



Una revisión del autismo desde el psicoanálisis

Francisco Balbuena Rivera¹
Universidad de Huelva, Huelva, España

En este trabajo se analizan algunas formulaciones pretéritas elaboradas desde el psicoanálisis para describir y explicar el autismo, al que se juzga desde tal óptica como un trastorno fundamentalmente de carácter afectivo, lo que ocasionó un acalorado debate entre los defensores y detractores de tal tesis, dadas las múltiples implicaciones derivadas de ello, de todo lo cual reflexionamos en este artículo.

Palabras clave: autismo, psicoanálisis, M. Mahler, B. Bettelheim, D. Meltzer, F. Tustin

This paper reflects on several long-standing psychoanalytic formulations which, in order to describe and explain autism, considered it as a fundamentally emotional disorder. This sparked a passionate debate between supporters and opponents of the thesis, given its multifarious implications, all of which is examined in this work.

Key Words: autism, psychoanalysis, M. Mahler, B. Bettelheim, D. Meltzer, F. Tustin

English Title: A review of autism from psychoanalysis

Cita bibliográfica / Reference citation:

Balbuena, F. (2009). Una revisión del Autismo desde el Psicoanálisis. *Clinica e Investigación Relacional*, 3 (1): 184-199.

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939]

Lo intra e interpersonal como proceso alterado de base en el autismo

Como ya expresara Rivière en 1983¹, toda tentativa orientada a interpretar y tratar el autismo debe concebir a éste, ante todo, como un trastorno de la interacción más que de la acción, esto es, como una perturbación de la interconducta más que de la conducta. Derivado de ello estaría la falta de sentido que tiene debatir acerca del carácter primario o secundario de las alteraciones cognitivas frente a las afectivas en el trastorno autista, al ser la interacción con otro ser humano el proceso principal alterado. En línea con esto, era igualmente desacertado explicar los bajos resultados de los autistas en pruebas intelectuales como fruto de diversos déficit conductuales y emocionales, y no por incompetencias cognitivas, lo que consolidaba *el mito de la competencia intacta y la actuación inhibida*, resultando de forma análoga inexacto afirmar que eran las deficiencias cognitivas y no las afectivas las que primaban en las dificultades de interacción expresadas por las personas autistas.

Paradójicamente, uno de los impulsores de la concepción del autismo como una perturbación esencialmente de carácter afectivo fue L. Kanner (1894-1981), quien en su trabajo *Alteraciones autísticas del contacto afectivo* (1943) sugería que éstas quizás emanaran de una incapacidad innata y de origen biológico, cuya expresión conductual sería la dificultad para establecer vínculos afectivos adecuados con otras personas². Aun cuando esto confería mayor peso a los factores biológicos sobre los emocionales en la etiopatogenia de la condición autista, en 1956, merced a un trabajo de Kanner y L. Eisenberg³, donde referían la frigididad emocional habitual de la familia del autista, se propició la eclosión de trabajos psicodinámicos, más interesados en el papel que los factores emocionales ejercían en el origen y desarrollo del autismo, si bien se matizaba que, aun siendo importante la frialdad afectiva para el desarrollo de tal síndrome, por sí sola resultaba insuficiente para explicar la aparición del mismo¹.

Con todo, dadas las críticas no siempre sustentadas acerca de la compleja matriz psicoanalítica, ya sea en la versión freudiana o en la propiciada por desarrollos teórico-técnicos psicoanalíticos posteriores para explicar el autismo, hemos optado en este trabajo por ocuparnos de las hipótesis psicodinámicas formuladas acerca del mismo por M. Mahler⁴, B. Bettelheim⁵, D. Meltzer y otros⁶ y F. Tustin^{7, 8, 9}.

M. Mahler: el autismo (defensa psicótica) ante una fallida simbiosis madre-bebé

El interés de Mahler (1897-1985) por investigar el autismo, como expresa en sus notas autobiográficas¹⁰, fue propiciado en gran medida por la excelente acogida que recibió de Kanner en 1948 tras la presentación del trabajo *Estudios clínicos en casos benignos y malignos de psicosis infantiles (como la esquizofrenia)* (1949)¹¹, que junto a Ross y De Fries había elaborado para ser presentado durante el encuentro anual de la Asociación Americana Ortopsiquiátrica. Y es que, finalizada la exposición, e ignorando que Kanner era el encargado de replicar su contenido, Mahler confesó que hubiera tal vez abandonado la investigación de la psicosis de no ser por el genuino interés que le expresó por tal ensayo Kanner, que lo calificó como el primer intento de comprender la sintomatología de la psicosis infantil desde un punto de vista dinámico, reconociendo así el esfuerzo realizado

para vincular la estructura de personalidad, la sintomatología y el curso potencial de la psicosis en términos de benignidad/malignidad¹¹, a la vez que recomendaba investigar los padres de tales niños¹⁹.

Para ello, ayudándose de una técnica modificada de análisis infantil, fueron tratados 16 niños psicóticos, oscilando el proceso terapéutico entre 1 año y medio y 5 años, ampliándose tal muestra a 11 niños más provenientes del ala hospitalaria infantil del Instituto Psiquiátrico de Nueva York. Analizadas sus historias de vida, aparecían dos períodos evolutivos con alteraciones afectivas: el primero alrededor del primer año de vida extrauterina, en donde se evidenciaba la falta de una expectativa confiada en el bebé para ser gratificado de la enorme hambre afectiva que siente por su madre. Por el contrario, en el segundo, situado entre los 2-5 años, se manifestaba la insuficiencia por parte del niño para contrarrestar la abrumadora predisposición que aqueja a la ansiedad, aun cuando ya se ha apercebido narcisísticamente de la figura materna, lo que, junto al creciente desafío de la realidad externa y los conflictos psicosexuales en esos años, hacía que la separación emocional de la simbiosis con la madre abocara en el factor desencadenante inmediato de la retirada psicótica de la realidad¹¹.

A tal repliegue contribuía también según tales autores la temprana incapacidad de algunos niños psicóticos para entablar un contacto afectivo adecuado con otros, a la par que mostraban una inhabilidad para percibir la alternancia de tensión instintiva y gratificación, variando sus respuestas entre una reacción infantil temprana, de carácter violento, difuso y evocadora de pánico afectivo, y su opuesta de apatía, esto es, de retraimiento de contacto afectivo hacia la realidad externa.

Desde un punto de vista estructural, cualquiera de ambas reacciones eran fiel reflejo de un temprano defecto en el desarrollo del *ego*, más acentuado en el grupo de niños que desde muy pronto se alejaron de la realidad externa, oscilando tal relación vincular con el mundo externo en los otros dos grupos según el nivel de tolerancia a la frustración y la capacidad para desapegarse/diferenciarse emocionalmente de la figura materna, algo en lo cual también influía el grado de ansiedad narcisista presente en el infante. De esta forma, la psicosis, ya adulta, ya infantil, era explicada como un fracaso funcional en el sistema del *ego* encargado de realizar la prueba de realidad, esto es, de examinar/discriminar lo interno de lo externo.

