



¿Qué es el autismo infantil?

Velleda Cecchi

Quienes dedicamos nuestra vida profesional al estudio y profundización del saber sobre esta patología nos encontramos con frecuencia teniendo que definir y re-definir, una y otra vez, de qué se trata el autismo, tarea ardua y bastante infructuosa por lo general. Bienvenidas sean las discusiones, los disensos, el relato de distintas experiencias si favorecen y fortalecen el desarrollo científico; las consideramos imprescindibles para que este tema sea trabajado con la minuciosidad y seriedad que merece. Única manera de posibilitar, entre idas y vueltas, construir y de-construir, lograr el intento de esclarecimiento. Esclarecimiento que siempre será parcial, limitado, cuyas hipótesis invitarán a reformular otras; así es la historia del saber científico, filosófico y también del saber psicoanalítico.

En este caso particular del autismo, lo que ocurre es que chocamos con barreras, pero no con las de nuestros pacientes, sino con las barreras de profesionales de la salud, manifestadas a través del rechazo a intercambiar ideas, algunos por desinterés en el tema, pero que no se privan de opinar cuando son interpelados, o, la gran mayoría, por no tener suficiente experiencia clínica con esta patología. En otros casos nos encontramos con posturas ideológicas que no pocas veces responden a intereses *non sanctos* (intereses económicos de empresas farmacéuticas, por ejemplo). En fin, las motivaciones son variadas. Esta postura que fomenta el no-intercambio refuerza la tendencia a considerarlo de origen orgánico y, por lo tanto, a medicalizar y a utilizar el condicionamiento pavloviano, como tratamiento.

Existe una tendencia, no menos grave que las anteriores, a encontrar autismo donde no lo hay, como si hubiesen desaparecido todas las entidades psicopatológicas discernibles hasta hoy en día. Estos errores diagnósticos tienen graves consecuencias para el niño, ya que el autismo es considerado en el ambiente médico y en el entorno familiar-social como lo que es, una enfermedad grave.

En 1967 L. Kanner dijo: “[...] se ha convertido en una costumbre extender el concepto inicial de autismo infantil, diagnosticando uno u otro de los síntomas aislados que componen el síndrome completo. Casi de un día a otro pareció que los Estados Unidos se poblaban de una multitud de niños autistas [...] y también [...] en el extranjero y añadiría que todavía dura”.

Ya en 1953, Van Krevelin (quien había descrito este síndrome un año antes, en Holanda), “se mostró irritado por la utilización desordenada del término de autismo infantil, como un eslogan aplicado sin discernimiento y con cierta desenvoltura, frente a los criterios que había descrito [...] nos puso en guardia contra cierta tendencia a abusar del diagnóstico de autismo, declarando que amenazaba convertirse en una ‘moda’” (Régis de Villard, 1984).

La amenaza se convirtió en realidad desde hace ya muchos años, y actualmente los diagnósticos de autismo proliferan tanto como los hongos después de la lluvia. ¿Estar a la moda dará **status** científico? ¿Se supondrá que inyectar un diagnóstico de autismo, implica *per se* un plus de saber y de habilidad terapéutica? ¿Y entonces los trabajos serán más elogiados?

Régis de Villard agrega: “[...] aquellos que tienen tendencia a adoptar clichés diagnósticos encontraron, luego de los años 60, otra etiqueta más cómoda [...]: ‘niño afectado por una lesión cerebral’, para reemplazar la multitud de niños pretendidamente autistas [...]”. Casi cincuenta años después podemos suscribir ambas afirmaciones; los diagnósticos de disfunción cerebral mínima (DCM), hoy caída en desuso, fueron reemplazados con rapidez por los de ADD. ADDH. No importa si miles de niños medicados ya presentan graves consecuencias psicofísicas y que no se los haya convocado como personas de pleno derecho a expresar sus sentimientos y dolores, ni se haya tomado en cuenta su lugar en la familia ni la patología del resto de sus integrantes. Tanto los diagnósticos de autismo como los de lesión cerebral, para estar a la moda, no son errores sino iatrogenia.

Como consecuencia de esta irresponsabilidad diagnóstica en cuanto al autismo, este adquiere de nuevo la cualidad de inentendible, inaccesible. Se configura una siniestra espiral tautológica.

En el año 2005 escribí: “[...] en la actualidad hay una fuerte tendencia a considerar el autismo como orgánico. Hace ya casi 25-30 años o más, nos vemos enfrentados con un interesante fenómeno. Desde los lugares decisivos de transmisión del pensamiento psiquiátrico, siguiendo las pautas de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, se están dejando de lado

cada vez más los conceptos dinámicos para volver a los postulados de la psiquiatría prefreudiana. Si bien no se habla de 'degeneración', sí se habla de 'genético', 'metabólico', etc. Observamos con preocupación un borramiento de la íntima relación que existe entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Basta ver el DSM-III y el DSM-IV para observar que desapareció la nosografía habitual, diluida en entidades vagas, y que a todas se les adjudica etiología orgánica demostrable o no. El resultado es que se apela siempre a la medicación. No es el cambio de rótulo lo preocupante, sino el corrimiento total de lo psicológico. Con el autismo sucede lo mismo, con más virulencia **aún**".

Hoy seguimos transitando por los mismos carriles.

La enfermedad mental entró tardíamente a formar parte de las ciencias médicas; estas legitimaban solo las patologías de los órganos. En la Edad Media, las personas con dolor psíquico eran consideradas "hechizadas", "poseídas por el demonio", que debía serle "extraído" ya sabemos cómo. En el Renacimiento surge la concepción del libre albedrío; esta noción permitió incluir las enfermedades del espíritu dentro del hecho médico.

Freud realiza un cambio revolucionario que consiste en demostrar que los enfermos mentales, no ya considerados "hechizados" pero sí "degenerados", no solo no lo eran, sino que eran inteligentes y que los síntomas eran creaciones propias, una actividad del inconsciente, y tiene la osadía de construir su teoría del aparato psíquico normal a partir de las expresiones de los enfermos.

¿Y qué sucedía con los niños? Pues eran seres a educar.

Con Freud, los niños dejan de ser ángeles asexuados y habitar en el mundo de la inocencia y se convierten en perversos polimorfos, ya no solo educables, sino pasibles de sufrimiento mental y tratables por el método psicoanalítico.

