



EVOLUCIÓN CLINICA DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO

AUTOR: Juan Larban Vera¹

RESUMEN: Este artículo fue escrito en 2011 y revisado en marzo del 2022. Partiendo de las clasificación diagnóstica, y de la inclusión de los así llamados Trastornos del espectro autista, señala la importancia de considerar las consecuencias que la creación y uso de los manuales diagnósticos posee para la concepción teórica y la práctica terapéutica. Propone en lugar de una concepción dominada por concepciones sintomáticas supuestamente ateóricas, una forma de entender los trastornos, especialmente los trastornos del espectro autista, desde el funcionamiento psíquico.

PALABRAS CLAVE: Autista, clasificaciones diagnósticas, funcionamiento autista, identificación adhesiva, identificación proyectiva, tratamiento, evaluación psicopatológica estructural.

1.- Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos.
Ibiza. (contacto: juan.larban@gmail.com)

UTILIZACIÓN CLÍNICA DE LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DSM-IV Y CIE-10.

Los trastornos del espectro autista, TEA, forman parte de los trastornos generalizados del desarrollo, TGD, en las clasificaciones diagnósticas internacionales DSM-IV, (APA, 1994) y CIE-10, (WHO, 1992-93). Bajo el paraguas terminológico de trastornos del espectro autista se agrupan varios síndromes clínicos (conjunto de síntomas y signos que caracterizan un determinado trastorno) en los que se manifiesta con diferente grado de intensidad y de gravedad así como de cronicidad, el trastorno del funcionamiento autista. Al introducir la noción de Trastornos del Espectro Autista, (TEA), se ha intentado señalar la noción dimensional de continuo evolutivo más que de una categoría diagnóstica; sin embargo, en la comprensión y aplicación clínica de las clasificaciones diagnósticas se confunden ambas nociones con cierta frecuencia.

La formación clínica adquirida “a la sombra” de dichos manuales estadísticos de clasificación diagnóstica, diseñados en principio para su utilización en estudios epidemiológicos, o la basada en la aplicación de protocolos, al mismo tiempo que sus ventajas, consenso diagnóstico y de lenguaje clínico, tiene el inconveniente de generar cierta confusión en el diagnóstico y una desviación en la forma de ver, comprender, interpretar, aprender y aprehender, (hacer suya) la clínica, con la consiguiente influencia que esto tiene en su aplicación, es decir, en las respuestas clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas que damos a nuestros pacientes y sus familias. Estas clasificaciones diagnósticas, a diferencia de la francesa y similares, no presuponen la existencia, como fundamento de cualquier clasificación psicopatológica, de una psicología clínica, ni la existencia de una teoría del funcionamiento psíquico normal cuyas desviaciones constituyen la psicopatología. Por el contrario, consideran la patología mental como un trastorno exclusivamente fisiológico tanto si es real como supuesto. Además, estos sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales con sus correspondientes manuales de instrucciones, si bien han contribuido a unificar el criterio diagnóstico entre los profesionales de la salud mental, han favorecido también la creación y la difusión de un falso saber sobre la psicopatología. Lo relacional del proceso de la observación diagnóstica se convierte en algo puramente instrumental y en un mero sistema clasificatorio basado en criterios descriptivos, (Larbán, J. 2008).

Veamos lo que dice respecto a los protocolos y los sistemas de clasificación diagnóstica uno de los pioneros en España de la Psiquiatría Infantil:

“Protocolizar es en resumen, el registro ordenado de actos. Los protocolos aplicados en Salud Mental Infantil son como la democracia, imperfectos pero necesarios. No son la panacea, como algunos, con espíritu «snobista» y postmoderno pretenden. Sin embargo es indiscutible que pueden ser útiles y hasta imprescindibles en el trabajo diario de un equipo que trabaje en la sanidad pública. Facilita el lenguaje homogéneo, permite una recogida y transmisión de información con fines clínicos y epidemiológicos, permite un control de tratamientos, la coordinación de una educación especializada, la detección precoz de problemas de Salud Mental y el desarrollo de los aspectos psicosociales en los programas generales y específicos de promoción y protección de la salud. El error imperdonable sería creer que todo el quehacer en Salud Mental Infantil y en Psiquiatría Infantil puede contenerse y reducirse a los Protocolos. Ello sería igual de peligroso que pensar que la DSM-III-R y la IV o la ICD-9 y 10 son manuales para el diagnóstico. El clínico sea cual sea su procedencia profesional-médica, psicológica, de enfermería, pedagógica, servicios sociales, es el que se sienta junto al enfermo (en el lecho = klinos) frente por frente, cerca de la persona y de una manera libre y personalizada. Quien se centra en los protocolos se aleja de la clínica, de los problemas reales, y pierde libertad” (Rodríguez Sacristan, J. 1995).

Los sistemas de clasificación diagnóstica mencionados, por la forma en que son utilizados en su aplicación clínica, han sido confundidos con manuales de formación en psicopatología y utilizados como tales, hasta tal punto, que lo que no se encuentra en estas “Biblias”, no existe para muchos de los profesionales de los servicios de salud mental que se han formado y se están formando actualmente según este modelo. No es raro ni infrecuente, escucharles decir a estos profesionales, que los trastornos de personalidad no existen hasta los 18 años, que es cuando constan en estos sistemas clasificatorios. Por mi parte, considero que la constitución y desarrollo de la personalidad del ser humano, aquello que le hace persona y sujeto singular, a la vez que similar a otras personas de nuestra especie, forma parte de un proceso evolutivo que en estrecha interacción con su entorno, empieza como mínimo con el nacimiento, y termina con la muerte.

Los trastornos mentales, incluidos los trastornos de la personalidad, desde el modelo diagnóstico y terapéutico que defendemos, serían comprendidos y abordados desde una perspectiva relacional, evolutiva, biográfica y psicopatológica del sujeto que los padece. Desde una perspectiva psicológica y psicopatológica relacional, las manifestaciones clínicas estables y duraderas del trastorno autista que clásicamente se reagrupan -en los niños mayores y en los adultos- en la llamada “triada de Wing”, (en homenaje a Lorna Wing, su descubridora) es decir, las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal, y un patrón restringido de intereses o comportamientos, serían la consecuencia de un proceso psicopatológico mucho más precoz que desarrollándose desde sus primeros meses de vida, se podría detectar en el primer año de vida del niño. La palabra autismo se asocia con frecuencia con la imagen estática del autismo de Kanner, el más grave y de peor pronóstico. Sin embargo, el funcionamiento autista del niño afectado constituye un proceso psicopatológico que lo ha ido alejando progresivamente a lo largo de su vida de una evolución sana en su desarrollo psíquico y cerebral.

Para efectuar una temprana intervención que pueda evitar el inicio del funcionamiento autista en el bebé así como la instalación en su psiquismo, tendríamos que basarnos en el estudio y tratamiento de las alteraciones precoces de la interacción cuidador- bebé que dificultan o impiden el acceso de este último a una necesaria integración perceptiva del flujo sensorial que le llega por diferentes canales sensoriales para lograr hacerse una imagen interna de la realidad percibida, así como las perturbaciones interactivas que dificultan o impiden el acceso del bebé a la ínter-subjetividad que es la capacidad de compartir la experiencia vivida.

Juan Manzano ha publicado artículos muy esclarecedores a propósito de estos sistemas de clasificación, comparándolos con el método que han desarrollado desde hace años, junto a Francisco Palacio y Bertrand Cramer, en los servicios de psiquiatría de Ginebra en Suiza, método diagnóstico psicodinámico que tiene en cuenta a la globalidad de la persona en su contexto, así como su biografía, para evaluar, comprendiéndolo, su funcionamiento mental y no solamente sus síntomas. Método conocido como “la evaluación psicopatológica estructural”: “Para nuestra clasificación, la unidad a clasificar no es un signo o una

suma de signos, sino una estructura, un conjunto de elementos relativamente estables entre ellos. Buscamos pues organizaciones globales teniendo en cuenta todos los elementos posibles, (Manzano, J. 2004, Manzano, J. 2005). En cuanto a la evaluación diagnóstica, continúa explicando Juan Manzano:

“La evaluación psicopatológica supone observar la relación del niño con el terapeuta. Al contrario de la DSM, no se trata de un método «digital» -presencia/ ausencia- de un signo, sino de percibir y registrar todos los aspectos del funcionamiento: normales y desviados, orgánicos y sociales, y construir una síntesis única, incluyendo lo no formalizado (la incertidumbre).

“No se trata pues de sumar o restar, sino de descubrir una configuración, una fórmula personal que nos permita comprender y plantear una indicación terapéutica. (Solamente más tarde podremos o no, por razones estadísticas o de investigación, planteamos el parentesco aproximativo de esta configuración con una de las configuraciones generales de la clasificación)”.

En cuanto al tratamiento:

“Para nosotros, el tratamiento -como la evaluación- es necesariamente relacional. Puede incluir otras medidas farmacológicas, sociales o educativas, pero conserva siempre como objetivo fundamental, el establecimiento de una relación, y garantizar su continuidad el tiempo necesario. Ello puede hacerse en centros de día o equivalentes y, particularmente, en la psicoterapia.

