

**SER O NO SER:
UN ESTUDIO ACERCA DEL AUTISMO¹.**



Frances Tustin

“Oh espantoso es el choque –intensa la agonía–
Cuando el oído comienza a oír, y el ojo comienza a ver;
Cuando el pulso comienza a latir, el cerebro de
nuevo a pensar;
El alma a sentir la carne, la carne a sentir la
cadena”
 (“On Becoming”; Anne Brontë)

INTRODUCCIÓN

Cuando los niños autistas son estudiados en la situación psicoterapéutica encontramos que están en el limbo, oscilando entre “ser” y “no ser”. Este trabajo busca estudiar cómo su sentido temprano de “seguir siendo” (Winnicott) ha sido puesto en riesgo. También va a indicar el tipo de psicoterapia que liberó a algunos de ellos de sus bloqueos autistas, de modo que se puso en marcha su desarrollo psicológico.

Antes que nada, pensaremos brevemente acerca de aquellos niños autistas cuyo desarrollo psicológico continuo ha sido bloqueado por daño cerebral. Después vamos a concentrarnos en aquellos niños autistas en donde no se encontró daño cerebral con ninguno de los métodos de investigación disponibles hasta el presente, y en los que el autismo es aparentemente psicógeno.

EL BLOQUEO DEL DAÑO CEREBRAL

El profesor Adriano Giannotti y la Dra. Giulia de Astis (1978), cuyos pacientes autistas fueron todos investigados en los bien equipados Departamentos de Metabolismo y Neurología del Instituto de Neuropsiquiatría Infantil de la Universidad de Roma, han afirmado que “las alteraciones cerebrales tienden a desaparecer con tratamientos psicoterapéuticos.” Dicen que “los casos en los que la condición autista está relacionada con alteraciones cerebropáticas serias” han sido excluidos de sus investigaciones.

Sin embargo, Sandra Stone, en su experiencia en el Putnam Children’s Center, Boston, U.S.A., ha encontrado hasta con respecto al daño cerebral importante, que en algunos casos el funcionamiento de estos niños podía ser mejorado dentro de los límites impuestos por su daño neurológico. (Comunicación personal). Parecería que en algunos niños con daño cerebral, los impedimentos psicógenos asociados pueden ser modificados por psicoterapia, cosa que les permite hacer el mejor uso de las potencialidades que tienen.

AUTISMO PSICÓGENO

No he tomado en tratamiento psicoterapéutico, en mi práctica privada, niños con daño cerebral detectable. Tuve el privilegio que todos los niños que traté en mi consultorio, menos uno, habían sido investigados de entrada por la Dra. Mildred Creak, reconocida Especialista de Psiquiatría Infantil del Great Ormond Street Hospital for Sick Children. La Dra. Creak era una autoridad reconocida internacionalmente en el diagnóstico de niños psicóticos, por lo tanto no hay duda de que los niños que traté eran “autistas” de acuerdo con el criterio diagnóstico usado por la Dra. Creak.

Todos los niños tratados en mi consultorio lograron tan gratificante grado de funcionamiento emocional y cognitivo eficaz, que podían adaptarse y disfrutar de una vida social normal. Se puede demostrar que estos resultados pueden ser reproducidos por los resultados de otros terapeutas que han informado de su trabajo clínico. Estos resultados indican que ya no es correcto decir que el autismo infantil nunca puede ser remediado, por lo menos hasta cierto punto, con una terapia adecuada. Entiendo que los terapeutas que desalientan a los padres de buscar psicoterapias para sus hijos autistas, lo hacen porque escucharon o conocieron casos de padres que gastaron un gran monto de tiempo y dinero en el tratamiento de su hijo autista, sólo para estar desilusionados con el resultado.

Tales tratamientos psicoterapéuticos ineficaces prevalecían en los años cincuenta. Estaban basados en una comprensión defectuosa del autismo. Desde entonces, en las últimas tres décadas, algunos psicoterapeutas han aprendido mucho más acerca de la naturaleza del autismo y también acerca del tipo de psicoterapia que es eficaz para modificar las reacciones subyacentes que hacen surgir el cuadro clínico desconcertante con el que nos encontramos cuando vemos por primera vez a un niño autista. Este cuadro clínico desconcertante, llevó a que en los Círculos de Psiquiatría Infantil haya muchas veces considerable inseguridad sobre el diagnóstico de Autismo Infantil, porque distintas escalas diagnósticas son usadas por distintos psiquiatras. (Gardziel, 1986).

Esta dificultad en el diagnóstico psiquiátrico parecería deberse al énfasis que este modo de clasificación pone en las características descriptivas externas. En su mayor parte, esta dificultad desaparece, cuando nosotros, como terapeutas, podemos colocarnos detrás de estos fenómenos externos y tratamos de estudiar las reacciones subyacentes que dan origen a las características externas. El darse cuenta de estas reacciones subyacentes, lleva a un orden unificador de los fenómenos externos variados y en apariencia no relacionados. También significa que podemos desarrollar gradualmente *insights* acerca de la naturaleza de los bloqueos psicógenos al desarrollo psicológico en marcha, que da origen al cuadro clínico externo del autismo. Esto quiere decir que podemos tener alguna esperanza de modificarlos por un tipo de psicoterapia que sea específica a la naturaleza del autismo patológico.

Demos un vistazo a los niños autistas antes que la psicoterapia haya modificado sus bloqueos autistas.

EL ESTADO AUTISTA

Los niños autistas son distintos de todo otro niño que vemos. La mayor parte de los niños más pequeños son mudos; los mayores pueden tener ecolalia. La característica más llamativa, que los diferencia de cualquier otro tipo de paciente, es que evitan relacionarse con la gente. Esto parece ser, en parte, porque sólo tienen una conciencia muy tenue de que tengan alguna existencia. Parecen tener poca o ninguna conciencia de que tienen un cuerpo de carne y hueso, ya sea como “objeto total” o como “objeto parcial”. Parecen estar rodeados de un caparazón que evita que nos pongamos en contacto con ellos. Cuando traspasamos esta fachada defensiva, encontramos que los niños autistas están traumatizados. En cierto momento del tratamiento nos muestran que tuvieron una conciencia muy angustiante de su separación corporal con la madre que amamanta, que esta conciencia fue insoportable. Las razones para esto son distintas en cada caso, pero mi propio trabajo indica que es generalmente una interacción entre una madre que, no por culpa de ella, no pudo estar tan en contacto con el bebé como hubiese querido, y un bebé especialmente sensible que necesitaba cuidados especiales.

