

Una de las acepciones de la palabra clásico según la Real Academia Española hace referencia a un autor o una obra que se tiene por modelo digno de imitación en cualquier arte o ciencia. Nada más justo y preciso si nos referimos a la autora Anne Alvarez y, en concreto, a este artículo cercano a cumplir los veinticinco años de su publicación original en inglés. Agradecemos a Anne Alvarez que nos haya permitido recuperar su versión en castellano (Brun y Villanueva, 2004 ¹) para la Revista *eipea* y que sea publicado por primera vez en catalán. Maestra imprescindible, fina analista y amena comunicadora, transmite en su obra no sólo su conocimiento profundo de, entre otros, los niños con autismo, sino también su humanidad y honestidad hacia aquellos que han sido sus pacientes.

Equipo *eipea*

Me es grato dirigirme a las lectoras y los lectores, en castellano y en catalán, de la Revista *eipea* con el deseo de que encuentren de utilidad el artículo solicitado por sus editores para la publicación del mismo en este número. En dicho artículo, intento mostrar que el estudio de los intercambios emocionales con el terapeuta no sólo contribuye al tratamiento del niño con autismo, sino que también aporta elementos en la descripción de la propia condición del autismo. Saludos cordiales.

Anne Alvarez

A propósito del elemento de déficit en niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores del desarrollo ²

– Anne Alvarez ³ –

**PhD y MCP (Master of Arts in Counselling Psychology).
Psicoterapeuta consultora de niños y adolescentes. (Londres)**



El trabajo presenta un nuevo enfoque en la psicoterapia del niño autista: el uso de la contratransferencia del terapeuta teniendo en cuenta aspectos del desarrollo para reparar los déficits en el

las funciones sociales y comunicativas, así como la capacidad de juego y de autorregulación. Investigaciones sobre el desarrollo infantil han arrojado luz sobre

self y en el objeto interno de un subgrupo particular de niños autistas graves marcados más por la indiferencia que por la evitación. Los déficits afectan

ciertos precusores del desarrollo socio-cognitivo y es importante que el terapeuta sintonice su respuesta al nivel de desarrollo apropiado, posiblemente muy primario, en el cual el niño está funcionando. Se debaten también los problemas técnicos implicados al tratar los elementos adictivos en las conductas autistas repetitivas. Los desarrollos modernos en la técnica psicoanalítica han ayudado, pero incluso estos desarrollos pueden necesitar ser complementados en el tratamiento de niños seriamente dañados.

¹ *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*. Valencia: Editorial Promolibro.

² Trabajo publicado inicialmente en inglés bajo el título de “Addressing the element of deficit in autism: psychotherapy which is both psychoanalytically and developmentally informed”, en la revista *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(4), pp. 525-537, el año 1996. Publicado por primera vez en castellano en Brun, JM y Villanueva, R. (2004), *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*, Editorial Promolibro, Valencia. Traducción de Françoise Soetens.

³ Ha sido codirectora de la Unidad de Autismo en el Servicio de Niños y Familias de la clínica Tavistock de Londres, donde ejerce en la actualidad funciones docentes. Es autora de los libros *Una presencia que da vida: Psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, deprivados y víctimas de abuso sexual* y *The Thinking Heart: Three Levels of Psychotherapy with Disturbed Children*, entre otros. Es también Miembro Honorario del Centro Psicoanalítico de California.

Alexander Luria, el gran neurólogo ruso, afirmó que la observación científica no es una mera descripción de hechos separados. Según él, su meta principal es considerar un acontecimiento desde tantas perspectivas como sea posible (1987). Quisiera examinar el ‘acontecimiento’ trágico del autismo desde una perspectiva triple: 1) los descubrimientos clínicos que surgen en una situación de interacción en el curso de los tratamientos prolongados de los pacientes: es decir, la observación por parte de la psicoterapeuta tanto de sus sentimientos y respuestas contratransferenciales a la conducta del niño autista (el observador en calidad de observado) como de las respuestas del niño a estas respuestas; 2) los desarrollos modernos en la teoría y técnica psicoanalítica que prestan menos atención a descubrir el material reprimido y ponen más énfasis en la contención (en el aquí y ahora de la interacción) de las partes perdidas de la personalidad; 3) los descubrimientos derivados de la investigación sobre el desarrollo infantil - descubrimientos que iluminan los precursores- y los precursores de los precursores -del desarrollo social/emocional/cognitivo normal. Estas tres perspectivas implican el uso de una psicología bipersonal. Creo que el tipo de información recogida de esta manera es vital para el tratamiento, pero que además proporciona una psicología descriptiva más completa para entender el autismo que una psicología unipersonal. Este tipo de enfoque implica un estudio de las relaciones objetales, en particular infantiles, y del estadio de desarrollo de la comunicación emocional. Nada de ello incluye comentario alguno sobre la etiología inicial.

Sin embargo, una palabra tan sólo acerca de la etiología: de hecho, ahora tanto los cognitivistas como los psicodinámicos/cognitivistas reconocen la multicausalidad del autismo (Rutter, 1983; Tustin, 1981; Meltzer, 1978, 1990). Aquí un modelo interaccional puede ayudar a la comprensión: un bebé con una disfunción neurológica leve y un acercamiento a la vida débil y flojo o desorganizado, nacido de una madre que no se alarma por su fracaso en despertar a su bebé



Un niño puede parecer retraído y evitativo y otro puede parecer no-atraído e indiferente.

‘bueno’ o quizás apático, posiblemente puede comprometerse aún menos con su entorno y así produzca cada vez menos intentos por parte de la madre de estimularle. Y así sucesivamente. Un modelo de feedback interaccional aplicado a los primeros días y semanas de vida -donde tanto la naturaleza como la crianza reciben su función adecuada, pero donde también **el imponente poder de un efecto llega a ser la causa misma de este efecto**- daría lugar a un campo prometedor de investigación futura sobre la etiología del autismo. El daño cognitivo y social, al final de estos procesos de interacción, puede no guardar proporción con la débil herencia original o el entorno original (el cual podría haber sido inadecuadamente estimulante para este tipo particular de bebé), o incluso con ambos. En el pasado, la gravedad y profundidad de la condición del autismo se ha prestado a reacciones fuertes y explicaciones enérgicas, aunque demasiado simplistas. Cerebros malos versus madres malas. Parecería que algo tan terriblemente inhumano en un niño humano necesitase de una etiología única igualmente terrible y poderosa. Pero puede que no sea así.