“Actualmente el papel central de la psicoterapia en los tratamientos psiquiátricos es, en general, admitido, ya sea sola o combinada con otras medidas. Incluso en el tratamiento farmacológico de los graves trastornos psicóticos del adulto, aparece una potenciación de los resultados si se asocia una forma de psicoterapia. Es la vieja «fuerza del verbo», el sistema de comunicación superior y más desarrollado de nuestra especie”.

“La experiencia clínica acumulada nos permite actualmente ampliar las formas de aplicación de la psicoterapia adaptándola a diferentes indicaciones -grupales, familiares-, psicoterapias breves y consultas terapéuticas. Se trata de apoyarnos sobre las situaciones reales de las demandas de ayuda”.

En lo que respecta a la formación:

“Nuestro modelo de evaluación, comprensión y tratamiento exige una formación consecuyente”.

“Quizás no somos en eso competitivos con otras concepciones. Pero eso sí, nuestra formación es, sin duda, la más interesante”.

“La formación reposa en las cuatro bases clásicas: 1) Training para la evaluación diagnóstica estructural. 2) Seminarios teóricos y de lectura de la psicopatología, tanto descriptiva como psicodinámica, y de los textos seleccionados de autores fundamentales sobre la psicoterapia psicoanalítica. 3) Supervisiones y, 4) Experiencia analítica personal”.

Creo, -como apunta Juan Manzano en el artículo mencionado cuya transcripción está recogida entrecomillas- que actualmente se está perdiendo de vista la concepción clínica y fenomenológica de la psicopatología y lo que es más grave, la concepción humanista y relacional de la misma. “Para mí, dice Manzano, esta psiquiatría, psicología y psicopatología relacional y humanista significa esencialmente el considerar a la persona como un todo –que no es la suma de las partes- y, también, plenamente individualizada: con un contexto social, familiar y una historia que son únicos. No es, pues, exclusivamente un enfermo, un síntoma o un conjunto de síntomas desencarnados de su totalidad”, (Manzano J. 2004, Manzano, J. 2005). Veamos ahora algunos ejemplos que ilustran lo comentado anteriormente:

Hay bastantes niños con Síndrome de Asperger diagnosticados de TDAH (trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad) según el protocolo vigente que no discrimina suficientemente el diagnóstico diferencial entre uno y otro al no tener en cuenta el continuo evolutivo del niño.

En el diagnóstico de TDAH, visto como síndrome, es decir, como un conjunto de síntomas, se incluyen, como en un “cajón de sastre”, tanto los niños con un funcionamiento psicótico, como por ejemplo, los afectados de psicosis disociativa, como los que padecen también dicho síndrome, sin tener en cuenta que puede ser una manifestación defensiva de tipo maniaco o hipomaniaco contra la depresión, y como tal, una de las manifestaciones clínicas del Trastorno Límite (o fronterizo) de la Personalidad. El abordaje terapéutico tanto en el aspecto psico-farmacológico como psicoterapéutico es diferente en un caso y en otro. Sin

embargo, desde la visión nosográfica y no estructural, (de la personalidad de base del niño/a), el tratamiento indicado puede ser el mismo para uno y otro.

Respecto a este tema de la confusión y profusión diagnósticas que tenemos hoy día del TDAH o TDA, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el primer caso y Trastorno por Déficit de Atención en el segundo caso, vemos perplejos cómo se ha creado una nueva enfermedad que dicen es de origen biológico, que requiere por tanto y fundamentalmente de un tratamiento psicofarmacológico, para designar y tratar en la actualidad, un trastorno antiguo y conocido, (Tizón, J.L. 2007). Trastorno llamado desde hace muchos años en psicopatología, “síndrome de inestabilidad o de agitación psicomotora”, (Lasa, A. 2006) y presente como ahora en el TDAH y el TDA, en organizaciones de la personalidad de tipo psicótico, fronterizo o neurótico, elemento fundamental que hay que conocer para hacer un diagnóstico biográfico, estructural y en profundidad, si queremos saber verdaderamente lo que le pasa a la persona que sufre de dicho síndrome, así como a su familia.

“Un diagnóstico adecuado es lo que permite poner en marcha un tratamiento acertado” (Lasa, A. 2007). Tratamiento que tiene que tener en consideración la personalidad y el funcionamiento psíquico del niño, su biografía, su vida en los diferentes contextos en los que se manifiesta, sus capacidades, su potencial de posibilidades y también sus limitaciones, además de prestarle el apoyo psicoterapéutico, psicosocial y psicofarmacológico adecuados, apoyo que conviene que sea siempre, el mínimo necesario. Sin olvidar en estos casos el necesario apoyo y acompañamiento terapéutico que la familia (Icart A. 2007) también necesita para cambiar las actitudes, y corregir las alteraciones o desarmonías que predisponen y/o contribuyen a estructurar este tipo de trastorno. La base de este trastorno del que hablamos, presente en diferentes organizaciones de la personalidad, era y es hoy día a mi juicio, la dificultad de contención, elaboración, integración y canalización de la ansiedad, que deriva de la temprana alteración del funcionamiento de la barrera para-excitación, barrera psíquica protectora que le presta el cuidador al bebé hasta que éste va constituyendo la suya propia. Barrera que filtra tanto los estímulos internos como externos para poder integrarlos, y evitar el consiguiente desbordamiento pulsional. Barrera también necesaria en el bebé, para la constitución de un “continente

psicosomático” con límites entre lo interno y lo externo, entre lo que es uno y otro. Este continente sería la base fundamental para que haya en su interior un contenido interno que permanezca. Continente necesario para que las representaciones mentales (simbolismo y función simbólica) de la realidad exterior y de nuestra interacción con ella, tengan cabida en nuestro interior, y para que además, se desarrollen en nuestro mundo interno. Pienso que en este caso estamos hablando de la misma realidad aunque percibida de forma diferente y con diferentes denominaciones, que inexorablemente, orientan el diagnóstico y tratamiento en direcciones diferentes.

Otros niños con Síndrome de Asperger están siendo diagnosticados de Trastorno de Lenguaje con la aplicación instrumental de su correspondiente tratamiento; de tipo farmacológico en el caso anterior y de tipo logopédico en este caso, dejando de lado y sin tratar el funcionamiento autista del niño. Se diagnostican síndromes y se tratan síntomas pero la psicopatología de base queda sin diagnosticar y sin tratar. Se les proporcionan prótesis para andar por la vida, sin ayudarles a desarrollar las funciones psicológicas y relacionales básicas que les faltan.

Hay niños que mediante estos tratamientos de tipo instrumental consiguen acceder al mundo del lenguaje pero muchos de ellos siguen utilizando pensamiento, lenguaje y movimiento de forma “rara” por lo desconectada del contexto en que se producen. Utilizan esas capacidades adquiridas como “objetos autísticos” además de no poder conseguir desarrollar suficientemente la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro y consecuentemente, la capacidad de empatía. Cuando escucho hablar de autismo y sobre todo si se utiliza como referencia clínica las clasificaciones diagnósticas mencionadas, se diría que dentro del Espectro Autista estamos en presencia de distintos síndromes relacionados con el autismo pero separados y diferenciados de él. La visión, mas allá de los síntomas, que la experiencia clínica y la formación, me han ido proporcionando a lo largo de los años me ha llevado hacia un camino diferente en la comprensión del funcionamiento autista en el niño y en el adulto. Cuando hablo de funcionamiento autista, me refiero a un funcionamiento defensivo, no evolutivo, anti-relacional y anti-comunicativo y de tipo psicótico, debido a la naturaleza profunda y primitiva del origen del trastorno, así como debido a la utilización y

establecimiento de defensas muy primitivas y arcaicas, (Geissmann, Cl. 2008; Corominas, J. 1998; Corominas, J.; Fieschi, E.; et al, 2008; Larbán, J. 2008).

Estas defensas, que protegen a la vez que impiden el desarrollo del niño, a medida que se van estableciendo y consolidando, van generando y aumentando toda una serie de deficiencias, cognitivas, relacionales, emocionales, sociales y conductuales en el funcionamiento psíquico y cerebral del niño, al mismo tiempo que van constituyendo y formando parte de su personalidad.

Desde la perspectiva que me ha dado la experiencia clínica cotidiana, los diferentes síndromes relacionados con el autismo serían formas clínicas y modalidades evolutivas del funcionamiento autista en el niño.

El Síndrome de Asperger, también llamado “autismo de alto rendimiento”, sería una forma clínica evolucionada del funcionamiento autista en la que el niño desarrolla toda una serie de habilidades, sobre todo cognitivas y de lenguaje, que funcionan como un instrumento protésico que le va permitiendo avanzar en ciertas áreas de su funcionamiento psíquico pero quedando sin resolver el problema de fondo de su funcionamiento defensivo-autístico.

En el caso del Síndrome de Rett en el que como en el caso anterior parece existir una relación con alteraciones genéticas, cabe preguntarse si lo autístico de este “cuadro clínico” no tendría que ver con la constitución y desarrollo de ese mismo tipo de funcionamiento defensivo de tipo autista.

