros meses de vida que permitan comprender acabadamente cómo el infante conquista la independencia. Su larga experiencia con niños y adultos psicóticos la estimuló al estudio de fenómenos simbióticos en los albores de la vida. Así entonces podría rastrear que las psicosis tenían raigambre en esa díada fusionada que la madre creaba para con el bebé, y que las fallas en ésta o en las siguientes etapas del crecimiento serían los factores determinantes de la patología psicótica.

La investigación pormenorizada de bebés recién nacidos a lo largo de los primeros 12 meses, conduce a Mahler a plantear tres fases distinguibles en el proceso de separación-individuación: 1). Autismo normal. 2). Simbiosis normal. 3). Separación-individuación (compuesta de cuatro sub-fases). Está a la vista que la autora entiende que durante los primeros 2 meses de vida, el bebé atraviesa un estado que titula *autismo normal*. Quizás sea la primera investigadora psicoanalítica en proponer que todo ser humano atraviesa, en los comienzos de su vida, una etapa de autismo. Lo denomina autismo puesto que el bebé no sería capaz de atender y distinguir estímulos externos de internos, y que su experiencia vital pareciera recubierta de un caparazón protector que lo aparta del mundo. Lamentablemente los estudios de Mahler y sus colaboradores fueron ampliamente rebatidos por investigaciones posteriores (Stern, 1985 y Dornes, 1993) que demostraron no sólo que los métodos utilizados eran insuficientes, sino que los bebés poseen un sistema perceptivo suficientemente diferenciado.

Aún así, durante largos años quedó establecido en la literatura científica la distinción entre un autismo primario *normal* y un autismo secundario *patológico*. Sin dudas el aporte más relevante de Mahler es la detección de un impulso innato en el ser humano que lo dirige hacia la separación e individuación. Autores como Erickson (1950) hubieron sostenido este mismo principio años antes.

2.5. Un psicoanálisis de consulta.

Si el primer apartado del trabajo ubicaba un trazado por las diversas causas en la etiología del autismo, este segundo se concentró en puntualizar la mirada psicoanalítica acerca del desarrollo mental y las primeras consideraciones en torno a una fase de autismo normal en todos los bebés. Por ese lado se esboza una sutil reconsideración acerca de la patología, que dará pie a múltiples distinciones diagnósticas. La utilización de las teorías metapsicológicas marca una diferencia sustancial entre las diversas corrientes psicológicas que se dedicaron a estudiar el psiquismo infantil.

Los cuatro autores (Bowlby, Spitz, Winnicott, Mahler) continúan teniendo un gran predominio como bibliografía de consulta sobre desarrollo temprano y patologías de la infancia, incluso fuera del psicoanálisis. El campo de la psicología cognitiva los cita como referencia, si bien estableciendo diferencias y críticas sobre sus aportes. Sin duda la apreciación sobre el papel de las relaciones primarias en la integración de la mente y el establecimiento del yo, son los puntos más atractivos para las demás teorías. Pero dentro del campo psicoanalítico han surgido aún más enfoques sobre el autismo que no han sido justamente valorados como capital teórico.

Parte 3. El trazado de una geografía mental para los estados autistas.

3.1. Identificación adhesiva y segunda piel.

Esther Bick, discípula directa de Klein, se encargó durante varios años del dictado de clases sobre la práctica en Observación de Bebés, dentro de la currícula obligatoria de la Sociedad Británica para la formación de analistas. Publicó dos artículos, sintéticos y prácticos para su aplicación en el campo clínico del *autismo*. Con ellos propuso dos ideas únicas, las cuales han devenido centrales para la comprensión de los procesos autistas: la identificación adhesiva y los fenómenos de segunda piel. Ambos resultan herramientas clínicas útiles para ampliar el campo de exploración y trabajo con pacientes de su patología.

Desde sus comienzos, el concepto de identificación ha sido raíz y nudo en toda la teoría psicoanalítica. En los cien años que esta disciplina ya cuenta en su historia, la identificación ha sido debatida y particularizada cada vez con mayor especificidad. Así, en la línea *poskleiniana*, podemos hallar identificación *proyectiva*, *intrusiva*, *adhesiva*, *introyectiva*.

La identificación adhesiva aportada por Bick es localizable en el trabajo con pacientes autistas, casi a diario. Se trata de un modo defensivo bi-dimensional, por medio del cual el paciente se pega sobre el objeto, piel a piel. O bien tomando la mano del terapeuta como una extensión propia para realizar una acción. O bien la imitación de sus actos, y a nivel verbal, la ecolalia. Modos de saludar, arreglos estilísticos, tonos de voz. Todos estos elementos pueden ser superficies atractivas para que el paciente se adhiera externamente, sin ninguna diferenciación visible.

Es una defensa tendiente a proteger contra ansiedades catastróficas sentidas como caer infinitamente, licuarse, o romperse en pedazos –como se mencionó en la sección anterior-. Dado que el yo se encuentra gravemente afectado en el desarrollo de sus capacidades, ha quedado detenido en el nivel de yo corporal. La vivencia en cuestión, entonces es mucho más trágica pues están en juego la ruptura y disolución de partes del cuerpo. La autora llegó a plantear una posición adhesiva, previa a las esquizo-paranoide y depresiva de Klein. Aún más, concebía que la identificación adhesiva podía ser parte normal de los procesos primitivos de identificación, llegando a

distinguir entre una adhesividad normal y una patológica. Para encadenar lo anterior, es una defensa contra cualquier sentimiento de separación corporal, que despliega un contacto de auto-sensualidad pura, opuesto al vínculo emocional de la relación objetal (1982).

En relación a la segunda piel, Bick la describe como el endurecimiento compensatorio debido a la deficiente integración de la pantalla protectora que contiene al yo. El desarrollo normal incluye la concepción de una piel psíquica como parte de la formación yoica. Una barrera protectora y de intercambio sobre la línea que demarca adentro/afuera del *self*. O como Bion la entendía, la pantalla para las proyecciones de la mente. La concepción normal de la piel psíquica se visualiza con permeabilidad necesaria/suficiente para mantener una comunicación con las percepciones internas y externas. La idea de una envoltura con capacidad continente es la imagen final que más nos interesa para este análisis. Cuando se presentan fallas, el mecanismo de recubrir los agujeros con una segunda capa más fuerte y fija se presenta como solución para así evitar el desbordamiento y ulterior fragmentación. Se mantiene unido al *self* por una coraza similar a la armadura medieval de un caballero. Esta base dará lugar, más tarde, para la idea de caparazón autista.

Entonces, la adhesividad patológica es aquella donde se permanece rígidamente pegado a un objeto inanimado, no vibrante emocionalmente. Y la segunda piel, una defensa contra la separación y disolución sin límites.

3.2. Desmantelamiento y desmentalización.

Demos un salto para integrar la visión espacial de Donald Meltzer sobre la geografía mental y qué ha podido aportar al estudio del autismo. Se trata de la concepción de la experiencia del mundo a partir de la uni, bi, tri y tetra dimensionalidad. La perspectiva geográfica (1967, 1975 y 1992) sobre la relación del *self* con el objeto, con experiencias de interioridad y exterioridad, ayudó a comprender el alcance funcional de la identificación proyectiva e introyectiva. Pero mucho más a conocer la base fundacional de la vida mental compleja, la interioridad y los modos de ingresar, junto con los espacios que se desarrollan en ella; y que en definitiva, constituyen los lugares de clausura para ciertas partes de la personalidad. En el libro, *Exploraciones del autismo* (1975), presenta junto a

varios colaboradores, las conclusiones extraídas del análisis prolongado de diversos niños gravemente afectados por autismo.