Miremos a un niño autista que estaba re-actuando la experiencia crucial traumática de la separación corporal que precipitó su patología autista.

MATERIAL CLÍNICO

Colin era un niño ilegítimo que inmediatamente después de su nacimiento fue entregado al cuidado de una de las parejas de abuelos. Eran gente afectuosa, pero que estaban poniéndose viejos, y se habían sentido muy mal, por lo que sintieron, fue una ofensa de la hija. Mostraron su preocupación por Colin al buscar ayuda psicoterapéutica y también por la forma en que apoyaron el tratamiento.

Colin, de 4 años, fue visto cinco veces por semana por un estudiante de Psicoterapia Infantil que supervisaba conmigo. El incidente que va a ser narrado ocurrió en el segundo período de tratamiento. Al final del primer período, Colin experimentó la primera interrupción en la continuidad de su psicoterapia. En

el segundo período, a continuación de la interrupción, en la semana anterior a la sesión que se va a relatar, faltó dos días por un resfrío. Cuando el terapeuta vino a supervisar, relató con algo de preocupación que Colin había repetido un comportamiento idéntico durante cuatro días y que él (el terapeuta) no lo había podido entender. Había sentido que era un mensaje muy importante que Colin le estaba dando. (Era un terapeuta muy perceptivo).

La conducta repetida consistía en el niño entrando al consultorio para comenzar la sesión y yendo inmediatamente a la canilla, que abría y de la que chupaba vigorosamente. Después sacaba la boca de la canilla y se daba vuelta a mirar al terapeuta. Con la lengua colgando y goteando agua, decía “pedazo se fue” (“bit gone”). Cuando el terapeuta no dijo nada, Colin le dio la espalda y fue a la puerta que estaba en la otra punta de la habitación y la abrió y cerró varias veces, con bastante violencia. Después prendió y apagó la luz repetidamente. El terapeuta interpretó que Colin quería tener el control de cuándo la sesión debía terminar y cuándo iba a comenzar. Si hubiese entendido la primer parte de la sesión, el terapeuta hubiese comprendido estas actividades repetitivas como una defensa contra la ruptura de la conexión del bebé Colin con la madre que amamanta; esta ruptura temprana que había sido re-evocada por las interrupciones en el tratamiento. El niño parecía “decir” con claridad que, como bebé, el “pezón” de la mamadera había sido sentido como sin solución de continuidad con su lengua. Cuando se dio cuenta que esto no era así, el “pezón-lengua” parecía haberse partido en dos, y sintió que había perdido un pedazo de su cuerpo.

Cuando esto no se entendió, Colin le dio la espalda al terapeuta, como cuando era bebé les había dado la espalda a sus “cuidadores” cuando no entendieron su dilema sobre “ser”. Sintiendo que había sido dejado solo para manejar la situación, lo mejor que pudo hacer Colin fue usar objetos inanimados, tanto para expresar su berrinche de pánico y furia, como para calmarse y ayudarse a sentir que controlaba nuevamente. Para los niños autistas, la situación traumática había sido la repentina pérdida de control sobre lo que fue una parte corporal sensual y vital que les daba un sentido de “ser”. Si no está cuando se la necesita, su sentido de “ser” parece estar amenazado. Acecha el agujero negro del “no ser”. Están amenazados por inanición psíquica más que física. Es “privación” más que “pérdida”.

Me he dado cuenta de que los niños autistas han desarrollado varias maneras de contender con esta amenaza de aniquilación. Permítanme explicarlas.

ARREGLÁNDOSE CON LA AMENAZA DE ANIQUILACIÓN

Algunos niños autistas, cuando comienzan con la psicoterapia, parecen sentir que flotan o que no tienen peso. Un niño de este tipo, cuando estaba recuperándose y hablando, señaló el cielo raso y dijo: “Yo estaba allí arriba”. Me pareció que estaba hablando de una experiencia de salirse del cuerpo. Se me ocurre que el sentimiento de estar fuera del cuerpo podría ser una reacción elemental de pánico ante la conciencia aterradoramente de la separación corporal con la madre. De esta manera se evita una situación insoportablemente asustante. Parece posible que, en situaciones de terror corporal agudo, el sentido psíquico del “ser” puede ser escindido del cuerpo físico. Esto podría ser para preservar el sentido de “ser”, y proteger contra el “no ser”. Esto está vinculado con el descubrimiento de Winnicott que en los niños muy inseguros la psiquis y el soma parecen haberse escindido y que estos niños debieron hacerse responsables prematuramente de su propio sentido de “ser”.

Ciertamente sucede que los niños autistas están asustados del “agujero negro” del “no ser”. Perder el sentido de la existencia es mucho peor que morir. Al morir, se siente por lo menos, que se deja un cuerpo detrás. Al perder la sensación de “ser”, no queda nada. Al titular su libro “El ser y la nada”, Sartre estaba obviamente en contacto con estos estados. Yolanda Gampel ha citado a Vuamuno (1959), que escribió: “... nada me pareció tan horrible, como la nada en sí misma”. La aniquilación es la peor amenaza de todas. Al comenzar a tener efecto la psicoterapia, estos niños muestran que sienten que están bajando a la tierra. Por ejemplo, un niño autista que se estaba recuperando, dibujó una pequeña figura humana bajando a la tierra con la ayuda de un paracaídas abierto. (Nótese el significado del paracaídas. Es un aterrizaje gradual -no una caída precipitada). En este punto el paciente parecía estar saliendo de un estado flotante de estar suspendido entre “ser” y “no ser”, y volviéndose capaz de comprometerse con las frustraciones de ser un ser humano, con todas las tribulaciones de las que es heredero el ser humano, tan vívidamente descripto por Anne Brontë en su poema “On Becoming” (“Acerca del ir siendo”).