El Trastorno Desintegrativo de la infancia lo veo más bien como un proceso defensivo- autístico de carácter regresivo, secundario a una vivencia de pérdida de “objeto”, (cuidados, cuidador), así como de la relación de “objeto”, (relación con el cuidador de referencia) en un momento evolutivo del niño, (de 12 a 36 meses, aunque más frecuente alrededor de los 15 meses), en que la representación interna del “objeto” perdido no está suficientemente constituida ni desarrollada en un niño vulnerable por insuficiente constitución y desarrollo del vínculo de apego con la persona de referencia que lo cuida, y con puntos de fijación o núcleos autísticos que habían pasado desapercibidos hasta entonces.

Este movimiento evolutivo de carácter regresivo es de naturaleza defensiva. El niño, ante la vivencia de pérdida y sobre todo de un “encadenamiento” acumulativo de pérdidas, se retrae y se repliega sobre si mismo, se aísla, y se retira de la relación con el otro. Depende de la resiliencia del niño (capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas) y de la reacción del entorno cuidador el que éste movimiento regresivo sea transitorio o adquiera carácter de gravedad y permanencia. En cuanto al Autismo Atípico, la experiencia clínica me ha llevado a considerarlo como la presencia de rasgos de la personalidad o núcleos de funcionamiento defensivo- autístico en el niño que va saliendo, o ha salido parcialmente de su “encierro” autista. Estos niños pueden evolucionar hacia una apariencia de relativa normalidad pero con secuelas más o menos graves y permanentes. La más característica y frecuente es la dificultad de establecer una relación de empatía con el otro. Bastantes de estos niños, de adultos, presentan una organización “límite” de la personalidad de carácter inestable, con afectación narcisista y posibles descompensaciones de tipo psicótico, alternando con la sensación amenazante y casi permanente de hundimiento psíquico, de pérdida del sentimiento de continuidad de su existencia y de pérdida del sentido de realidad. En su tratamiento psicoanalítico, estos niños y adultos, a través del vínculo transferencial, nos permiten entrar en contacto con esos mecanismos de defensa y núcleos autísticos de los que hablábamos anteriormente, (Ver viñeta clínica en anexo).

En un interesante libro sobre los procesos mentales primarios, varias destacadas profesionales que se ocupan de este ámbito en España, nos muestran de forma muy ilustrativa y didáctica, tanto las implicaciones psicopatológicas como las consideraciones técnicas que hay que tener en cuenta a la hora de abordar terapéuticamente y educativamente a las personas afectadas por núcleos de funcionamiento mental primarios y no mentalizados. Las ansiedades catastróficas primitivas que no se elaboran en el momento oportuno se encapsulan, pudiendo reaparecer en situaciones de inestabilidad y cambios, tanto en otros momentos de la infancia como de la adolescencia y edad adulta. Estos núcleos serían la expresión de áreas de la personalidad indiferenciadas que dificultan el desarrollo y la maduración humana, (Corominas, J.; Fieschi E.; Grimalt, A.; Guàrdia, M.; Oromi, I.; Palau, M.; Viloca, Ll. 2008).

El grave riesgo que estamos corriendo con la utilización que se está haciendo de estas guías de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales como referentes casi exclusivos y excluyentes de la formación de los profesionales en psicopatología sería el considerar que lo que no está incluido en tales guías no existe en la clínica. Tenemos entre otros el ejemplo de la desaparición del concepto de psicosis infantiles y el hecho de que como consecuencia de ello, ya no se suele hablar de psicosis al referirnos al autismo. Pienso que en este y otros casos, estas guías son muy vulnerables y manipulables en cuanto a la utilización ideológica disfrazada de “científica” que se está haciendo de ellas para orientar la realidad clínica hacia una “especial y específica” forma de ver y comprender tanto la psicopatología como al ser humano, (Larbán, J. 2011).

EVOLUCIÓN HACIA EL FUNCIONAMIENTO AUTISTA.

La incapacidad del niño para desarrollar distintas funciones evolutivas esenciales para su maduración y desarrollo, tanto psíquico como cerebral, así como para su relación con el entorno, debida a factores constitucionales y también, a la imposibilidad del entorno cuidador de facilitarle y posibilitarle dicha tarea, coloca al niño en una posición de desamparo, dolor e indefensión. Las vivencias arcaicas (Geissmann Cl, 2008) intolerables, no integrables ni elaborables, de tipo catastrófico, tales como la desaparición, la disolución, la sensación de no existir, llevan al niño a protegerse con mecanismos de defensa de tipo psicótico (desde la evitación y rechazo inicial de la relación y comunicación emocional con el otro, el niño puede evolucionar hacia la utilización de unas defensas anti-separación-diferenciación, cada vez más específicas del funcionamiento psicótico tales como la renegación, desmentida, repudio de la realidad, del otro, de la existencia del otro y de su necesidad de la relación con el otro para desarrollarse como sujeto, “forclusión”, según término re-elaborado por Lacan), y de tipo autista, que lo aíslan progresivamente de su entorno, encerrándolo en una especie de fortaleza “vacía”, (Betthelheim B. 2001). Vacío y ausencia de límites que lo llevan a la auto-estimulación sensorial y a la búsqueda de la inmutabilidad para negar su existencia y su presencia. Negar la existencia del otro separado y diferente de él. Evitar conectar con el mundo del otro, con el mundo emocional del otro por su impredecibilidad. Evitar la conexión con algo que pudiera tener un significado que

lo podría introducir en el mundo de la subjetividad, del pensamiento y de lo simbólico.

El niño con funcionamiento psicótico reconoce lo simbólico y lo combate. Lo simbólico es rechazado, combatido y destruido por él ya que representa la ausencia del objeto simbolizado, una separación y distancia o lejanía del objeto real que no puede soportar y que busca neutralizar y destruir, o hacer desaparecer. De esto deriva la utilización que puede hacer del lenguaje y en general con todo pensamiento abstracto, desarticulándolos y haciéndolos incomprensibles, o la utilización de los garabatos con los que cubre sus dibujos si llegan a representar algo para él. Al no poder tolerar el vacío, pues ellos parecen ser y sentirse por momentos el vacío y en el vacío, no pueden vivir la ausencia del objeto-sujeto relacional, condición necesaria para acceder a su representación mental. Las defensas que lo protegen le encierran a su vez en un funcionamiento patológico cronificante, que impide su desarrollo.

FORMAS CLÍNICAS EVOLUTIVAS DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA

Las formas de evolución clínica de la psicosis autista en el niño, tienen distintos grados de gravedad en función del nivel de retraimiento y de desconexión que presente el niño. Dicho de otro modo, la gravedad depende del grado de intensidad, de duración y del carácter masivo de sus defensas autistas. La psicosis autista del niño puede evolucionar de más a menos gravedad, según el tipo de funcionamiento defensivo predominante en el niño. La evolución del funcionamiento autista en el niño puede ser progresiva, regresiva y fluctuante entre ambos, (Larbán, J. 2010).

Los niños con evolución progresiva del funcionamiento autista, serían aquellos que desde las primeras semanas muestran una evolución progresiva hacia un funcionamiento autista que se va instalando lenta y progresivamente en el funcionamiento psíquico y cerebral del bebé.

Los niños con evolución fluctuante del funcionamiento autista, serían los que alternan algunos momentos de acceso a la Inter-subjetividad primaria, (primer semestre), es decir a la comunicación social y emocional con el otro gracias sobre todo a la insistencia del cuidador, con otros de repliegue, aislamiento, desconexión emocional y relación “inter-objetiva” (con

objetos), mas que Inter-subjetiva con el otro, (Maestro S., Casella C., Milone A., Muratori F., Palacio-Espasa F. 1999). Estos niños, en el segundo semestre, son incapaces la mayor parte del tiempo de acceder a la Inter-subjetividad secundaria basada en la triangulación relacional que permite la atención compartida con el otro hacia un objeto externo. Este importante progreso evolutivo, el acceso a la Inter-subjetividad secundaria, permitirá al niño sano desarrollar la capacidad de relación no solamente con el otro y con lo otro, que ocupa el lugar de un tercero, sino también su integración grupal y social. La correcta aplicación de las escalas de evaluación teniendo en cuenta el continuo evolutivo del bebé, nos permite detectar y diagnosticar también, y precozmente, la evolución hacia un funcionamiento autístico de carácter fluctuante-progresivo en el niño.

Los niños con evolución regresiva del funcionamiento autista, serían esos niños que durante el primer año de vida logran acceder de forma fluctuante, (que suele pasar desapercibida para su entorno), a cierto grado de Inter-subjetividad primaria y secundaria pero con “anclajes” poco sólidos y duraderos en su psiquismo. Estos niños, con una débil capacidad de resiliencia, muy buenos niños, que se presentan como “apagados”, con poca iniciativa relacional en el plano social y dependiendo mucho del adulto cuidador para ello, ante situaciones traumáticas de pérdidas que afectan a la cantidad y calidad de la presencia interactiva con ellos de su cuidador de referencia, hacen una regresión psíquica, con pérdida de las adquisiciones logradas hasta entonces en los aprendizajes, en el lenguaje y en la relación social, se repliegan en si mismos y se encierran progresivamente en un funcionamiento autista.