Los síntomas primarios de la psicosis infantil eran así agrupados en seis tipos de reacciones:

1. Reacciones psicóticas de pánico causadas por una agitación orgánica abrumadora (v.g. la ira), de la que parecía que, de forma opuesta al niño normal, el psicótico dirige el instinto de autopreservación hacia un curso distinto al de aquél;
2. Como difusión de fuerzas eróticas o instintivas de carácter agresivo, que irrumpen como estallidos impredecibles de hilaridad y risa tonta, los cuales se alternan con episodios de violenta destructividad;
3. De fusión de la órbita del *self* con el *no self*, esto es, de incapacidad para distinguir el sí-mismo de lo que no es él, abocando a una confusión entre la realidad interna y externa.
4. De incapacidad para diferenciar entre la realidad animada y su homóloga inanimada, lo que se extendía más allá del *self*, corroborándose por la animación/vitalización de lo inanimado o por tendencias a inmovilizar/desvitalizar la realidad animada externa.
5. Vinculada con el tipo de apego establecido con los adultos, que si bien era fuerte,

era también espurio, de tal suerte que la adherencia afectiva nunca era específica, resultando así toda figura de apego fácilmente intercambiable y no significativa para el niño.

6. Caracterizada por lo que podría denominarse una incoherencia o filtración en la estructura del yo, de la que se derivaría la primacía del proceso primario, dada la dificultad psíquica para someter al proceso secundario y al principio de realidad las representaciones y afectos del sujeto.

En cuanto a los síntomas secundarios, representan mecanismos de defensa psicóticos, entre los que se incluyen los fenómenos de rotación de objetos, que tan estimulantes son para los niños psicóticos, al facilitarles construir nociones espaciales, como las manifestaciones autísticas descritas por Kanner que afectan a la motilidad, percepción e ideación. De igual forma, en un intento de restaurar las catexis perdidas, el psicótico abastecería algunas zonas corporales de una mayor cantidad de libido. Se alude también como síntoma secundario la identificación mecánica, superficial, que aquél lleva a cabo a modo de autodefensa, preservando así su individualidad de todo elemento real/delirante generador de estrés y agitación interior. Como resultado de ello el decremento que los niños psicóticos manifiestan por el mundo externo pudiera ser concebido como una tentativa dirigida a recapturar la identidad perdida y contraatacar la disolución de las fronteras/límites del ego. A su vez, los diversos estallidos violentos de temperamento expresarían la incapacidad subjetiva que sienten de controlar una situación, frente a la que erigen, a modo de defensa, un sentimiento de control contra la fantasía/delirio que les invade de ser dañados por poderosas fuerzas externas sobre las que han proyectado sus propios impulsos instintivos abrumadores.

A ello habría que añadir un tercer grupo de síntomas, más similares a los que caracterizan el proceder psíquico neurótico, merced a los cuales el sujeto dispone de una mayor competencia personal para analizar la realidad, y así de un mayor grado de desarrollo adaptativo del *ego*, si bien su vínculo narcisista con los otros es más lábil. Presentes en algunos casos desde el inicio, en otros tales síntomas reemplazarían a algunos de los mecanismos secundarios que obran durante el curso del tratamiento. Ejemplo de ellos son:

1. Alternancia restitutiva entre tendencias auto y aloeróticas;
2. Sucesión de episodios de autoagresión y luego de agresión a otros;
3. Presentación alternada de mecanismos de defensa de introyección y proyección en un nivel más elevado, entendiendo éstos desde la óptica kleiniana;
4. La negación, formación de la fantasía, actividad lúdica e histriónica, estas últimas reemplazando a los delirios y las alucinaciones, además de mecanismos de identificación que sustituyen a pretéritas tendencias mecánicas asociadas con el propio reconocimiento de uno como si se contemplara ante un espejo. Y,
5. Se evidenciaban mecanismos de defensa como la represión, aislamiento, formación reactiva, o desplazamiento de metas instintivas.

Todo ello sume al niño en un conflicto intra/interpsíquico de carácter psicótico, dadas las dificultades para manejar adecuadamente la realidad externa, situando en algunos casos la irrupción de aquél entre los 18 y los 24 meses de vida extrauterina, mientras en otros niños acontecería entre los 3 y los 6 años, evidenciándose también ciertos casos en que tal retirada de la realidad no ocurriría antes de los 10 años.

Evitando la discusión nosológica acerca de las diferencias entre esquizofrenia y psicosis, como la influencia que herencia y constitución ejercen frente a una temprana y

severa frustración de las necesidades instintivas y la conducta manifiesta, tales autores concluyen que el proceso psicótico influye negativamente en el desarrollo del niño, cuyo *yo* y *superyó* como el sostén de la realidad aún no están consolidados¹¹.

Poco después, en el artículo *Sobre la psicosis infantil y la esquizofrenia* (1952), subtítulo *Psicosis autísticas e infantiles simbióticas*, Mahler¹² resaltaba la importancia que para el desarrollo psíquico como emocional del bebé juega la figura materna, a la que responsabiliza del ulterior destino psíquico del infante, sin por ello renunciar a la posible participación de factores biológicos en el origen y desarrollo de la psicosis infantil, en la que destaca la retirada y fragmentación del *yo* infantil de un mundo externo que lo aliena y con el que interacciona primero de forma simbiótica, en una suerte de inextricable fusión con la figura materna, para después hacerlo en solitario una vez separado de la unidad dual que conformó durante un tiempo con su madre. Fruto de ello, distingue, dos tipos de psicosis: una en la que el bebé nunca parece haber percibido/construido psíquica y emocionalmente la noción de figura materna, que denomina psicosis infantil autística, y que asemeja a la psicosis infantil de Kanner (autismo infantil temprano), y una segunda que llama psicosis infantil simbiótica, en la que el bebé está fusionado regresivamente a su madre, no conformando su *self* una entidad diferenciada de ésta, al no haber tenido lugar el proceso de individuación exigido para ello. Sólo si tal ilusión de simbiótica omnipotencia fuera amenazada, irrumpiría una intensa angustia, visible alrededor del 3-4 año de vida o en el cenit del complejo de Edipo, al resultarle insoportable al infante tal angustia de separación. Con todo, en un intento de aplacar/eliminar tal angustia interna, el niño pondrá en marcha delirios somáticos o alucinaciones conectadas con la restitución/reunión otra vez con la madre o con la imagen fusionada de ambas figuras parentales, al estar guiada su conducta por el estadio delirante omnipotente presidido por la relación simbiótica madre-infante. En muchos niños afectos de psicosis simbiótica se evidencia también hipercatectización de cierta zona corporal, comúnmente asociada a algún tipo de sobreestimulación física realizada por los padres u otras figuras de apego, acerca de lo cual Mahler¹² considera que debieran llevarse a cabo más investigaciones.