Para evitar estas “tribulaciones”, así como alguno de ellos desarrolló la ilusión protectora de flotar fuera de su cuerpo, todos los niños desarrollan prácticas autogeneradas que dan por resultado la ilusión de estar protegidos por un caparazón. Permítanme bosquejar algunas viñetas de estos procedimientos idiosincráticos. Estos han sido descriptos más extensamente en mis libros y trabajos. (1980; 1984; 1986)

Para hablar y pensar acerca de ellos, he definido a estas prácticas reactivas no conceptualizadas aún, como “objetos autistas” y “figuras autistas”, o “sensación objeto” y “sensación figura”.

OBJETOS AUTISTAS

Estos están generados por el sentido del tacto. No son “objetos” en un sentido objetivo, sino que son sentidos como siendo partes del propio cuerpo del sujeto. Obviamente Winnicott sabía de estos objetos paradójales, porque ideó el término “objetos subjetivos”. Los niños autistas me enseñaron mucho acerca de ellos. En primer lugar, parecen comenzar como un racimo duro de sensaciones táctiles, obtenidas de sensaciones en el cuerpo del propio sujeto, tal como heces en el ano, la lengua dura enrollada, o puñados duros de carne del interior de las mejillas. Estos son los prototipos para los objetos duros, tales como locomotoras y autos de juguete, que los niños autistas llevar todo el tiempo consigo y que son sentidos como partes de su cuerpo. Estos objetos son apretados contra sí o estrujados fuertemente, de manera tal que dejan una huella tras de sí. También los hacen girar o dar vueltas. He llegado a entender que los niños sienten que al hacer esto la dureza, la impenetrabilidad, y la “girabilidad” de los objetos va a volverse parte de su cuerpo, exactamente como Peter, un niño autista que traté, que sentía que dibujando torres altas, él podía extraer la altitud de ellas, y de esa manera podía ser alto sin esperar el crecer.

Más adelante me di cuenta de otro procedimiento autogenerado que llamé “figuras autistas” (Autistic shapes) (Tustin, 1984; 1986).

FIGURAS AUTISTAS

Estas están autogeneradas por sensaciones táctiles tales como acariciar, pincelar, frotar, enchastrar y hasta dibujar y pintar, sobre superficies lisas, tanto las del propio cuerpo del sujeto, como la de aquellos objetos externos sentidos como partes de la superficie corporal del sujeto. También son derivadas de los así llamados “manerismos nerviosos” tales como hamacarse o moverse con inquietud. Quizá, siguiendo la iniciativa de Winnicott, éstas podrían llamarse “figuras subjetivas”, porque no son figuras clasificadas, asociadas con objetos específicos, ni son sentidas en términos de relaciones espaciales como lo son las figuras objetivas. Son sentidas en términos de impresiones táctiles sobre las superficies del cuerpo del sujeto. Los niños autistas viven en términos de superficies; su experiencia es plana y bi-dimensional. Los niños en este estado no tienen conciencia de los interiores de los objetos. Las figuras autistas están creadas a partir de la sensación de los bordes alrededor de superficies planas. Espirales de sensaciones táctiles son sentidas flotando alrededor de superficies corporales de manera consoladora y calmante. Son tranquilizantes. De este modo se evita el doloroso reconocimiento de la individualidad de los cuerpos.

EL CAPARAZÓN

Los objetos y las figuras autistas, son ambos “alucinaciones táctiles” (Aulagnier, 1985). Dan lugar a la ilusión de estar encapsulado en un caparazón. Surgen de la propensión a la búsqueda de objetos y formas y van en una dirección idiosincrática. Protegen contra los terrores del “no-ser”, pero bloquean el desarrollo psicológico en marcha.

Trabajando con víctimas del Holocausto, ambos, David Rosenfeld y Yolanda Gampel, han enfatizado el valor del encapsulamiento para preservar la experiencia traumática, para que pueda ser elaborada cuando se dé la situación propicia para ello. En los niños autistas el encapsulamiento ha servido a un propósito similar, preservó el trauma de la separación corporal con la madre que amamanta. Esto significa que puede ser re-evocada en la transferencia infantil, y elaborada en psicoterapia. Es increíble la claridad con la que esto se presenta en la situación terapéutica, como atestiguan Colin, que presenté antes, y John, que me enseñó acerca del “agujero negro”.

En el arsenal de defensas humanas, el encapsulamiento parece ser un modo elemental de manejarse con los traumas. Por consiguiente, es importante que los psicoterapeutas de estos niños tengan conciencia de la función que tiene el encapsulamiento para el niño autista. Por lo tanto, me preocupan los métodos toscos y simplistas de terapia que apuntan a “romper el autismo” o a “curarlo”. He visto niños que se han vuelto destructivamente hiperactivos y otros que han sido empujados a hablar y hasta a leer y escribir, pero que tienen tal grado de confusión y desorganización que parecen esquizofrénicos. La psicoterapia con niños autistas necesita gran firmeza, pero esto debe ser combinado con una dedicación cálida y una comprensión pormenorizada. Los atajos son riesgosos. La psicoterapia adecuada necesita de una información con la mayor comprensión posible acerca de la naturaleza de la patología autista. De modo que es importante tener claridad sobre lo que es el autismo patológico y lo que no lo es.

LO QUE ES AUTISMO Y LO QUE NO LO ES

El autismo patológico es una reacción psico-química, neuromental, frente al trauma. Como tal no debe ser igualado al estado del bebé normal. Por supuesto que existe el autismo normal que tiene que ver con movimientos y sensaciones corporales. Como ocurre con todas las psicosis, el autismo patológico es un uso exagerado y aberrante de procesos normales.