Encadenamientos de pérdidas, externas e internas tales como una ausencia prolongada y/o repetida del cuidador o cuidadores de referencia para el niño, pérdidas vividas por el cuidador que desembocan en un proceso de duelo de tipo depresivo con desconexión emocional, pérdida del lugar y la presencia de un tercero etc., pueden desencadenar en el niño, para protegerse del sufrimiento, vacío y desorganización internos, una vuelta al funcionamiento defensivo de tipo autístico. Su frágil vinculación con el otro y con lo otro, diferente del nosotros, de lo que somos tú y yo, así como su dificultad para mantener una imagen interna del otro ausente, hacen de estos niños unos sujetos muy vulnerables a este tipo de pérdidas.

La capacidad de recuperar lo perdido en el niño depende en estos casos de la comprensión empática del entorno cuidador y de la forma como aportan o no, la seguridad relacional necesaria para que el niño que se encierra en un funcionamiento autístico pueda superar sus miedos y angustias catastróficas y abrirse de nuevo a la interacción con el otro, recuperándolo de nuevo en su interior.

FLUCTUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO AUTISTICO EN EL NIÑO/A

Hay que tener en cuenta que las actitudes del entorno cuidador facilitando u obstaculizando el desarrollo del bebé así como las capacidades o dificultades del bebé para comunicarse con su entorno no son algo constante e inmutable. Esto supone admitir que el bebé, en situación de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista, incluso en el peor de los casos, puede tener acceso a momentos en los que sea capaz de vivir aunque sea de forma fugaz y transitoria la experiencia de la Inter-subjetividad, es decir, la capacidad de compartir lo vivido con el otro. La “coraza o armadura” defensiva con la que intenta protegerse el niño/a con funcionamiento autista es imperfecta y tiene siempre y en determinados momentos, brechas o rendijas por las que se “cuela la luz” de la interacción positiva y evolutiva con su entorno cuidador. Son momentos de apertura a la interacción y en la interacción con el entorno que representan el acceso, aunque fugaz y transitorio en los casos más graves, a cierto grado de relación-comunicación Inter-subjetiva con el otro. “Suelen ser niños/as no mirados, no vistos, que sufren hasta el fondo, de quienes los otros creen que no están. Pero si están. Sufriendo, dolidos, desesperanzados, frágiles”. Este texto entrecomillado y en cursiva está extraído del interesante libro, “Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles” fruto de una investigación psicoanalítica de varios años realizada por destacadas profesionales argentinas, coordinadas por Velleda Cecchi, (Velleda C., Aparain A., Nian V., Miguez S., Lodeiro Castro A. 2005). La posibilidad o no, de que estas experiencias compartidas sean realidad en la interacción padres-bebé depende de múltiples factores imposibles de predecir y detectar en un “corte” trasversal de la situación existencial del bebé pero son más difíciles de pasar desapercibidos cuando la observación y evaluación del riesgo evolutivo del bebé se hace en un continuo evolutivo que incluye la interacción entre el bebé y su entorno cuidador.

Sin negar la posible influencia de factores constitucionales y genéticos, cuya investigación es de obligado cumplimiento, no podemos sin más, estar a la espera de conocer los resultados de las pruebas biológicas realizadas sin intervenir terapéutica y precozmente sobre la interacción entorno-cuidador-bebé. Esta intervención adecuada de la que hablamos puede ser determinante para el futuro del niño y su familia.

FORMAS CLÍNICAS EVOLUTIVAS DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO.

Las formas clínicas evolutivas del funcionamiento autista del niño que describimos esquemáticamente a continuación, conviven en mayor o menor grado unas con otras. Es el carácter predominante de un determinado sistema o mecanismo defensivo el que las define de forma “artificial” para entendernos entre profesionales. No obstante, el tener en cuenta esta convivencia de formas clínicas, unas más graves junto con otras menos graves, puede ayudarnos a realizar pronósticos más finos y ajustados, teniendo en cuenta no solamente los aspectos psicopatológicos sino también los más sanos tanto en el niño como en los padres, así como en la interacción entre ellos y su bebé. Cuando hablo de autismo quiero decir que estamos en presencia de una psicosis infantil, (aunque este término haya desaparecido actualmente de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales), en niños muy sensibles y vulnerables que más que desconectados, están hiperconectados y se defienden como pueden, aislándose de un mundo que perciben y viven como hostil. Evitan el “objeto humano” de forma deliberada y activa con los mecanismos de defensa primitivos que tienen a su alcance. En la psicosis autista, los mecanismos de defensa más empleados son:

1. Defensas anti-relación-comunicación con el otro (repliegue sobre si mismo y retirada relacional duradera con “aparente” desconexión emocional, aislamiento relacional y “ausencia” autísticos).

Para comprender mejor el desarrollo de este tipo de defensas, ver Frances Tustin y su concepto de “Encapsulación autogenerada” desarrollado sobre todo en su libro “Cascarón protector en niños y adultos”. (Tustin F. 1992).

El niño/a que evolucionaría hacia un proceso autístico lo haría pasando de la actitud de ensimismamiento hacia una actitud de retirada relacional duradera con aislamiento y desconexión tanto en el plano emocional y cognitivo como en la comunicación y relación con el otro, lo que daría como resultado la imagen del "bebé mentalmente ausente". Sin olvidar la evitación de la relación y comunicación con el otro a través de la mirada o a través de su repliegue defensivo sobre si mismo refugiándose en el exceso de sueño, signos característicos de dicho funcionamiento autístico.

Además, hay que tener en cuenta que la evitación de la relación y comunicación con el otro puede evolucionar hacia el rechazo, caso de persistir los factores de riesgo en la interacción. Este funcionamiento defensivo y no evolutivo impide en el bebé, la adecuada integración sensorial y como consecuencia de ello, el desarrollo de la Inter- subjetividad que es la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro. Ningún objeto puede ser experimentado como exterior a si mismo, mientras no sea aprehendido por al menos dos modalidades sensoriales simultaneas, lo que subraya la importancia de la comodalización perceptiva o la percepción transmodal, (reunión de las diferentes percepciones que emanan del sujeto-objeto relacional) como agente central del acceso a la intersubjetividad. No hay comodalidad perceptiva posible sin la voz de la persona que ejerce la función materna, la expresión de su rostro y su "holding", (sostén psico-afectivo) como organizadores de esta co-modalidad perceptiva, de ahí el impacto dañino de las depresiones maternas y de la experiencia del "still-face" o "rostro inexpresivo" sobre los procesos de co-modalización. No hay acceso posible a la inter-subjetividad sin comodalidad perceptiva o percepción transmodal, de ahí la importancia del amamantamiento y de los otros equivalentes interactivos como "situación de máxima atracción consensuada" (Meltzer) entre el bebé y su cuidador.

Los trabajos de Meltzer, psicoanalista inglés que ha trabajado amplia y profundamente con niños con autismo, han permitido reconstruir el momento del amamantamiento como un momento "de máxima atracción consensuada" entre el bebé y su madre o cuidador principal. Momento en el que el bebé, gracias al "mantelamiento" o integración de sus sensaciones puede comenzar a percibir a su madre como exterior a él y como la fuente externa de sus diferentes sensaciones ligadas a la situación de amantamiento (el sabor y

olor de la leche, el sabor y olor de la madre, su voz, el ritmo de sus movimientos, la calidad de la forma de acogerlo en su regazo...etc...). El material extraído del tratamiento psicoanalítico de niños con autismo incita a pensar que es porque el bebé, en esta situación particular, y también en otros momentos interactivos importantes y fuertemente investidos durante el día, llega a articular y a juntar los diferentes estímulos sensoriales que emanan del adulto cuidador, pudiendo comenzar a percibir a éste como exterior a el mismo (núcleo primario de inter- subjetividad), razón por la cual quizás, se agarra tanto al seno materno durante el amamantamiento, ya que sería el momento en el que comienza, fugitivamente, a percibirlo, como un objeto externo.

También podemos decir que dicho proceso autístico disminuye considerablemente la resiliencia del niño que lo padece debido a la negación de la necesidad de la interacción con el otro, interacción que es la que en el niño sano permite el despliegue de todo su potencial evolutivo.

2. Defensas anti-integración de los diferentes estímulos sensoriales percibidos, (desmantelamiento sensorial).

El "trabajo" que tiene que hacer el bebé con la ayuda del entorno cuidador en su interacción con él para integrar las partes con el todo y la sensorialidad con la motricidad puede verse severamente afectado con semejante funcionamiento defensivo. La sensorialidad interoceptiva; propioceptiva, vestibular, así como la exteroceptiva; olfativa, gustativa, auditiva y táctil y algo más tarde la visual debido a su complejidad, percibida a través de diferentes canales, requiere un trabajo de integración que va haciendo, que lo percibido al principio separadamente en la comunicación sensorial con la madre pasa a ser percibido de forma integrada (primeras semanas de vida) por el bebé gracias a las respuestas de la madre. Las sensaciones que al inicio el bebé no comprende, poco a poco van cobrando sentido para él. Se podría decir que el bebé va sabiendo de qué va, a qué corresponden y por tanto puede integrarlas como una experiencia global. Por ejemplo; un ruido brusco que asusta al bebé es elaborado por la madre que le devuelve a su hijo una respuesta tranquilizadora a través de su voz, mirada, caricias, posición y tono corporal, etc.