En el movimiento psicoanalítico, la teoría kleiniana del desarrollo infantil temprano le permitió a su autora profundizar en el estudio y tratamiento de las psicosis infantiles. Oponiéndose a lo sostenido por la mayoría de los psiquiatras de la época, de que la demencia precoz no existe en la primera infancia, Melanie Klein afirma: "He llegado al convencimiento de que la esquizofrenia infantil es mucho más común que lo que generalmente se admite"; agrega: "Rasgos característicos de esta enfermedad son menos llamativos en un niño porque en menor grado son naturales en el desarrollo de niños normales [...]". Klein resalta la importancia de la detección de los síntomas de psicosis en los niños. Síntomas que, al ser en la mayoría de los casos egosintónicos con el funcionamiento familiar, pueden pasar desapercibidos; también es preciso discriminar y evaluar el sentido de conductas aparentemente extrañas que forman parte del momento evolutivo. Tanto riesgo entraña no detectar una enfermedad grave como dar por grave lo que es solo un síntoma pasajero, una manifestación de trastornos circunstanciales en la familia o una neurosis.

En 1930 escribe el caso Dick: "[...] un niño de 4 años que estaba [...] al nivel de un niño de 15 o 18 meses. Faltaban [...] la adaptación a la realidad y relaciones emocionales [...] carecía de afecto y era indiferente [...] rara vez había manifestado angustia [...] en un grado anormalmente reducido [...] no tenía casi intereses, no jugaba y no tenía contacto con su medio [...] articulaba sonidos ininteligibles y repetía constantemente ciertos ruidos. Cuando hablaba, utilizaba incorrectamente su escaso vocabulario [...] no se advertía afecto ni comprensión alguna [...] cuando se lastimaba, demostraba gran insensibilidad al dolor. Su torpeza física era muy notable. No era capaz de asir cuchillos ni tijeras [...]". "[...] en el consultorio corrió de un lado a otro sin ningún propósito, y correteó varias veces a mi alrededor como si yo fuese un mueble más, no mostró ningún interés por los objetos del cuarto. La expresión de sus ojos y su rostro era fija, ausente y falta de interés" [...] "el comportamiento de Dick carecía de sentido y propósito, y no tenía relación con ningún afecto o angustia". [...] "la alimentación había sido anormalmente difícil [...] no había manifestado deseos de mamar [...] se negaba a tomar el biberón, luego los alimentos más sólidos, se negaba a morderlos y rechazaba todo lo que no tuviese la consistencia de una papilla [...]". [...] "si estuviéramos en condiciones de hacer observaciones más penetrantes, encontraríamos muchos más casos similares". Klein considera que este paciente no es un esquizofrénico [...] "porque el rasgo fundamental [...] era una inhibición del desarrollo, mientras que en la mayoría de estos casos se trata de una regresión". [...] *el concepto de esquizofrenia en particular y de psicosis en general, tales como se presentan en la infancia, debe ser ampliado y creo que una de las tareas fundamentales del psicoanálisis de niños consiste en descubrir y curar las psicosis infantiles, establecer diagnósticos diferenciales más exactos entre las distintas enfermedades*".

Esta autora a la que se le imputa no considerar la realidad externa informa que: "*Dick creció en un ambiente sumamente pobre de amor; la actitud de la madre hacia él había sido, desde el principio, de excesiva angustia. Al finalizar el primer año se le ocurrió pensar que su hijo era anormal, y un sentimiento de este tipo puede haber afectado su actitud hacia él*". "*Su lactancia había sido excepcionalmente insatisfactoria porque durante varias semanas la madre había insistido en una infructuosa tentativa de amamantarlo, y el niño había estado a punto de morir de inanición. Padeció de trastornos digestivos, prolapso anal, y, más tarde, de hemorroides. Posiblemente su desarrollo quedó afectado por el hecho de que, aunque recibió toda clase de cuidados, nunca se le prodigó verdadero amor [...]*". Klein le otorga intencionalidad a las actitudes del niño. "Cuando hablaba, utilizaba incorrectamente su escaso vocabulario. Pero no solo era incapaz de hacerse inteligible; *tampoco lo deseaba. Más aun, la madre advertía a veces claramente en Dick una actitud fuertemente negativa, que se expresaba en que con frecuencia hacía precisamente lo contrario de lo que se esperaba de él*" (la bastardilla es mía).

La descripción de este paciente es la del autismo infantil temprano, tal como lo haría 13 años más tarde L. Kanner. Es el primer paciente autista tratado y curado por el método psicoanalítico. Klein no modifica su teoría, solo hace un mínimo cambio en la técnica. Paso a enumerar los puntos relevantes de este relato: - La descripción del cuadro se ajusta a la de los analistas que continuaron el estudio del autismo. - Hace referencia a la intencionalidad de los síntomas del paciente y la presencia de deseos, lo que hace del autista un ser con aparato psíquico y conflictos que determinan el uso de mecanismos defensivos. - Por lo tanto, lo incluye dentro de las psicosis. - La intensidad del sadismo, el sentimiento de agresividad y deseos destructivos contra el objeto, que lo convierten en temible. - La realidad de la falta de amor de la madre y del medio, y los efectos deletéreos que provocan en el niño.

Kanner (1943) deslindó el cuadro al que llamó "autismo infantil precoz", de la esquizofrenia infantil y lo diferenció también de la deficiencia mental. Los síntomas que describe son: - *El retraimiento*: aislamiento, indiferencia total, desinterés

completo por el mundo y las personas, no miran a los ojos, mirada vacía e imposible de atraer, no soportan el contacto, permanecen solos. Los objetos y juguetes no son usados normalmente, sino que los hacen rodar, o los chupan. - *La necesidad de inmutabilidad*: de los objetos, de los lugares y de las personas. - *Estereotipias*: gestuales, movimientos con las manos ante los ojos o a los costados, aleteos con los brazos, gestos de teclear, golpear; *rocking*. - *Alteraciones del lenguaje*: el retraso del lenguaje es constante, farfuleo, jerga, ausencia total, si existe es estereotipado, ecolalia, no tiene valor comunicacional, no utiliza el yo.

Transcribe una entrevista con un autista, donde el niño tiene las mismas conductas que Dick. Paul, de 5 años: “[...] no establecía lazo afectivo alguno con la gente. Se comportaba como si esta le fuera indiferente o incluso no existiera. No le importaba que se le hablara en tono amistoso o de reto. Nunca miraba la cara. Si llegaba a tener alguna relación con personas, las trataba (a partes de ellas, más bien) como si fueran objetos”.