El estudio extenso de Wing y Gould de 35.000 niños en Camberwell confirmó que la serie original de Kanner de los tres síntomas seguía formando una tríada

(Wing y Gould, 1979; Kanner, 1944). Las tres características clásicas del autismo -1. deterioro social severo (hubo un cambio importante en el término de Kanner ‘soledad autista severa’ [‘severe autistic aloneness’]); 2. dificultades severas en la comunicación, tanto verbal como no-verbal; 3a. ausencia de entretenimientos imaginativos, incluido el juego *como-si*; 3b. su sustitución por conductas repetitivas- implican todas ellas una noción de deterioro. Rutter sugirió que todos los síntomas se podían explicar por el déficit cognitivo que todos tenían en común (1983). Intentos posteriores de autores como Frith (1989) y Baron-Cohen (1988) por explicar las características psicológicas en el déficit cognitivo utilizan lo que yo me atrevería a llamar una psicología de ‘persona y media’ que mantiene que lo que falta en los niños autistas es una teoría de la mente. Sus ideas son de gran interés, pero la media persona que quizás falte en su teoría tendría que ver con todas aquellas otras cosas que atañen a las relaciones personales aparte de la cognición y las inferencias acerca de los estados mentales de las otras personas. Hobson (1993) ha señalado que el concepto de ‘personas’ es más fundamental que el concepto de ‘cuerpos’ o el concepto de ‘mentes’ y argumenta de forma muy persuasiva que la esencia del autismo es la perturbación severa en el

compromiso personal intersubjetivo con los otros.

Puede ser interesante examinar cada uno de los tres síntomas principales desde una perspectiva que implique tanto las relaciones objetales psicoanalíticas (Klein, 1959) como aspectos del desarrollo infantil (Miller, 1989; Di Cagno, 1984; Stern, 1985). ¿Podría la ausencia de una teoría de la mente conceptualizarse como la **presencia** de una teoría de una persona no consciente o poco interesante? (No hay ninguna implicación etiológica aquí: lo que está en juego son las representaciones internas del niño y, de hecho, utilizaré el término 'objeto interno' en vez de 'representación', puesto que este último término a veces se puede entender como una copia exacta de las figuras externas, mientras que el primero no tendría esta implicación. Se piensa que los objetos internos son amalgamas de ambos factores internos y externos).

Empecemos por el número 1, el síntoma más general: si lo miramos desde un punto de vista psicológico y conductual puramente descriptivo y unipersonal, 'el deterioro social severo' puede parecer ser el equivalente de la 'soledad autista severa' de Kanner. Sin embargo, 'la soledad' está más cercana a la experiencia subjetiva y podría abrir el camino hacia otras preguntas: ¿el niño se siente solo? ¿Existen diferentes maneras de estar solo? ¿Hay algo invisible que acompaña al niño? ¿Se trataría del hecho de que no se dirige **hacia** los otros seres humanos o es que no se siente atraído **por** ellos? ¿Está **retraído** o **no-atraído**? (Un niño puede parecer retraído y evitativo y otro puede parecer no-atraído e indiferente. Este trabajo trata principalmente del segundo tipo de niño). Asimismo, ¿cómo se siente uno con él? Y, quizás lo más importante, **¿bajo qué condiciones interpersonales habría variaciones en este sentimiento de soledad o deterioro social? ¿Varía con los cambios en la respuesta de la otra persona al niño, por ejemplo?** En un modelo de la mente que implica una psicología bipersonal, la mente no solo contiene un self con cualidades y orientaciones particulares y posibles déficits, sino que también contiene una relación hacia y una relación con los

llamados 'objetos internos' (Klein, 1959) o 'modelos representacionales' (Bowlby, 1988) y estos también pueden contener déficits.

Ahora se sabe que el bebé normal nace enormemente precoz socialmente (Newson, 1980). Parafraseando a Bion, al nacer existe siempre por lo menos una **preconcepción** de un objeto humano viviente (y pensante) o citando a Trevarthen, de 'una presencia que da vida'. Braten propone que dentro del sistema nervioso central del neonato hay circuitos que especifican la co-presencia inmediata de un 'otro virtual'. A raíz de la experiencia con el otro real, el sentido de otro se vuelve progresivamente más elaborado. Estos autores sugieren que la subjetividad es inherentemente intersubjetiva, inherentemente dialógica, pero que la experiencia rellena el contorno. La versión de Bion sugiere que sin una realización adecuada en la experiencia que permita conectar con esta preconcepción, es posible que no pueda emerger un **concepto** adecuado de este objeto humano viviente y pensante. Aun así, yo añadiría que se pueden detectar rastros de una preconcepción o de un pre-objeto en niños con autismo y es posible que

el tratamiento se pueda construir sobre esta base (Bion, 1962; Trevarthen, 1978; Braten, 1987).

Antes de seguir con la discusión de los tres síntomas principales, debería señalar que la mayor parte de este trabajo concierne al tratamiento de un subgrupo particular dentro del grupo más mayoritario de niños con autismo: es decir, aquellos que parecen más no-atraídos que retraídos, cuya falta de respuesta social parece marcada más bien por el déficit y la indiferencia que por la evitación activa o distante. Hay algunos solapamientos con los puntos de vista de Lorna Wing sobre los subgrupos (1987) y los de Sue Reid (comunicación personal), aunque yo me refiero a niños que se muestran en gran parte indiferentes, pero que sufren de autismo severo. Los niños evitativos, probablemente similares a los niños 'tipo-caparazón' de Tustin, plantean problemas técnicos bastante diferentes y que han sido magníficamente explorados por ella y no los trataré en este trabajo (Tustin, 1981). Sin embargo, para ser más precisa, este trabajo trata del elemento de déficit que puede existir incluso en los niños evitativos. Muchos casos son mixtos: si un niño se muestra



El terrible síntoma de los rituales repetitivos o estereotipados (...) define lo que hace el niño, no lo que deja de hacer. Parece ser una alternativa a una comunicación social y emocional normal.

evitativo demasiado temprano o durante un tiempo demasiado prolongado, hay un retraso severo del desarrollo y un déficit en sus funciones normales. Es posible que muchos niños autistas severos no presenten ningún tipo de lenguaje; y, peor aún, es posible que nunca hayan balbuceado como juego. Puede representar un verdadero logro en la terapia cuando un niño que no habla empieza a jugar con los sonidos o producir sonidos más perfilados o empieza a implicarse en lo que Trevarthen llama la 'pre-música' del 'pre-habla' (Trevarthen, 1986). Por lo tanto, ¿cómo se puede llegar a un niño así? ¿Cómo se puede hablar a un niño así? Además, si los déficits sociocognitivos dan lugar a una situación en la cual el niño no puede manejar un pensamiento de dos vías, es decir, mantener dos ideas en su mente a la vez, entonces interpretaciones explicativas como "Estás muy disgustado. Y quizás es porque..." le pueden parecer demasiado complejo (ver una discusión de las implicaciones terapéuticas de la investigación de Bruner sobre el desarrollo del pensamiento de dos vías en bebés normales en Alvarez [1992]). Los comentarios del terapeuta pueden requerir una simplificación para operar en una sola vía; no obstante, eso no es todo y por lo tanto seguiré con mis sugerencias. Muchos niños autistas, como bien sabemos, tampoco pueden manejarse con la distinción Yo-Tú y muchas veces es mejor simplificar para identificar un sentimiento, sin intentar localizarlo en una persona u otra. Por ejemplo, "Qué disgusto que..." en vez de "Tú estás disgustado". A su nivel de deterioro, pensar en un pensamiento a la vez puede ser pedirles más que suficiente.