El bebé, a través de una competencia que desarrolla desde los primeros días de vida, la capacidad de percepción transmodal, puede, con la ayuda del entorno cuidador, integrar como ocurre en el ejemplo anterior, estímulos como el ruido, con la voz tranquilizadora, la mirada, y las caricias de la madre que le llegan por canales sensoriales diferentes en un esbozo primitivo de representación mental del objeto madre-consuelo o madre-tranquilizadora por ejemplo. Así, poco a poco el bebé no solamente integra su sensorialidad sino que la vive en su relación emocional con el otro. Es muy conocida la experiencia realizada con bebés de algunos días. Es el caso del bebé que chupa la tetina de su biberón de una determinada forma sin haberla visto antes y que es capaz de orientar de forma preferente su mirada hacia la representación gráfica de esta misma tetina entre otros dibujos de tetinas diferentes.

Podemos deducir de esta experiencia que el bebé es capaz de extraer de sus sensaciones táctiles una estructura morfológica que localiza enseguida en el seno de sus sensaciones visuales, lo que se podría considerar como un esbozo o un comienzo del desarrollo de la capacidad de abstracción en el bebé.

Esta competencia perceptiva temprana del bebé que Meltzer denomina “mantelamiento sensorial” se desarrolla en las primeras semanas de vida si la interacción con su entorno cuidador es adecuada y facilitadora de su desarrollo. Consiste en la utilización de la percepción transmodal para relacionar entre sí, integrándolos en una imagen global, los estímulos que le llegan por los diferentes canales sensoriales, formándose así un esbozo de la imagen del objeto que es la fuente de los estímulos, así como de su interacción sensorial y emocional con él.

Este tipo de integración sensorial que se da espontáneamente en la interacción bebé- entorno cuidador cuando las cosas van bien, lo llamó Donald Meltzer, mantelamiento sensorial con su contrapuesto, el desmantelamiento sensorial que utilizan los niños con funcionamiento defensivo autista como una forma de defensa anti-integración de los estímulos percibidos.

La no integración de la sensorialidad por desmantelamiento sensorial, hace a los niños que desarrollan un funcionamiento autista, hipersensibles a los ruidos como el procedente de un aspirador que le llega amplificado por no estar integrado con otros

estímulos procedentes por ejemplo de la presencia y voz tranquilizadora de la madre. Para protegerse de este tipo de intrusión desorganizadora y devastadora para él, intentará aislarse sensorialmente y auditivamente, “haciéndose” el sordo, (oye pero no atiende) o refugiándose en la autoestimulación sensorial.

Como hemos visto, el desmantelamiento sensorial (Meltzer D.) lo utiliza el bebé como un mecanismo de defensa “anti-integración” de la sensorialidad para evitar vivirla en la interacción sensorial y emocional con el otro. El bebé se “protege” del efecto amenazante y desorganizador de los estímulos tanto internos como externos que no puede contener, ni asimilar, ni elaborar, desarrollando actitudes y conductas contrarias a la integración de esos estímulos que sería lo que se produciría en un bebé con un desarrollo sano. Actitudes que tienen como objetivo en el bebé con funcionamiento autista, el desmantelamiento sensorial de los estímulos percibidos, privilegiando su recepción a través de un solo canal sensorial para no integrarlos. Esta percepción a través de un solo canal sensorial, con su repetición y persistencia, lleva al niño finalmente y por momentos, no solamente a no sentir, (de sentimientos) sino también, a no sentir, (de sensación), en una especie de “anestesia” sensorial similar a lo que ocurre cuando ejercemos una presión fuerte y continuada con los dedos de la mano sobre un objeto; al cabo de un tiempo, dejamos de sentir el contacto con el objeto. La hipersensibilidad a ciertos estímulos sonoros (aspiradora, secador de pelo, etc.) cuando irrumpen de forma violenta e inesperada en su mundo interno muestra hasta qué punto estos niños son hipersensibles a los estímulos de su entorno que penetran su armadura defensiva sin poder comprenderlos ni contextualizarlos.

Ya hemos comentado que un momento privilegiado para la integración sensorial del bebé es la experiencia de amamantamiento u otros equivalentes sensoriales tales como aquellas situaciones interactivas de intenso intercambio lúdico y emocional entre el bebé y su cuidador. La interacción, también emocional, permite al bebé pasar de la sensación al sentimiento y de sí mismo al otro. El riesgo de quedar atrapado en un funcionamiento autista queda así evitado. El equilibrio dinámico entre mantelamiento/desmantelamiento y segmentación del flujo sensorial, (parpadeo o cierre momentáneo de los ojos del bebé) estrechamente dependiente de los procesos de atención, parece situarse pues en el centro de los procesos perceptivos,

puesto que solamente una segmentación de los flujos sensoriales, con ritmos compatibles, entre el bebé y su cuidador, permite el mantelamiento (integración) de las sensaciones, y por tanto el acceso a la intersubjetividad.

La integración sensorial de la mirada, por su complejidad en estos casos, merece que nos detengamos un poco más. Con su mirada, en el primer mes de vida, el bebé percibe sobre todo el contorno de los objetos y personas (formas, continente). A partir de la segunda o tercera semana de vida, va desarrollando una mirada central que se fija sobre todo en el rostro de la madre, su contenido, (triángulo formado por ojos y boca). El bebé está más interesado y por tanto es más capaz de fijar su atención en lo que se mueve, que en lo que permanece estático. A partir del primer mes de vida el bebé va desarrollando la mirada profunda en consonancia con la profundidad de la mirada de la madre, tanto cuando lo mira y lo ve, en su exterior como en su interior, como cuando la madre está ensimismada y en una actitud de ensoñación. El bebé se siente atraído por el misterio que esconde esa mirada, (Meltzer, D. 1990), esa mirada que mira y ve más allá de él, esa mirada de la madre que le desvela y revela su interés por un lugar donde no está él; mirada viva, no ausente ni vacía, ni enigmática, -como ocurriría en el caso de una depresión desconectada-, dirigida hacia el otro, lo otro, (objeto de ilusión, de interés y de deseo) de la madre que no es él. Lugar y espacio para el otro, para el ausente, más allá de la interacción a dos, del nosotros a dos, del tú y el yo. La triangulación, es decir, la presencia del tercero, introduce la tri-dimensionalidad, un espacio con profundidad, continente con perspectiva y con límites, a diferencia del espacio plano y sin límites que perciben y en el que se perciben los niños con grave funcionamiento autista. Por eso para ellos solo existe lo tangible y también por ello son incapaces de ver e imaginar lo que hay tras el objeto (ausencia de continente y por tanto de representaciones mentales, de imágenes internas de objetos) y en el objeto.

La triangulación de la interacción permite también en el bebé, el desarrollo de la capacidad de observación e introspección, además de introducirlo progresivamente en lo familiar, en lo grupal y en lo social.

3. Defensas anti-separación del otro, (identificación adhesiva con el objeto).

Es un término que designa un tipo de identificación narcisista forjado en el marco de los desarrollos postkleinianos. Se relaciona con los fenómenos de imitación que toman en consideración elementos formales y superficiales de los objetos. El funcionamiento mental opera en la bidimensionalidad. La identificación adhesiva se relaciona con dificultades en la construcción de la fantasía de un espacio interno o mental, y de su equivalente en los objetos, que carecerían así de interioridad. Se relaciona también con la construcción de un objeto continente de las distintas experiencias y con un objeto registrado sensorialmente, tomándose como modelo las experiencias de la piel tanto en su función de registro como de límite. Se relaciona además, tanto con un momento en la constitución psíquica del espacio interno, (dimensión evolutiva), como con una modalidad defensiva ante estados de desmembramiento, de disolución, (angustia catastrófica) o de desmantelamiento pasivo ante el fracaso de la función continente del objeto-sujeto relacional. Se refiere también a las experiencias de pasaje del plano sensorio-perceptivo (biológico) al psicológico. La identificación adhesiva se sitúa en el origen del funcionamiento mental y en la construcción de la organización narcisista.

En cuanto a las formas clínicas evolutivas de la psicosis autista, la evolución más grave y de peor pronóstico es la que se orienta hacia una psicosis con predominio de un déficit psíquico y social.

En el caso del niño que evoluciona hacia una psicosis deficitaria, cuando la armadura defensiva que se va desarrollando en el proceso autístico, aislándolo al mismo tiempo que protegiéndolo y encerrándolo, se “abre a la comunicación con el otro, o cede ante el deseo incipiente de comunicarse con el entorno”, el niño, en su vinculación fugaz y transitoria con el objeto-sujeto relacional, destruye para protegerse, como mecanismo de defensa inconsciente y no intencional, las representaciones de los objetos de su interés o deseo, así como las vivencias afectivas asociadas, sin incorporarlas ni interiorizarlas en su mundo interno. En los casos más graves, destruye también las posibles conexiones y relaciones con el objeto. No aprende porque no inviste y además, no incorpora, no interioriza, y en caso de hacerlo, no guarda o no retiene lo incorporado-interiorizado. No queda la huella del objeto, en la memoria. Podríamos llamarlas en este caso, defensas anti-incorporación-interiorización del objeto

de deseo, de atención, de interés, que muestra el sujeto por él. Hay en estos casos de psicosis deficitaria grave el predominio de una identificación adhesiva con los objetos. De la misma forma que el niño en estos casos utiliza la mirada periférica (percepción de contornos) y no central ni profunda, (espacio bidimensional), así se relaciona también con los objetos y personas; con una investidura superficial y adherente hacia ellos. Esta modalidad defensiva llamada identificación adhesiva, tiene por objeto, entre otros, evitar la diferenciación y separación con el “objeto”, es decir, con el otro.