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. Este caparazón bloquea el desarrollo normal de la “envoltura psíquica” descrita por Anzieu (1987). El caparazón autista impide la entrada de toda conciencia de otros cuerpos, como también del propio. De esta manera se impide el tener conciencia de la separación corporal. Los procesos autistas patológicos son muy diferentes de los procesos de identificación proyectiva, como fueron descritos por Melanie Klein (1955; 1975). Como ha demostrado Bion, la identificación proyectiva puede ser el medio normal empático de ponerse en contacto con otra gente. En la esquizofrenia infantil, este proceso se “hipertrofia” (para usar un término de Bion). En este uso patológico de la identificación proyectiva, el sujeto, en su imaginación, penetra en el cuerpo de otro, en primer lugar el de la madre. Esto ocurre para escapar de la frustración y del miedo, especialmente del miedo a la muerte. En tales estados los pacientes tienen conciencia de tener un cuerpo de carne y hueso, y tienen conciencia de los cuerpos de otras personas. De esta forma puede haber ansiedad que el interior de la madre haya sido dañado en forma irreparable por sus proyecciones intrusivas. Existe el miedo de la retaliación ojo por ojo. La conciencia de la separación corporal está amortiguada pero no está completamente excluida, como sucede con la defensa autista del encapsulamiento. Tiene lugar una especie de desarrollo psicológico confuso, desintegrado, desordenado y fortuito; pero no está detenido como lo está por el encapsulamiento autista.

Se verá que es erróneo interpretar las reacciones de los niños autistas en términos de identificación proyectiva. Tales niños no tienen el suficiente sentido de la separación corporal, ni el de la identidad individual para ser capaces de identificarse con otra persona. Tampoco tienen la capacidad para la empatía (P. Hobson, 1986) y para la imaginación (V. Frith, 1985) necesarias para la ilusión de proyectar partes del *self* dentro de otras personas. Los pacientes en estado autista no tienen sentido del *self* ni de la imagen corporal. En estos estados las cosas son percibidas más que imaginadas. Por ejemplo, un paciente neurótico en un estado autista dijo sentirse como “una gota de gelatina cubierta por un caparazón”. Otro dijo que se sentía como “una mota de polvo rodeada por un cubito de hielo”. Estas fueron versiones sofisticadas, conceptualizadas, de lo que originalmente sólo fueron impresiones sensoriales elementales. Lo importante es reconocer que los pacientes en un estado autista, se sienten como “cosas” más que como seres humanos.

No son capaces de realizar los procesos psicológicos asociados con las reacciones humanas.

Por supuesto, la mayoría de los pacientes que vemos emplean una mezcla de reacciones defensivas. El Autismo Infantil es un síndrome poco común, pero el trabajo con estos niños inusuales, que son distintos de cualquier otro de los niños que vemos, nos ayuda a reconocer las reacciones defensivas autistas, aún si están mezcladas con otros tipos de defensas.

Pensemos acerca de algunos de los terrores contra los que protegen las defensas autistas.

TERRORES CORPORALES

Cuando los postigos autistas comienzan a abrirse y los niños autistas toman conciencia de que tienen un cuerpo de carne y hueso, vemos el por qué fue necesario mantener esta comprensión a raya. El darse cuenta de su cuerpo de carne y hueso los expone al miedo de ser lastimados (anteriormente, el daño era percibido en términos de agujeros en el caparazón más que de lastimaduras). Su cuerpo de carne y hueso parece amenazado por la catástrofe. La Dra. Geneviève Haag (1983) presentó material clínico convincente, que muestra que los niños que están emergiendo del autismo, perciben su cuerpo como dividido en dos mitades que no están conectadas entre sí en forma suficientemente segura. El peligro, es que se va a desmoronar desastrosamente. El Dr. Didier Houzel (1987) escribió sobre lo que él llama “ansiedad de precipitación”. En otro trabajo ha descrito que el sentimiento es percibido por el niño autista como girando y girando en forma vertiginosa (Houzel, 1985). Estos niños viven en torbellinos de subjetividad. Cuando, durante el tratamiento, toman conciencia de su cuerpo objetivo, temen que se les desprendan partes, o que se va a derramar y desaparecer, o que la piel sea pelada, o que el pelo desaparezca al lavarse o se caiga todo. Cuando los niños están en las garras de estos miedos, tienen muchas veces temor a ser bañados o a que se les lave el cabello. También temen ataques a sus ojos y por ello pueden atacar los ojos de otros niños. Estos, y muchos otros miedos acerca de sus cuerpos, habían sido mantenidos a raya al sentirse que eran “una cosa cubierta por un caparazón”.

Cuando el esmalte de las figuras autistas y la caparazón de los objetos autistas empieza a resquebrajarse, los niños autistas o los pacientes neuróticos o borderline con una cápsula autista, sienten que están en peligro de perder el control y enloquecer. En los términos de una palabra norteamericana onomatopéyica se sienten “descombobulados”. Su sentido de “continuar siendo” está en riesgo. Ser o no ser se vuelve una cuestión suicida. El suicidio parece ser una manera de resolver el conflicto, y también de controlar su “dejar de ser” (“goneness”). Sienten que pueden controlarlo, causándolo ellos mismos. En este tipo de impulso suicida no existe la sensación de dejar un cuerpo detrás, que va a causar problemas y dolor a los parientes, porque en este estado hay poca sensación de tener un cuerpo y poca conciencia de la existencia de otra gente.

Desde que escribí mi último libro he obtenido más información acerca del origen de este apartarse de la gente. Voy a tratar de hacer este descubrimiento creíble para ustedes.

APARTÁNDOSE DE LA GENTE

El tocar tiene un significado mágico para los niños autistas. Como en los Cuentos de Hadas, el tocar puede hacer que algo entre en existencia o lo puede hacer “dejar de existir”. Los niños autistas temen ser tocados por otra gente; por ejemplo, se ponen rígidos cuando se los abraza. Ser tocado por otro parece una intrusión (una picadura o un pinchazo), que los va a llevar a “dejar de ser”.