Volvamos a los tres síntomas por un momento: número 1, el déficit social posiblemente se tenga que entender tanto en términos del déficit que el niño presenta en su sentido de self como en su falta de sociabilidad; pero también, en segundo lugar, en la falta de sociabilidad de su 'objeto interno'. Puede que no parezca interesado en otras personas, pero puede que también haya fracasado en construir una imagen interna de una figura que sea interesante o que se interese por él. Número 2, las dificultades en la

comunicación pueden requerir unas definiciones que incluyan una descripción de hacia qué tipo de oyente o interlocutor interno se dirige o fracasa en dirigirse el niño. ¿Por qué no habla? ¿Hacia quién o qué fracasa en comunicarse? Esto planteará preguntas acerca del nivel de desarrollo en el que las comunicaciones del terapeuta debieran funcionar. El número 3 es más complicado porque contiene dos elementos, el primero de los cuales llamaré 3a -la falta de entretenimientos imaginativos y juego *como-sí*. Estos, como los síntomas 1 y 2, implican un déficit, por lo que podemos preguntarnos acerca de la ausencia de un objeto que juega o de un objeto con el cual se puede jugar. Sin embargo, el segundo elemento, el que sustituye la imaginación, el terrible síntoma de los rituales repetitivos o estereotipados puede tener que ver tanto con un trastorno y una desviación como con un déficit. Lo llamaré 3b. Es diferente de los otros síntomas: define lo que hace el niño, no lo que deja de hacer. Parece ser una alternativa a, algunos autores sugieren que un sustituto de, una comunicación social y emocional normal (Dawson, 1989; Tustin, 1981). Hasta cierto punto, el juego es más que un sustituto de 3a, es también un sustituto de 1 y 2 -el contacto social normal y la comunicación normal. ¿Es posible que las percepciones que sentimos en la contratransferencia cuando **pasamos bastante tiempo** con estos niños puedan enseñarnos algo acerca de los rituales? El déficit requiere reparación, pero ¿qué hacemos con el trastorno? Y, ¿qué pasa si se trata de algo más que trastorno?

MÉTODO DE OBSERVACIÓN

Intentar examinar al niño autista y a la vez ignorar la dimensión interpersonal **entre nosotros** se puede comparar con escuchar música cuando uno no tiene buen oído o comparar el olor de dos rosas cuando uno carece de olfato. Un músico que se compra un violoncelo nuevo insiste en probarlo primero para evaluar su tono y resonancias. Hamlet, al burlarse de Guildenstern porque pretende hacer su papel, dice acerca de sí mismo "y hay mucha música, una voz excelente, en este pequeño órgano, pero tú no

lo puedes hacer hablar". Lo que se estudia es una relación viviente y cambiante, una canción, no una naturaleza muerta, y un dúo no un solo. Si uno se olvida de esto, los pacientes autistas encuentran la manera de recordárnoslo. Algunos de mis propios pacientes autistas han hecho ciertas cosas **únicamente** cuando he desviado mi atención por un momento, nunca cuando les he prestado mi atención completa. He tenido que vigilar mis respuestas, así como las suyas también y acordarme de lo que he acabado de hacer o sentir o no he hecho o sentido. No **declaran** ningún interés abierto en nosotros, pero sí que encuentran sus propias maneras de **provocar** un interés o incluso una atención consciente. Mark, un niño de once años, es capaz de frotar repetidamente la mesa, caminar en círculo, volver a frotar la mesa, caminar en círculo otra vez, durante media hora en la otra punta de la sala mientras yo le estoy mirando. En el momento en que mi mente y mi mirada se desvían de él o, simplemente, cambia la **calidad** de mi mirada (es decir, se vuelve un poco despistada), su círculo cambia a una forma ovalada que lo devuelve a mi campo de visión. ¡Así recupera mi atención! Y es entonces, y sólo entonces, que vuelve a caminar en círculo. Las señales de los niños 'no-atraídos' son muy débiles; las señales del niño evitativo son a menudo extremadamente indirectas o retardadas. En ambos casos, el terapeuta puede necesitar utilizar todo su potencial de observación de un modo extremadamente vigilante.

1. Las implicaciones terapéuticas del déficit en el objeto interno: despertando al niño a un estado de conciencia y amplificando las preconcepciones.

Primer ejemplo:

Robbie, otro paciente autista, presentaba lo que parecía ser la conducta más asocial y menos relacionada con el objeto que había visto nunca fuera de los pabellones más retirados de los hospitales psiquiátricos. No obstante, era posible plantearse la siguiente pregunta: ¿hacia qué tipo de objeto o casi-objeto se relacionaba o fracasaba en relacionarse? Su propia respuesta, cuando a la larga pudo ponerla en pala-

bras, fue “una red con un agujero dentro”. Desde luego, éste no es un objeto muy humano, útil o magnéticamente atrayente. Mi eterno problema terapéutico era ¿cómo podía llegar yo a ser suficientemente densa, suficientemente substancial, suficientemente condensada como para proveerle con algo o alguien capaz de concentrar su mente? Limitarme a esperarle receptiva y demasiado pasivamente en el estado infinitamente disperso y flojo en que se encontraba, habría llevado toda una vida. Y, de hecho, la llevó hasta que pude clarificar tardíamente cual era mi tarea con él, mi primer paciente autista y también el más enfermo.