Este tipo de mecanismo de defensa produce una dependencia absoluta del objeto, adhiriéndose a él, sin ningún tipo de existencia separada y sin ningún límite entre el objeto y la persona. Comporta la dependencia extrema a la superficialidad de los objetos, a su apariencia, mostrando quien la padece, gran sensibilidad hacia los agujeros y roturas, ignorando al mismo tiempo el interior y el estado afectivo interno. El coger la mano del otro para utilizarla como una prolongación de si mismo puede considerarse como un ejemplo de identificación adhesiva. Meltzer, que ha acuñado el término de identificación adhesiva, desarrollando la base del concepto de identidad adhesiva de su maestra y supervisora, Esther Bick, dice a propósito de la “Identificación adhesiva”, (Meltzer D. 1974, comunicación personal, 14 de septiembre 2000), “En este estado, el bebé se apega a la superficie del objeto, adhiriéndose a él para obtener un grado rudimentario de seguridad, para combatir ansiedades masivas de rupturas catastróficas en la coherencia del self (si mismo) corporal que se teme podrían resultar en un derramamiento del self corporal en el espacio infinito”, (Meltzer D. 1974).

Cuando el niño autista pasa del funcionamiento defensivo con utilización de la identificación adhesiva a la utilización de la identificación proyectiva está comunicando-se con nosotros aunque de forma primitiva como lo haría un bebé con quien le cuida. “Nos hace sentir para hacernos saber lo que le pasa”, (Torras E. 2006).

En este artículo de 2006, Eulalia nos muestra lo importante que es en el trabajo psicoterapéutico con estos niños, el prestar sumo cuidado y atención a lo que despiertan en nosotros para saber, a través de lo que sentimos, cómo se pueden sentir ellos sin saberlo, y sin poder comunicarlo verbalmente.

La identificación proyectiva es un mecanismo, mediante el cual el sujeto atribuye al objeto un aspecto de sí-mismo y los afectos consiguientes. Es la manera mediante la cual lo contenido pasa al objeto. El concepto de continente y contenido en psicoanálisis está relacionado con la identificación proyectiva. Klein señala que la identificación proyectiva es un mecanismo interno y mental; Bion anota que posiblemente desempeñe un rol necesario en toda comunicación, incluso en la empatía, como señala Sandler. La Identificación Proyectiva Positiva es aquella que favorece la relación empática entre el sujeto y el otro; por lo tanto, permite una comunicación y entendimiento porque puede lograr que el otro se ponga en tu lugar, (resonancia afectiva). En los casos en que los niños con funcionamiento autista utilizan de forma inconsciente y en la interacción con el otro, la identificación proyectiva con predominio sobre la identificación adhesiva, su evolución es más favorable.

Otra evolución posible de la psicosis autista es la que conduce hacia una psicosis disociativa con predominio de este mecanismo de defensa. Cuando el niño/a, sale de sus defensas autistas, el objeto externo de su interés es investido de forma fugaz, parcial y transitoria de modo que la relación con el mismo es fragmentada y dispersa. El niño utiliza la identificación disociada y fragmentada que vive en su relación con los objetos como mecanismo de defensa contra la fusión y a la vez contra el proceso autístico. Son defensas que puestas en marcha por el niño generan esta desorganización, fragmentación y dispersión de su psiquismo y conducta.

La disociación implica la desconexión entre cosas generalmente asociadas entre sí. Las experiencias disociativas no se integran en el sentido del yo, dando por resultado discontinuidades en el conocimiento consciente. En la disociación se da una falta de conexión en los pensamientos, memoria, percepción y sentido de identidad de una persona. La disociación puede afectar a la subjetividad de una persona en forma de pensamientos, sentimientos y acciones que parecen no provenir de ninguna parte, o se ve a sí misma llevando a cabo una acción como si estuviera controlada por una fuerza externa. En psicoanálisis proviene de la palabra Spaltung, que quiere decir, escisión o “clivaje” en francés. Más que una defensa, es una forma de lograr la coexistencia de dos defensas dentro del yo (escindiendo así a este): una contra la realidad (renegación), y otra contra la pulsión, (impulso energético y motor que

dirige el organismo hacia un objetivo, meta u objeto determinado). Hay un tipo de disociación necesaria, leve, transitoria que es sana como por ejemplo cuando separamos lo profesional de lo personal en el trabajo o en la vida personal o cuando en un examen, separamos lo emocional de lo intelectual. Como mecanismo adaptativo la disociación da lugar a la capacidad de dejar de lado determinadas situaciones afectivas, para lograr un mejor ajuste a distintas exigencias de la realidad.

El paso evolutivo menos grave y el mas favorable de la psicosis autista es el que lleva hacia una psicosis simbiótica o mas bien confusional. El niño, con la ayuda del entorno cuidador familiar y/o profesional, pasa de una relación disociada, fragmentada y parcial con el objeto a una relación más global y de fusión parcial con el mismo (simbiosis). El objeto externo está más o menos identificado y diferenciado (cosa que ocurre en el niño sano entre el 4º y 8º mes de vida). No sucede así con la imagen interna del objeto externo que se halla fusionada y confundida con su self (sí-mismo). La identificación y relación con los objetos es fusional. Los momentos de separación en estas circunstancias son menos catastróficos pero no menos intensos en sufrimiento para el niño que es capaz de sentirlo más. (Sentir de sensación y en este caso, también de sentimiento). En estos niños hay diferenciación yo-no-yo, y también hay psiquismo propio. Establecen vínculos de dependencia que generan en ellos ante las vivencias de separación, angustias catastróficas de desgarrar y sentimientos intensos y simultáneos de amor- odio.

Otra evolución posible del funcionamiento psicótico autista del niño es la que lleva hacia una desarmonía evolutiva. En una misma línea de desarrollo conviven aspectos más evolucionados con otros, poco, o nada desarrollados. La desarmonía evolutiva se considera actualmente como una entidad clínica incluida en el “trastorno límite de la personalidad”, (clasificación diagnóstica del DSM-IV) o de lo que en psicopatología psicodinámica es designado como “organización fronteriza de la personalidad”. El acceso a este tipo de organización de la personalidad sería el paso evolutivo siguiente que conduce hacia una diferenciación interna del objeto incorporado y del self pero siguiendo con una relación de dependencia anaclítica (apoyo) y simbiótica con el objeto externo. “Sin el objeto, sin el otro, sin lo otro en que me apoyo, no soy nada, me pierdo. Mi mundo se hunde, desaparece, y yo con él”. Es la relación de dependencia anaclítica y adictiva de la

organización o trastorno límite de la personalidad que evoluciona en la mayoría de los casos con importantes fallas y vulnerabilidades narcisistas. (Organización de la personalidad en la frontera, en el límite, entre la psicosis y la neurosis). En la dependencia anaclítica, el otro es investido como necesario para la propia supervivencia física y psíquica de forma adictiva, (pasional, exclusiva y excluyente). Para lograr avanzar todavía más hacia una evolución normalizada del bebé y posteriormente del niño, hace falta que éste pueda desarrollarse, en el seno de la interacción con su entorno cuidador, (familiar, profesional y social), dentro de un proceso dinámico y evolutivo que lo vaya aproximando hacia una organización de su psiquismo de tipo neurótico.

Entendemos por neurótico, según la teoría y clínica psicoanalíticas, el polo más evolucionado de la personalidad del ser humano. Su psicopatología sería la consecuencia de fallos en su constitución. Hacia lo neurótico se evoluciona, dentro de la constitución y desarrollo del psiquismo temprano (hasta los 3 años) del ser humano cuando se va consiguiendo alcanzar de forma progresiva, una serie de hitos o metas evolutivas básicas que resumidamente serían las siguientes:

1. Acceso a la Inter-subjetividad o capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro tanto en lo cognitivo como en lo emocional, intencional, y sensación de movimiento.
2. Que el proceso de Diferenciación-Separación-Individualización haya avanzado lo suficiente en el niño/a, a través de su interacción con el entorno cuidador como para constituirse como sujeto en su relación con el otro.
3. Lograr también un grado suficiente de diferenciación-separación entre la representación mental interiorizada del otro y la de si-mismo.
4. Que el niño/a, no solamente esté suficientemente diferenciado y separado tanto del “objeto” externo como del interno, sino que también sea capaz de darle cierto grado de autonomía al objeto-sujeto cuidador.
5. Que pueda acceder a un espacio tridimensional en la relación con los otros. Es decir, que sea capaz de integrar suficientemente el lugar del tercero, el espacio a tres o dicho de otra forma, que el niño/a, pueda interesarse, interiorizar e integrar lo otro, no solamente como diferente, sino también como diferente al tú y yo, dentro del nosotros. Conseguir

esto supone el paso hacia lo grupal y lo social. Respecto al lugar y papel del tercero, hay que señalar que no es solamente y exclusivamente el papel del padre sino que este papel puede representarlo cualquiera de los dos padres en relación con los fantasmas de exclusividad de tipo fusional de su pareja con el bebé. (Cramer, B.; Palacio- Espasa, F. 1993 y Palacio-Espasa, F. 2005).