Se inicia aclarando que la no-integración es una condición distinta a la fragmentación *kleiniana*, que implica necesariamente en su accionar cierto impulso destructivo que separe activamente las partes en porciones de menor cantidad, para atacar sus vínculos asociativos, anulando la perturbación intolerable que implica el dolor mental. En cambio, la no-integración es el efecto de una suspensión pasiva, sin esfuerzo ni *sadismo* en juego, que apaga los sentidos momentáneamente, en el lapso de un llamado *estado autista*. Todo trabajo de percepción del mundo interno/externo queda afectado por esta desconexión. Inclusive la atención busca concentrarse, quedarse prendida a cualquier objeto captante del mundo exterior que permita sostener, aunque sea de un hilo por el rabillo del ojo.

Hecha esta distinción, Meltzer describe el proceso autista que bautiza como desmantelamiento. Un mecanismo que por su actividad conduce, en definitiva y cuando se establece como habitual en el funcionamiento mental, a la vacía desmentalización. La pérdida de interioridad. Sin espacio dentro del *self*, y por lo tanto sin espacio dentro del objeto – uno como reflejo de la capacidad del otro -. La única dimensionalidad alcanzable es la plana superficie de la uni-dimensión. Una condición donde no hay pensamientos ni se ligan los estímulos provenientes del interior y exterior. Atado y sumergido a la sensorialidad del contacto directo con las cosas del mundo. El niño no puede experimentar la diferencia entre estar adentro y afuera del objeto.

El planteo de la obra no deja de establecer lecturas directas de la teoría *freudiana* sobre los impulsos, la relación de objeto y la obsesividad en el carácter. Incluso en este maravilloso trabajo, se presenta el innovador término de personalidad post-autista, para referirse a la estructura particular que caracterizará la adultez biológica. En ella los mecanismos de control y las obsesiones han devenido el diario semanal para la organización vital. El pensamiento concreto, materializado en una fantasía elemental, impide la maduración psíquica. Aún así, estos mecanismos conservan el origen signado desde el comienzo de la existencia, una expectativa pacífica de omnipotencia y control sobre el pecho. Sin luchar por él. Se lo tiene o se cae sin esfuerzo a la no-integración.

3.3. Encapsulados y confusionales.

Por ese mismo tiempo, el trabajo de Frances Tustin trajo reportes del análisis detallado con niños autistas. Este ha resultado fundamental para entender el desarrollo teórico/práctico de los conceptos que hoy se utilizan dentro de la clínica. En su libro *Autismo y psicosis infantiles* (1972) presenta diferentes casos tratados por largos años. Describe a estos niños como *atmosféricos*, que parecen flotar por el consultorio, y por momentos se acercan y tocan al terapeuta, miran directo en sus ojos como si quisieran ver a través suyo. Reconoce varias veces que apalabrar sus estados mentales primero resultaba confuso, pues todo el comportamiento era desorganizado, a veces caótico. Carente de una coherencia unificadora y capaz de otorgarle un sentido. Era evidente que la intención comunicativa estaba menoscaba, pero no por ello inexistente. Al lograr conectarse Tustin con este tipo de funcionamiento mental primitivo, de procesos básicos, comprendió que la relación de objeto debía concebirse de un modo diferente al utilizado con los demás pacientes.

Con el objetivo de captar y comunicar los estados mentales de sus pacientes, Tustin afinó la terminología utilizada dándole al autismo su propia delineación. Un modo particular de vivenciar el mundo, de establecer contacto con los objetos, de utilizarlos como una extensión del *self*, de caer en terribles crisis frente a la separación por el final de las sesiones, las interrupciones del fin de semana; sin dejar de mencionar las vacaciones. Esto por cierto si sólo nos enfocamos en el proceso terapéutico. En especial, Tustin describió cómo la separación (en cualquier situación) implicaba una pérdida atroz, desgarradora, como si se abriera un abismo, un agujero negro. Por ejemplo, tomando el modelo del pecho, cuando el bebé es destetado, sufre la vivencia crítica de que el pecho fue arrancado y con él parte de su boca y su esencia vital de continuidad. Se pierde una parte del cuerpo débilmente distinguida del objeto, y el resultado es una desgarradura, una herida física. Recordemos que Winnicott había signado este punto anteriormente. Frente a tal desgarrado causado por una carencia intolerable, el paciente autista puede reaccionar buscando un “*fondo*” duro (Haag, 2000) para protegerse de la sensación de aniquilación. Así tiende a la rigidización de movimientos y endurecimiento del cuerpo, como un modo para mantener unido su yo extremadamente frágil. Guarda en sí, la terrible sensación de que su boca es un agujero negro sin forma, producto de una mutilación física. Cito: “...se sentían sin piel e incorpóreos. La piel ha sido reemplazada por la armadura de su práctica autista que lo ayuda a sentirse protegido de los terrores de la caída, la

disolución, del derramarse”, (Tustin, 1972, p.73). La pulsión, infiere, es sentida concretamente como agua que rebalsa, fluidos que estallan y gases que explotan. Esta base del yo corporal se encuentra atado a los sentidos de percepción y es incapaz de desprenderse o lograr una abstracción mental. Requieren de un tipo de función continente a nivel de la experiencia corporal. Justamente:

Cuando los niños autistas sienten que las cataratas y los volcanes incontrolables de su impulsividad son recibidos, procesados y comprendidos por otro que tiene sensibilidad y también un sentido común robusto, su imagen corporal comienza a sentirse más substancial e intacta. Comienzan a sentir que tienen una estructura interna (idem, 1986, p.235).

La referencia a un sentido común robusto nos dirige brevemente al uso que Bion hace de él para definir la reunión de los sentidos alrededor de un motivo unificador que lo organiza (1963). En el caso de estos niños, sus manifestaciones suceden a nivel de un lenguaje pre-verbal, en búsqueda de encontrar y controlar la experiencia táctil del contacto, de la interpenetración mutua de la mirada, siempre y cuando sea blanda y dócil.

La notoria conducta de apoyarse sobre el dorso de una parte del cuerpo del analista, o acercarse a su boca como si pudiera ingerir las palabras cuando las pronuncia, son formas típicas del fenómeno adhesivo. Pueden prescindir del terapeuta y ubicarse en algún objeto “autístico” que fija su atención y hace las veces de organizador artificial para el sentimiento de dispersión. Es decir, un objeto particular donde se reúnen y quedan capturados los sentidos. Otras veces, se ubica en algún elemento sensorial auto-erótico. Un paciente de 10 años sin habla al que atendí, tenía por costumbre llevar una de sus manos a la cola para luego olerla. También cuando se estresaba un poco, escupía en el piso y esparcía la saliva con sus dedos. Entiendo que quizás tal acto le permitía asegurar la percepción de algo propio, tan primario como el olfato de sus productos, y del mismo modo unía la parte posterior de su cuerpo (el trasero, la cola) con la parte delantera y superior (nariz y cabeza) o intentaba juntar la superior (boca) con la distal (mano, dedos), dando cuenta de grandes confusiones zonales. O en verdad, de no-integración unificada por el objeto interno. El circuito de percepción quedaba cerrado sobre sí-mismo ya que no tendía a la búsqueda del otro.