Lo que por fin consiguió llegar hacia él fue, utilizando su propia imagen, una especie de cuerda de salvamento. Robbie era un chico terriblemente vacío y sin vida; pero un día, poco después de que finalmente se aumentaran las sesiones de su tratamiento de una vez al mes a cinco veces a la semana a la edad bastante tardía de 13 años, describió cómo le habían lanzado una “media muy, muy, muy larga” dentro de un hoyo oscuro donde dijo que había estado durante mucho tiempo. Esta media le permitió a él y a todos sus seres queridos salir e irse “volando hasta el otro lado de la calle”. Este chico siempre había tenido una cierta cualidad tipo ‘muñeco de trapo’ y siempre había hablado utilizando frases cortas, apáticas, indiferentes, susurradas; pero en esta ocasión recobró vida de forma dramática, verbal y musical. Las implicaciones de algún tipo de cuerda de salvamento fueron ineludibles. Robbie estaba socialmente deteriorado e indiferente porque, creo, había arrojado la toalla. Aquí se podrían plantear unas cuestiones interesantes acerca de los subtipos: llegué a la conclusión de que Robbie no se escondía, estaba profundamente perdido. Con los niños más activamente retraídos tipo-caparazón, donde hay un self escondido, tenemos que tener mucho más cuidado en no ser intrusivos y en respetar las distancias. Cada niño autista es diferente y es diferente en un momento o en otro, pero preocuparme por el hecho de ser intrusiva con Robbie habría sido un lujo considerando

el nivel tan terrible de su vacío psíquico. Mi función parecía ser recuperarle como miembro de la familia humana porque él ya no sabía cómo recuperarse a sí mismo. Había tensado demasiado la **longitud** de la cuerda/media, lo cual correspondía exactamente a mi perpetua sensación de tener que cruzar grandes distancias -distancias creadas, tanto por el grado de su falta de respuesta como también por su cronicidad; estaba terriblemente lejos y lo había estado durante mucho tiempo. Necesitaba que se le volviese a llamar hacia sí mismo. En aquel momento, elegí la palabra ‘recuperación’ para describir la situación. Un terreno yermo no pide ser saneado; no obstante, su potencial para el crecimiento puede florecer cuando se sana. Había empezado a notar que a veces Robbie podía ser despertado hacia sí mismo y hacia mí cuando le hablaba en tonos particularmente animados o urgentes. Más adelante, Robbie hablaba a menudo de la época en que le habían mandado al campo con unos extraños a la edad de 18 meses (cuando su descenso en el autismo más profundo parece haber comenzado) y lo describía como la época en que había muerto.

Es posible que tengamos que atender la cronicidad en sí misma mucho antes de poder tratar cuestiones tan lujosas como las razones originales por las cuales el niño sufre de autismo. Al nivel de déficit que este niño presentaba, no parecía adecuado considerar su falta de respuesta como un retraimiento defensivo autista ni como pasividad a raíz de una proyección de funciones yoicas activas en los demás. Parecía que su objeto interno estaba tan vacío de vida como su sentido de self. Quizás Robbie tenía una predisposición para el autismo y quizás dos traumas precoces fueron la gota que colmó el vaso. No obstante, años de autismo conllevan otras consecuencias también. Un débil sentido de la realidad de los demás puede debilitarse aún más y el niño puede perder aún más interés. La malnutrición o un estado de inanición es una condición enormemente diferente al hambre. Pensando acerca de la historia de la cuerda de salvamento de Robbie, poco a poco me iba dando cuenta de que muy frecuentemente me sen-

tía desbordada por fuertes sentimientos contratransferenciales de urgencia a causa de su proximidad a la muerte psíquica; en otros momentos, sin embargo, era demasiado fácil olvidarme de todo esto y de manera tranquila permitir que mi mente se desviase peligrosamente, tal y como él había hecho. Posteriormente, tuve que aprender a pensar en cómo traducir la dramática operación original de rescate de emergencia y mis momentos de urgencia y pánico en algo más parecido a un régimen constante de cuidados intensivos regulares y vigilantes que no implicasen pánico, pero que tampoco fueran demasiado flojos. Había notado previamente que muchas veces movía mi cabeza para que estuviese en su línea de visión, o le llamaba por su nombre como respuesta a su vacío tipo-muñeco-de-trapo. Ahora creo que es posible responder a las necesidades del niño de ser encontrado en el fondo de su hoyo oscuro (o en el caso de otros niños, de ser encontrados en su morada templada y demasiado cómoda) y de llegar a él a través de un trabajo con uno mismo para proporcionarle una atención continuada más ajustada, tensada y menos floja; esto no necesariamente implica mover la cabeza o levantar la voz, pero sí que tiene que ver con el nivel necesario de atención intensa (quizás parecida a la preocupación primaria materna descrita por Winnicott, 1965). De alguna manera, los cognitivistas tenían razón en criticarnos a nosotros los terapeutas psicoanalíticos cuando pensábamos que las interpretaciones explicativas acerca del pasado podían ayudar a niños a-mentales tan severamente dañados. Pero hemos aprendido que menos atención al pasado y más al presente y una atención muy cuidadosa a la calidad de la relación en el aquí y ahora viviente aportan sus beneficios y empiezan a reparar el déficit social tanto en el self como en el objeto interno.

Ahora quisiera examinar una posible relación entre las actividades ‘de recuperación’ dirigidas a pacientes desesperadamente enfermos y las actividades más normales de ‘requerimiento’ y de ‘despertar’ desarrolladas por las madres normales de bebés normales. Klaus y Kennel

(1982) estudiaron el vínculo madre-bebé al filmar durante diez minutos la conducta de las madres y sus bebés en la sala de partos al tener su primer contacto después del nacimiento. En primer lugar, cada madre inspeccionó cada parte de su recién nacido. Al mismo tiempo, mostraron un gran interés en despertarlo en un intento de que abriese los ojos, lo cual se verbalizó por casi la tercera parte de las madres: "Abre los ojos, eh, vamos, abre los ojos" o "Si abres los ojos, sabré que estás vivo". Después de que uno de los bebés en un estudio similar finalmente abrió los ojos, ¡su madre le dijo "Hola" siete veces en menos de un minuto y medio! (Macfarlane, 1977). En videos filmados por la investigadora en desarrollo infantil Lynne Murray, las voces de las madres normales presentan una nota inconfundible de engatusamiento o de invitación como si se dijese "vamos, regálanos una sonrisa" (Murray, 1991).

El estudio de Brazelton, *El Origen de la Reciprocidad*, describe lo que hace una

madre cuando se le invita a interactuar con su bebé de 2 a 20 semanas. Las cosas que hace al inicio para intentar atraer la atención de su bebé difieren bastante de las que hace una vez que ha conseguido atraer su atención, cuando intenta entonces sostenerla y mantenerla. En el primer periodo, reduce las interferencias de dentro y fuera para hacer que su bebé se sienta lo más cómodo posible y para contener sus reacciones de sobresalto. Mueve su cabeza para ponerla en su línea de visión para conseguir el contacto visual. En los siguientes periodos, aunque evita sobrecargarle, empieza a suscitar su atención de una forma más explosiva y alerta, amplifica, enfatiza y acelera su habla y caricias para retener su interés; cuando este interés decae, intercambia una actividad por otra o alterna entre alertar y sosegar, siempre improvisando. Se trata de 'una presencia que da vida'. Creo que podemos aprender mucho de trabajar con niños con déficits de atención y trastornos de comunicación, en

donde el déficit **aparece también en el objeto interno**. Un enfoque más activo no necesariamente implica seducir a un paciente pasivo a animarse cuando lo que tendría que haber recibido es ayuda en poder hacerlo por sí mismo; más bien, se trataría de algo similar a intentar que un paciente en un estado de casi coma recobrara la conciencia. En otro trabajo, he comentado los problemas que surgen cuando el síntoma está sobredeterminado, donde el déficit viene acompañado de beneficios secundarios y la verdadera incapacidad e indiferencia es explotada por una complacencia pasiva (1992). Estas mezclas y complicaciones son el material del trabajo clínico.