Continúa diciendo: “Cada uno de los niños, después que entraron todos en el consultorio buscó enseguida ladrillos de construcción, juguetes u otros objetos, sin prestar la menor atención a las personas presentes. *Sería erróneo decir que no tomaba nota de la presencia de personas*. Pero la gente, tan pronto como dejaba solos a los niños, hacía el mismo papel que el escritorio, la biblioteca o el armario. Las idas y venidas, aunque fueran de la madre, *parecían no contar*” (la bastardilla es mía). Kanner observa intencionalidad en las conductas de estos niños, y que la indiferencia es aparente. Desde el punto de vista familiar, afirma que son padres profesionales exigentes, exitosos, muy inteligentes, dedicados a su trabajo. ¿No habría lugar para el hijo? En cuanto a la figura de la madre, la describe: fría, intelectual, “heladera”. A pesar de estas características mencionadas y de decir que se trata de niños con una inteligencia poco común, considera que el autismo es de etiología innata.

Existe un hiato entre lo observable clínicamente y lo expresado por el profesional, en cuanto a la aparente indiferencia, que indica la existencia de un ser con un aparato psíquico activo, con una intencionalidad, con una conducta evitativa, podemos suponer con deseo de no ser contactado, y por otra parte el adjudicarle una etiología innata al cuadro; a pesar de todo, esto se repite con muchos de los terapeutas que se dedican al autismo.

Creo que estamos frente a mecanismos de desmentida de los autores, que se reactivan por la fuerte marca que ha caído sobre esta patología, tal vez debido a la semejanza que puede tener con respecto a cuadros neurológicos severos. Otra posibilidad está vinculada a la influencia de ciertos circuitos sociales como asociaciones de padres, psicólogos con otros marcos teóricos, desde donde se impulsa la necesidad de desresponsabilizar a la familia de estos niños.

Cuando Tustin y Mahler expresan que la patología sobreviene “sin culpa de nadie”, “que los padres sienten amor por sus hijos”, se deja de lado la noción de inconsciente, ya que si desde lo consciente no hay intencionalidad de dañar, no se trata de padres violentos, maltratadores o de abusadores sexuales manifiestos; sí son padres que padecen ellos mismos una historia de abandonos, maltratos, abusos psicofísicos y que repiten sus conflictos inconscientes en el vínculo con sus hijos.

Las hipótesis de M. Mahler acerca del desarrollo del infante normal, su descripción de las fases: autista normal, simbiótica y separación-individuación, fueron aceptadas en el ambiente psicoanalítico. Define la psicosis infantil autística como una detención o regresión a la fase autista normal, por lo tanto se trata de niños que están en un estado mental prácticamente vegetativo, ya que: “la función principal de esta fase es la de mantener (con mecanismos predominantemente fisiológicos) el equilibrio homeostático del organismo en las cambiadas condiciones posteriores al parto”.

En cuanto a la etiología, si bien le otorga importancia a la interacción madre-bebé, a la necesidad de un “ambiente previsible normal”, se inclina con considerarla de causas innatas; es esta su postura en relación a todas las psicosis. “[...] es muy difícil determinar si en tal o cual caso de psicosis infantil temprana la grave perturbación fue causada por la patología y la falta de empatía de la madre o por una gran desviación innata del yo del niño [...]”. “Es un hecho comprobado que *muchas madres de niños esquizofrénicos les brindan un genuino amor, los aceptan de buen grado y no parecen ser excepcionalmente posesivas, infantilizantes o restrictivas*”. “[...] *la naturaleza humana asegura una mutuality entre el hijo y su madre*, [...] la traumatización y la crónica privación emocional imputables al ambiente parecen dañar a un bebé constitucionalmente sano solo si ese bebé es muy pequeño [...] a partir del cuarto, el quinto o el sexto mes el bebé constitucionalmente sano fuerza automáticamente la empatía del adulto. Los gestos del pequeño con los cuales busca establecer contacto apelan al *anhelo más esencialmente biológico de la mujer*. De ahí que la madre dé inmediatamente gratificación emocional, así como alimento, *a menos que su psicopatología la haya hecho incapaz de responder a las demandas del pequeño*. [...] parece que ese daño fundamental infligido al yo que se resuelve en psicosis infantil se produce en niños que tienen una *Anlage hereditaria o constitucional* o en niños en quienes predomina algún factor intrínseco” (la bastardilla es mía).

Ahora bien, estas afirmaciones se ven contradichas por su relato de los casos clínicos, por ejemplo: “Lotta, de tres años y cuatro meses, sufría de una perturbación autística innata. Padecía de múltiples traumatizaciones a causa de una madre que, por su parte, vivía en una odiosa dependencia de su propia madre. La historia clínica registraba graves carencias de alimentación y una herida en el labio causada por una cuchara en edad muy temprana; también estaba consignado un estricto y desagradable régimen de precoz entrenamiento del control de esfínteres. Una vulvovaginitis siguió a las primeras muestras de que Lotta comenzaba a tocarse. De esta manera la sobreestimulación traumática impidió la libidinización zonal normal en todas las esferas del desarrollo psicosexual. Sin embargo, creo que esas traumatizaciones no se habrían producido si no hubiera habido una gran patología intrínseca del yo.

Las pugnas diarias con la constipación, con remoción digital de las heces, eran solo una indicación de la clase de atmósfera que predominaba”. “A los tres años y medio, Lotta no hablaba ni se comunicaba por gestos, ni había logrado la integración de manos, boca y ojos. Tampoco se alimentaba por sí misma y mostraba una aterrada reacción ante la menor posibilidad de tocar a alguien o de que cualquier persona la tocara”. En cuanto a la inteligencia, dice: “[...] correspondía incluirla entre los imbéciles”.

Sorprende cómo Mahler puede relatar los maltratos a los que sometieron a la niña y, a pesar de ello, decir que no habrían tenido efectos traumáticos, si no hubiera habido una gran patología intrínseca del yo. Prosigamos algo más en el caso. Lotta, ya en el transcurso del tratamiento, “[...] comenzó a llevarse a la boca todos los objetos que le gustaban [...]”. Y

objeto, de la sensación de congelamiento, del “agujero negro”, modo de expresar la “depresión psicótica” que Winnicott había descrito. Tustin entendió al autista como un niño arrasado por dolores lacerantes, por terrores profundos, resultantes del intenso sadismo que lo empuja a realizar ataques rabiosos al objeto. En este importante punto se acerca a Klein y se diferencia de D. Meltzer, quien no reconoce la existencia de sadismo en estos niños.