Tustin ofrece un esquema práctico para establecer y reconocer diferencias diagnósticas entre distintos tipos de autismo. Esto resulta realmente novedoso para la literatura del tema en

general que vislumbraba la patología como una unidad homogénea. El esfuerzo por delimitar distintos tipos de conducta, ansiedad, emoción, capacidad intelectual, funcionamiento psíquico, permite estimar pronósticos propios a cada cuadro. Además establece una edad de comienzo (antes de los 3 años) para distinguir con la mejor claridad posible, el campo del autismo de las psicosis (posterior a los 3 años). Punto de gran evolución si tenemos en cuenta que a principios de siglo su concepción no las distinguía como autónomas. Esta autora estructuró varios cuadros gráficos (1972, 1986) donde se ven en detalle todos estos elementos. En ellos estableció la diferencia entre los niños autistas encapsulados (retraídos) y los confusionales (regresivos), destacando el nivel de maduración, la relación establecida con el mundo y los otros, el nivel de estructuración mental, el uso de objetos, etc.

Entre otros de los conceptos figurados por Tustin, se encuentra el caparazón autista. Un tipo de defensa evitativa por encapsulamiento, que da una cobertura rígida e impasible al niño, manteniéndolo desconectado y protegido de cualquier estímulo del entorno que pudiera conmoverlo. *“Los niños autistas se sienten envueltos por sus propias sensaciones corporales, que constituyen la ilusión de un caparazón autogenerado. No hay conciencia de estar dentro del caparazón; la sensación importante es la de estar escondido, cobijado y protegido. (...) El caparazón autista impide la entrada de otros cuerpos, como también del propio.”* (1995, p.683).

3.4. Hacia nuevos horizontes.

En verdad treinta años parecen poco tiempo para presenciar semejantes desarrollos en el campo del autismo. Tomando en cuenta que las primeras conceptualizaciones del cuadro se remontan a la década de los años cuarenta, y los abordajes clínicos iniciales a partir de los cincuenta. Para contar en los años ochenta con una bibliografía tan prolífica acerca de los resultados evidentes es una verdadera esperanza. Convirtiéndose quizás en un área prometedora y fértil para mayores esfuerzos de comprensión y ejercicio clínico.

La óptica abordada en esta sección centra el método y la investigación en la evolución de la transferencia. En localizar los problemas más que en resolverlos, para parafrasear al mismo Meltzer. Vislumbrar con el mayor grado de descripción posible los hechos mentales y el proceso autista como una suspensión de la vida mental. Estos autores pueden distinguir un estado autista separable del

resto de los estados mentales en el mismo niño. Como factor ambiental todos sugieren una despreocupación maternal, en general producto de una depresión post-parto. Se entendería como un fracaso primario de la función continente del objeto externo, del *self* continente. La falta de interioridad causada por el desmantelamiento y la desmentalización generan una imposibilidad para retener y contener cualquier estímulo u objeto psíquico. Al contrario, redundan en una apertura sensorial al bombardeo exterior-interior. La capacidad disociativa puesta en funcionamiento afecta directamente la *consensualidad* –la reunión organizada de la percepción sobre un objeto dado-. En cambio, producen eventos sensoriales adecuados solamente para el placer, que no se inscriben como hechos. Esto resulta empobrecedor para la capacidad adaptativa y la introyección, que de haberla suele ser defectuosa. Por lo cual el pensamiento y la fantasía se estancan a un nivel concreto que bloquea la maduración mental. Toda señal que evidencie una separación diferenciadora con el objeto es rehuida, y contra ella se erigen las defensas autistas.

En la próxima y última sección, nos adentraremos en el trabajo clínico pormenorizado. Donde podremos tener acceso a la dinámica privada de la sesión con el paciente autista. Este vistazo por los detalles propios de la labor analítica es nuestro punto de llegada.

Parte 4. Los desarrollos poskleinianos actuales.

Los estados autistas en la contratransferencia.

4.1. Líneas francesas.

Como hemos anunciado, el trabajo clínico apunta a la encarnación de una forma continente para el desborde que generan las ansiedades catastróficas, productoras de estados confusionales extremos. Las escisiones propuestas por Freud y ampliadas por Klein, son concebidas a un nivel concreto de la imagen corporal. En la experiencia del autismo el cuerpo se vive desintegrado y en constante peligro de sufrir un colapso. Esto implica un acercamiento técnico diferencial a cualquier otra patología, se requiere uno tendiente a favorecer la introyección de cualidades continentes de partes del analista (sus ojos, sus palabras, el espacio del consultorio, su cuerpo). Las fantasías corporales están ancladas a la sensorialidad, como los primeros años de un bebé.

La psicoanalista francesa Genvieve Haag, siguiendo a Tustin, destaca el papel fundamental que tienen los “pisos psíquicos” que impiden los desbordes (2001). Entre ellos, el piso psíquico de la mente del terapeuta que funciona de fondo y pantalla envolvente. Comprende que en esta patología la articulación axial vertical se encuentra afectada. “*El fenómeno patológico, especialmente evidente en niños autistas, es que hay una escisión vertical de la imagen corporal*”, (p.48). Relatando una viñeta clínica de una niña que tomaba la mano de otras personas para hacer cosas con ella, expone un dibujo donde la niña se graficó con su maestra como en un cuerpo doble. Esta maniobra “... *está relacionada con la fantasía de una mitad de su cuerpo confundida con la mitad del cuerpo de otra persona*”, (p. 49). La autora observa que las dificultades en la integración también ocurren para la articulación de parte superior e inferior del cuerpo, dando cuenta de una escisión horizontal. Por ejemplo, a un bebé de cinco meses le es ofrecido un biberón por primera vez. Si bien lo acepta con gusto con la parte superior, sus miembros inferiores no parecen articularse a ello; en cambio patean realizando un movimiento expulsivo que no armoniza con el resto del cuerpo.

Para cerrar este punto veamos la siguiente cita de la autora, donde se vislumbra una concepción del *self* en la relación con sus objetos mucho más corporal gracias al estudio de la patología autista. La conexión entre el estado del autoerotismo y el nivel de presentación pre-verbal

es clave para comprender, por último, la noción más amplia de ataque al vínculo (Bion, 1967). Dice Haag (2001):

Estas articulaciones están catectizadas primitivamente como vínculos, especialmente las articulaciones de las manos y los dedos. En los estados de ilusión auto-erótica la mano es la primera representación del pecho. La contemplación de las articulaciones de la mano parece ser parte de este auto-erotismo. La articulación de la muñeca es un objeto de contemplación especial y se vuelve el blanco de ataque en los momentos de tristeza. El hombro y la rodilla están vinculados especialmente a la redondez del pecho, mientras que el codo está ligado al elemento fálico-agresivo. En todos los casos de patología severa, es útil comprender a la articulación como el vínculo entre una parte del miembro, que representa al self, y la parte (generalmente la parte distal) que representa al objeto. (p. 51)

4.2. Líneas inglesas.

Maria Rhode opina que las palabras no son simplemente símbolos, como en general solemos entenderlas. Se trata de constructos sensoriales con propiedades rítmicas y musicales. Dos aspectos que suelen perderse de vista en su uso cotidiano y el lenguaje poético se encarga de recuperar y transmitir, el único capaz de producir un impacto corporal, emocional, mental. El trabajo con niños autistas, dice esta autora, le ha permitido estudiar la disyunción entre forma y significado de las palabras, o bien, entre su sonoridad y su sentido. Entiende que:

...los niños con autismo generalmente experimentarán las palabras concretamente en lugar de hacerlo simbólicamente, como algo que puede perderse físicamente de su boca. Pueden luego intentar lidiar con estos miedos utilizando los aspectos físicos de las palabras al servicio de autocalmarse en lugar de hacerlo para la comunicación. (2004, p.47)

El discurso de estos niños se distorsiona, incluso alcanzando el mutismo, cuando las palabras son experimentadas como piezas amenazantes de su integridad, y cuando sirven de nexo al otro pero con un carácter físico en lugar de simbólico. Como repasamos anteriormente, la experiencia para

estos niños radica en haber sentido (pensado quizás de manera rudimentaria) que algo formaba parte de su boca y les fue abruptamente arrebatado. Dejándola quebrada y expuesta a ser atacada por terrores desesperantes.