6. Que consecutivamente a todo esto, el niño/a, pueda inscribirse como sujeto en un tiempo lineal, con un antes y un después, es decir, que pueda inscribirse en su propia historia o biografía, construida siempre en función y en relación con el otro y los otros.
7. Acceso al lenguaje no-verbal y sobre todo, verbal.

Alcanzar la constitución y desarrollo de estas bases en el funcionamiento psíquico del ser humano le permite vivir las pérdidas y lo que le falta, como algo que si bien puede ser doloroso, no es vivido como algo que pueda comprometer la existencia del sujeto o su integridad psíquica. Que el niño consiga construir estos “cimientos” esenciales para su sano desarrollo depende también de la capacidad del entorno cuidador de incluirlo en una interacción que facilite su evolución en el sentido comentado.

ANEXO: Viñeta clínica

K. es una mujer en la cuarentena, casada y con hijos mayores. Superviviente de una infancia marcada por una sensación de abandono, confusión y desamparo internos, cuyo sufrimiento intolerable y carente de sentido la ha llevado a protegerse con defensas que han ido formando parte de su identidad, de su personalidad, de su forma de ser. Estas defensas, rígidas y no evolutivas, con su crecimiento personal y el paso del tiempo, han pasado a formar parte importante de su patología y a ser fuente considerable de su sufrimiento, algo que por otra parte estaban destinadas a evitar. El motivo inicial de la demanda de ayuda es su miedo a volverse loca. En el curso del proceso psicoterapéutico hemos podido ver que su miedo, objeto de la demanda, era algo muy fundado. En varias ocasiones ha presentado síntomas psicóticos con grave riesgo de descompensación psíquica. Su funcionamiento psíquico está más próximo del registro psicótico que neurótico. No obstante, esta persona, a costa de gran esfuerzo, ha podido abrirse camino en la vida e integrarse social y laboralmente pero pagando un alto precio por ello. La negación y borrado de aspectos importantes y traumáticos de su vida la

han llevado a una sensación de fragmentación, de falta de continuidad, de marcas, de huellas y de referencias sólidas en las que apoyarse tanto en su interior como en el exterior.

Las referencias espacio-temporales, su continente corporal y psíquico están constantemente a punto de desmoronarse. Su búsqueda de un marco estable y fiable en que apoyarse y su desconfianza ante la idea de poder encontrarlo, la llevan a tener horror del cambio, vivido como una amenaza catastrófica. Lo negado, desconectado y borrado de su vida, junto con la tendencia inconsciente a la repetición, para lograr un cambio a la vez temido y nunca alcanzado, han llevado a esta mujer a vivir en situaciones existenciales y vitales de reactivación y agravación de sus experiencias traumáticas infantiles. Tras dos años de proceso psicoterapéutico, la paciente puede poner palabras e imágenes a sus vivencias en un proceso visible de búsqueda de sentido a lo que está viviendo. En su poema ¿Sentir-se?, sin título para ella, expresa de forma conmovedora su confusión, sensación de inexistencia, sentimiento de soledad y de aislamiento, y también, su miedo a existir y sentirse existir, mostrando además, el efecto devastador del olvido amnésico, utilizado como mecanismo de defensa, sobre su sentimiento de continuidad y de identidad, así como su dificultad para reconocerse. Dos años más tarde, tras varios meses de trabajo psicoterapéutico sobre las defensas y restos de su psicosis autista infantil, que se manifestaban con frecuencia como resistencia a la vinculación y conexión en la comunicación, relación y trabajo terapéuticos, la paciente me escribe el segundo poema que esta vez sí lo titula ella misma, Fuera. En su testimonio expresa tanto el deseo de encuentro, de implicación con el proceso terapéutico y el terapeuta como el miedo a las consecuencias del “fallo”, de la ausencia de dicho encuentro, desencadenante de angustias catastróficas de caída sin fin, de disolución física y psíquica de su ser, de confusión y pérdida de identidad.

Frente a este sufrimiento, a estas ansiedades catastróficas, se erigen las defensas autistas anti-relación y anti-comunicación que la paciente tan magistralmente comunica a su terapeuta a través de su poema Fuera,... de sí misma, y de la relación con el otro. Ausentarse de sí misma, desconectar para ser mera sensación en contacto con el objeto. Aislarse, esconderse, dejarse aspirar por una mancha-agujero negro en la que a la vez busca una referencia, un punto de apoyo, una presencia

interna que le permita sentirse existir. Un continente corporal y psíquico sin límites, transparente, que intenta llenar con un contenido mágico, conjuratorio, ritualizado pero también inconsistente,... fugaz magia invirtiendo lo vivido. Finalmente... el juego... movimiento con el que el tiempo se hace circular, donde no hay cambio, no hay antes ni después, solo repetición, para deslizarse entre mundos sin sentido y conseguir... a la era-verdadera, pim-pam, fuera. Poco tiempo después de trabajar sobre este poema, la paciente por primera vez, se inscribe en un espacio-tiempo lineal, donde hay un antes y un después y por lo tanto un pasado, presente y futuro y anticipando una ausencia suya, me pide un cambio de día para no perder su sesión.

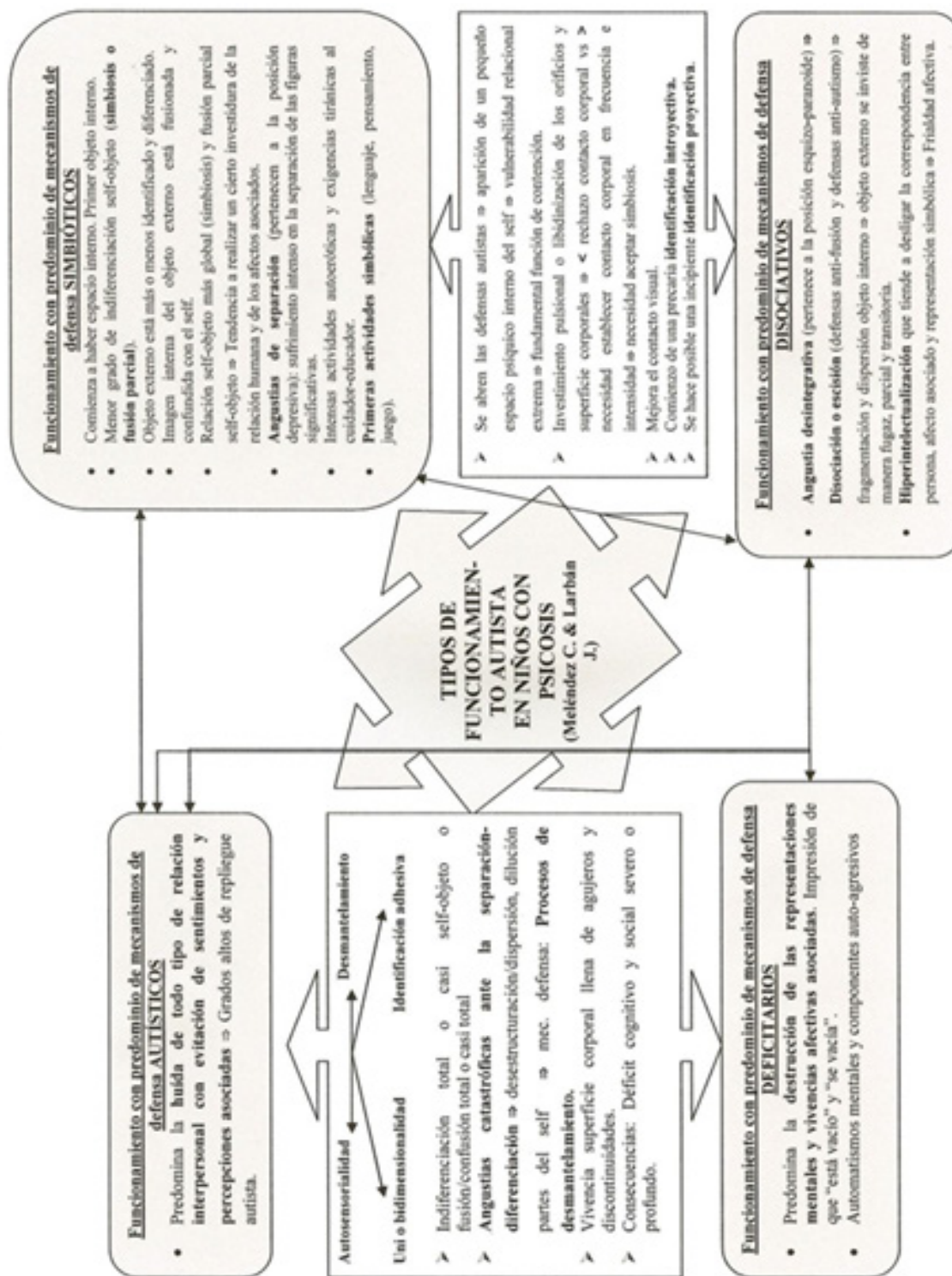
TESTIMONIO DE "K"

¿SENTIR-SE?