Dice que el aislamiento es la defensa primordial: “Los niños autistas están envueltos en sus propias sensaciones corporales, crean su cobertura protectora propia [...] parecen sordos [...] no miran a los ojos [...] es un modo particular de guarecimiento [...]” [...] “la sensación que prevalece es la de estar escondidos, abroquelados y protegidos”.

Porque las angustias de estos niños son de índole muy primaria: caer, desparramarse, licuarse, se momifican para sobrevivir.

La hipótesis de Tustin acerca de los orígenes del autismo es: “[...] han desarrollado [...] una formación masiva de reacciones evitadoras a fin de tramitar una percatación traumática de separación física de la madre. Esto ha hecho intrusión en su conciencia

antes de que su aparato psíquico estuviera preparado para sobrellevar la tensión”.

En sus dos últimos libros se refiere a los rasgos autistas que pueden observarse en pacientes neuróticos (le otorga a Sydney Klein la autoría de este hallazgo): “En ciertos pacientes, niños y adultos, los rasgos autistas [...] están ocultos bajo un estrato de funcionamiento más normal. La inestabilidad de este último se manifiesta cuando el trabajo avanza en profundidad”. Lo observa, en particular, en los fóbicos y en los obsesivos, en la base de perturbaciones maniaco depresivas y en algunas anorexias nerviosas.

En cuanto a la etiología, coincide con Mahler en otorgarles preeminencia a factores innatos: “La idea errónea de que a todos los niños autistas les ha faltado amor cuando bebés ha conducido a *poner excesivamente el acento en causas ambientales*, así como a *intentos sobrecompensatorios de remediar su condición autista*” (la bastardilla es mía).

De nuevo se dejan de lado el funcionamiento del inconsciente y la influencia de las patologías familiares.

¡Además, como si fuera cierto que todas las madres y todos los padres aman a sus hijos!

Con “[...] poner excesivamente el acento en causas ambientales e intentos sobrecompensatorios [...]”, si bien Tustin no lo menciona, seguramente se refiere a Bruno Bettelheim, que en la Escuela Ortogénica de Chicago venía llevando a cabo, desde alrededor de 1950, el tratamiento de niños psicóticos.

Este psicólogo vienés había alojado en su casa a dos niños autistas, no los dos juntos todo el tiempo, aclara Bettelheim. Detenido en los campos de concentración nazis, para sobrevivir (así se llama el libro donde relata esta experiencia) trató de disociarse, y se dispuso a hacer observaciones de la vida emocional de los prisioneros que, luego dirá, le fueron de utilidad para entender el mundo de las psicosis, en particular de los niños autistas. Describe la “situación extrema”: “[...] imposibilidad de sustraerse a ella, pero potencialmente para toda la vida; nada se podía predecir sobre ella; la vida misma estaba constantemente en peligro, sin que se pudiera hacer nada para impedirlo”.

Lo que destruye la personalidad es lo irrevocable. Esto provoca la deshumanización: pérdida del sentido de autonomía, de la actividad espontánea, de todo deseo y emociones, alexitimia y el bloqueo de la percepción de la realidad.

Para Bettelheim el bebé es activo, el acto de mamar es un hecho de actividad y de mutualidad, el niño busca y toma el pecho, y la madre necesita que el pecho sea succionado. Reconoce dos períodos críticos durante el desarrollo, a los seis meses el primero y el segundo hacia los dieciocho meses.

Toma en cuenta el factor innato, constitucional, que influirá en la forma en que el niño perciba y reaccione en los avatares del vínculo con su madre, y al mismo tiempo les otorga mucha importancia a los sentimientos verdaderos de esta.

Los niños psicóticos “[...] presentaron un elemento común: un miedo permanente por su vida [...] todos los niños psicóticos sufren a causa de la experiencia de haber sido sometidos a unas condiciones de vida extremas, y la gravedad de sus perturbaciones está directamente relacionada con el momento en que aparecieron esas condiciones, su duración y el mayor o menor grado en que afectaron al niño”. “[...] porque interpreta mal las acciones o los sentimientos de la madre, o bien porque interpreta correctamente los sentimientos negativos de esta, el niño puede retirarse de ella y del mundo”.

Bettelheim fue admirado y aplaudido por algunos de sus colegas y vilipendiado por la mayoría, porque tuvo la osadía de decir que los padres de los autistas albergaban deseos de muerte hacia sus hijos, y que estos habían vivido situaciones de extremo sufrimiento. Se tomó como ofensivo, con un criterio moral, de ahí que arreciaran las voces en “defensa” de los padres; la noción de inconsciente siguió brillando por su ausencia.

El tratamiento que les ofrecía en la Escuela Ortogénica, donde los niños vivían durante el tiempo que necesitaba su recuperación separados de sus padres, consistía “[...] en crear especialmente para el niño psicótico un mundo totalmente diferente del que él ha abandonado en su desesperación, más aun, un mundo en el que pueda entrar ahora mismo, tal como él es”. “[...] y no que está otra vez repitiendo la experiencia de que ‘todos quieren que salga de mi mundo y entre en el suyo’ [...]” “crear un medio que pudiera favorecer la reconstrucción de la personalidad”.

Winnicott retoma las ideas de Bettelheim, en cuanto a: “[...] el concepto del odio inconsciente (reprimido) de la madre hacia el niño. A cualquier edad, y sobre todo en la temprana infancia, el efecto del deseo de muerte reprimido hacia el bebé es perjudicial, y desborda la capacidad del bebé para tramitarlo”. “[...] el niño se esfuerza todo el tiempo para llegar al punto de partida, o sea para contrarrestar el deseo inconsciente de los padres (encubierto por formaciones reactivas) de que el niño se muera”.

Reconoce el mérito de Kanner en haber circunscripto al autismo, pero duda de la utilidad de diferenciarlo de la esquizofrenia infantil. Esta postura es de 1966; al año siguiente parece estar más convencido de la entidad de esta patología. La concibe como una organización defensiva, donde lo más destacado es la *invulnerabilidad* del sujeto. “El niño lleva consigo el recuerdo (perdido) de una angustia impensable y su enfermedad es una estructura mental compleja, que lo resguarda contra la recurrencia de las condiciones de la angustia impensable”. Una vez que: “[...] la enfermedad está estabilizada [...]”, dice: “[...] el que padece es el ambiente y no el niño”. Siguiendo este criterio, se pregunta: “[...] ¿vale la pena?” tratarlos, ya que: “Hay apenas una leve posibilidad de ‘cura’; solo puede mejorarse la afección y aumentar notablemente la experiencia personal de sufrimiento que tiene el niño”.