Otro de los modos que pueden hallar en su camino para protegerse de tales amenazas es eliminando todos los elementos que impliquen (sensorialmente) una separación. Mencionamos varios de ellos con motivo de la adhesividad. Agreguemos algún otro, como que ciertos niños buscan hablar o que les hablen rápido, anulando los espacios entre palabras, como si mágicamente se neutralizara la separación física.

La voz también puede ser concebida como un objeto autista. El niño puede apoyarse en las propiedades físicas de su voz para reafirmar la integridad de su boca. Y esto proveerle sensaciones fuertes que le permitan sentir que existe. Rhode describe un niño que cuando se sentía amenazado o debía moverse por el espacio, producía un vibrante sonido “deee”, y sólo cuando tenía un buen estado de ánimo era capaz de utilizar su voz en un nivel ordinario, no exagerado. El pequeño conseguía divorciar el sonido de la fantasía y el significado, focalizándose en las sensaciones producidas en su boca. Este tipo de apoyo exagerado en las propiedades físicas de las palabras y la voz constituye una maniobra autoprotectora que aísla al niño del contacto humano.

Siguiendo a Spitz y a Meltzer, Rhode expone cuán central es la boca del bebé en su función de puente entre los mundos inter e intrasubjetivo. *“Cualquier cosa que interfiere en la experiencia del niño de la boca, como su propia posesión intacta, conlleva la posibilidad de todos los terrores corporales catastróficos...”*, (idem, p. 51).

En su valioso artículo *El desarrollo de defensas autistas en un lactante* (2000), Susan Reid presenta un descriptivo y detallado material de observación de un bebé como caso de investigación puro. El bebé en cuestión, Freddie, comienza a manifestar claros comportamientos de retraimiento, decepción y marcada pérdida de interés en seguir vinculándose con los objetos. La autora toma los escritos de Spitz para cotejar sus ideas. En síntesis, la conclusión esgrimía que el niño es capaz de reaccionar a la experiencia del ambiente con trastornos afectivos demostrables. Al igual que los bebés estudiados por Spitz, Freddie inició sus días con alegría y entusiasmo. La madre parecía bastante abrumada y presionada con la vivencia de un tercer embarazo, pesaban las sugerencias de la abuela para realizarse un aborto, y los partos de sus dos primeros hijos que resultaron

experiencias horribles a causa de hemorragias, con el añadido de problemas para darles el pecho. Por otra parte, se incrementan los celos despertados en la hermanita de un año y medio.

Una vez nacido el bebé y transcurridos cinco días, la observadora visita la casa. La madre sostiene al pequeño Freddie en el borde de sus rodillas, con la espalda hacia ella y el biberón delante. Tiene los ojos cerrados, chupa lentamente. No se mueve ni hace ningún ruido. Cuando la madre va a retirar el biberón, el bebé reacciona y se prende con la boca para seguir tomando. Una vez acabado el contenido del recipiente, la madre lo retira sin mirar al pequeño, quien regurgita un poco de leche. La madre lo limpia y le ofrece a la observadora si quiere sostenerlo. Más bien, se lo entrega sin esperar respuesta. Está compenetrada hablando con una amiga sobre los celos de la hermanita que podrían desembocar en conductas hostiles hacia el neonato. La observadora lo sostiene en sus brazos y explica que lo siente tranquilo y relajado. La madre comenta que cuando está en brazos de alguien se encuentra bien, pero que no puede ser sostenido continuamente. Acto seguido lo conduce a su cuna en la habitación para dejarlo acostado, cerrando la puerta por fuera para evitar que la hermanita ingrese.

En este primer encuentro se ve a un bebé vital y reactivo a los cambios. También se notan las ansiedades que desbordan a la madre y proyecta en su otra hija (celos), como las dificultades para que Freddie ocupe un lugar físico y mental dentro de ella. Es llamativo que durante la alimentación no lo mire. En las sucesivas observaciones la situación da señales preocupantes de un serio problema en el desarrollo debido a múltiples factores.

Aunque la sugerencia de abortar (sugerida por la abuela) se haya desestimado no deja de hacerse realidad en el trato que Freddie recibe. Poco contacto físico, escasos momentos de comunicación y juego, espacios sin límites e incontinentes para colocarlo (la madre solía apoyarlo sobre la mesa del living). Reid estima que pudiera tratarse de un aborto mental. Llamen la atención algunas conductas del bebé, quien se queda con la mirada fija en la luz por momentos, los ojos vacíos, los brazos colgando a los lados, incapaz de sostener objetos, lamiéndose sensualmente el dorso las manos. Asimismo la observación precisa que cuando es sostenido, la parte superior de su cuerpo parece totalmente rígida con la cabeza erecta en una postura forzada, y la parte inferior absolutamente blanda y derramada. Tanto el pediatra como la visitadora social notan que el pequeño está teniendo grandes dificultades y aconsejan a la madre darle mayor atención. Todo el grupo de observación de lactantes debate en conjunto sobre la condición del bebé de estar

“achataado”, plano, como si ni pudiese ser alojado ni él pudiera recibir nada en su interior. Igualmente se piensa para que la observadora pueda favorecer y apoyar el interés de la madre por su bebé, en lugar de criticarla o querer sustituirla, como podría ocurrir fácilmente si no hubiese un espacio de discusión.

Luego de varios meses donde se ponen a prueba las hipótesis y nuevos lineamientos, la madre es capaz de despertar una mejor atención por Freddie, y éste vuelve a responder con vivacidad, comunicando sus necesidades. Queda a la vista que la madre se encontraba atravesando una depresión post-parto y que sus recursos internos resultaban escasos para afrontar la crisis. Reid reflexiona al respecto:

Podemos ver en Freddie la detención del desarrollo como también la pérdida e inhibición de algunos logros que ya había adquirido. Spitz planteaba que “...considerar el fenómeno en cuestión sólo como una detención en el desarrollo es una visión superficial. La insuficiencia de nuestros recursos de comunicación con el lactante es por supuesto un impedimento severo para el reconocimiento diagnóstico de un posible trastorno psiquiátrico a esta edad”. (p. 69).