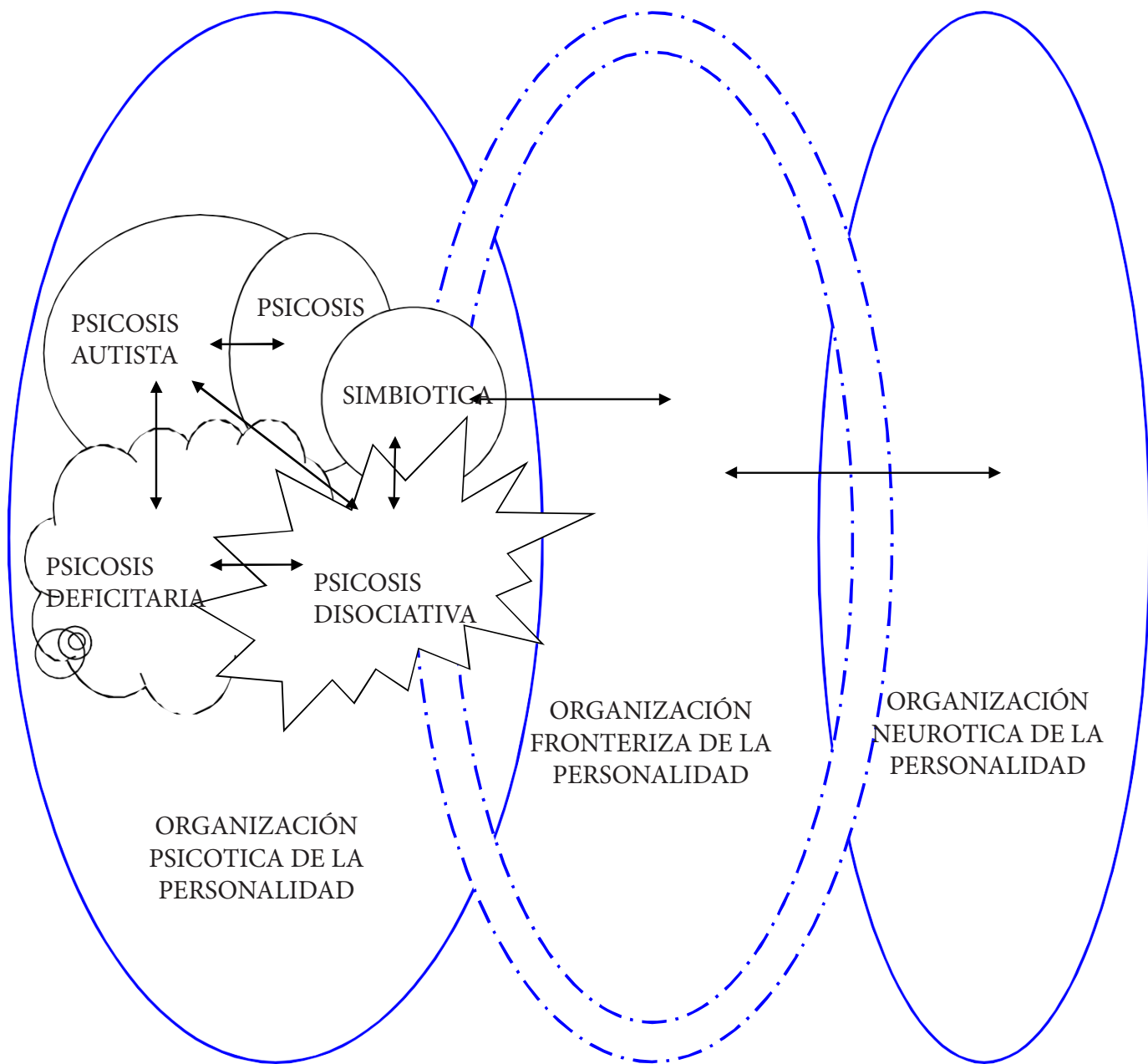
A veces dudo, Si realmente Mi voz suena, O es un latido
De mi pensar.
A veces pienso,
Al extender mi mano, Sin lograr contacto, Que es un
reflejo
De una sombra, Al pasar.
Y al escribir palabras, Sin dejar huella,
A un vacío
Una pregunta sin contestar. A veces temo,
Al notar mi pulso,
Que es un eco Redoblando sin parar. A veces sueño,
Al oír mi nombre, Que es un recuerdo, Un tachado,
Un borrar.

FUERA

Curva,
Sentir su trayectoria con la mano Reconocer el
movimiento de su forma Frío tacto abrazando piel
quemada Escondrijo,
Trazando el camino de sus líneas Dedos buscan hueco
negro escondido Aspirando vida frágil a su fondo
Transparencia,
Murmurando melodías repetidas Tocando talismanes
investidos Fugaz magia invirtiendo lo vivido Juego,
Canjeando con el tiempo movimiento Deslizándose entre
mundos sin sentido A la era verdadera - pim pam
Fuera.



TIPOS DE FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN NIÑOS CON PSICOSIS
(Esquema realizado por Carlos Meléndez y Juan Larbán 2008). Fuente: Corominas J. 1998, Pedreira J. L. 1995, Larbán J. 2008.



FORMAS CLÍNICAS EVOLUTIVAS DEL AUTISMO Y ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD
Esquema realizado por Carlos Meléndez y Juan Larbán. 2009.

BIBLIOGRAFÍA

- Bettelheim, B. (1972), (2001): La fortaleza vacía: El autismo infantil y el nacimiento del si mismo. Editorial Laia. Barcelona. La fortaleza vacía: Autismo infantil y el nacimiento del yo, Ed. Paidós Ibérica.
- Corominas, J. (1998): Psicopatología arcaica y desarrollo: Ensayo psicoanalítico. Ed. Paidós Ibérica.
- Corominas, J.; Fieschi, E.; Grimalt, A.; Guàrdia, M.; Oromi, I.; Palau, M.; Viloca, Ll. (2008): Processos Mentals Primaris, Ed . Fundació Orienta, Barcelona.
- Cramer, B.; Palacio-Espasa F. (1993): La pratique des psychothérapies mères-bébés: Études cliniques et techniques, Ed. PUF, Paris.
- Geissmann, Cl. (2008): A propósito de lo arcaico, en Psicoterapias del niño y del adolescente, Ed. Síntesis, Madrid
- Icart, A. (2007): Tratamiento del niño hiperactivo a través de la familia, Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. Monográfico 2, p, 31-42, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Larbán, J. (2008): Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida, Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 45/46, p. 63-152, Ed. SEPYPNA.
- Larbán, J. (2010): El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. Revista de psicoterapia y psicósomática, 75, p. 35-67. Ed. IEPPM.
- Larbán, J. (2011): Autismo: Mito y Realidad, Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 18, p, 113-123. Ed. Fundació Orienta.
- Lasa, A. (1989): Ideas actuales sobre psicosis infantil. Diputación de Vizcaya.
- Lasa, A. (2006): Asperger vuelve, Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 8, p, 7-10, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Lasa, A. (2007): El TDAH en el momento actual: Controversias, divergencias y convergencias, Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. Monográfico 2, p, 9-16, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Maestro, S.; Casella, C.; et al. (1999): Study of the onset of autism through home movies, Psychopathology, 32 (6): p, 292-300.
- Manzano, J. (2004): La psicopatología: una concepción relacional, Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 3. p, 9-11, Ed. Fundació Orienta, Barcelona.
- Manzano, J. (2005): La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico, Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 39- 40, 107-116, Ed. SEPYPNA.
- Manzano, J.; Palacio F. (1987): Estudio sobre la psicosis infantil, Ed. Científico Médico, Madrid.
- Meltzer, D. (1974): Adhesive identification, In D. Meltzer, Sincerity and Other Works, edited by A. Hahn, London: Karnac, 1994, p.335-350.
- Meltzer, D. (1975): Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires, Ed. Paidós S. A. 1984.
- Meltzer, D. (1990): La aprehensión de la belleza. Ed. Genérico. Buenos Aires.
- Palacio-Espasa, F. (2005): La psychothérapie brève psychodynamique avec mère, père et bébé, Psychothérapies, 3, p, 135-144, Ed. Médecine et Hygiène, Genève.
- Pedreira, J. L. (1995): Perfiles evolutivos del autismo y las psicosis de la infancia, en El espectrum autista: Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo. Recopilación; Tomàs, J. Ed. Laertes.
- Rodríguez Sacristan, J. (1995). Prólogo e introducción general en Protocolos de salud mental Infantil para la atención primaria. J. L. Pedreira, Ed. ELA, 1995.

Torras de Beà, E. (2006): El trastorno autista: Una perspectiva actual, *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 8, p, 65-71, Ed. Fundación Orienta, Barcelona.

Tizón, J. L. (2007): El niño hiperactivo como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, Realidad, Medicalización? *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. Monográfico 2.* p, 23-30, Ed. Fundación Orienta, Barcelona.

Tustin, F. (1992): *Cascarón protector en niños y adultos.* Ed. Amorrortu.

Velleda, Cecchi.; Aparain, A.; et al. (2005): *Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles.* Ed. Lumen.