Winnicott no aclara a qué se refiere con “enfermedad estabilizada”, y tal vez acepta la negación de los padres del padecer

del hijo. El autista vive siempre acosado por dolores lacerantes, y hay que intentar la cura, por poca que pueda parecer la mejoría. No es el tratamiento el que lo hará sufrir más; en todo caso el encuentro con otro que lo recibe, aunque fuese solo acompañamiento, le hará sentir que no está tan expuesto ni solo frente al dolor.

Este recorrido por los principales autores que se dedicaron a las psicosis infantiles y en especial al autismo permite reconocer sus aportes, y reconocer también el tortuoso y difícil derrotero que implica intentar profundizar en estas patologías tan primarias, ya que remiten a los orígenes de la estructuración del aparato psíquico, lugar de divergencias teóricas y donde, por lo tanto, son imprescindibles el intercambio y la discusión.

En cuanto a mi recorrido con niños con psicosis infantiles, si bien había trabajado con algunos pacientes, fue en 1975, cuando comencé el tratamiento de una niña autista de dos años y cuatro meses de edad, Mariela, con cinco sesiones semanales, durante cuatro años, que mi interés hacia estas patologías fue *in crescendo*. Me han acompañado diferentes equipos de colegas en esta tarea. Desde hace diez años, por un convenio entre APA y el Comité de Docencia e Investigación del hospital C. G. Durand, llevamos a cabo la investigación del autismo en dicho hospital.

En el marco de esta investigación atiendo solamente pacientes autistas sin lenguaje y sin trastornos orgánicos; los colegas tratan también a niños con otros cuadros y realizan los tratamientos familiares.

Autismo es una palabra creada por Bleuler, presentada como un síntoma fundamental de la esquizofrenia o actitud particular del esquizofrénico, que según Henri Ey, “[...] se convirtió en la característica misma de la esquizofrenia”.

Cuando Kanner separa de las esquizofrenias el autismo infantil precoz, autismo ya no indica un síntoma sino una enfermedad, una psicosis.

Con el tiempo se desvirtuó el uso de este término, que perdió la entidad de síntoma y también de psicosis. No se trata de un preciosismo terminológico, una exquisitez, sino que las palabras dan cuerpo y sentido a los hechos; con el mal uso del término autismo se impuso una gran confusión. Es preciso concordar en los términos para no crear mayor dificultad con una patología difícil de por sí. La consecuencia de estos cambios fue que el autismo (como enfermedad) no solo dejó de tener un sentido sino que, tras desplazamientos varios, hasta dejó de ser una patología que nos concierne. Fue tomando cada vez más el camino de la oscuridad, cercada dentro de las enfermedades extrañas, enigmáticas u orgánicas.

Se oscila, de un extremo al otro, de una expansión que la banaliza, hasta el enigma orgánico.

Es necesario aclarar que el autismo es un síntoma que se refiere al aislamiento, la retracción a un mundo interno cerrado y alejado de la realidad; como tal puede formar parte de distintas patologías, desde psicosis hasta neurosis y hasta aspectos de la vida normal. El síndrome autista (conjunto de signos y síntomas) es una psicosis diferente de las otras, con características particulares, que es lo que se intenta desentrañar.

Que el uso lleve a llamar solo autismo al síndrome autista no autoriza el cambio de significado.

Entonces, el autismo como patología (insistamos, es difícil destrabar las impregnancias que ya adquirió, tanto en lo social como para ciertos “especialistas”) es un trastorno psicológico, es una psicosis; no es orgánico, no es un misterio para dejarlo del lado de lo esotérico, es posible comprenderlo como una particular conformación del aparato psíquico, y es abordable para el psicoanalista.

Hechas estas aclaraciones, paso a intentar transmitir algo de lo que los años de trabajo me han llevado a pensar respecto de esta enfermedad.

Ya descartado el autismo normal como etapa del desarrollo, el autismo no es una detención o regresión a ese estado sino una nueva creación. Destaco lo de creación, que indica trabajo psíquico. Son niños que trabajan y han trabajado arduamente para defenderse de sus terrores, y han conformado esta enfermedad; como dijo un paciente: “Yo hace muchos años que trabajo”.

Se configura un estado delirante donde el delirio no está sobre todo en el discurso, como en la esquizofrenia, sino en el cuerpo y las conductas.

“El delirio es una manifestación restitutiva que surge como defensa frente a la pérdida de la realidad, que en el esquizofrénico sucede a la vivencia de fin de mundo, y en el autista se revela en todo su ser. Él se expresa: es el único protector de sí, el mundo es evitado por ser decididamente hostil, él puede solo, megalomanía que está en la base del aislamiento y que adopta distintas apariencias: soledad, movimientos mágicos que responden a pensamientos mágicos, utilizar el cuerpo del otro, apoderarse del cuerpo del otro, no porque no lo distinguen del propio, como afirman algunos autores, entre ellos Tustin, sino como apropiación esclavizante de un otro que sí reconocen pero al que dominan y controlan en su mente. El silencio, el evitar la mirada, la aparente indiferencia forman parte de este delirio megalomaniaco. La tiranía que ejercen estos pacientes de múltiples maneras sobre el objeto y el medio es expresión tanto de su terror al objeto como de su construcción delirante. El terror los lleva al control, este control es delirante por ser llevado al extremo y, sobre todo, por lo que implica de expansión y/o efecto de la retracción libidinal del objeto” (Cecchi, 2005).