La autora cita a Tronick y Weinberg (1996), quienes dicen del lactante “*su comprensión del mundo de los objetos, no importa cuán primitiva sea, depende del establecimiento de estados intersubjetivos con los otros y la construcción mutua de significado. De manera que el establecimiento de las relaciones sociales es el proceso primario de desarrollo y la comprensión del mundo inanimado es secundario a éste*”, (p. 70). Por último Reid concluye:

La privación de ser alguien interesante para la mamá limita la experiencia que el lactante tiene del mundo y en especial el establecimiento de un sistema diádico madre-bebé vital que a su vez impulse al bebé a comportamientos autoreguladores que a la larga comprometen el desarrollo del niño. El retraimiento de la interacción social hacia el comportamiento autoregulador es comúnmente reconocido en la sintomatología autista. (2000, p.73).

4.3. Líneas argentinas.

David Rosenfeld es un psicoanalista argentino que también ha registrado pormenorizadamente las evidencias del trabajo con autismo. En el libro *“La creación del self y del lenguaje”* (2012), presenta las bases teóricas desde los estudios freudianos sobre las afasias y la alucinación del pecho en conjunción al concepto de *self* y la imagen corporal, como marco del abordaje realizado con un pequeño diagnosticado de autismo a los tres años.

Benjamín, como se lo denominó en el libro, comenzó a mostrar señales alarmantes a los dos años y medio luego de un evento familiar traumático –que no lo implicaba directamente-. Distintos médicos coincidieron en el diagnóstico y les informan a los padres que no había buen pronóstico para su hijo, quien manifestaba una conducta marcadamente afectada por el retraimiento, la impulsividad, agresión, falta de comunicación, y crisis de berrinches. Salvo por algunas palabras que dice, su conducta se asemeja a la de un animal, llegan a transmitirles a los progenitores. Se le indica una alta dosis de medicación y ninguna esperanza para su futuro. Los padres consultan a Rosenfeld, quien tenía larga experiencia en el trabajo con niños y había conceptualizado el encapsulamiento autista como un mecanismo de defensa capaz de preservar las adquisiciones previas a situaciones traumáticas, conservándolas intactas (2006). Contando con este fuerte y elaborado respaldo, Rosenfeld no sólo se dispone a tratar psicoanalíticamente al niño, además propone a los padres llevar un registro filmico de todas las sesiones.

La hipótesis central radicaba en la movilidad de la mente, en su condición flexible tanto para la pérdida de los hitos evolutivos como para su recuperación a partir del trabajo sostenido en un vínculo emocional analítico. La confianza en el método, como asimismo la posibilidad de que partes sanas de la personalidad hayan quedado encapsuladas y sean pasibles de integrarse nuevamente, fueron las bases con que se emprendió la ardua tarea. El contar con un registro filmico donde se observa todo el progreso terapéutico es fundamental para sostener y confirmar los elementos distintivos de la disciplina junto a su eficacia clínica. Cabe aclarar, que dicho material cuenta con el consentimiento familiar y las escenas de mayor angustia –frecuentes en un tratamiento así- no fueron incluidas.

Tanto en el libro como en el video, se observa que al iniciar las sesiones la conducta de Benjamín es caótica y sufriente. Patea y rechaza todo acercamiento. No posee conciencia de

peligro. Arroja objetos sin distinción ni reconocimiento. Se golpea contra la pared. Grita desconsoladamente. Este estado se sostiene durante meses. Al séptimo mes comienzan a registrarse avances. Benjamín puede guardar piezas dentro de una caja ordenadamente. Tolerancia al contacto con el analista. E incluso empieza a decir palabras conectadas con la experiencia sensorial. La que más resalta acontece en el baño, donde acompañado por el analista tolera tocar el agua que sale del grifo, sentirla sin colapsar en crisis, y repetir “agua” al poner su mano bajo el flujo.

A lo largo de los meses se ve cómo la ansiedad cede al encontrar un continente organizador que lo comprende. Aparece el uso de objetos, el contacto con la mirada del otro, el buscar sus manos para recibir ayuda. Las palabras se van agregando gradualmente. Escucha con atención el cuento de Pinocho. Puede concurrir a una escuela normal donde cumple con las tareas y el trabajo de clase. Luego de cuatro años de intensa labor, el mismo Benjamín enuncia: “*Ahora soy un niño de verdad*”, en alusión a la conocida frase del cuento.

Rosenfeld establece que su trabajo fue reconstruir el sistema simbólico del paciente, su lenguaje y su mente. Remarca el aspecto de la simbolización a través de un otro altamente significativo, quien logra contener, comprender y ofrecer palabras para convertir la sensorialidad (caótica en el caso del autismo) en un tejido más organizado, la conciencia. Cita directamente el clásico esquema del “peine” (o cubeta), con el cual Freud expone el funcionamiento del aparato psíquico, desde un polo de percepción hasta un polo motor. Y vale la pena repetir, la hipótesis por la cual palabras, aspectos y vínculos sanos de la temprana infancia fueron preservados dentro de un encapsulamiento autista, funcionó como una pre-concepción a ser realizada en los hechos. El autor esgrime que el trabajo con autismo es remontarse al desarrollo normal y cómo éste se despliega en su curso natural cuando se cuenta con mejores condiciones. La asistencia y acompañamiento a los padres, explicándoles momento a momento qué ocurría en la mente de Benjamín también demuestra la importancia que tiene el compromiso de toda la familia en la evolución del paciente.

En su exposición retoma a Mahler y su concepción de una fase de simbiosis normal, necesaria para que acontezca el nacimiento psicológico. Sin ese vínculo de fusión, el desarrollo intelectual y la maduración se pueden ver severamente comprometidos. Amplía con Tustin para detallar el estado emocional propio del autismo –que fue abordado en secciones anteriores- y para distinguir la pérdida del objeto de la pérdida de capacidad de contactar con él. El vacío sufrido por el niño con autismo cuando el objeto se aleja no es homologable a una pérdida más. “*Es una*

disrupción que ocurre entre la pre-concepción y su realización, entre la expectativa innata y su cumplimiento, lo cual implica que la pérdida no es clara y significativa sino en extremo profunda y cubierta de confusión”, (2012, p. 20). Confluye con Winnicott quien piensa la experiencia de dicho momento como si partes de la boca hubieran sido arrancados cuando se retiró el pecho; momento muy temprano, previo a la adquisición de un estado emocional equipado y capaz de tolerar las pérdidas. Este tipo de separación afecta todo el sentido y sentimiento de ser. Ya hemos abordado que el estado autista es anterior a la posición esquizo-paranoide, donde tiene lugar una mínima distinción de *self* y objeto, y ya funcionan los mecanismos de proyección. En cambio, en el autismo hasta la misma introyección se ve afectada. Las vías para introyectar un objeto bueno se han obturado y desmantelado momentáneamente. El establecimiento de una situación terapéutica segura que funcione concretamente como un contenedor firme y permeable a las ansiedades más primitivas, es la piedra basal donde se sustenta el tratamiento psicoanalítico. Abordaremos a continuación las características distintivas del método por su uso y comprensión de la dinámica transferencial –y contratransferencial-.

4.4. Líneas israelíes.

Para cerrar esta sección nos enfocaremos en el trabajo del psicoanalista israelí Joshua Durban. Su experiencia tratando niños y niñas por varios años (con cinco sesiones semanales) le ha servido para seguir complejizando la técnica y el *corpus* teórico del tema. Como Rosenfeld, Durban se apoya en sus antecesores para elaborar nuevos entendimientos. Entre ellos, la necesidad de apreciar el nivel de representación para dimensionar el tipo específico de ansiedad y así elaborar una interpretación acorde. Por ejemplo, en sus artículos subraya que interpretar a nivel de posición esquizo-paranoide es muchas veces infructuoso si el paciente se encuentra atravesado por ansiedades del ser que provocan confusión y caos más extremos, donde no hay noción de *self* estable ni objeto suficientemente delineado.