En los últimos tiempos, en el Taller sobre Autismo de la Tavistock Clinic hemos aprendido a ser más suavemente activos, a intentar conseguir un contacto visual con más tacto o a veces, incluso, a 'perseguir' al niño un poco sin ser demasiado intrusivos -encontrar la distancia óptima, psicológica y física, es de suma



Método de observación. Lo que se estudia es una relación viviente y cambiante, una canción, no una naturaleza muerta, y un dúo no un solo.

importancia- no demasiado lejos como para no poder llegar a él, pero tampoco demasiado cerca como para asustarle. Por regla general, este sentido de la distancia, del tono de voz, de la velocidad o frecuencia del habla surge de forma bastante natural en la gente cuando habla a bebés muy pequeños. No obstante, no siempre surge tan naturalmente cuando se habla a un niño de diez o incluso de cuatro años que parece rechazar o hace caso omiso de todas nuestras proposiciones amistosas.

Espero que quede claro que no estoy sugiriendo que la 'causa' del déficit cognitivo o de la apatía emocional, o de ambos, en un bebé resida en la cuidadora. Sin embargo, el bebé que nace apático, que se deja ir a la deriva, que se desvía, por la razón que sea, del contacto humano, puede necesitar que se estire su cuerda de salvamento con más fuerza que un bebé más vigoroso. Y puede que no lo haya tenido. Lo que estoy sugiriendo es que las **condiciones de recuperación**, no importa qué combinación de factores haya dejado al niño en el camino hacia el autismo, pueden sin embargo residir en la promoción de una capacidad para la interacción **en el nivel de desarrollo adecuado, posiblemente en una época muy temprana.**

Segundo ejemplo de las implicaciones terapéuticas del déficit social en el objeto interno

A continuación, quería presentar un segundo ejemplo de una interacción con una niña autista de tres años, Angela, donde una aparente preocupación ritual e insociable con las puertas parecían contener la semilla de por lo menos una preconcepción, aunque no el concepto, de un objeto vivo. La madre de Angela era una madre sin pareja y relató que ella misma se retrajo bastante de la niña al final del primer año cuando su matrimonio empezó a ir mal, pero que unos meses después de su propio retraimiento se percató de que Angela se sentía mucho más atraída y obsesionada por la luz del techo en el salón que por ella misma. En nuestro primer encuentro, la madre parecía



Puede que el niño autista no esté preparado para tomarse interés por otras personas, pero puede ser que se le pueda capacitar para interesarse, primero, en EL INTERÉS DE LOS DEMÁS POR ÉL.

muy apagada y seriamente deprimida. En la primera sesión, Angela estaba muy absorbida en abrir y cerrar las puertas de una casa de muñecas que mi colega Trudy Klauber y yo le habíamos proporcionado. Ya en la segunda sesión, empecé a tener la convicción de que este estado de absorción no era tan mecánico como había aparentado en un primer momento. Parecía que ella estaba estudiando la casa a través de las puertas y yo me preguntaba: ¿estaba investigando la simetría o estaba fascinada por la tridimensionalidad, por los túneles, o por qué? Estaba claro, por su confusa urgencia, que no encontraba la respuesta a su 'pregunta', así que al final de repente se me ocurrió asomarme a una de las ventanitas del otro lado de la casa para mirarle a ella. Sonrió encantada y se lanzó encima de su madre como si celebrase el evento y esta muestra de compartir su alegría nos encantó a los tres adultos presentes.

Subrayamos el deseo de Angela de compartir su placer con su madre. Aquí aparecen planteamientos importantes acerca de cómo, durante una evaluación, examinar la capacidad de respuesta

del niño y a la vez ayudar a los padres a aprender cómo implicar mejor al niño sin hacer que se sientan responsables de su condición autista. Los capítulos escritos por Sue Reid en el libro que estamos preparando tratarán sobre el proceso de evaluación y la importancia del trabajo con las familias de los niños⁴. Las necesidades de Angela no se expresaban claramente. En esta situación el niño o padre pueden alejarse cada vez más. Si Angela buscaba algo no sabía o no se acordaba bien de lo que era. Estaba en un estado de pre-expectativa en vez de expectativa. Como las madres de Klaus y Kennel y de Brazelton que llamaban a sus bebés para entrar en contacto con ellos, creo que por un momento yo proporcioné la realización de una preconcepción, pero no de un concepto. Satisface una pre-necesidad, no una necesidad. El niño necesita reparar los defectos de su yo (Sandler, 1958), pero también los defectos en sus objetos internos. Todos los que se relacionan con el niño pueden necesitar sensibilizarse para amplificar, focalizar y responder a señales que son débiles, retardadas o altamente inmaduras. En

⁴ Alvarez, A.; Reid, S. (ed.) (1999). *Autism and Personality*. London & New York: Routledge.

muchos casos, la ayuda individual para el niño no sería el tratamiento elegido, sino que en su lugar sería preferible un trabajo con el niño en el seno de su familia.

2. Déficit de comunicación. Encontrando la longitud de onda adecuada del desarrollo.

Estos ejemplos muestran lo difícil que es separar los tres síntomas. Pero prosigamos con el número 2: Trevarthen ha estudiado los diálogos 'pre-habla' y 'pre-música' entre las madres y sus bebés activamente participativos. Por lo visto, el tono del habla maternal es agudo, en un inicio tiene un ritmo de *adagio* y luego se torna más *andante* y el diálogo tiene ciertos ritmos comunes en todos los lenguajes (Trevarthen y Marwick, 1986). ¿Es posible que estos descubrimientos acerca de la naturaleza del diálogo temprano puedan servirnos a los clínicos para la comprensión y tratamiento de las dificultades de comunicación del niño autista? En gran parte por accidente, he aprendido a pensar que así es y que puede que tengamos que repensar la manera en que hablamos a estos niños para reparar el déficit de comunicación. Tuve una experiencia un tanto extraña con Mark, el niño autista de once años que frotaba la mesa y caminaba ritualmente. Había empezado por intentar llegar a él utilizando niveles de ritmo muy primarios, hablando y golpeando ligeramente los pies al ritmo de su caminar ritual y parecía que se iluminaba con eso y había empezado a improvisar él mismo e incluso a seguir mis ritmos de tanto en tanto. Se había vuelto más libre y, según sus padres, más feliz. Pero la primera vez que yo le hablé en un tono verdaderamente maternal mucho más libre y real ocurrió sin haberme lo propuesto. Le estaba hablando de la mudanza de su familia fuera de Londres y de cómo perdería su tratamiento de dos veces a la semana, pero que su madre había prometido que harían el largo viaje a la ciudad alrededor de una vez al mes. Para mí este hecho era muy doloroso porque recientemente se había vuelto mucho más alcanzable y también era doloroso para él porque había sufrido un revés terrible la Navidad previa cuando

había perdido a su terapeuta anterior. Mencioné su vuelta después de la Navidad y apunté en mis notas lo siguiente: "Tuve la sensación de que empecé a hablar en lenguaje de bebé -la manera en que se habla a bebés o animales- y le dije en una voz melosa y con cierta zalamería 'Te gustaría hacer eso, ¿eh?, ¿¿Mark??' (volver a verme después de Navidad). Le estaba mirando directamente y él había estado escuchando atentamente. Cual fue mi sorpresa (porque jamás me había soltado ninguna palabra) cuando de repente susurró en tono alto, mirándome fijamente, "Sssííí."