Apoyándose en todo esto, la autora arriba referida se opone a quienes conciben la esquizofrenia como un trastorno psíquico ausente antes del acceso a la pubertad, esgrimiendo como refutación de tal aserto las dos variantes que de la psicosis infantil han sido ya referidas (autísticas y simbióticas). Asimismo, en respuesta a por qué mientras en la psicosis infantil simbiótica se constata una marcada angustia, a diferencia de lo que sucede en el autismo infantil temprano, donde aparentemente el niño se basta a sí mismo, irrumpiendo los actos agresivos cuando su universo interior se ve alterado desde fuera, refiere la incapacidad que los menores autistas poseen para manejar adecuadamente la estimulación externa, lo que aún se agrava más dado el *yo* indiferenciado que es su personalidad. Los rasgos autistas, así concebidos, representarían al inicio de la psicosis infantil simbiótica el intento desesperado del sujeto por liberarse del intenso pánico y angustia que le domina, dada la fractura afectiva inconsolable que le supone la separación de la figura materna. Aun así, con los medios disponibles al alcance (v.g. música, actividades rítmicas o placenteras para los órganos sensoriales, etc.), aboga por sacar al niño con autismo infantil temprano del ensimismamiento e invariabilidad estimular en la que vive, siendo consciente de la enorme resistencia y dificultad que ello conlleva¹².

Dieciséis años después, en *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación* (1968), apoyándose en ideas freudianas, Mahler⁴ distinguía dos subfases dentro del narcisismo primario: la primera, que llama de autismo normal, en que el bebé parece estar en un estado de desorientación alucinatória primitiva, donde la satisfacción de la necesidad

pertenece a su órbita omnipotente autista, sumiéndole en un narcisismo primario absoluto similar al modelo de un sistema monádico cerrado y autosuficiente capaz de proporcionarle la satisfacción alucinatoria de sus deseos. Por el contrario, en la segunda, que denomina simbiótica, se daría la irrupción del conocimiento confuso del objeto benefactor, que sitúa alrededor del tercer mes, cuando el bebé comienza a percibir, aunque de forma opaca, la satisfacción de la necesidad como proveniente de un objeto parcial aún caracterizado por una unidad dual simbiótica omnipotente con una agencia maternal, hacia la que dirige sus investiduras libidinales⁴.

En cuanto al autismo, reconoce cómo gradualmente lo vio como una defensa psicótica erguida contra la ausencia de la simbiosis que el bebé exige con la madre o figura sustitutiva maternal, de la que ya no se siente protegido, ni en sus transacciones con la realidad interna como tampoco con su homóloga externa. Para explicarlo señala que el niño psicótico autista nunca ha catectizado libidinalmente a la madre ni a los cuidados que ésta le hubiera proporcionado, a diferencia del psicótico simbiótico, que está fijado a una etapa de relación preobjetal donde presume que la representación mental de la madre está fusionada con la propia, concibiéndose así la sintomatología del niño autista como una serie de intentos de restitución sustentados en una fijación en la etapa de la relación parcial de objeto y preobjetal, primer estadio del narcisismo.

No obstante, alrededor de los 3 años y medio a los 4 años de edad, ambos patrones, autísticos y simbióticos, parecen estar presentes en la mayoría de los casos, aunque si las fases simbiótica y de separación-individuación se desarrollan de forma adecuada el niño podrá percibir/responder cada vez más a la *madre completa*, esto es, aquélla en donde lo gratificante y molesto se aúnan/conviven en una única entidad.

Antes de ello, sin embargo, a modo de defensa del yo del niño psicótico está la deslibidinización, dada la profunda incapacidad de tal yo fragmentado para encarar el cambio e integrar lo que sucede, dada la vivencia interna que aquél posee de que los objetos vivientes son más impredecibles, cambiantes y vulnerables que los objetos inanimados. Por ello, para invertir tal dinámica intrapsíquica, Mahler⁴ propone que al niño psicótico se le proporcione una experiencia simbiótica correctiva, restituyendo así la pretérita relación simbiótica madre-hijo, merced a lo que el infante sería capaz de reducir/eliminar la terrible angustia existencial que experimenta en su contacto cotidiano con la realidad. En tal experiencia, a juicio de la mencionada autora, deben participar madre e hijo, lo que no comparte Bettelheim, que recomienda la separación del niño de la familia y su inclusión en un entorno residencial. Por otro lado, hallazgos posteriores acerca de competencia cognitiva y conducta social en bebés, como son la evidencia de claras preferencias perceptivas hacia estímulos sociales en las primeras semanas de vida o la sincronía interactiva y de corroboración de respuestas proto-imitativas en neonatos cuestionan seriamente que el niño al inicio de su ciclo vital pase en algún momento por la fase de autismo normal ya aludida. En términos similares se expresa M. Klein, quien en su trabajo *Acerca de las fases autística y simbiótica de Mahler: una exposición y evaluación* (1981), refiere sus dudas acerca de la existencia de la fase de autismo normal o de total indiferencia entre el yo y el no yo, sugiriendo la evidencia empírica actualmente disponible que ello nunca acontece, por lo que el nacimiento biológico y psicológico suceden a la par. Por su parte, D. N. Stern, en la comunicación *El temprano desarrollo de los esquemas del sí mismo, del otro, y varias experiencias del "Sí mismo con el Otro"* (1980), que presentó en el Simposio que la Asociación Psicoanalítica de Boston (EE UU) dedicó a la psicología del *self*, afirmaba que, ni siquiera en el instante de nacer, tal como se infería de la revisión científica exhaustiva que

realizó, tenía lugar una falta total de diferenciación entre el *self* y el entorno¹³.

En otro plano, apoyando la inadecuación de las tesis de Mahler, debe referirse que la adquisición de las nociones de causalidad y permanencia tienen lugar antes para los objetos sociales que para los físicos¹, y aunque la noción de constancia del objeto libidinal como afirma Mahler⁴ no pueda ser identificada con la de permanencia intelectual, ya nos alerta del papel clave ejercido por la interacción social en la construcción de la propia noción de objeto, como de la necesidad de precisar qué se entiende por objeto parcial con el que se alude en la subfase simbiótica¹.