Su detallada atención al espectro de ansiedades, relación de objeto y presencia de contenido alucinatorio en un mismo paciente, ha resultado en la novedosa propuesta de considerar la patología como autismo-psicótico para algunos casos. En su experiencia clínica se ha topado muchas veces con que luego de tratar la cobertura autística clásica, había evidencias de material

psicótico y que las ansiedades junto al comportamiento general cubrían un arco correspondiente a ambos grupos. Por tal motivo el hincapié de comprender qué ansiedad predomina en cada etapa, o inclusive, cada sesión.

Durban, por otra parte, se aventura en el rico y controvertido campo que acontece en la mente del analista como fenómeno contratransferencial. Se trata de una línea ya esbozada por Bick y Tustin, pero puesta de relieve dándole su espesura más privada. Es decir, el analista comunicando sus más íntimas asociaciones y las fantasías despertadas dentro de la sesión. Un punto discutido desde la conceptualización y estudio de la contratransferencia (Heinmann, 1950 y Racker, 1948), que los autores poskleinianos no dejaron de agotar en su agenda. Y éste en particular se determina a capitalizar como parte sustancial del proceso.

En el artículo *Desesperación y esperanza: sobre algunas variedades de contratransferencia y enactment en el psicoanálisis de niños con TEA* (2014), aborda los obstáculos técnicos y emocionales que se hallan en la sesión con este tipo de pacientes. El cambio y el desarrollo psicológico son vividos por el niño como catastróficos puesto que implican separación y movimiento atravesando diversas fases que abarcan el sentirse sin forma hasta ser parte de una relación de objeto total. El autor compara el estado mental autista a una enfermedad autoinmune que atenta con destruir el organismo comiéndose las mismas células que le proveen vida. Esto tiene gran relevancia en las fantasías inconcientes de paciente y analista, y muchas veces se materializan en los fenómenos de adhesión y los objetos bizarros. “*En el niño con TEA, el miedo a la muerte y la nocividad es equivalente al miedo a la vida y la integración*”, (p.189).

Otra de las dificultades que se presentan es la ausencia o repetida destrucción de la noción de espacio y tiempo. Los límites interior y exterior, entre el *self* y el objeto están completamente difusos, confundidos o atacados. Por lo tanto la localización de la experiencia, dónde ocurre, qué, a quién es completamente volátil y elusiva. Durban considera que es parte de los intentos del niño por mantener y congelar una homeostasis de unicidad y fusión, sin variaciones. Sobre esta línea, el autor ofrece un ejemplo de fantasía contratransferencial. Se trata de la última sesión de la semana con una niña de tres años, muy afectada. Solía andar con cajas vacías, las cuales revoleaba a cualquier sitio. Casi no utilizaba palabras. Andaba a los empujones contra los muebles. Se mantenía en un estado de auto-estimulación por medio de otros objetos y formas. No jugaba ni sostenía la mirada siquiera. Llamaba la atención que no se llevaba los dedos a la boca, sino que babeaba o

escupía, dando la impresión que no hubiera un interior. Como así describen Tustin (1987) y Rosenfeld (1984) un niño-tubo, abierto por ambos lados, como un caño goteante.

Dentro de la sesión, Durban describe pormenorizadamente todas las fantasías y sensaciones que se suscitan en su mente al contemplar a esta niña tirando una botella vacía contra la pared incansablemente. En primer lugar, el embotamiento de no poder ayudarla y una gran desesperanza. Y luego todas las sensaciones corporales que se tornaron en extremo sensibles, como si respondieran a cada movimiento de la pequeña. Así “...tuve la extraña sensación de estar deritiéndome en el asiento, volviéndome chato primero y después derretido y amorfo”, (p.191, 2014). Continúa diciendo que en ese momento se suscitó dentro suyo la imagen de un cirujano extirpándole la lengua, dejando un largo agujero sangrante. Surgió acto seguido la asociación a la película *Old Boy*, donde a uno de los personajes le cortan la lengua como castigo. Y rápidamente piensa en el conocido cuadro de Munch, *El grito* (1893). Durban se anoticia que debía estar experimentando parte de las ansiedades sádicas y catastróficas que la niña tuvo frente al trauma de separarse del pecho. Por último, en la misma sesión, se le representó una fotografía en sepia de la niña, luciendo más grande, mirando a la cámara y sonriendo. Habiendo contenido todo esto en su interior, el analista interpreta la situación total y la sensación por la cual la botella ha dejado un agujero en la boca de la pequeña. “¿Cómo arreglar este agujero? ¿Con una dura pared y mucho ruido?”, (p.191, 2014). La niña parece haber atendido a sus palabras ya que deja de golpear la botella, la coloca en su boca, la muerde y la escupe afuera para acercarse al analista y lanzarle la botella. A la siguiente sesión se observan avances respectivos con la zona oral –lleva caramelos que termina compartiendo de su boca con el analista- y la posibilidad de representarla gradualmente.

Durban explica que ese tipo de alucinaciones somáticas parecen ser un modo autístico de comunicación. Siendo muy probable que en esta patología un estado corporal busque otro estado corporal como vía de resonancia. En el caso particular del autor, la asociación de tinte coreano tenía un significado muy particular, que él mismo declara como buen objeto interno al estar ligado a Corea del Sur –país del cual atesora recuerdos propios- y que la pequeña registró inconcientemente como una aspiración reparatoria simultáneamente deseada, atacada y perversa. El registro de la sesión alcanza un grado de profundidad inclusive estético. Donde se logra la contención por medio de la tolerancia, la capacidad negativa y la conexión a niveles primitivos del funcionamiento mental. Esto

abre las puertas de asociaciones desesperantes y terribles, pero representadas en imágenes mentales básicas para ser digeridas y elaboradas en un proceso.

Para terminar mencionaremos la noción conceptual que Durban expone como “cobertura” o “mantelamiento” (*mantling*) (2013). Sería la contrapartida del desmantelamiento concebido por Meltzer, una cobertura o manta que se inicia con una fuerte anexión (Rhode, 2012) en la fantasía inconciente del objeto, tanto de su parte física externa como de sus capas mentales. En otras palabras, es una membrana rígida y funcional, a la manera de segunda piel autística, que permite sobrevivir a las mutilaciones y las ansiedades más peligrosas, pero no implica un verdadero desarrollo interno. Sino que más bien se comporta como una falsa forma, basada en la adhesión, la anexión y la mimesis. Durban aclara que bajo estas falsas formas se puede mantener al analista satisfecho con su trabajo, esperanzado por la conducta organizada y los avances, cuando en realidad el niño lo tiene a distancia para continuar refugiándose secretamente de los cambios sustanciales. Como si en realidad hubiese cooperado contra su voluntad y buscara maneras de retornar a la seguridad que proveía el autismo completo.

Aquí concluye el breve recorrido histórico de la teoría y clínica sobre la patología autista. Esta última sección no ha pretendido ser exhaustiva en la mención de autores, quedando varios sin citar. La selección responde a un interés del autor y al estado limitado de su conocimiento actual. Ni las citas, ni el tema, se aproximan a su agotamiento. Esto resulta venturoso. Siempre que se dice algo, queda mucho más por decir.