Una semana más tarde (ahora pasaba mucho menos tiempo con sus rituales) tenía en la mano un conejito de juguete que yo le había dado y lo giraba y alejaba de sí repetidamente, pero también como si estuviese jugando. Yo había estado poniendo palabras al ritmo de estos giros, en ocasiones hablando por él, y en otras por el conejo. En mis notas había apuntado lo siguiente: "Tengo que mantener mi voz viva, sino su actividad se muere o se vuelve mecánica". En un momento dado, hablé en nombre del conejo que estaba de espaldas a Mark y dije, "¡Oh, por favor mírame...!". Mark dio un giro brusco y me miró, muy tímida, pero profundamente. Fue muy emocionante. Pensó que era yo la que le había suplicado. Naturalmente es un niño muy confundido, con el cual era bastante insensato complicar el juego demasiado, pero mi error me enseñó algo. Trevarthen sugiere que la sensibilidad del bebé a ciertos ritmos y tonos está innatamente establecida en su cerebro y efectivamente cuando uno observa a estos niños despertarse y prestar atención en el momento en que la voz de un colega o madre o padre cambia y utiliza este tono 'maternal' uno siente que Trevarthen debe tener razón (1986). (Ver también la discusión de Ricardo Steiner del trabajo de Ivan Fonagy -una autoridad en psicofonética- sobre la importancia de la entonación (Steiner, 1987) en la proto-comunicación).

3a. Déficit en la capacidad de juego.

Ya he comentado la manera en la cual el terapeuta puede hacerse partícipe de las actividades privadas e insociables del

niño al prestarle, con mucho tacto, unos ritmos que acompañen lo que hace. Puede que el niño autista no esté preparado para tomarse interés por otras personas, pero puede ser que se le pueda capacitar para interesarse, primero, en EL INTERÉS DE LOS DEMÁS POR ÉL. Siempre se debe tener en cuenta el nivel de desarrollo. Puede que el niño no esté preparado para jugar a pelota (a lanzarla, hacerla rodar o, incluso, a pasarla), pero sí que poco a poco puede aceptar sostener una pelota en la mano y después de unas semanas puede estar preparado para devolvérsela y con el tiempo desarrollar un juego de turnos. Puede que no se implique en juegos de representación con familias de muñecos, pero es posible que persista en ponerlos en fila y alguna pizca de significado y algún sentido, inmaduro pero poderoso, de acción intencional puede acompañar su conducta. Tenemos que acercarnos a él en el punto en donde está y proseguir desde allí. No nos será de ayuda si miramos su juego con los muñecos sólo como un daño irreparable en su capacidad de juego de representación. Pero tampoco nos ayudará si nos mostramos demasiado neutrales o demasiado contenedores y pasivos en nuestro enfoque frente al severo retraso de su desarrollo.

He comentado el tratamiento del déficit, pero también he hablado bastante acerca del tratamiento del trastorno, es decir, la manera en la cual los niños autistas provocan activamente que la gente se comporte como 'objetos autistas' (Tustin, 1981), como por ejemplo cuando utilizan nuestros brazos para ayudarles a desarrollar una tarea mientras que ellos nunca nos hacen un llamamiento directo o nos miran a la cara. Si el niño está desesperado nos inclinamos a satisfacer este tipo de demanda, pero poco a poco intentaríamos desalentar el uso de estos métodos no entrando en el juego de estas demandas demasiado fácilmente. Intentamos resistir este tipo de presión MOSTRANDO QUE TENEMOS UNA CARA SUJETA A NUESTRO BRAZO y, con el tiempo, empezando a pedir un corto periodo de mirada mutua antes de satisfacer la demanda. Está claro que aquí también se requiere mucho trabajo con los padres.

Es muy fácil para todos, incluyendo los terapeutas, ser atrapados en el acomodo a las rutinas autistas.

3b. Las conductas repetitivas.

Dawson (1989) ha sugerido que los niños autistas desarrollan rituales porque no pueden modular estados de excitación y por ello fracasan en acostumbrarse a algo, es decir, no se aburren cuando debieran. Sin embargo, el estudio de Brazelton sobre la reciprocidad parece apoyar nuestro punto de vista clínico en el taller de Autismo de la Tavistock de que los niños que funcionan a ciertos niveles tempranos de desarrollo emocional y cognitivo desarrollan tanto una capacidad para el aburrimiento como un deseo para experiencias nuevas en el contexto de una relación viva. A niveles muy tempranos o muy deficientes, necesitan mucha ayuda de otra persona para aprender cómo modular y canalizar la experiencia. He aprendido a mantenerme muy alerta para detectar aquellos momentos en que el niño autista está aburrido, incluso con su ritual aparentemente más preocupante, porque o no sabrá que está aburrido o por lo menos no sabrá qué hacer incluso si lo está. Los rituales se pueden volver muy inconexos -no frenéticos y excitados. Sue Reid describe cómo se quedan 'atascados' y señala que este 'atasco' es diferente del uso verdaderamente perverso del ritual (comunicación personal). En cualquier caso, en aquellos momentos en que desalentamos los rituales, es necesario ayudar al niño a encontrar nuevos objetos de interés y no dejar que se deje arrastrar, desprovisto del ritual, pero también desprovisto de cualquier idea acerca de qué otra cosa podría reemplazarlo. Parecido al niño recién nacido de Brazelton, el niño autista puede necesitar ayuda para deshacerse de las interferencias, necesitar ser llamado y despertado a un estar psicológico y un estar vivo mental para luego, poco a poco, aprender que la comunicación o el juego no sólo son interesantes, sino sosteniblemente interesantes. Otros niños, más empobrecidos mentalmente, que se quedan pegados en el habla ritualista, pueden necesitar que se les recuerde una y otra vez que

tienen otros pensamientos en sus mentes y si se aventuran a mirar un poco a su alrededor puede que los encuentren (Brazelton, 1974; Reid, 1988).