B. Bettelheim: el autismo como rechazo (reac. crónica) a un maternaje patológico

Como obra capital de éste acerca del autismo figura *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo* (1967), donde afirma que la mera actividad del sujeto sobre el medio no es requisito suficiente para construir y desarrollar la personalidad humana, al ser imprescindible la capacidad de comunicar sensaciones y afectos, como de experimentar una réplica emocional apropiada. Es así por lo que opta por el término *mutualidad* y no *reciprocidad*, al juzgar que mientras el último implica un movimiento alternativo de ida y vuelta, el primero supone que tal intercambio de acciones entre quienes participan y cuyo prototipo considera y sitúa en la temprana relación madre-bebé, son ejercidas por cada uno con respecto al otro⁵.

Pero si tal mutualidad resultara errada, el niño se retiraría a la posición autista, de tal suerte que el mundo que antes parecía sólo insensible lo vivenciaría ahora como destructor, sirviéndose de la fantasía para obtener todas las gratificaciones posibles, actuando únicamente para alejar todo peligro suplementario. Puede suceder también que el niño use a la madre para el logro de ciertas satisfacciones, lo que, al menos teóricamente, pudiera interpretarse como una aptitud para entablar relaciones sociales, pudiendo así englobarse a otras personas en el tratamiento ambulatorio.

A raíz de ello, propone como tesis que el autismo infantil conforma un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir una situación extrema y absolutamente desesperanzadora, caracterizada por el tránsito del sujeto por distintos períodos críticos evolutivos. Así, el primero de ellos se localizaría durante los primeros 6 meses de vida extrauterina, antes del advenimiento de la angustia del octavo mes y del subsiguiente temor a los extraños, abarcando el segundo del sexto al noveno mes, en el que el niño se reconoce a sí mismo como a otros, abandonando toda tentativa de interacción social si su búsqueda/demanda resulta fallida, situándose el tercero entre los 18 meses y los 2 años, en el que, junto al repliegue afectivo de la figura materna, decide también retirarse física y emocionalmente de la realidad externa circundante. Tales premisas se opondrían a las de Mahler, desde que para el presente autor resulta inadmisibles que la figura materna genere el proceso autista, como que los ingredientes caracteriales patológicos de aquélla expliquen los de su vástago. Ello para Bettelheim (1903-1990) se debería a la falsa creencia en una simbiosis perfecta madre-hijo, a modo de una mónada psicológica feliz, de la que habría resultado la concentración de la investigación hacia un posible maternaje patológico, confirmando así menor/pasivo protagonismo al niño en tal relación diádica. Frente a ello, sin embargo, manifiesta que es la reacción espontánea del niño a la actitud materna y no ésta la que origina la condición autista, de tal forma que para que ésta se cronifique es preciso que el niño responsabilice a su madre de todo cuanto sucede, proceda esto de la realidad interna o externa, configurando así en su psiquismo un rechazo (reacción autista) hacia la

figura materna, cuya perdurabilidad o no dependerá de la respuesta ambiental⁵.

Como aspecto significativo de la reacción autista señala el grado de angustia psíquica experimentado, según donde ubique la fuente de su malestar psíquico, dentro o fuera de sí mismo, de tal forma que si es fuera, aun distorsionado, el niño mantendrá algún contacto con la realidad, evitando así su ensimismamiento total, dada la creencia que aún le guía de ejercer algún tipo de control sobre su propia conducta o la de los demás. Pero si tal percepción interna, ya real, ya fantaseada, desapareciera, aun mermado su *yo*, a modo de autoprotección, el sujeto optaría por la retirada total del mundo externo, abandonando así su potencial capacidad de influir sobre el medio, a la vez que desvirtuando todo acto conductual, al suprimir su rasgo más distintivo, esto es, el deseo de establecer algún tipo de intercambio relacional con otros individuos.

Será entonces cuando quienes conviven con autistas habrán de luchar por sacarlos de su caparazón, creando para ello situaciones en que por iniciativa propia actúen sobre el medio y no por dictado de otros, propiciando así una imagen menos amenazante del entorno original del que optaron por alejarse a otro lugar.

Sin negar posibles predisposiciones biológicas e influencias ambientales en tal repliegue sobre sí mismo, Bettelheim⁵ atenúa el papel conferido dentro de las últimas a las actitudes maternas como factor causal del autismo, juzgando mejor los deseos parentales de rechazo consciente/inconsciente hacia la no existencia del hijo/a como factor precipitante, por lo que, ambos padres, más que originar tal síndrome, dadas las dificultades y angustias que vivencian con el niño autista, desarrollan hacia él/ella sentimientos hostiles, abocando todo ello en una intensificación de tal cuadro clínico.

Sea como fuere, de producirse un retorno a la realidad externa, éste comienza cuando una extensión del cuerpo (yo corporal) persigue englobar, manipular o cambiar ese mundo exterior, afectando ello también al aparato psíquico, en donde germinará la idea de que por su acción se es capaz de afectar, transformar, el entorno. Para lograr esto sugiere que el menor reexperimente parcialmente las vivencias más precoces que determinaron su retirada autista, las cuales, a diferencia de las pretéritas, le reportarán bienestar y placer, a modo de una experiencia emocional correctiva, renaciendo de ello un sujeto que vive y siente el mundo no permanentemente amenazador y frustrante.

Como vivencia ejemplar de ello sitúa la de la eliminación de las heces, ya que si el cuerpo del autista carece de la imagen integrada de las distintas pulsiones parciales, tal experiencia interna/externa le permite diferenciar lo que forma parte de sí del no-sí, lo que no sucede en la ingestión de alimentos, donde la autonomía del niño es menor, al depender ésta de un agente externo, que guía su conducta, mientras que en el caso de la defecación la retención/expulsión es de total responsabilidad del sujeto.

En un plano diferente, considera desacertado comparar a los niños autistas con sus homólogos feroces, desde que mientras los primeros desarrollan tal síndrome como reacción ante un extremo aislamiento afectivo, cuyo origen ubica en la incapacidad de algunos sujetos, habitualmente los padres, para ser afectivamente gratificantes con el lactante/infante, a lo que añade la vivencia interna amenazadora del niño de ciertas experiencias ambientales, los segundos habrían conformado su carácter subhumano como respuesta a los cuidados propiciados por un animal. De ello sugiere el error de Kanner² al decir que el autismo es una perturbación innata del contacto afectivo, al ser para él la reacción desplegada por el niño cuando no halla los estímulos apropiados en el momento oportuno. Es decir, ante exigencias innatas de relación con el medio, cuya demora angustia

al niño, éste opta por la retirada autista, que, como sus defensas autistas, abandonará lentamente cuando alcance la satisfacción adecuada.

De igual forma niega el pesimismo terapéutico de organicistas y ambientalistas respecto al autismo, que atribuye al carácter de la terapia usada, insuficientemente intensiva y prolongada. Se opone, por tanto, a la irreversibilidad de la condición autista y a lo sustentado por Eisenberg y Kanner³ de que, salvo excepciones, en general, la psicoterapia apenas dé resultados. Arremete también contra la terapia de conducta, cuya meta es domeñar la voluntad del sujeto, usando cualesquiera procedimientos aversivos, reduciendo así el trabajo terapéutico a la esfera sintomática exclusivamente.