Conclusiones

Desde la teorización *freudiana* sobre la alucinación del pecho, el estudio psicoanalítico se ha esforzado en comprender la génesis de la integración yoica, el establecimiento del *self*, la interacción mental conciente/inconciente y el uso de los símbolos a lo largo de la vida.

La teoría *kleiniana* ha esgrimido al pecho como el objeto primordial a ser introyectado –el precursor del objeto interno-, y sobre el cual el yo mantendrá un vínculo emocional amplio e intenso. Contención, amor, odio y conocimiento son claves del fenómeno. Frustración, separación y tolerancia serán los factores críticos de la ambivalencia y la estabilidad mental. La teoría de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva ayudó a entender los vaivenes en que discurren los diversos estados mentales -una conjunción de emociones, fantasías, ansiedades, defensas, tipo de relación objetal-. Entre esos estados mentales hemos estudiado la especial distinción que los estados autistas y el cuadro general requieren para su abordaje.

Estados mentales que no responden a la lógica de las posiciones *kleinianas* por definición, sino que reclaman una atención especializada. Donde se comprueban ansiedades y defensas propias de la patología. Donde el funcionamiento psíquico se suspende momentáneamente por el mecanismo de desmantelamiento. Y las relaciones objetales, junto con la conexión al entorno, pierden significado como cuando el foco del lente queda prendido a un solo elemento de la imagen. De este modo se configura una particular experiencia del mundo y sentido de ser. Marcados por la desintegración, la pura sensualidad, la comunicación empobrecida y deformada, el uso de objetos protectores bizarros, la formación de caparazones, el comportamiento rígido, las barreras al acceso de un vínculo emocionalmente vibrante, las crisis explosivas, el rechazo a la realidad.

Hoy hallamos que estos niños que evitan relacionarse con las personas, parecen mudos, de conducta extraña y defensiva, en el fondo están “traumatizados”. Y la técnica analítica para tratar con ellos ha tenido grandes avances y descubrimientos. Primero intentando entender el sufrimiento y el fenómeno autista. Apuntando a la contención de los estados críticos y el despliegue de los mecanismos descriptos. Más tarde, buscando los modos de interpretar para aliviar la situación por medio del lenguaje verbal y pre-verbal. Con estos niños, muchas veces el uso de gestos,

movimientos, y caras adquiere una gran relevancia. Y gradualmente, estableciendo las vías para un proceso de maduración mental creciente dentro de un vínculo emocional y comprensivo. AFINAR

La utilidad de la observación de bebés ha dado buenos frutos en este sentido. La ampliación de las bases teóricas del psicoanálisis ha resultado una clave sustancial para la práctica clínica en el campo del autismo. Su relevancia para el estudio de la génesis y desarrollo de defensas autistas es ostensible a través del artículo de Reid. Tanto estas líneas de investigación, como los procesos analíticos, han permitido el forjamiento de una terminología específica para afinar las condiciones del funcionamiento mental autista.

La investigación y terapéutica desde la dinámica transferencia-contratransferencia demuestra que el psicoanálisis es una herramienta de cambio capaz de modificar las reacciones que subyacen al cuadro clínico. Como refiere Tustin, encontramos que estos niños están en un limbo, oscilando entre “ser” y “no-ser”. Y que una de las mayores y graves defensas utilizadas es el salirse del cuerpo, como escape al pánico que implica una intolerable separación corporal de la madre. Reconocer que él mismo es un cuerpo de carne y hueso, amenazado por la catástrofe. Esta escisión del cuerpo físico combate contra el abismal agujero negro del “no-ser”. La pérdida de existencia es la peor de las amenazas.

Entre los motivos que causan tal estado de situación hemos abordado los específicamente psicológicos, atados a crisis, traumas y condiciones de la personalidad. Sabemos que el autismo es un cuadro generado por múltiples factores, genéticos y neurológicos. Este trabajo se ha enfocado en relevar los desarrollos concernientes a la metapsicología psicoanalítica para esta patología. Encontrando que muchas veces el nacimiento desencadenaba una depresión post-parto en la madre, una desatención sostenida del entorno, un bebé nacía con una sensibilidad particular, o bien eventos de la vida marcaban una ruptura de la continuidad.

Desde su fundación, el psicoanálisis nos enseña la importancia que tienen las fantasías en la vida de las personas. En estos casos, las fantasías que se suscitan en los padres durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida de su hijo. Y como hemos visto con Durban, las fantasías que se despiertan dentro de la clínica en el terapeuta. Al mismo tiempo nos acercamos a una de las llaves para esta difícil misión. La ensoñación, junto a una labor firme y mesurada, funciona como raíz y esperanza para ayudar a estos niños. Ofreciéndoles un método clínico basado en el despliegue natural de su comportamiento, la consideración respetuosa de su esencia, el

establecimiento de un vínculo humano capaz de tolerar y representar las agonías más críticas que puede transitar la mente frente vivencias de desvalimiento y desamparo extremos. A partir de la experiencia clínica, renovar las posibilidades que ofrecen los procesos de introyección y la capacidad de crecimiento de la mente.

Como mencioné en la presentación, he tomado contacto con este cuadro particular y también trabajado analíticamente con varios niños de su espectro. Deseo resaltar algunos de los aspectos contenidos en este escrito que tuve oportunidad de ver en mi práctica. La necesidad por parte del analista de poseer y extender un tipo de sensibilidad especial para contactar con conductas caóticas, extrañas y enigmáticas. Es harto frecuente que este tipo de paciente se ensimisme en un marcado encierro, o gire en un patrón de movimiento poco claro. Si bien busca mantenerse a distancia del vínculo, algo comunica. Como reza el axioma de la comunicación humana. Esa pequeña, diminuta ventana es la vía de ingreso. Cómo entender la situación y poder envolver al paciente en sus crisis, es una aventura donde la transmisión deberá apoyarse de continuo en formas no-verbales. El lenguaje a utilizar es siempre único y demanda gran capacidad creativa, a través del juego, los gestos, alguna acción precisa. Por sobre todo, la tolerancia (capacidad negativa) y la intuición serán las únicas líneas que no se desdibujen en el marco de un proceso en ocasiones crepuscular, evanescente y terrorífico.

Bibliografía

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5° edition*. Ed. Médica Panamericana, España, 2014.

Artigas-Pallarés, J y Paula, I (2012): *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*, en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 32 (115) Año 2012, EISSN: 2340 2733 (Versión digital).

Asperger, H (1943): *Die Autistische psychopathen in kindersalter*. Archiv Psychiatrie Nervenkrankheiten;117:76–136. Recuperado de <http://www.th-hoffmann.eu/archiv/asperger/asperger.1944.pdf> el día 19/02/2022.

Bettleheim, B (1967): *La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo*. Ed. Paidós, Bs. As, 2012.

Bick, E. (1968): *La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas*. Publicado en el *International Journal of Psychoanalysis*, XLIX, 2-3.

Bick, E. (1986): *Reconsideraciones sobre la función de la piel en las relaciones de objeto tempranas*. *British Journal Psychotherapy* 2 (4), 1986, ISSN 0265-9883, 60-71.

Bleuler, E. (1911). *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen-Hormé, 1993.

Bion, W. (1967): *Volviendo a pensar*. Ed. Hormé, Bs. As, 1972.

Bion, W. (1963): *Elementos del psicoanálisis*. Ed. Hormé, Bs. As, 1966.