Se niegan al mundo externo, necesitan hacer creer a los otros que no existen; el libro *Autismo y otras psicosis infantiles* lleva también por título *Los otros creen que no estoy*, expresión literal de un paciente en tratamiento. Dicha actitud es la resultante del miedo al objeto, al que vivencian como hostil, como fue, o así lo sintieron, su objeto materno. Están atentos, en guardia permanente, no aislados sino hiperconectados con el mundo externo para controlarlo, vigilantes; para protegerse de él se esconden, es una conducta activa de evitación; evitan mirar, porque mirar a los ojos es exponerse, por eso lo hacen cuando no son mirados, o miran como si no vieran, para que los otros crean que no ven; evitan oír, para eso no contestan, tanto que se los confunde con sordos, y se tapan los oídos, evitan hablar, evitan todo contacto con el objeto persecutorio. Se esconden detrás de una trinchera para protegerse de ser aniquilados. Este atrincheramiento es deletéreo si se persiste en él, la fortaleza finalmente se vacía. Son los jóvenes o adultos deteriorados, sin lenguaje comprensible. El deterioro de las psicosis infantiles es rápido; se ven niños de diez años con el aspecto de los crónicos de los hospitales psiquiátricos, de ahí la importancia de la detección precoz y el tratamiento, sabiendo que se los puede comprender y curar. Son niños aterrorizados, tienen un enorme sufrimiento, se defienden (mal, pero lo hacen) de lo que creen es el motivo de su sufrimiento. Basta con ver esos ojos que se opacan, que parecen no existir, la desesperanza que transmiten; a veces es tan difícil aceptar en los niños esos dolores tan profundos, que el observador no lo resiste, prefiere defensivamente creer

que eso tan lacerante no es verdad, que es solo vacío. Nos conecta con los dolores más intensos de nosotros mismos, sepultados en el cuerpo, huellas tan primitivas con las que no querríamos volver a encontrarnos.

Considero que el recién nacido que padecerá autismo es acosado de manera permanente por sensaciones dolorosas; es en el vínculo con la madre donde se va constituyendo un aparato psíquico que se encuentra siempre demasiado expuesto, en carne viva, frente a los estímulos externos e internos. Desde el nacimiento, y aun antes, se comprueba la distancia afectiva de la madre, como defensa frente a la hostilidad que le despierta el hijo, que según las diferentes estructuras psíquicas se manifiesta de manera diversa, no solo en las que presentan un cuadro depresivo, que es el más detectable. Este distanciamiento impide que se logre el buen contacto madre-bebé, pero es el recurso por el que opta la mamá para protegerse y proteger al niño de sus sentimientos hostiles, que son muy intensos; con ello preserva la vida física del niño, pero no la vida psíquica.

En todas las psicosis infantiles hay un estado depresivo que por lo general pasa **desapercibido** y que precede a la instalación de los síntomas; se caracteriza por trastornos en el sueño, en la alimentación, llantos prolongados imparables, apatía, facies depresiva, tristeza, decaimiento; en el autismo es más profundo que en la esquizofrenia, se presenta en los primeros meses de vida.

En un principio, me vi llevada a plantear que estos pacientes no tenían alucinaciones hasta que mejoraban, error que respondía a la hipótesis de un psiquismo precario. A través de la experiencia entiendo que sí tienen alucinaciones, tanto positivas como negativas; estas últimas son las más frecuentes y difíciles de observar. Pienso que la desmentalización que describe Meltzer, como “[...] la suspensión inmediata y transitoria de la actividad mental, característica del estado autista [...] con suspensión de la vida mental como en el petit mal [...]”, sea, por el contrario, momentos productivos alucinatorios. Respecto de las identificaciones primarias, llegué finalmente a entender que las hacían con ambos progenitores, pero con los aspectos más enfermos de estos.

En cuanto al lenguaje: el niño que estructurará un autismo, al igual que todos los seres humanos, está inmerso en él, lo precede un mundo hablante, solo que en estos casos se inmoviliza o adquiere características extrañas, como consecuencia del encuentro con un otro que, al no erogeneizarlo de manera adecuada, y que no le autoriza la subjetivación, tampoco ha creado el lugar de encuentro lúdico y separación no traumática para que la palabra advenga. Hemos observado reiteradamente la sordera de las madres a las palabras de sus hijos.

La clasificación de autismo primario y secundario que postulan Tustin y otros autores, a mi parecer no sería pertinente; “[...] esta clasificación surgió en función de la detección más temprana o no del trastorno. Este síndrome se va conformando desde los primeros momentos de la existencia. Y aun antes, de acuerdo al tipo de vínculo que se perfila dentro de la mente de la madre y del padre con relación a ese hijo por nacer, que precede al niño y a los propios padres, sometidos a sus singulares historias” (Cecchi, 2005).

Por otra parte, como ya hemos mencionado, Tustin describe el autismo primario anormal (APA) refiriéndose a niños con trastornos orgánicos graves o déficit ambientales severos.

Las autoagresiones, morderse las manos hasta hacerse callosidades, golpearse la cabeza de manera brutal, hacerse lastimaduras hasta sangrar, indican un intenso sadismo dirigido contra sí mismo, de resultados de la represión materna a cualquier expresión de agresividad hacia ella en principio, que luego se extiende hacia todo el mundo externo. Esta inhibición llega a ser tan intensa que los lleva al extremo de no morder los alimentos; en los casos más graves solo ingieren líquidos. El uso de todo el cuerpo está inhibido, de las manos para asir objetos, de las piernas para caminar desenvueltos y firmes, de los ojos para mirar tranquilamente. Describí, también en los comienzos, que estos eran niños que no estaban erogeneizados, por eso la ausencia de tocamientos de las zonas erógenas habituales; no hay chupeteo de los dedos, nada que indique la obtención de placer “normal” con el cuerpo. Posteriormente concluí que no solo no han sido erogeneizados sino que han sido y siguen siendo solo cuerpos para maltratar y manipular; todo “gesto espontáneo” está prohibido, desde los primeros momentos de sus vidas.

Son niños que no han sido concebidos para ser un sujeto, sino para cumplir con deseos narcisistas tánaticos de sus padres. Los padres de los autistas se diferencian de los padres de los esquizofrénicos o de los confusionales en que, por lo general, tienen una apariencia de normalidad, hasta tal punto que resulta desconcertante que tengan un chico tan enfermo. Esta era mi comprensión en los comienzos, hasta que pude conocer más a fondo esta patología y la de los papás. Estos padres son personas que han sufrido mucho, violencia, maltratos, sobre todo abandonos tempranos, orfandad, no fueron reconocidos, experimentaron pérdidas de seres queridos frecuentemente por suicidio, abusos de todo tipo, no sexuales por lo general, de sus propios padres, que indagando en las historias resultaron en su mayoría psicóticos; fueron niños desvalidos que no se constituyeron como personas adultas. La actuación de la pulsión de muerte atraviesa las distintas generaciones, y sobre el autista convergen múltiples identificaciones patológicas.

“Otro aspecto observable es la perversión en los padres de los niños autistas, y en los padres de psicóticos en general. Perversión como proceso en el cual el goce está implicado a partir de la desobjetivación del otro, y donde el hijo es usado para satisfacciones eróticas como objeto parcial: son manoseados, observados, manipulados [...] y el niño queda alienado en la medida en que está al servicio del goce perverso del otro” (Cecchi, 2005).