Del pronóstico (bueno, medio y malo), que vincula a los logros académicos, sociales y comunitarios obtenidos, apuesta por una mejor evolución en los autistas hablantes que en los mudos, dada la gran relevancia que el lenguaje articulado posee en la construcción del sujeto humano. Muestra, sin embargo, un optimismo terapéutico loable al afirmar que la única diferencia que hay entre niños autistas y niños normales estriba en la no actualización en los primeros de su completo potencial de crecimiento, que juzga idéntico en ambos grupos, lo que sería deseable pero inexacto.

Ahondando en el rol del lenguaje, del que el autista cree que se sirve con fines defensivos, Bettelheim⁵ destaca lo engañoso del concepto de inversión pronominal, esto es, usar el pronombre tú/vosotros en lugar del yo, desde que más que invertir los pronombres, lo que hace el niño es evitar usarlos. Apoyando esto cita a Kanner y a otros quienes han corroborado que si bien los niños autistas evitan utilizar pronombres personales, jamás usan el yo o si lo hacen es en una fase avanzada del tratamiento.

Como causa de tal evitación del yo refiere la negación (o ignorancia) del autista de su sí mismo, de su seidad, denotando por el contrario el uso del tú/vosotros cierta conciencia del sí mismo de otros. Los autistas, parecen así, reconocer más fácilmente el sí mismo de otros que el propio, confiriendo además al de aquéllos unas facultades extraordinarias, a la vez que protegen lo que sucede en el suyo propio. Y es que, al no permitirse ser sin no decir sí a nada, el niño autista se somete a lo que juzga ser el deseo de los padres, facilitando así que el tú/vosotros (el otro), que es quien realmente tiene el derecho a existir, al igual que el no, que en esencia constituye una negación de la existencia, se usen con más facilidad que los términos ya aludidos. Con todo, a Bettelheim se le objetó el uso tan impreciso del término psicosis infantil, al incluir en éste la esquizofrenia, autismo, ciertas formas de anorexia mental y toxicomanías de las organizaciones psicóticas presentes en encefalopatías, infiriendo de ello algunos que todo niño replegado en sí mismo y rechazado por su entorno social es psicótico¹⁴.

D. Meltzer y otros: el autismo como suspensión mental inmediata y transitoria

En *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico* (1975), Meltzer (1922-2004) y otros diferencian el estado autista (autismo precoz infantil) del postautista (o residual del autismo), que vinculan con los estados obsesivos y la construcción del espacio mental, que Meltzer prefiere llamar dimensionalidad¹⁵. Al final de tal escrito, no obstante, figura otra entidad clínica, la psicosis obsesional postautista, asemejándose también estado postautista (o enfermedad autista residual) a inmadurez postautista⁶.

Como rasgo notorio del estado autista, al que juzgan como un tipo de retraso evolutivo presente en el primer año de vida en infantes de gran inteligencia, buena disposición y elevada sensibilidad emocional, dadas las ansiedades depresivas que madre-

hijo sienten uno hacia otro, y ante las que el niño erige, a modo de defensa, una predisposición obsesiva, sirviéndose para ello de las fantasías de control omnipotente de los objetos, expresan la suspensión inmediata y transitoria de la actividad mental (*mindlessness*), la cual ha sido traducida en nuestra lengua insatisfactoriamente como desmentalización, a la que podría considerarse un caso extremo de desmantelamiento, entendiendo por éste una forma especial de disociación (falla notoria y singular en las categorías de espacio/tiempo, como por un uso arcaico de los mecanismos obsesivos).

Mientras que el desmantelamiento se evidenciaría en la desactivación de uno o varios órganos sensoriales (visión, audición, tacto, etc.), siendo ello lo característico de los estados postautistas, la desmentalización implicaría la paralización total de la vida psíquica, que quedaría así reducida a una mera actividad neurofisiológica carente de genuinos actos psíquicos. Como resultado de ello, el objeto, en lugar de ser un objeto de 'sentido común', como lo juzga W. R. Bion (1897-1979), se torna una multiplicidad de eventos desconectados donde lo animado e inanimado resultan indiferenciables⁶.

Dicho esto, para evitar errores conceptuales, conviene señalar la diferencia que hay entre disociación, desde la óptica kleiniana, y el desmantelamiento, desde que ya se ha expresado que éste podía juzgarse como una forma especial de disociación. Ante todo, lo que diferencia a ambos es el carácter pasivo del desmantelamiento, que se realiza a través de una momentánea suspensión de la atención, merced a la cual los sentidos vagan y se adscriben a los estímulos más llamativos en ese momento, provocando así el colapso del aparato psíquico y su fragmentación. Al realizarse de forma pasiva, y no servirse por tanto de sadismo alguno ni violencia, para Meltzer, no tiene por qué acompañarse (ni de hecho se acompaña) de angustia, de dolor mental.

Tales asertos, fundamentales en las especulaciones teórico-clínicas de estos autores, resultan difíciles de verificar, sustentándose sólo para hipótesis *ad-hoc*, desde que el sadismo presente en los historiales clínicos de los niños autistas tratados (y en los perversos, en donde el desmantelamiento explica gran parte de su psicopatología) no se refiere esencialmente a tal situación, sino a lo que a ella se agrega. De ahí que para Etchegoyen¹⁵ todo lo expresado merezca una atenta reflexión, más aún si lo que se describe como punto de partida, la suspensión de la atención, conforma en realidad un acto activo, del que es así es responsable el *yo* que lo ejecuta. Como resultado de ello es posible que operen y no deban descartarse mecanismos fuertemente sádicos, como los descritos por W. R. Bion en otras psicosis, de los que es reflejo el ataque al aparato psíquico y al pensamiento, como también el ataque paralelo al vínculo creado.

Asimismo, contribuyendo al retraso evolutivo vivenciado por los niños autistas, señalan la incapacidad que éstos poseen para diferenciar las cuatro áreas integrantes de la fantasía: interno o externo al *self*, y dentro y fuera del objeto. También, aunque propia de las formaciones delirantes, se incluye dentro de la geografía de la fantasía el *no-lugar*. Cabe señalar, no obstante, que tal proceso de no diferenciación entre áreas sucede en una etapa evolutiva muy temprana, sin afectar a otros trastornos mentales, ubicando el citado proceso quienes lo formulan previamente a que acontezcan las confusiones geográficas originadas por la identificación proyectiva masiva¹⁵.