En varios libros y trabajos presenté una gran cantidad de evidencia para demostrar que, por diversas razones, en un estado de inmadurez de la organización neuro-mental, estos niños tenían una conciencia traumática acerca de que la conexión al amamantante no era una parte-siempre-presente de sus bocas. Sentían que las sensaciones táctiles concentradas en la boca, que parecían tan imprescindibles para su sentido de “ser” no estaban bajo su control como para estar “allí” siempre que las quisieran. Sin embargo, recientemente, releendo mis viejos cuadernos, donde había anotado el trabajo clínico con los niños autistas que había tratado, comencé a darme cuenta qué estuvieron tratando de contarme acerca de otra característica perturbada de esta situación. La conciencia repentina y aguda de su separación corporal con la madre que amamanta, les hizo sentir que había otras bocas que competían por el objeto, ese objeto que les daba las sensaciones orales tan fundamentales para su sentido de “ser”. El hombre es un animal social. Parece ser que en una situación infantil temprana de pérdida y de carencia, una configuración especial innata cuyo origen está en las tendencias sociales de los humanos, es estimulada. En los términos de Melanie Klein, esto podría ser llamado una “fantasía inconsciente”. Como un observador objetivo, lo pienso como “pecho de bebés”. Pero eso es demasiado conceptualizado. Al principio, esta situación protomental, es una sensación no conceptualizada, dominada por lo táctil y que no tiene palabras. Lo que al parecer sucede es que cuando los niños toman conciencia de la distancia entre su cuerpo y el de otra gente, hay una oleada de una vaga sensación de que hay otras bocas compitiendo por lo que ellos necesitan. Se enfrentan con la realidad de

“compartir” de una manera especialmente cruel. Este no parece ser el compartir asociado con el así llamado “Complejo de Edipo”. Tiene que ver con el compartir que debe hacerse con otros seres como ellos mismos. Se sienten en peligro de ser exprimidos fuera de la existencia por rivales peligrosos que compiten por su “estar-allí” (“thereness”).

Más adelante, el ser tocados por la gente, parece amenazarlos con exprimirles la vida, del mismo modo que sienten que exprimen cualidades como “altura”, “dureza” e “impenetrabilidad” de sus objetos, que son sentidos como partes de su cuerpo. Algunos pacientes neuróticos pueden soñar que tienen tales objetos desvitalizados “exprimidos” amarrados a la superficie de su cuerpo. Después de trabajar con pacientes en este estado, decimos muchas veces que nos encontramos agotados. La naturaleza de las reacciones del bebé a esta constelación social elemental de un “pecho de bebés”, parece influir más adelante en su vida. Influye radicalmente en las reacciones del niño autista a los grupos de niños. Los aterrorizan y al mismo tiempo los atraen. Esto necesita ser tomado en cuenta cuando ponemos a niños autistas en un grupo educativo o psicoterapéutico. La naturaleza aterrorizante y rivalizadora de las reacciones primarias al “pecho de bebés” subyace en su evitar a la gente.

Para poder manejar los terrores asociados con la gente, y para compensar la falta de conexión emocional con ella, es gobernado por objetos autistas, dominados por lo táctil y figuras autistas. Tanto se enfoca la atención en estos objetos estereotipados y repetitivos, que prácticamente se ignora a la gente, aunque puede haber una conciencia periférica, temerosa de ellos. Las sensaciones táctiles asumen una importancia predominante. Evidentemente, Edith Sitwell sabía acerca de estos estados, en donde el sentido del tacto toma una importancia excesiva, ya que una vez dijo:

“Siempre estuve un poquito por fuera de la vida y entonces las cosas que tocamos fueron importantes para mí.”

Sin embargo, el aislamiento del niño autista es mucho más extremo que el de Edith Sitwell. Estos niños solitarios están varados en un mundo casi completamente dominado por el sentido del tacto. Las formas de percepción a distancia, auditiva y visual no tienen nada de su importancia normal. Puede haber tal grado de inhibición que en las evaluaciones clínicas iniciales, algunos niños autistas son tomados por sordos y hasta por ciegos, ya que caminan a través de los objetos como si éstos no existieran, aunque cuando se examinan estas incapacidades se encuentra que el aparato físico está intacto.

Permítanme discutir estos impedimentos autistas a la percepción.

BLOQUEOS AUTISTAS A LA PERCEPCIÓN

Inevitablemente el trabajo con niños autistas nos precipita en los problemas de la percepción. Uno de ellos es la forma en que las sensaciones son transformadas en percepciones. El trabajo con niños autistas me ha llevado a pensar que un aspecto de esta transformación es la asociación de objetos con formas. Por este medio, los objetos se diferencian entre sí y se reconocen de acuerdo a su forma específica. Así, las percepciones adquieren existencia. Gradualmente los objetos se diferencian aún más entre sí, al adquirir nombres. Esto permite que se pueda hablar acerca de ellos con otra gente. Está en marcha la formación de conceptos.

Pero para que estos procesos ocurran tiene que haber algún sentido de separación de otros objetos, que necesitan haber adquirido algún grado de objetividad. Este tiene que ser también el caso con las formas a las que han sido asociados. Como hemos visto, los niños autistas viven principalmente en términos de racimos de sensaciones auto-generadas que he llamado “objetos autistas” y “figuras autistas”. Estas derivan de sensaciones táctiles. El tacto es el modo de percepción en el que el sujeto debe estar muy próximo a los objetos. Así, los objetos que son tocados pueden parecer ser parte del cuerpo del sujeto y no causar la perturbadora sensación de separación. Pero la preocupación excesiva con el sentido del tacto obstaculiza el uso de los modos de percepción a distancia, el oír y el ver. No es que los niños autistas no puedan ver ni oír, sino que su atención ha sido apartada de lo visual y los sonidos, para permanecer clavada a las sensaciones táctiles. Esta concretización