En este punto es preciso echar una mirada a los aspectos adictivos o perversos de los rituales repetitivos. Kanner notó que el fervor con éxtasis que los acompaña era un fuerte indicador de la presencia de una gratificación masturbatoria, pero esta observación, hasta donde yo conozco, jamás volvió a aparecer en la literatura no-psicoanalítica. Los motivos perversos o adictivos no siempre acompañan los rituales, pero la mayoría de los clínicos consideran que cuando aparecen constituyen una señal más preocupante en cuanto al pronóstico. La comprensión de los **actos** sexuales perversos o fantasías perversas con contenido perverso tiene una larga historia en el psicoanálisis, pero la comprensión de que las fantasías perversas se pueden expresar más indirectamente y no a través del contenido sino a través de la **forma** de la presentación verbal es una formulación relativamente reciente (ver las observaciones de Joseph sobre lo que ella llama 'chuntering' [hablar entre dientes] en *Addiction to Near-Death*, 1982; Meltzer, 1973; Tustin, 1981). Pasó mucho tiempo hasta que aprendí a confiar en mis sentimientos contra-transferenciales de terrible aburrimiento e impaciencia y a veces de profundo hastío y así comprender que, aunque Robbie, el primer paciente, había desistido de sus rituales de tocar y caminar, la repetición había invadido su habla -y de una manera muy peculiar en su adolescencia. Sus preocupaciones verbales se habían vuelto adictivas, pero también a veces era claro que le excitaban sexualmente, aunque su contenido en sí no era de naturaleza sexual. En un principio, se revolcaba en estas sensaciones verbales y frenesís él solo, pero a medida que mejoraba y mostraba mayor interés por los demás y poseía más voluntad, capacidad de acción y de provocación, se preocupaba más de intentar involucrar a los otros en lo que para ellos eran conversaciones simplemente aburridas, pero que para él eran intercambios locamente excitantes. Tuve que aprender a no repetir ciertas

frases suyas y obligarme a decir las cosas de una manera más fresca (este tipo de trabajo requiere la supervisión constante de la propia pereza autista de la mente de uno). También descubrí que jamás dejaba pasar el más mínimo atisbo de ansia complaciente en mi tono de voz -como cuando, por ejemplo, pensaba que realmente estábamos a punto de entender algo. Eso también le ponía frenético. Tenía que hacer interpretaciones muy firmes en el momento en que empezaba a excitarse, sino lo perdía.

Con los niños más pequeños y menos verbales tendemos a intentar desalentar los rituales, algunas veces con zalameñas, otras con la discusión más firme de las consecuencias devastadoras para sus mentes. Puede parecer extraño, pero parecen entenderlo -quizás a veces se trata simplemente del tono de preocupación o alarma en nuestra voz. Naturalmente, si el niño ha empezado hace poco a utilizar los rituales para molestar y provocar a la gente, aquí aparece un uso de los rituales muy orientado a los objetos y con un fin comunicativo, lo cual es otro asunto muy diferente. Puede que no sea amistoso, pero ciertamente está relacionado con lo social. Naturalmente, no intentaríamos desalentar esto: sería más importante hacerle saber al niño que entendemos lo que está haciendo y que quiere que reaccionemos con fuerza -es decir, que hemos recibido su mensaje. Un mensaje negativo en algunos de estos niños es mejor que ningún mensaje en absoluto.

Otra cosa importante a tener en cuenta más adelante cuando este tipo de niño empieza a renunciar a sus rituales es poder mostrarle que comprendemos que intenta complacernos y que ya no se trata simplemente de un intento de excitarnos o molestarnos; asimismo, también es importante señalar los momentos ocasionales en los que él mismo disfruta al relacionarse con nosotros de una forma normal. Y de la misma manera que puede ser importante señalarle cuando ha percibido claramente que estamos disgustados por su manera de hablar frenética y repetitiva, también es vital señalarle el momento en que parece percibir que nos gusta más cuando hace un esfuerzo por hablar de un modo directo.

Con frecuencia, los padres, profesores y terapeutas se alivian tanto cuando las conductas repetitivas disminuyen que se olvidan de aprovechar estos momentos, lo cual conlleva el peligro de que el niño retroceda. Uno ha de ofrecer una alternativa igualmente magnética y poderosa, pero a la vez viva.

4. Excitación y autorregulación.

Hay otro déficit principal que requiere nuestra atención en la psicoterapia del autismo: toda la gama de problemas relacionados con la dificultad del niño en modular su excitación y aquí me refiero a la excitación que no es perversa, a pesar de ser -no obstante- abrumadora (Dawson). Es importante ayudar a los niños a desarrollar métodos más normales y menos autistas para evitar sobrecargarse y poder enfriarse emocionalmente cuando la sobrecarga ocurre. Es posible que el niño evite el contacto no porque prefiera el autismo: un paciente mío por fin se había interesado en mantener contacto visual, pero, como ocurre con un bebé de una semana, no podía sostenerlo durante demasiado tiempo y en esos momentos -de repente- se retiraba y volvía a un autismo aparente. Empecé a darme cuenta de que no me había dejado por completo: se había retirado para calmarse. En otros momentos, el niño no es capaz ni de utilizar métodos autistas para calmarse y detener lo que representa para él un intercambio demasiado intenso. La propia fatiga de la terapeuta puede sensibilizarla a esos sentimientos del niño que él aún no sabe reconocer y utilizar en sí mismo. Esto le puede ayudar a evitar caer en un aturdimiento mental.

CONCLUSIÓN

El trabajo descrito aquí puede parecer muy lejano a la descripción clásica del psicoanálisis como el análisis de la transferencia y la resistencia y la regla técnica de abstinencia que le acompaña. Pero el psicoanálisis en sí ha llegado más lejos. No puedo entrar en detalle acerca de los desarrollos en la técnica, teoría y metateoría psicoanalítica que son importantes en el trabajo del psicoterapeuta infantil contemporáneo. Estos incluyen: menos