A causa de ello, el niño es incapaz de adquirir la experiencia subjetiva de estar dentro y fuera del objeto, al resultar éste (la madre) plano, bidimensional, sin espesor ni interior. De tal singular configuración del objeto materno corresponsabilizan a madre e hijo, más especialmente al último, dada la negligencia y falta de cuidados básicos de la figura materna, quien puede haber sufrido también una severa depresión posparto, señalándose

del hijo como clave su estructuración mental, donde destacaría su gran oralidad, celos intensos de poseer el objeto materno, primitiva sensualidad y ternura no sádica, lo que le haría ser presa de experiencias depresivas tempranas e intensas.

En cuanto a los mecanismos obsesivos, primariamente vinculados con el control omnipotente y la separación de objetos en la fase edípica, los hallazgos de estos autores apuntan a que los niños postautistas pueden usar los citados mecanismos sin recurrir al sadismo o al ataque al vínculo, sino utilizando sólo el desmantelamiento, mediante el que logran desconectar los objetos entre sí en el mundo interno sin que de ello sobrevenga dolor psíquico alguno. Podría así decirse que el carácter obsesivo del sujeto postautista se caracterizaría por tender a usar el desmantelamiento del *self* al servicio del control omnipotente y la separación de los objetos, de lo que resultaría una preocupación obsesiva por cómo los elementos del mundo se vinculan entre sí⁶.

Otra línea de investigación surgida del estudio del autismo es la concepción de la mente en función del espacio, para la que Meltzer parte del trabajo de E. Bick (1902-1983)¹⁶, pudiendo indicarse que, mientras el universo desmentalizado del autismo es unidimensional, superponiéndose tiempo y distancia con el instinto (*trieb*), y donde el *self* conforma el centro de tal mundo radial, del que a su vez parten los impulsos hacia los objetos, el estado postautista es bidimensional, siendo el objeto concebido como una superficie, al igual que el *yo*, que es visto como otra superficie sensible perceptora de las cualidades sensoriales de los objetos. De ello se infiere la imposibilidad de que en tal mundo bidimensional opere la introyección, como el pensamiento o la memoria, dada la inmutabilidad y carácter circular del tiempo que le caracterizan¹⁵.

Es sólo después, cuando el *self* se siente acogido en el objeto, siendo capaz de situarse dentro o fuera, cuando operan los mecanismos de identificación proyectiva, que W. R. Bion concibe como un modo primario de comunicar estados mentales, y de cuya puesta en marcha resulta posible el advenimiento del mundo tridimensional, en el que el tiempo se trueca reversible y oscilatorio, al poderse ya computar las entradas y salidas del objeto⁶. Por último, al mundo tetradimensional se accede sólo cuando se ha instaurado la lucha contra el narcisismo y ha disminuido la omnipotencia que impongan la intrusión y el control sobre los objetos buenos en el mundo interno y externo, esto es, al inicio del tránsito a la posición depresiva, donde el tiempo psíquico, por acción de la identificación proyectiva, se siente dolorosamente irrecuperable e imparables¹⁵.

Finalmente, respecto a la terapia, al analizar los fenómenos transferenciales y contratransferenciales debemos contar con el deseo del niño de hacer depositario de sus cuidados y operaciones mentales al objeto externo, frente al que se coloca en una posición de absoluta dependencia, retirándose autísticamente si juzga que el terapeuta fracasa en la función yoica que le ha impuesto, exhibiendo una reacción normal de rabia ante la desobediencia de aquél a un control tiránico omnipotente.

F. Tustin: el autismo, armadura (coraza) protectora contra un mundo “intolerable”

En los años 70, F. Tustin (1913-1994) proponía una novedosa clasificación del trastorno autista, diferenciando tres tipos: el autismo primario anormal, resultado de una carencia afectiva primordial, cuyo rasgo más notorio es una indiferenciación entre el cuerpo del niño y el de la madre, siendo su etiología predominantemente orgánica⁸; el autismo secundario encapsulado o de ‘segunda piel’, donde incluye el de caparazón, encapsulamiento primario y global y el encapsulado secundario (o tipo segmentado),

caracterizado por la armadura forjada por el niño para protegerse del mundo exterior⁷ y que juzga similar al de Kanner; y por último el autismo secundario regresivo, donde tras la sobreadaptación del niño al ambiente y después de un período de desarrollo evolutivo normal, éste vivencia una ruptura con la realidad, sintiendo su propio cuerpo como desintegrado e invadido por una confusión amenazante, juzgándolo una forma clínica de esquizofrenia sustentada en una identificación proyectiva¹⁷.

Como factores causales del autismo primario anormal señala la falta grave de cuidados totales/parciales elementales, así como deficiencias del propio niño o de las figuras de crianza, desarrollándose el autismo secundario encapsulado como defensa contra la sensación de pánico asociada a una separación física percibida insoportable. Es decir, mientras que en el primer tipo el niño ve alterada su capacidad interna para diferenciar entre el yo y el no-yo, en el autismo encapsulado la diferencia establecida ha sido excesiva, de tal suerte que el no-yo ha quedado totalmente excluido.

Vinculado a esto estaría la distinción que el niño realiza entre objetos animados e inanimados, la cual, mientras en el autismo primario anormal no ha sido perfilada con claridad, en el autismo secundario encapsulado ha sido absolutamente borrada, de tal forma que el proceder psíquico del niño es predominantemente asimbólico, aunque no en su totalidad, operando en un nivel muy rudimentario, dada la conciencia interna que ha adquirido de separación corporal traumática con la madre dadora de sensaciones, abocándole ello a una severa catástrofe psíquica⁸. Y es que, para F. Tustin⁷, animismo y autismo patológico representan las dos modalidades opuestas de funcionamiento psíquico de la mente primitiva, pues si el animismo implica la acción de dotar de vida a los objetos inanimados, el autismo patológico constituye un proceso de enfrentamiento con la muerte en donde los seres vivos pasarían al estado de objetos inanimados.

Ya en el plano psicoterapéutico, destaca la evidencia obtenida de los procesos crónicos presentes en el autismo secundario encapsulado en niños neuróticos, que han aislado psíquicamente tales procesos, aunque no conductualmente, presentando así fobias, dificultades para el sueño, anorexia nerviosa, mutismo selectivo, etc. De salir de tal estado de autismo secundario encapsulado, el niño exhibirá oscilaciones en su temperamento maníaco-depresivo, que variarán desde el éxtasis de la omnipotencia a la profunda desesperanza, fruto de las rabietas reprimidas al descubrir que, los objetos vivenciados como parte del yo, en realidad lo constituyen del no-yo.