interfiere inevitablemente con el grado de abstracción necesaria para la formación de percepciones y conceptos. También, los objetos y las formas son, en su mayor parte experimentados como formando parte del cuerpo del sujeto. No hay espacio entre el sujeto y el objeto. De modo que los objetos y sus formas no son sentidos en las condiciones visuales tridimensionales de las relaciones espaciales. En su trabajo *“Le Monde tourbillonnaire de l’autisme”* el Dr. Houzel presenta material clínico que demuestra la desorientación de los niños autistas. Me fue comunicado que una niña autista no tratada, que estaba emergiendo de este estado de desorientación aguda, pero que todavía estaba perpleja, preguntó: “¿Por qué es este buzón (que estaba cerca de ella) más grande que el hombre (que estaba lejos de ella)? Obviamente su mundo era chato, bidimensional, sin perspectiva. Otro obstáculo para la formación adecuada de percepciones y conceptos, es que en estos niños la conciencia de las funciones objetivas de los objetos ha sido anulada por el uso idiosincrático subjetivo, que el niño autista hace de estos objetos, para sentirse invulnerable y tranquilizado. La naturaleza táctil de un objeto, por ejemplo, si es duro o blando, rugoso o suave, anguloso o redondeado, es más importante para el niño autista, que su función objetiva. La forma en que los objetos son usados y el clima emocional en el que se produce el encuentro, facilita u obstruye la transformación de sensaciones en percepciones y conceptos. El trabajo con niños autistas indica que, para que este proceso no sea excesivamente impedido, debe amamantarse a los bebés de forma tal que sientan que su “continuar siendo” está asegurado, de modo tal que no tenga necesidad de recurrir a un uso excesivo de procedimientos autistas.

Como se indicó en los párrafos anteriores, el estado perceptual de los niños autistas se contrasta mucho con el de los niños cuyo desarrollo psicológico ha tenido lugar en forma relativamente normal. En los niños normales, como lo demostraron Bower (1977) y Meltzoff y Barton (1979), la integración de las impresiones sensitivas táctiles y visuales, tiene lugar casi desde el nacimiento. Al acrecentar la tolerancia a la separación corporal con el mundo externo, está preparado el escenario para el desarrollo de percepciones y de conceptos. Se establece la constancia del objeto. Se mitigan los terrores del “no-ser” y se vuelve posible un sentido de “ser” continuo. Para resumir, parece que en los niños autistas, ha sido bloqueada la formación de percepciones y de conceptos, por la persistencia de la atención sobre fenómenos subjetivos. Estos se han desarrollado para mantener a raya los terrores asociados con el mal manejo de las situaciones infantiles de conciencia traumática de la separación corporal. De modo que, *para que los objetos sean percibidos en forma objetiva, en lugar de sentidos en forma subjetiva*, la forma en que la tensión de la separación corporal es manejada por ambos, la madre y el bebé, parece ser crítica.

El desarrollo simbólico ayuda a contender con esta tensión, por lo que, pensemos ahora acerca de los caminos en que este importante proceso ha sido bloqueado en los niños autistas.

BLOQUEOS AUTISTAS A LA FORMACIÓN DE SÍMBOLOS

Para que los símbolos se pongan en marcha, el niño debe tener algún sentido de su separación con el mundo externo, y por lo tanto un sentido de pérdida y de necesidad. Los objetos y las formas autistas evitan la conciencia de estas situaciones difíciles, inevitables para el ser humano. Así, los niños autistas están excluidos de la más facilitadora y enriquecedora de todas las posibilidades humanas. Un uso adecuado de los símbolos los hubiese liberado de la tiranía de necesitar la presencia táctil constante de objetos y formas autistas.

Tal como sucede, de acuerdo con la naturaleza concreta de su funcionamiento, estas prácticas autistas parecen bloquear los “agujeros” que son los modos protometales de dichos niños de experimentar la pérdida y la falta. No es posible añorar y hacer el duelo por los objetos perdidos (Lanyado, 1987). De este modo, no hay estímulo para el desarrollo de símbolos para re-presentar al objeto perdido. Hanna Segal ha escrito eficazmente sobre esto. (Segal, 1957) Pensemos ahora acerca del desarrollo normal de la formación de símbolos, como para poder tener alguna idea sobre los desarrollos que han sido bloqueados en los pacientes autistas, y qué es lo que tiene probabilidad de ocurrir cuando la psicoterapia comience a tener efecto.

FORMACIÓN NORMAL DE SÍMBOLOS

En su trabajo “*Simbolismo y Symbolon*”, la Dra. Giovanna Di Cegli presentó una manera original de pensar acerca de los procesos pre-simbólicos, que encontré muy instructivo. Usando la metáfora del “*Symbolon*”, Di Cegli escribe lo siguiente:

“La palabra griega symbolon quiere decir señal de reconocimiento, tessara; era un objeto partido en dos entre dos individuos. Cada individuo retenía una mitad. Luego de una larga ausencia uno de los individuos presentaría su mitad y si se correspondía con la otra mitad que tenía el otro individuo, pondría en evidencia un vínculo entre los dos ... el symbolon era, por lo tanto, un objeto tangible que, en la ausencia, recordaba a los dos individuos de su relación y que en la correspondencia del objeto bi-partito les recordaba la ausencia mutua. Es, en pocas palabras, la combinación de presencia más una memoria de ausencia.” (Di Cegli, 1987)

Di Cegli relaciona esto con la situación de amamantamiento del bebé. Escribe:

“... el reconocimiento por parte de la madre de las necesidades del bebé, trae consigo un sentido de ser por necesitar...”