No son perversos con actuaciones fuera de las que ejercen sobre este cuerpo, el de su hijo, enmascarado bajo atenciones corporales, excrementicias por ejemplo, o supuestos juegos; son actuaciones privadas, dentro del grupo familiar, por lo tanto, no comprobables con facilidad.

El odio inconsciente hacia el hijo es reprimido y por lo mismo eficaz, encubierto por formaciones reactivas. Los efectos de la pulsión de muerte, que transita a través de generaciones, irrumpen al modo de lo siniestro desde lo más inconsciente de los padres: grita y se revela en la patología del niño. El silencio (defensivo) del autista es un grito desesperado que está al servicio de su pulsión de vida.

El pronóstico “[...] dependerá sobre todo de la posibilidad de tratamiento, la consecución del mismo, de cuánto la familia se comprometa no solo en lo formal sino en tanto se involucre afectiva y profundamente en la causación y proceso de la enfermedad del hijo, y se produzcan cambios en el funcionamiento psíquico familiar. Apuntamos a cambios psíquicos reales, o sea sobre todo inconscientes, con relación al vínculo con el niño y no a modificaciones conductuales” (Cecchi,

2005).

Con respecto al tratamiento

La presentación clínica del autismo es variada; vemos desde niños completamente desorganizados, con descargas motoras intensas, hasta niños que presentan mayor permeabilidad para el encuentro con el terapeuta. Siempre se observan el aislamiento, la retracción, manierismos, estereotipias, lenguaje atípico o mutismo.

Cada niño ha creado su modo personal de instrumentar sus mecanismos de protección.

El autista padece de “desconfianza básica”; el mundo externo, incluyendo al analista, es persecutorio. Hay que tratar de revertir ese sentimiento y lograr transformarlo en confianza.

Para que esto ocurra, es preciso respetar al niño en su tiempo, que suele ser mucho más lento que el del terapeuta, estar atento y receptivo a sus expresiones, a sus estados de ánimo y a los propios; el paciente, al sentirse reasegurado de la no-intrusión, no-violencia del objeto, encuentra su manera personal de salir del encierro, para darse a conocer. Una vez conformado un medio confiable, se atreverá, con cautela, pero esperanzado, a indicarnos cuál es el camino que elige para comunicarnos sus temores, deseos y fantasías. El reconocer su existencia como ser humano, la intencionalidad consciente e inconsciente de cada una de sus expresiones, reconocer su sentido, permite el acceso al mundo de este niño que como todas las personas, es único, singular.

Recortes de la clínica con dos niños con autismo

Raquel de seis años, en la primera sesión, al abrir la puerta del consultorio para hacerla pasar, la veo estirada en el piso, boca arriba en el pasillo, mirando hacia el techo, inexpresiva, la madre comienza a arrastrarla por los pies con la intención, me dice, de hacerla entrar. Por supuesto, le digo que no haga eso, y la señora se sorprende, ¡supongo que ante mi falta de criterio práctico! Esta niña era comparada por los padres con “un trapo de piso”, porque estaba casi siempre tirada en el piso y por la desconexión. R. es un caso típico de autismo, con una frondosa sintomatología. Tuvo muchas ausencias a sus sesiones.

Sesión aproximadamente al año: estoy en la puerta de otro consultorio, salgo a mirar; R. para mi sorpresa, viene a mi encuentro, me toma de la mano, la saludo: “Hola”, y responde: “Hola” (nunca antes había respondido al saludo), me conduce, siempre de la mano, a nuestro consultorio; al entrar da unas vueltas, tiende a tirarse en la camilla, le sugiero si no quiere utilizar sus materiales, saca la bolsa con plastilina, toma dos pelotitas que yo había hecho en la sesión anterior, las toca, las hace girar en sus manos; luego saca un trozo de plastilina azul que ella había aplastado la vez anterior y en la que había marcado las uñas y las yemas de los dedos de ambas manos (lo que había sido interpretado en función de reconocer su identidad), vuelve a marcarla con uñas y yemas, dedo por dedo, de ambas manos, primero la derecha, luego la izquierda, con parsimonia y método, de un lado y del otro de la plastilina, muy seria, concentrada, como en la sesión previa; algunas veces pone los dedos en las huellas ya marcadas. Toma otro trozo de plastilina amarilla, en la que había hecho el mismo trabajo que con la azul, y repite el mismo juego. Interpreto que retoma la sesión anterior, que las huellas en la plastilina son sus marcas, que así se sabe quiénes son las personas; sus huellas son de ella sola y de nadie más, que es única. Lleva la plastilina amarilla a la boca, la mastica y la muerde, le pido que me la dé (esta nena se lleva objetos a veces peligrosos a la boca), me la da enseguida, están marcados sus dientes; esta escena se repite dos veces. Interpreto en la misma línea de la identidad, esta vez por las marcas de sus dientes. Se acuesta en la camilla (veo que sus manos están mejor, R. tenía callos), con la cabeza y el tronco apoyados, mirando hacia arriba, la cadera girada, las piernas quedan colgando hacia fuera de la camilla, la pierna derecha encima de la izquierda; intento acercarme y estira su brazo para impedirlo; R. comienza a mover la pierna derecha hacia arriba y abajo, lentamente; le digo que una parte de ella me quiere mantener alejada, pero que su pierna tal vez quiera estar conmigo. No hay ningún cambio en su actitud; apoyo la palma de mi mano debajo del talón de su zapatilla, no lo impide, la acompaño en su movimiento, arriba y abajo, le digo que sí la pierna quiere jugar conmigo y empiezo a entonar sin letra: “Arrorró mi nene”; de pronto R. se une a mí y le pone la letra; luego de repetir la canción, y terminado este juego, entona unos compases de una melodía de Mozart. Vencido mi asombro, hacemos un dúo realmente placentero, un par de veces, después de lo cual R. dice: música. Se levanta y deambula inquieta, le interpreto el miedo por el encuentro entre ambas, tan intenso; como sigue muy inquieta, le digo que mejor terminamos la sesión. Al entrar la mamá, le pregunto dónde escucha R. a Mozart, responde que a R. le gusta mucho la música, escucha un CD de música clásica con la *Para Elisa* todas las noches, y que “si se llega a parar, grita, se pone loca”; además, satisfecha, me cuenta que R., que le siempre les tuvo terror a los perros, el día anterior estuvo paseando a uno, muy contenta, y lo llamaba por el nombre.