En lo que afecta al autismo secundario regresivo, donde se torna insostenible la adaptación excesivamente satisfactoria que parece caracterizar la díada madre-bebé, y ante la que el último responde huyendo hacia un mundo de fantasías estrechamente vinculadas con sensaciones físicas, el niño, previamente a que operara la regresión, tuvo conciencia de la separación física respecto a su madre durante un tiempo más largo que los aquejados de autismo secundario encapsulado. Así, mientras el autismo secundario regresivo se asocia a una desintegración y a un anómalo desarrollo de los mecanismos de identificación proyectiva, el autismo secundario encapsulado lo hace a una rápida integración, movilizadora a partir de un estado previo de falta de integración, en que los procesos de encapsulamiento implican una intensificación de los procesos normales de envoltura por expulsión/inclusión. A su vez, dentro del autismo secundario regresivo distingue el tipo regresivo 1 y el tipo regresivo 2, cuya diferencia esencial está en que, mientras en el uno, alcanzado cierto grado de integración, ésta luego se pierde, se fragmenta, pareciendo la personalidad escindirse en dos partes, si bien aún es posible la recuperación del sujeto, esto no sucede en el tipo dos⁷.

Como escritos en que asienta estas ideas figuran *Autismo y psicosis infantiles*⁷,

*Estados autísticos en los niños*⁹ y *El agujero negro de la psique*¹⁷, donde reflexiona en torno a conceptos como barreras autistas, formas autistas, objetos autistas y el agujero negro. De este último señala que como fruto de la experiencia temprana boca-pezones (seno-lengua) del niño con su madre, éste parece obtener una clasificación primaria por la que distingue lo 'bonito' (liso, blando) de lo 'feo' (áspero, duro), entendiéndose por lo primero todo material liso/suave susceptible de ser moldeado según formas innatas, y que parecería dar sensación de continuidad al cuerpo, juzgándose lo feo como lo que genera una sensación interna de discontinuidad corporal, de desamparo, de agujero, que fractura al sujeto y le precipita a la depresión psicótica, de la que puede evadirse con el auxilio adecuado de su madre. Es decir, el agujero negro o pozo profundo, es una etiqueta descriptiva con la que el niño alude al no-yo desconocido que irrumpió tras la experiencia traumática infantil de separación corporal de la figura materna⁸.

Previamente al surgimiento de los tipos de autismo referidos, habría un autismo primario normal, que J. Anthony llama solipsismo neonatal normal, donde inversamente a lo que expresa la literalidad del término autismo, "vivir en función de sí mismo", el niño manifiesta escasa conciencia de su propia identidad personal, caracterizándose como un *estado centrado en el cuerpo, con predominio de las sensaciones que constituye el núcleo del sí mismo*. Por el contrario, el narcisismo primario conformaría una fase posterior a la del autismo, estando predominantemente asociado con distintas emociones. Habría así un autismo normal de la primera infancia, al que también se designa autosensual y del que el infante se despegaría poco a poco, siendo capaz de desarrollarse por la influencia de factores hereditarios, constitucionales y ambientales, disponiéndole ello para generar activamente una adecuada representación interna de la realidad y de sí mismo, lo que no sucede en el autismo asociado con la psicosis, donde sitúa el autismo confusional, en el que distingue el primario (tipo engolfamiento) y el secundario (tipo fragmentado), con los que alude a un grupo de niños psicóticos, algunos con rasgos psico(pato)lógicos comunes a los de los esquizofrénicos adultos, y en los que el logro de las metas antes referidas ha sido detenido, quedando el sujeto anclado en la posición autista. Desde esta óptica, el bebé sano y normal al inicio de su ciclo vital sería autista, aunque no psicótico, lo que ha sido erróneamente juzgado como sinónimo de una infancia "sin objeto", cuando lo que con ello se quiere significar es que la diferenciación del bebé de los objetos y de las personas resulta inicialmente borrosa, siendo temporalmente vivenciados unos como otros como una prolongación sensual del propio cuerpo del bebé, afirmando acerca de ello F. Tustin⁸ lo siguiente: *no parece que esta primera fase sea "sin objeto", lo cual es la posición freudiana ortodoxa clásica, ni tampoco parece que las relaciones de objeto sean operantes desde el comienzo de la vida, que es la opinión de los teóricos de las "relaciones de objeto". Más bien parece haber un período inmediatamente posterior al nacimiento en el cual el niño reacciona al mundo externo en función de su propio cuerpo y de sus disposiciones innatas. (...) Hay búsqueda de objeto pero no relación de objeto*. Asimismo confiere un papel protector al autismo normal antes citado, al servir éste de puente con el mundo interno y externo, atenuando así el violento impacto psíquico y emocional que el bebé vivenciaría en su contacto y nacimiento psicológico con la realidad interna/externa tras la separación corporal con la madre, que, de ser prematura e inadecuada, ocasionará en el niño terribles e intensos sentimientos de angustia psíquica⁷. Pero si tal función protectora falla, se rigidificará el autismo primario normal o estado de pre-pensamiento, irrumpiendo después el autismo patológico o estado de anti-pensamiento.

Como formas clínicas de autismo patológico, al que puede juzgarse como un sistema de maniobras protectoras encaminadas a evitar o disminuir masivamente el contacto con el

mundo externo no-yo⁸ se alude al autismo infantil precoz, síndrome psicótico central del autismo secundario encapsulado, concibiéndose la esquizofrenia infantil como el síndrome psicótico esencial del autismo secundario regresivo, siendo ambos un intento de resolución por parte del niño de un tipo primitivo de depresión, la depresión psicótica, así denominada por D. W. Winnicott (1896-1971) a la que otros llaman depresión primigenia, la cual coincidiría con la etapa evolutiva etiquetada por M. Mahler de 'aflicción y duelo', caracterizada por la incapacidad del niño para encarar la pérdida de partes del objeto (v. g., la boca de la madre), de la que se derivaría la propia pérdida de partes de sí mismo, conformando el preámbulo inevitable de la total ruptura psicótica del niño con la realidad, cataclismo psíquico que hubiera quedado circunscrito a la pérdida de un objeto (la madre) y no también a partes del sí mismo, de haber acontecido tiempo después, una vez que el niño hubiese adquirido una imagen total y cohesiva de la figura materna. Con todo, F. Tustin⁸ juzga impreciso clasificar a los niños psicóticos en autistas infantiles y esquizofrénicos infantiles, desde que unos y otros pueden desarrollar una enfermedad esquizofrénica en años posteriores.