La psicoterapia con niños autistas nos pone en contacto con sus experiencias del “pecho”. Como hemos visto, nos muestran que por distintas razones, asociadas con la propia naturaleza del bebé, como también con la situación en la que son amamantados, éste fue un momento traumático en el que repentinamente comprendieron que el pezón era algo separado de su lengua, y que no estaba disponible “a demanda”. Tales experiencias de separación significarían que el symbolon pezón-lengua parecería estar partido en dos. El amamantamiento satisfactorio les permitiría juntarse a las dos partes, en una correspondencia exacta, que produciría éxtasis. Pero, casi invariablemente, se informa que los niños autistas no chupaban bien el pecho de bebés. Tampoco el chuparse el dedo u otro objeto es característico de ellos; en su lugar aparece el aferrarse idiosincráticamente a objetos autistas. A los dedos o al pecho se los siente como teniendo que viajar a través del espacio para alcanzar la boca; a los objetos autistas se los siente como una parte siempre presente del cuerpo y por lo tanto, no traen ninguna alarmante sensación de espacio.

También, en la depresiva situación de amamantamiento, que predispone a un bebé al autismo, ni la madre, ni el bebé, pueden tolerar el éxtasis. Todos los sentimientos fuertes son amortiguados. La madre no puede cantar un Magnificat y el bebé no puede entrar en arrobamientos acerca de la belleza del mundo, como fue descrito por Donald Meltzer (Meltzer, 1985;1987). De este modo, el “symbolon”, como precursor del símbolo, no se vuelve una experiencia compartida entre ellos. Para llevar todavía más allá el uso de la metáfora griega de Di Cegli, en situaciones de frustración, en lugar de “symbolon” aparece la experiencia del “diabolon”. En vez de un “click” creativo, aparece la experiencia de un “crash” destructivo. En vez de éxtasis, hay berrinche.

EL DIABOLON

El verbo griego “diabollo” quiere decir, literalmente, “arrojar a través”. Es interesante que Colin, el niño autista que mencioné anteriormente, usaba mucho la pelota que había en su cajón de juegos. Era importante que, si la arrojaba hacia el terapeuta, éste la atajase. Colin, también, solía subirse encima de los muebles y le pedía al terapeuta que lo atajase al saltar, pero luego, siempre insistía en hacerlo solo. Sentimos que cuando permitiese al terapeuta atajarlo, esto sería una señal de confianza. En vez de sentirse “arrojado a través”, aterrizaría en los brazos del terapeuta, quien, podría sentir entonces, ser capaz de contenerlo. Es una situación “diabólica” cuando el niño siente que sus proyecciones de estados extremos, tal como arrobamiento o berrinche, son “arrojados a través” de una nada, en vez de ser atrapados por un ser humano que responde adecuadamente, aunque sea, para, a la larga, limitarlos en su desarrollo. En los términos de Bion, no tienen “contención”. Si las proyecciones del bebé no son atajadas, su sentido de “ser” se evapora en la nada. Si son atajadas y manejadas adecuadamente, el bebé se vuelve seguro de “ser”. Comienza a sentir que existe como persona, porque ha sido sostenido en las respuestas cuidadosas de una persona afectuosa. Un cuidado “distráido” hace sentir al bebé que sus evacuaciones de necesidad y dolor, se “disuelven en el aire”, no son atrapadas por una “mamá contenta” eficaz, para usar la frase pintoresca de Meltzer. Los sentimientos explosivos, como los berrinches y el éxtasis, amenazan con trastornar el tenue sentido de “ser” del niño

autista. Careciendo de ayuda para soportarlos, lo único que queda para hacer es dominarlos con el uso de objetos y figuras autistas. En resumen, los sentimientos apasionados no son metabolizados compartiéndolos con otro. En la expresión de Anzieu, el encapsulamiento reemplaza a la “envoltura psíquica” (Anzieu, 1987). En términos de las metáforas griegas que estamos usando², los niños autistas no han experimentado en forma suficiente el “metabolismo”; funciones metabolizantes importantes no han sido adecuadas *para este niño determinado*.

EL METABOLON

Estamos tratando con niveles donde los cambios psico-químicos deben tener lugar, de modo que metabolon es una palabra adecuada. El Dr. Bion (1977) llamó la atención sobre la importancia que tiene para el bebé, las funciones metabólicas de la mente materna. También nos ayudó a comprender que ésta es la principal función del psicoanalista. Enfatizó la naturaleza reflexiva de esta función para el cambio. Ambos, madre y bebé, psicoterapeuta y paciente, necesitan tener suficiente tolerancia a la separación entre ellos, para que haya tiempo y espacio para que esta reflexión y estos cambios se produzcan. El “symbolon” y el “diabolon” no son reflexivos. Están asociados con demasiada impaciencia. Surgen de extremos apasionados, impulsivos, dominados por sensaciones. O existe la correspondencia perfecta, o hay una desilusión abismal; o hay satisfacción completa o si no hay frustración total; o hay éxtasis o hay berrinche. Es un mundo en blanco y negro, de polaridades sensuales. En términos psicoanalíticos, domina el “principio del placer”.

La experiencia nos viene a través de los sentidos y es organizada por nuestra mente. La situación “metabolon” tiene que ver con reconocer y aceptar los estados apasionados de excitación exaltada y de desilusión diabólica. El metabolon es importante para la asimilación de estos estados apasionados, para que el desarrollo psicológico en marcha esté regulado adecuadamente y enriquecido, y que los cambios puedan suceder. Los estados extremos, de furia, arrobamiento y terror, son modulados pero no inhibidos. Hablando metafóricamente, el sujeto puede cantar el “Coro Aleluya” o el “Duetto de los Gatos” o un canto fúnebre doliente. La contención psíquica se vuelve un hecho de la existencia. En los niños autistas, la subyugación de lo que se quiere, y de las necesidades, por la tiranía rígida de las prácticas autistas, es gradualmente reemplazada por las regulaciones adecuadas flexibles, que permiten la creatividad. En psicoterapia, se habla acerca de las experiencias, y se piensa acerca de ellas, y se provee los medios para su expresión, sin riesgo, en la acción dramática.