Creo pertinente aclarar, porque en el caso de Mariela utilicé la música para intentar comunicarme con ella, y en la sesión que transcribo de Raquel, me vi llevada a entonar una melodía, que si bien la música tiene una significación trascendente en mi vida, no la utilizo como herramienta técnica, sino que estoy atenta a las expresiones personales del paciente. En los casos en que los niños no tienen interés musical dicha herramienta no genera ningún tipo de respuesta, el niño no hace sintonía con la propuesta, pero tampoco es vívido como algo intrusivo.

Gabriel, de cuatro años; de su historia subrayo que a los cinco meses de edad su padre (quien se ocupaba de él) es encarcelado y el niño no vuelve a verlo hasta hace un mes.

Cuando tenía nueve meses, su madre muere en forma súbita por un paro cardíaco. Pasa unos días con unos parientes, y luego lo toma a su cargo una tía materna que lo incluye en su familia, en la que continúa en la actualidad.

No controla esfínteres. Emite sonidos: “hummm, hummm”. Su mirada es de una profunda desolación.

Al comienzo de las primeras sesiones, se niega a entrar al consultorio, llora, grita, quiere ir al primero donde había estado, vamos allí, nos quedamos un rato, llevamos juguetes de ese consultorio al nuestro. Esta actitud dura pocas sesiones; en la actualidad, grita, patalea y llora si cuando llega estoy trabajando con otro paciente y debe esperar para entrar. Este niño tiene temores bien fundados, se desespera, no quiere perder más lugares ni personas. Esta es la línea por la cual voy trabajando. En las sesiones, G. arma una torre con cubos, tan alta que debe pararse en la silla para poner las últimas

piezas. A continuación saca los lápices de la cartuchera, raya con cada uno el escritorio y la pared, y los va poniendo en orden uno por uno a su izquierda; durante este juego, la torre se cae y queda en pedazos, algunos cubos caen al piso; G. no los levanta ni vuelve a armar la torre. Le voy interpretando de a poco y repitiéndolo: su profunda tristeza, que no entiende que pasó con su papá y su mamá. Le cuento de la muerte de la mamá y de la situación en que ocurrió, que la mamá lo quería mucho, que no lo abandonó y que no va a volver, que lo que sucedió no es lo que ella hubiera querido. La tía relató que a la madre la encontraron muerta apoyada en la cama de G.

En cuanto al padre, le digo que sí él dentro de poco va a volver. Que me cuenta que antes, cuando él era muy chico, estaba con sus padres, estaba todo bien, pero que luego eso se rompió, quedó en pedazos y él también quedó roto; su necesidad de poner orden, en tanto desorden, y de dejar sus marcas.

A los dos meses de tratamiento: la sesión transcurre como las anteriores; luego de ordenar los lápices, G. va hacia un placar, que está tapado por una cortina. Revuelve, saca e inspecciona cada uno de los objetos durante un rato; luego, saca la parte de abajo de una silla rota, que tiene ruedas, y la hace girar. Este niño busca, quiere reencontrar a los padres y a sus aspectos ligados a ellos perdidos; al no lograrlo se angustia y realiza movimientos con finalidad hipnotizante. Esto se repite durante algunas sesiones.

Sesión un tiempo después: se mete dentro del placar, encuentra una escalera, la saca (es un niño muy hábil y fuerte), la apoya contra la pared y comienza a subir por los escalones, se toma con sus manos de la escalera; yo, temiendo que se caiga, estoy detrás y lo sostengo apoyando las manos en su espalda, le impido subir al último escalón, tapándolo con la mano, ya que ahí no alcanzo a protegerlo, le digo; repetimos esto varias veces, G. siempre de cara hacia la pared, hasta que en una de las subidas, G. se suelta de la escalera y se tira para atrás, lo sostengo, lo voy apoyando lentamente en la camilla, que está pegada a la escalera. G. gira, con la cara vuelta hacia mí, me mira abiertamente a los ojos (no lo había hecho hasta ese momento) y me sonríe. G. se siente seguro con su terapeuta, confía, y eso le da felicidad.

Estos son dos ejemplos del encuentro con estos niños. Niños que siempre asombran. Detrás de la apariencia, hay un mundo rico en posibilidades. Solo es necesario saber que existen.

Resumen

Se hace un recorrido por los autores más significativos que se dedicaron al estudio del autismo, con comentarios acerca de las ideas de estos. Se remarca la distinción entre autismo como síntoma y el síndrome autista. Y a este síndrome como una psicosis diferenciable. Se describe esta enfermedad, en sus aspectos fenomenológicos y en su funcionamiento mental. El atravesamiento de las generaciones por la pulsión de muerte, desligada, y el autista como receptáculo de identificaciones patológicas. La perversión de los padres de estos niños, ejercida sobre estos, y el deseo inconsciente de muerte, enmascarado con formaciones reactivas. Se relatan dos extractos de sesiones, como ejemplos del encuentro posible con el autista.

Bibliografía

- Bettelheim, B. *La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo*. Barcelona, Laia, 1967.
- Cecchi, V. "Análisis de una niña con un síndrome autista". *Revista de Psicoanálisis*, tomo XLVI, Nº 5, 1989.
- *International Journal of Psychoanalysis*, vol 71, 1990.
 - *Clínica psicoanalítica de niños y adolescentes*. Buenos Aires, Lumen, 1998.
 - *Autism in Childhood and Autistic Features in Adults*. Londres, Institute of Psychoanalysis, 2008.
 - *Autismo y otras psicosis infantiles. Los otros creen que no estoy*. Buenos Aires, Lumen, 2005.
- Ey, H. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, Toray-Mason, 1965.
- Kanner, L. *Child Psychiatry*. Londres, Balliere, Tindall and Cox, 1937.
- Klein, M. (1930). *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. Obras Completas*. Barcelona, Paidós, 1989.
- Mahler, M. (1955). *Estudios 1: Psicosis infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- (1974). *Estudios 2: Separación-Individuación*. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires, Paidós, 1981.
- *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires, Paidós, 1987.
 - *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1989.
 - *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1992.
 - "Un error psicoanalítico común acerca de la repetición regresiva en los trastornos autistas en la infancia". *Revista de Psicoanálisis*. Número Internacional Nº 2, 1993.
- Villard, R. *Psicosis y autismo del niño*. Barcelona, Masson, 1986.
- Winnicott, D. *Acerca de los niños*. Barcelona, Paidós, 1998.