Dentro del proceso autista distingue también lo que denomina objetos autistas (u objetos-sensación), con los que alude a partes del propio cuerpo del niño, como a partes del mundo externo que son vivenciadas por aquél como si formaran parte de su propio cuerpo. Ejemplo del primero tipo señala el puño del lactante, que tras el destete, opera como el objeto autista que revive y mantiene la satisfacción pretérita provocada por la presencia del pezón en la boca. Si por el contrario es un cochecito el que es vivenciado como parte del cuerpo del niño, ayudándole así a mantener la ilusión de continuidad permanente a su boca, se ejemplificará el segundo tipo de objeto autista. Usar tales objetos durante la temprana infancia es normal, aunque si el niño recurre insistentemente a ellos implica que, en vez de tener experiencias internalizadas positivas con la figura materna, posee sensaciones "como objetos" (objetos autistas patológicos) y "como formas" (formas autistas patológicas) sobre superficies corporales, las cuales resultan ser ineficaces para calmar la angustia que emerge y le acongoja. En contraposición al objeto autista, que se experimenta como parte total del yo, sitúa el objeto transicional de Winnicott, que éste definió como la primera posesión no yoica del niño, y que según F. Tustin entraña una mezcla del yo y no el yo, de la que el sujeto apenas posee conciencia alguna. Es importante, por ello, que muchos de los objetos del mundo externo no sean autistas, esto es, inseparables y totalmente ligados al yo, propiciando así el desarrollo adecuado de experiencias transicionales. Y es que, los objetos autistas (u objetos sí-mismo), a menos que sean usados de forma excesiva ejercen una función crucial, al facilitar que los niños manejen adecuadamente los sentimientos generados por la pérdida de la madre.

Con todo, como tarea central del trabajo analítico con niños autistas señala la de recomponer el mundo fragmentado que preside su universo interior, para lo que juzga preciso reconducirlos fuera de sus barreras autistas, de las que, al contrario que otros, para quienes tales barreras conforman una suerte de artefacto elaborado por los que los observan, cree que el niño tiene conciencia de ellas, alentando en base a ello el proceder psicoterapéutico. Así, los objetos autistas deben propiciar la irrupción de objetos transicionales y por último de formación de símbolos. No obstante, es común en la práctica clínica evidenciar objetos cuya naturaleza parece estar ubicada entre la de los objetos autistas y sus homólogos transicionales, que al ser una amalgama de yo y no-yo F. Tustin⁸ designa objetos confusionales, siendo su tarea principal desviar la atención del niño de la tensión asociada con situaciones dolorosas no-yo. A diferencia de los objetos transicionales, los objetos confusionales no ayudan al niño a regular y manejar la tensión psíquica que éste

aqueja en relación al mundo exterior, creando así una barrera entre el niño y las personas que lo cuidan. Tratando de paliar esto, padres y figuras de apego deben actuar como coterapeutas, aun cuando vivencien desaliento y rabia por el retroceso, estancamiento o avance lento que el niño experimente a lo largo de la situación terapéutica sostenida. Matiza también que, junto al desarrollo de un sentido de identidad (sí-mismo) en el niño, la terapia debe favorecer el intercambio mutuo afectivo (o experiencias vinculantes) de éste con otras personas, lo que antes soslayaba, dada la fuerte identificación que tenía con el niño autista, persiguiendo con ello la reversión de los procesos autistas patológicos, lo que juzga objetivo terapéutico fundamental. Con todo, considera al autismo un trastorno severo del desarrollo, que aparece más como defensa contra la confusión de la psicosis que como una psicosis en sí misma, reservando el término autismo para los estados encapsulados⁸.

Culminando su trayectoria profesional investigará los enclaves autistas que manifiestan pacientes de la esfera neurótica, de los que son ejemplo las fobias, crisis de pánico, conductas adictivas o psicopáticas, etc. Y es que, si tales enclaves no son abordados en el trabajo analítico, se imposibilitará la disolución de la transferencia, convirtiendo la terapia en un análisis interminable y contrario a la cura analítica¹⁸.

Conclusiones

Como primera figura el desigual peso que confieren los autores abordados al niño, la madre (o figuras de apego) o a ambos en el origen y desarrollo del trastorno autista, de lo que depende el arsenal terapéutico diseñado, como la continuidad o no de unas u otras líneas de investigación, al igual que el pronóstico y expectativas que familiares y otros construyen y exhiben en su relación con los sujetos autistas. En segundo término, aun reconociendo el interés que tales ideas pueden suscitar, es innegable el fuerte componente especulativo que poseen, pues, aun reposando en un riguroso trabajo analítico-observacional carecen de todo compromiso experimentalista.

REFERENCIAS

1. Rivière, Á. (1983). Interacción y símbolo en autistas. *Infancia y aprendizaje*, nº 22, 3-25.
2. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-230.
3. Eisenberg, L. y Kanner, L. (1956). Early infantile autism 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 556-566.
4. Mahler, M. (1968). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. I. Psicosis infantiles*. Méjico: Joaquín Mortiz, 1972.
5. Bettelheim, B. (1967). *La fortaleza vacía: autismo infantil y nacimiento del yo*. Barcelona: Paidós, 2001.
6. Meltzer, D., Bremmer, J., Hoxter, S., Wedell, H., y Wittenberg, I. (1975). *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
7. Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Paidós, 1984.
8. Tustin, F. (1984). Introducción a la edición española. En F. Tustin (1981), *Estados autísticos en los niños*. Barcelona: Paidós, 1996, 13-17.
9. Tustin, F. (1981). *Estados autísticos en los niños*. Barcelona: Paidós, 1996.
10. Stepansky, P. E. (1988) (comp.). *The Memoirs of Margaret S. Mahler*. New York: The Free Press.
11. Mahler, M., Ross, J. R., Jr., y De Fries, Z. (1949). *Clinical Studies in Benign and Malignant Cases of*

- Childhood Pychosis (Schizophrenia-like). *American Journal of Orthopsychiatry*, 19, 295-305.
12. Mahler, M. (1952). On child psychosis and schizophrenia. Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses. *Psychoanalytic Study of Child*, 7, 286-305.
 13. Sánchez-Barranco, A. (1989). *La teoría clásica de las pulsiones frente a las modernas teorías de las relaciones objetales y la psicología del "self"*. Universidad de Sevilla.
 14. De Villard, R. (1984). *Psicosis y autismo del niño*. Barcelona-México: Masson, 1986.
 15. Etchegoyen, R. H. (1979). Introducción. En Meltzer, D., Bremmer, J., Hoxter, S., Wedell, H., y Wittenberg, I. (1975). *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 11-16.
 16. Money-Kyrle, R. (1976). Review of Explorations in Autism. *International Journal of Psychoanalysis*, 1976, vol. 58, 499-500.
 17. Roudinesco, E. y Plon, M. (1997). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1998.
 18. Geissmann, C. y Geissmann, P. (1992). *Historia del psicoanálisis infantil. Movimientos, ideas y perspectivas*. Madrid: Síntesis, 2002.

NOTAS

¹ Profesor contratado doctor. Psicólogo. Universidad de Huelva (Dpto. de Psicología Clínica, Experimental y Social). Correspondencia: balbuena@uhu.es.