De modo que el “metabolon” tiene que ver con la asimilación y la adaptación al cambio. Tiene que ver con aceptar lo que es “suficientemente bueno” en vez de exigir perfección. Trata con la regulación realista de la conducta. Las pasiones pueden encauzarse en esfuerzos y propósitos. Para que esto suceda, debe tratarse a estos pacientes con extrema firmeza, moderada por la dedicación, el respeto y la comprensión. De este modo se desarrollan vínculos de trabajo cooperativos, en donde hay diálogos activos y monólogos. Se desarrolla una dramática vida interior, cuyas experiencias pueden ser filtradas, clasificadas y digeridas. Para que esto suceda, deben hallar expresión los aspectos histriónicos de la personalidad. De este modo, la metabolización de las pasiones, dominadas por sensaciones del “symbolon” y del “diabolon”, lleva a la formación de símbolos. Estos alimentan el desarrollo de una vida de fantasía activa, que exime de la necesidad de las figuras y de los objetos autistas. Estos procedimientos patológicos se han originado para despuntar el filo de los estados intensos de “ser”. Impedidos de sentir estos estados de exaltación y tragedia, y la expresión de ellos a través de la contención de actividades creativas, la vida pierde sabor. El apetito por la vida casi se extingue. Todo es chato y no-interesante. Los pacientes autistas parecen medio muertos. Están atrapados en el limbo del “ser” o “no-ser”.

CONCLUSIÓN

Este trabajo ha buscado mostrar que con una comprensión detallada, tal como ha sido descripta, se puede poner en marcha el “continuar siendo” de los niños autistas. Estos niños son “prematuros psicológicos”; la situación terapéutica actúa como una especie de incubadora en la que reciben cuidados intensivos.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, D. (1987) *Les Envelopes Psychiques*, ed. D. Anzieu. Pub. Dunod in France. To be published by Karnac in England.
- ASTIS, D. & GIANNOTTIA. (1978) "Early Infantile Autism: Considerations Regarding Its Psychopathology and the Psychotherapeutic Process". Paper read at the 8th National Congress of the Italian Society of Infantile Neuropsychiatry, Florence, October 1978.
- AULAGNIER, P. (1985) "Hallucinatory Withdrawal: Is it the same thing as autistic withdrawal?" *Lieux de L'enfance* No. 3. Toulouse. Privat. pp. 53-9 (Proceedings of the Congress "Approche Psychanalytique de l'autisme et des psychoses infantile precoces." Monaco, 1984).
- BION, W. R. (1962) *Learning From Experience*. London. Heinemann.
- BOWER T. G. R. (1977) *A Primer of Infant Development*. California. W. H. Freeman.
- CEGLI, DI G. R. (1987) "Symbolism and Symbolon: Disturbances in Symbol Formation in Two Borderline Cases". *The Bulletin of the British Psycho-Analytical Society*.
- FRITH, U. BARON-COHEN, S. LESLIE, A. M. (1985) "Does the Autistic Child have a Theory of Mind?" *Cognition* 21. 37-46. Elsevier Sequoia. Printed in The Netherlands.
- GARDZIEL, A. (1986) "The Diagnosis of Autistic and Psychotic Disturbances in Children". Paper presented at the 11 th Int. Congress of IACAPAP in Paris.
- GAMPEL, Y. (1988) "Facing War, Murder, Torture and Death in Childhood". *J. Psychoanalytical Psychotherapy*.
- HAAG, G. (1983) "The Mother and Baby in the Two Halves of the Body". *Second World Congress of Infant Psychiatry*. Cannes.
- HOBSON, P. (1986) "The Autistic Child's Appraisal of Expressions of Emotion". *J. Child Psychol. and Psychiatry*. Oxford. Pergamon.
- HOUZEL, D. (1985) "Le Monde tourbillonnaire de l'autisme". *Lieux de l'Enfance*. 3. pp. 169-183.
- KLEIN, M. (1963) "On Identification" in "Our Adult World and other Essays". London. Heinemann Medical.
- MELTZER, D. (1987) "On Aesthetic Reciprocity". *J. of Child Psychotherapy* Vol. 13 n°. 2. pp. 3-15.
- MELTZOFF A. & BARTON R. (1979) "Intermodal Matching by Human Neonates". *Nature* 282 pp. 403-4.
- ROSENFELD, D. (1986) "Identification and Its Vicissitudes in Relation to the Nazi Phenomenon". *Int. J. Psycho-Anal.* 67. pp. 53-64.
- SEGAL, H. (1957) "Notes on Symbol Formation". *Int. R. Psycho-Anal* 38. 391-7.
- TUSTIN, F. (1972) *Autism and Childhood Psychosis*. London. Hogarth (1972); New York. Aronson (1973); Rome. Armando Armando (1975); Paris, Du Seuil (1975); Barcelona and Buenos Aires, Paidós (1977); São Paulo, Imago (1975).
- TUSTIN, F. (1981) *Autistic States in Children*. London and Boston, USA, Routledge (1981) Rome, Armando Armando (1983); Paris, Du Seuil (1983); Barcelona and Buenos Aires, Paidós (1987); São Paulo, Imago (1984); Stuttgart, Klett Cotta (In Press).
- TUSTIN F. (1987) *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London. Karnac (1987); Yale USA, Yale Univ. Press (1987); Rome, Armando Armando (1988); Paris, Du Seuil (In Press). Buenos Aires, Amorrortu (In Press); São Paulo. Imago (Pending); Frankfurt, Nexus (1988).
- WINNICOTT, D. W. (1958) *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London. Tavistock Publications.

Traducido por Beatriz Schechter.

Publicado en: Psicoanálisis APdeBA, Vol. XVII N° 3, pp. 675-696, 1995.

<https://docer.com.ar/doc/x8nne1n>

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 19-ex-73

Notas al final

- 1.- Publicado en "Winnicott Studies", N° 3, 1988. © The Squiggle Foundation.
- 2.- Deseo agradecer al Profesor Giannotti por la importante discusión que tuve con él sobre esta parte del trabajo. También quiero agradecer a Emanuelle Quagliata por traducir un capítulo del libro "Symbolic Function and the Philosophy of Language" por Gemma Corradi Fumara