Bowlby, J (1954): *Los cuidados maternos y la salud mental*. Ginebra, Informe de la Organización Mundial de la Salud Serie de Monografías Número 2.

Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss Vol 1*. New York: Basic Books.

Brenman Pick, I. (1985): Working through in the countertransference. In Schafer, Roy, ed. *The contemporary kleinians of London*. Madison, IUP, 1997. p.345-67.

Cardenal, M. y Redonda, M. et Col (2020): *Territorios poskleinianos. Una actualización de la tarea psicoanalítica*. Ed. Teseo, Bs. As.

Durban, J. (2013): *Mantling and autistic false forms as a transitional organization against formlessness and transformation*. In Ebrecht-Laerman, A., Lochel, E., Nissen, B., and Picht, J. (eds)

Jahrbuch der Psychoanalyse. Beitrage zur Theorie, Praxis und Geshichte. Autistische und autistoide Störungen. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog Verlag.

Durban, J. (2014): *Despair and hope: on some varieties of countertransference and enactment in the psychoanalysis of ASD children.* En *Journal of Child Psychoteraphy*, Vol. 40, No. 2.

Durban, J. (2019): "Making a person". *Clinical considerations regarding the interpretation of anxieties in the analyses of children on the autisto-psychotik spectrum.* En *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 100, No. 5.

Erickson, E. (1950): *Infancia y sociedad.* Ed. Paidós, Bs. As., 1959.

Fonagy, P (1991): *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment.* *Infant Mental Healt Journal*, Vol. 12, N. 3, Fall 1991. Recuperado de https://micpp.org/wp-content/uploads/2018/03/Fon.Steele.et_al_cap_understand.mental.states..pdf el día 19/02/2022.

Gergely, G. (2000): *Reacercándose a Mahler: Nuevas perspectivas sobre el autismo normal, simbiosis, escisión y constancia libidinal de objeto desde la teoría cognitiva del desarrollo.* Publicado en *Revista Aperturas Psicoanalíticas* número 056, año 2016, versión digital. Recuperado el 21/02/2022 de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=926>.

Haag, G. (2001): *Tras los pasos de Frances Tustin: reflexiones adicionales acerca de la construcción del yo corporal.* En *Revista Internacional de observación de lactantes y sus aplicaciones.* Dir: Berta, L. y Cardenal, M. Ed. Kamala, Buenos Aires, Octubre 2001. *Compendio de la International Journal of Infant Observation and Its Applications Tavistock Clinic.*

Heinmann, P. (1950): *On countertransference.* In *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 31.

Kanner. L. (1943). *Autistic Disturbances of Affective Contacts* (Trastornos autistas del contacto afectivo). Recuperado de http://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf el día 19/02/2022.

Klein, M. (1930): *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo.* En *Amor, culpa y reparación*, Obras Completas de Melanie Klein Vol. 2, 1974.

Mahler, M. (1968): *Simbiosis humana: las viscisitudes de la individuación. Vol 1: Psicosis infantil.* Ed. Joaquín Mortiz, México, 1985.

Mahler, M. (1984): *Estudios 2. Separación-individuación.* Ed. Paidós, Bs. As.

Meltzer, D. (1967): *El proceso psicoanalítico.* Ed. Hormé, Bs. As, 2014.

- Meltzer, D. (1974): *Identificación adhesiva*. En *Sinceridad y otros trabajos: obras escogidas de Donald Meltzer*. Ed. Spatia, Bs As, 1997. p.325-343.
- Meltzer, D. et Col. (1975): *Exploraciones del autismo*. Ed. Paidós, Bs. As, 1979.
- Meltzer, D. (1992): *Claustrum: una investigación sobre los fenómenos claustrofóbicos*. Ed. Spatia, Bs. As., 1994.
- Maiello, S. (2013): *En los orígenes del lenguaje. Aspectos vocales y rítmicos de la relación primaria y su ausencia en los estados autistas*. En *Revista Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, Año 2013, N°13.
- Maiello, S. (2011): *Le corps inhabité de l'enfant autiste*. En *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2011/2 (Vol. 1).
- Money-Kyrle, R. (1956): *Normal counter-transference and some of its deviations*. En Meltzer, D (comp) *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle*. Strath Tay: Clunie Press, 1978.
- Racker, H. (1948): *Aportación al problema de la contratransferencia*. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 12.
- Reid, S. (2000): *El desarrollo de defensas autistas en un lactante: la utilización del estudio de un caso clínico individual para la investigación*. En *Revista Internacional de observación de lactantes y sus aplicaciones*. Dir: Berta, L. y Cardenal, M. Ed. Kamala, Buenos Aires, Julio 2000. Compendio de la *International Journal of Infant Observation and Its Applications Tavistock Clinic*.
- Rhode, M. (2004): *Los aspectos sensorios del desarrollo del lenguaje y su relación con las ansiedades primitivas*. En *Revista Internacional de observación de lactantes y sus aplicaciones*. Dir: Berta, L. y Cardenal, M. Ed. Kamala, Buenos Aires, Diciembre 2004. Compendio de la *International Journal of Infant Observation and Its Applications Tavistock Clinic*.
- Rhode, M. (2012): *Whose memories are they and where do they go? Problems surrounding internalization in children on the autistic spectrum*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 93: 356-76.
- Rhode, M. (2013): *El aspecto corporal del lenguaje en el niño autista*. En *Revista Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, Dossier 2013.
- Rimland, B (1962): *Autismo infantil: el síndrome y sus implicancias para una teoría neuronal de la conducta*, Kingslay Publishers, UK, eISBN 978 1 78450 057 3 (Versión digital).
- Rosenfeld, D. (2012): *The creation of the self and language*. Ed. Karnac, London.

- Rosenfeld, D. (2013): *El alma, la mente y el psicoanalista*. Ed. Río Paraguay, Bs. As.
- Spitz, R. (1945): *Hospitalism: an inquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanalytic study of the child*, Vol 1, en *The Official Journal for the Association for Child Psychoanalysis*, New York, version digital, recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00797308.1945.11823126> el día 21/02/2022.
- Spitz, R. (1965): *El primer año de vida del niño*. 16° Ed. México: Fondo de cultura económica.
- Tallis, J. (2008): *Síndrome de Asperger ¿Variación de la normalidad o discapacidad?* Ed. Miño y Dávila, Bs. As.
- Tustin, F. (1972): *Autismo y psicosis infantiles*. Ed. Paidós, España, 1984.
- Tustin, F. (1981): *Estados autistas en los niños*. Ed. Paidós, Bs. As, 1987.
- Tustin, F. (1995): *Ser o no-ser: un estudio acerca del autismo*. *Revista Psicoanálisis APdeBA*, Vol XVII, N°3. Publicado originalmente en "*Winnicott studies*", N°3, 1988.
- Vaillant, E, G. (1962): *John Haslam on early infantile autism*. *American Journal of Psychiatry* , Oct 1962, 119-379.
- Winnicott, D. (1960): *The theory of parent-infant relationship*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595, recuperado de <https://icpla.edu/wp-content/uploads/2012/10/Winnicott-D.-The-Theory-of-the-Parent-Infant-Relationship-IJPA-Vol.-41-pps.-585-595.pdf> el día 21/02/2022.
- Winnicott, D. (1971): *Realidad y juego*. Ed. Gedisa, Barcelona, 2008.
- Winnicott, D. (1989): *Exploraciones psicoanalíticas*. Ed. Routledge, New York.