énfasis en las interpretaciones que invocan el pasado como explicación de la conducta y más atención a las necesidades y funcionamiento del paciente en el aquí y ahora; el complementar la teoría de la sexualidad con mayor atención a y respeto por el lado 'superior' de la naturaleza del hombre; el desarrollo de una metateoría que es más relacional, menos reduccionista y mecanicista y más capaz de acomodar la novedad, el crecimiento, el cambio y el estado mental de la mente; y, finalmente, complementar, en la teoría de la acción terapéutica del psicoanálisis, el levantamiento de las barreras represivas con un proceso que implica, mediante la contención analítica, la extensión de las fronteras del self para incluir la recuperación de las partes perdidas, escindidas y proyectadas del self. En el caso de los niños seriamente dañados descritos en estas páginas, estas partes perdidas de la personalidad pueden ser subdesarrolladas o no desarrolladas y esto nos plantea problemas que pueden llevar al terapeuta, en algún momento, más allá incluso de estos avances psicoanalíticos más modernos. En los momentos en que la falta de respuesta social del niño proviene de un déficit masivo en ambos yo y objeto interno más que de una evitación activa, cuando sus procesos introyectivos y proyectivos funcionan débil e inadecuadamente y además cuando ha desarrollado poco o nulo lenguaje, entonces las intervenciones han de llegar al niño en un 'lenguaje' o forma adecuada al nivel (posiblemente muy temprano) de desarrollo en el cual está funcionando. En otros momentos, cuando el niño está más presente y consciente y su conducta tiene más intencionalidad y motivación, un trabajo psicoterapéutico más corriente puede tener lugar. Yo sostendría que este tipo de trabajo permanece basado tanto en factores psicoanalíticos como del desarrollo: es decir, procurando un equilibrio entre, por una parte, los intentos de focalizar e implicar al niño, de transformar preconcepciones en conceptos, estando en mejor armonía con su desarrollo y, por lo tanto, más activo y, por otra parte, dejando espacio para que él pueda tener su propia experiencia una vez que se encuentre suficientemente

dentro de sí mismo como para hacerlo. Esta tarea conlleva una dificultad incesante. De ninguna manera se trata simplemente de jugar con el niño.

APÉNDICE

Cuando se invita a las madres a implicarse en un periodo de interacción con sus bebés de pocos meses, la madre sensible (no la que bombardea o la que está deprimida) parece ofrecer cinco estilos de experiencia. En primer lugar, 1. REDUCE LA ACTIVIDAD INTERFERENTE al asegurarse de que las necesidades físicas y psicológicas son satisfechas y que los reflejos y conducta de sobresalto se han contenido (¿habría aquí alguna lección para manejar la fragmentación y estereotipias que interfieren al niño autista?). 2. A continuación, ella PREPARA EL ESCENARIO al ajustar su cuerpo para que la encare, mueve su cabeza para que esté en su línea de visión y efectúa gestos faciales para atraer su atención. Le da golpecitos con un ritmo e intensidad que le **despierta y le sosiega** a la vez. 3. Después, CREA UNA EXPECTATIVA PARA LA INTERACCIÓN, es decir, su voz, gestos y golpecitos pueden empezar explosivamente para luego rápidamente modularse una vez que haya captado su atención. 4. PARA INTENSIFICAR SU ATENCIÓN hay mucha improvisación, alternancia y conductas añadidas para acelerar la interacción. 5. Finalmente, PERMITE LA RECIPROCIDAD y a la vez permite que el bebé desvíe su atención para digerir y recuperarse de la experiencia (Brazelton, 1974). ●

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, A.** (1992). *Live Company: Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children*. Londres: Routledge.
- Baron-Cohen, S.** (1988). Social and Pragmatic deficits in autism: cognitive or affective?. *J. Aut. Devel. Dis* 18,(3).
- Bion, W. R.** (1962). *Learning from experience*. Londres: Heinemann.
- Bowlby, J.** (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Londres: Routledge.

Braten, S. (1987). Dialogic Mind: The infant and the adult in proto-conversation. En M. CARVALLO (ed.), *Nature, Cognition and Systems*. Dordrecht, Boston: D. Reidel.

Brazelton, T. B.; Koslowski, B. Y Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. En M. LEWIS y L.A. ROSENBLUM (eds.), *The Effect of the Infant on its Caregivers*. Londres: Wiley Interscience.

Dawson, G. Y Lewy, A. (1989). Arousal, attention, and the socioemotional impairments of individuals with Autism. En G. DAWSON, *Autism. Nature, Diagnosis, and Treatment*. New York: Guildford Press.

Di Cagno, L.; Lazzarini, A.; Rissone, A. Y Randaccio, S. (1984). *Il Neonato e il suo Mondo Relazionale*. Roma: Borla.

Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell.

Hobson, P. (1993). *Autism and the Development of Mind*. Hove, E. Sussex: Lawrence Erlbaum.

Joseph, B. (1982). Addiction to near death. En M. FELDMAN y E. SPILLIUS (eds.), *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. Londres: Tavistock/Routledge (1989).

Kanner, L. (1944). Early infantile autism. *J. of Paediatrics*, 25(3).

Klaus, M. H. Y Kennell, J. H. (1982). *Parent-Infant Bonding*. Londres: C. H. Mosby.

Klein, M. (1959). Our adult world and its roots in infancy. *The Writings of Melanie Klein, III*. Londres: Hogarth.

Luria, A. R. (1987). Citado por BRUNER, J.S. Prólogo en LURIA, A. R. *The Mind of a Mnemonist*. Cambridge, Mass.: Harvard.

Macfarlane, A. (1977). *The Psychology of Childbirth*. Londres: Fontana/Open Books.

Meltzer, D. (1973). The origins of the fetishistic plaything of sexual perversions. *Sexual States of Mind*. Strath Tay: Clunie.

Meltzer, D. (1975). *Explorations in autism: a PsychoAnalytical Study*. Strath Tay: Clunie Press.

Miller, L.; Rustin, M.; Rustin, M. Y Shuttleworth, J. (1989). *Closely observed infants*. Londres: Duckworth.

Murray, L. (1991). Intersubjectivity, Object Relations Theory and Empirical Evidence from Mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, vol 12.

Newson, J. (1977). An intersubjective approach to the systematic description of mother-infant interaction. En H. R. SCHAFFER, *Studies in Mother-Infant Interaction*. Londres: Academic Press.

Reid, S. (1988). (Comunicación personal).

Rutter, M. (1983). Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. *J. Child Psychol. and Psychiat*, 24.

Sandler, A. M. Y Sandler, J. (1958). Psychoses, Borderline States and Mental Deficiency in Childhood. *Bull. Brit. Psychol. Soc.*, 35.

Steiner, R. (1987). Some thoughts on 'La Vive Voix'; by Ivan Fonagy. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 14.

Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.

Trevarthen, C. (1978). Modes of perceiving and codes of acting. En H. J. PICK (ed.), *Psychological Modes of Perceiving and Processing Information*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. J.

Trevarthen, C. Y H. Marwick. (1986). Signs of motivation for speech in infants, and the nature of a mother's support for development of language. En B. LINDBLOM y R. ZETTERSTROM (eds.), *Precursors of Early Speech*. Basingstoke, Hampshire: Macmillan.

Tustin, F. (1981). *Autistic states in children*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Wing, L. Y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J. Autism Devel. Dis.*, 9.

Wing, L. Y Attwood, A. (1987). Syndromes of Autism and Atypical Development. En D. COHEN y A. DONNELLAN (eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: Wiley.

Winnicott, D. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth.