

“Construir una persona”: consideraciones clínicas sobre la interpretación de las ansiedades en el análisis de los niños dentro del espectro autístico-psicótico^{1 2}

– Joshua Durban –

Psiquiatra. Psicoanalista. Especialista en el psicoanálisis de niños, adolescentes y adultos con TEA y Psicosis. Universidad de Tel-Aviv. (Tel-Aviv, Israel)



INTRODUCCIÓN PARA ESTA EDICIÓN EN LA REVISTA *eipea*

La teoría y la práctica psicoanalítica kleiniana siempre han otorgado un papel central a la ansiedad inconsiente y a su contenido psíquico, tanto en el desarrollo normal como en la formación de patologías tempranas. La ansiedad se ha entendido como un arma de doble filo. Por un lado, la ansiedad inconsiente empuja al bebé a desarrollarse, a buscar el objeto y a gravitar hacia sus funciones bisexuales, integradoras, de contención y de sostenimiento y, a través de ese objeto, podrá conectar gradualmente con la realidad para escapar de los horrores de una situación interna inundada de ansiedad. Un bebé sano, según Klein, puede obtener consuelo de la realidad. Por otro lado, cuando las ansiedades son excesivas y cuando la capacidad innata del niño para procesar los estímulos y las ansiedades está deteriorada, la búsqueda de objetos puede verse comprometida. En casos extremos,

este estado de ansiedad puede provocar un retraimiento y paralizar el desarrollo psíquico. Melanie Klein allanó el camino para una comprensión más profunda de la realidad psíquica con el descubrimiento pionero de las ansiedades esquizoparanoideas y depresivas, los mecanismos de defensa concomitantes y la constante interacción caleidoscópica y no lineal entre ellas (lo que ella denominó posiciones). Si bien las ansiedades esquizoparanoideas y depresivas se localizan en un objeto o parte del objeto y se dirigen a él y, por lo tanto, necesitan un sentido rudimentario del yo o parte del yo, nuestra experiencia acumulada con bebés gravemente autistas, autista-psicóticos y esquizofrénicos ha revelado que hay capas aún más primitivas y arcaicas de ansiedades inconsientes en las que la percepción y la experiencia, tanto del yo como del objeto, a menudo no se desarrollan. Frances Tustin (1981, 1987 y 1990) fue la primera en darse cuenta de que los bebés que son constitucionalmente hipersensibles, hiperpermeables e hipervulnerables a menudo no logran establecer un sentido de una entidad coherente, integrada, sólida, continua, bien definida, delimitada y tridimensional que existe en el tiempo y el espacio. Como bien demostró Suzanne Maeillo (2021), estos bebés no sienten que tienen un cuerpo, o algún cuerpo, por lo que no son nadie, no tienen a nadie (objeto) y no están en ninguna parte. Esta sensación de “nada” (o “nowhere-ness” en Durban, 2017a) se ve fuerte-

mente afectada por lo que podría llamarse “ansiedades de ser”: caer de manera constante, hacerse pedazos, quemarse, congelarse, licuarse, disolverse, no tener piel o tener una piel llena de agujeros, no tener sentido del tiempo ni del espacio y existir en un mundo unidimensional o bidimensional. Estas ansiedades se experimentan de forma muy concreta y corporal y, como consecuencia, cualquier interacción con el mundo interno o externo, mediada por un objeto, es extremadamente traumática.

Un estrato aún más primitivo de ansiedades inconsientes no se localiza en el cuerpo fragmentado. Estas “ansiedades osmóticas”, descritas por primera vez por Rosenfeld (1987) como una “presión osmótica” intrauterina ejercida por el material tóxico inconsiente materno que se infiltra en el feto indefenso, se experimentan como si estuvieran en todas partes y, a la vez, en ninguna. No son detectables ni en el objeto ni en el self. Para complicar aún más las cosas, a menudo se da el caso de que un paciente particular podría moverse a lo largo de todo un espectro de ansiedades que van desde las ansiedades esquizoides depresivas y paranoideas, mejor desarrolladas y diferenciadas, hasta las “angustias-de-ser” del autismo e incluso las ansiedades osmóticas. En este trabajo (2019) he mostrado cómo, en el curso de un análisis, un paciente puede fluctuar entre ansiedades psicóticas y autistas de manera a menudo confusa. Esto plantea grandes desafíos teóricos y técnicos para

mente afectada por lo que podría llamarse “ansiedades de ser”: caer de manera constante, hacerse pedazos, quemarse, congelarse, licuarse, disolverse, no tener piel o tener una piel llena de agujeros, no tener sentido del tiempo ni del espacio y existir en un mundo unidimensional o bidimensional. Estas ansiedades se experimentan de forma muy concreta y corporal y, como consecuencia, cualquier interacción con el mundo interno o externo, mediada por un objeto, es extremadamente traumática.

Un estrato aún más primitivo de ansiedades inconsientes no se localiza en el cuerpo fragmentado. Estas “ansiedades osmóticas”, descritas por primera vez por Rosenfeld (1987) como una “presión osmótica” intrauterina ejercida por el material tóxico inconsiente materno que se infiltra en el feto indefenso, se experimentan como si estuvieran en todas partes y, a la vez, en ninguna. No son detectables ni en el objeto ni en el self.

Para complicar aún más las cosas, a menudo se da el caso de que un paciente particular podría moverse a lo largo de todo un espectro de ansiedades que van desde las ansiedades esquizoides depresivas y paranoideas, mejor desarrolladas y diferenciadas, hasta las “angustias-de-ser” del autismo e incluso las ansiedades osmóticas. En este trabajo (2019) he mostrado cómo, en el curso de un análisis, un paciente puede fluctuar entre ansiedades psicóticas y autistas de manera a menudo confusa. Esto plantea grandes desafíos teóricos y técnicos para

¹ Joshua Durban (2019) “Making a person”: Clinical considerations regarding the interpretation of anxieties in the analyses of children on the autisto-psychotic spectrum, *The International Journal of Psychoanalysis*, 100:5, 921-939, DOI: 10.1080/00207578.2019.1636254.

By permission of Taylor & Francis Ltd., <http://www.tandfonline.com> on behalf of Institute of Psychoanalysis.

² Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en inglés.



El paciente puede recurrir a diversas organizaciones defensivas o “mantos” concretos cuya función principal es aliviar estas ansiedades creando “envolturas” fisiometales.

el analista. Un elemento básico de la técnica kleiniana clásica, que sigo considerando verdadero y pertinente, es tratar y detectar la ansiedad más profunda y primitiva en cada momento de la sesión e interpretarla en su propio lenguaje, en su punto de máxima urgencia. Sin embargo, debido a la naturaleza desconcertante, concreta y a menudo presimbólica de estas ansiedades tempranas y al rápido movimiento entre varios niveles de ansiedad que caracterizan a los pacientes autistas o con núcleos de autismo, la tarea del analista se vuelve realmente difícil.

Además, el paciente puede recurrir a diversas organizaciones defensivas o “mantos” concretos cuya función principal es aliviar estas ansiedades creando “envolturas” fisiometales. Este proceso de *mantelamiento* (*Mantling* en el original, Durban, 2017b) supone cubrirse con diversas defensas artificiales, que al principio son muy corporales y concretas, como en el caso de los objetos autistas y las formas sensoriales autistas. A medida que avanza el análisis, estos mantos se componen de trozos que se anexan (Rhode, 2012) de las capas externas del analista o del cuidador y cuya función es alejar cualquier contacto real con el objeto. Lo que en principio parece ser

una comunicación es, en realidad, una pseudocomunicación, o lo que puede describirse como un falso self autista. Estos mantos anexos son de naturaleza adhesiva, imitativa y obsesiva y, por lo tanto, no pueden describirse como contenedores adecuados y ni se interiorizan ni se identifican. Estas organizaciones defensivas autistas a menudo se alternan con organizaciones psicóticas mejor desarrolladas o repliegues psíquicos, descritos por Steiner (1993 y 2011), y el paciente puede oscilar constantemente entre esas organizaciones defensivas, sirviendo cada estructura defensiva como defensa contra la otra. Estas ansiedades arcaicas sufren una modificación considerable en el curso de los psicoanálisis de los pacientes autistas o autista-psicóticos. Sin embargo, se trata de un territorio todavía poco explorado y, por tanto, de un reto para seguir explorando y comprendiendo.

LOS RIESGOS DE LA EVOLUCIÓN AUTISTA EN EL CURSO DEL PSICOANÁLISIS

No es frecuente tener la posibilidad de acompañar a los niños con Trastorno del Espectro Autista hasta su edad adulta dentro de un proceso psicoanalítico intensivo en curso. Cuando lo hacemos,

podemos ser testigos, una y otra vez, de cómo el proceso de cambio, por difícil que sea para todos, lo es especialmente para el niño autista-psicótico (Durban, 2017b y 2019). Noam, otro paciente adulto joven, me ha preguntado varias veces en el último año: “¿Quién te pidió que me curaras? ¡Yo no lo quería! Nadie me preguntó. Estaba mucho mejor siendo autista que este continuo y horrible dolor de vivir al que ahora estoy sometido”. He escuchado quejas similares de otros pacientes a los que he analizado durante muchos años desde pequeños.

Picasso decía que todo acto de creación es primero un acto de destrucción. El cambio es la creación de nuevas formas relacionadas internamente y para el niño con TEA esto se experimenta concretamente como la destrucción de la organización defensiva patológica autista, encapsulada y sin esperanza a la vista. Por lo tanto, el niño destruye la posibilidad de cambio para no ser destruido por él. Esto plantea una cuestión interesante sobre el papel de la pulsión de muerte en los fenómenos autistas y el peligro de la difusión de las pulsiones implicadas en el singular proceso de cambio de estos pacientes. Cuando salen de sus caparazones autistas, la pulsión de muerte plantea una suerte de “suicidio mental”. Es decir, ofrece un repliegue regresivo hacia el sinsentido y la desconexión de los objetos internos precariamente establecidos, así como de las emociones asociadas a la formación de relaciones estables con ellos.

La “creación” autista en el proceso de emerger, por lo tanto, se compone principalmente de defensas contra el cambio y contra el contacto, tanto con el mundo interno, como con el del analista como alguien diferente. Nuestros pacientes prefieren muy a menudo la seguridad monocromática, unidimensional o bidimensional de sus propios retraimientos autogenerados, en lugar de la colorida complejidad y la creatividad real de varios estados afectivos relacionados con el objeto. *Creo que esta “ceguera afectiva” a menudo refleja, y se refleja, en las dificultades sensoriales y la fragmentación que encontramos en tales pacientes* (Durban, 2019). Una pequeña

con TEA me dijo una vez: “No quiero vivir en el mundo de los colores. Sólo quiero blanco sobre blanco o negro sobre negro”. Cuando se atrevió a adentrarse en el “país de los colores”, se integró mejor en sus capacidades sensoriomotrices y mostró también un desarrollo en sus capacidades emocionales y de apego. Se obsesionó con los cuadros de Caravaggio y, como ellos y a través de ellos, fue capaz de experimentar y expresar los colores del amor, el miedo, los celos y el anhelo contra la oscuridad de fondo de la separación y la pérdida. Sin embargo, es interesante observar que a lo largo de su desarrollo en el análisis se mantuvieron constantes una serie de factores: *su preferencia por los modos concretos y sensoriales frente a los psíquicos; su omnipotencia; su uso intensivo de mecanismos obsesivo-compulsivos (que, con su omnipotencia, formaban parte de su defensa maníaca) y, por último, una fascinación por los modos perversos de relación con los objetos. Volveré sobre estos factores al tratar el caso de Rafael, demostrando que, incluso con algunas modificaciones limitadas, estas dinámicas persisten obstinadamente.*

El cambio para el niño con TEA implica dejar la seguridad -por patológica y delirante que sea- del encapsulamiento y la organización autista para tener que soportar *un intenso desbordamiento de “ansiedades-de-ser” y ansiedades osmóticas.* En la fase inicial de la salida del repliegue autista primario nos encontramos principalmente con las ansiedades relacionadas con perder la piel, perder la forma, licuarse, quemarse, congelarse, fragmentarse en pedazos, perder la orientación, no tener conexión con el cuerpo y caer para siempre. Sin embargo, cuando se alcanza una medida de diferenciación del objeto propio, el niño experimenta una mezcla de ansiedades arcaicas junto con otras psicóticas más desarrolladas, como invadir el objeto y ser invadido por él, devorar y ser devorado, mutilar, robar, poseer, envenenar y ser envenenado. En otras palabras, el niño experimenta todas las ansiedades típicas de la posición esquizoparanoide descrita por Melanie Klein, que se entremezclan con las primitivas más autistas.

En consecuencia, es muy difícil para el analista anticipar -y muy a menudo tratar con- la variedad de estructuras patológicas defensivas que el paciente “crea”. Hay un movimiento de ida y vuelta entre diferentes niveles de ansiedad y diferentes niveles de identificaciones y organizaciones: las autísticas basadas en la identificación adhesiva u osmótica; la identificación proyectiva y, ocasionalmente, incluso la internalización completa. Es una tarea interminable reconocer qué tipo de ansiedad se está experimentando en cada momento y tratarla e interpretarla en su propio lenguaje.

Otro problema que se da ampliamente es que muy pocos niños son capaces de mantener sus análisis en la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta. Por lo tanto, tenemos mucho que explorar en cuanto a su desarrollo a medida que crecen. Por ejemplo, ¿qué tipo de equilibrio podrían alcanzar entre los rasgos saludables del desarrollo y las consolidaciones patológicas? ¿Cuál sería la naturaleza de sus objetos internos y de las fantasías inconscientes que los acompañan?

En Israel tenemos la suerte de haber realizado bastantes análisis a largo plazo de pacientes autistas. Por lo tanto, estamos tratando de acumular más información sobre los temas, las dinámicas y los problemas más destacados que se plantean. El caso que presentaré demuestra muchos de esos aspectos.

En los tres años transcurridos desde la publicación del presente trabajo, he podido profundizar en la comprensión de la evolución de los pacientes autístico-psicóticos en los análisis intensivos. El recorrido de estos pacientes pasa típicamente por *tres etapas principales: encapsulamiento autista; organización defensiva autística-psicótica y, finalmente, organización patológica autística-maníaca-perversa, con severas defensas obsesivo-compulsivas que le ayudan a protegerse de los dolores y ansiedades de la alteridad y la dependencia.*

En el recorrido de este paciente es central lo que Irma Brenman Pick (comunicación personal) ha llamado *“el dilema de la cura”*, es decir, *aceptar la cura ofrecida por el analista por encima*

de su propia cura autista autogenerada y omnipotente. Creo que este dilema puede deteriorarse hasta llegar a un punto muerto que puede incluso dar lugar a una reacción terapéutica negativa. Sin embargo, si tenemos en cuenta las profundas ansiedades del paciente en relación con el cambio y, al mismo tiempo, nos relacionamos con su agresividad, destructividad y necesidad omnipotente-perversa de una nueva estructura protectora, podrían surgir algunos cambios adicionales y benignos relacionados con el objeto. Esto exige que el analista reconozca abiertamente su responsabilidad por la angustia y el dolor que está causando al paciente con su “cura” analítica.

Me recuerda a Bion (1976), quien dijo: *“tardé mucho tiempo en darme cuenta de que la experiencia real de ser psicoanalizado era traumática y se necesita mucho tiempo para recuperarse de ella”.* De hecho, el proceso de salir del aislamiento a la soledad y adquirir cierta conciencia de la situación patológica básica puede resultar bastante traumático tanto para el paciente como para el analista. Joshua DURBAN (2021)

RESUMEN

En el curso del tratamiento psicoanalítico, algunos niños diagnosticados inicialmente de Trastorno del Espectro Autista (TEA) acaban oscilando a lo largo de un espectro autístico-psicótico. Este subgrupo, o espectro, se caracteriza por una mezcla de ansiedades esquizoparanoideas y “ansiedades-de-ser” autísticas menos diferenciadas, por lo que se les podría describir como autistas limítrofes. Un factor crucial en los análisis de estos niños resulta ser la interpretación de la ansiedad inconsciente. Éstas se caracterizan por una afluencia abrumadora de ansiedades entremezcladas. Por lo tanto, la difícil tarea del analista es tratar de rastrear la ansiedad dominante y prioritaria e interpretarla en su propio “lenguaje”. Es útil interpretar y mostrar al niño cómo el repliegue autista sirve contra una mayor fragmentación y la forma en que la fragmentación evita experimentar las paralizantes angustias-de-ser. Es más, los diferentes estados de ansiedad requieren diferentes consideraciones y

recursos técnicos, sobre todo cuando el tipo de ansiedad está relacionado con los estados desintegrados o no integrados del cuerpo. A fin de demostrar la dinámica interna y los desafíos técnicos involucrados en el trabajo con el espectro autístico-psicótico, se presenta material clínico proveniente del análisis de cinco veces por semana de un niño al que se le diagnosticó en un inicio TEA y, más tarde, esquizofrenia infantil.

ARTÍCULO

Durante los últimos 88 años, los psicoanalistas, empezando por Melanie Klein (1930), tuvieron la suerte de construir una cantidad significativa de conocimiento gracias a su trabajo pionero con pacientes infantiles psicóticos y autistas. Un tema recurrente en estos hallazgos es el papel central de la ansiedad inconsciente en la formación y sintomatología de los estados autistas. Los analistas descubrieron que, junto a las ansiedades más organizadas y sus mecanismos de defensa concomitantes, que podrían ser clasificadas como borderline o psicóticas, existen conjuntos más primitivos de ansiedades y defensas pertenecientes a los estados autistas (Winnicott, 1952; Tustin, 1972, 1981, 1987 y 1990; Meltzer, 1974 y 1975; Levine y Power, 2017). Por tanto, para parafrasear la diferenciación de Bion entre las partes psicóticas y no psicóticas de la personalidad (1957), podemos ampliar nuestro trabajo para incluir la interacción entre los aspectos autistas, psicóticos y no psicóticos, a menudo superpuestos, en estos pacientes. Si queremos aplicar los ingentes conocimientos obtenidos por los psicoanalistas kleinianos sobre la centralidad de las relaciones de objeto, la ansiedad y la fantasía inconsciente en el autismo (Rhode, 2018) y el trabajo pionero realizado simultáneamente por los psicoanalistas franceses sobre el papel de las estructuras psicóticas, las estructuras pre-psicóticas y las estructuras de déficit, el papel de la corporalidad, del lenguaje y del deseo del otro en la creación y destrucción del desarrollo del bebé (Lacan, 1966; Haag, 1993 y 1997; Bursztejn et al., 2003; Lechevalier, 2003; Houzel, 2004 y 2018; Laznik, 2007 y 2013), debemos considerar que estos

descubrimientos conllevan implicaciones clínicas importantes y de largo alcance.

Cualquier expansión de nuestro enfoque psicoanalítico, sin embargo, nos enfrenta a numerosos desafíos diagnósticos, teóricos y técnicos. Ese es especialmente el caso cuando trabajamos con niños y adultos que muestran una mezcla de ansiedades autistas y psicóticas en lo que podría llamarse el espectro autístico-psicótico. Por tanto, los analistas se enfrentan a la complicada tarea de intentar integrar los conocimientos adquiridos tanto en la escuela kleiniana como en la francesa en su trabajo clínico diario. Mi objetivo en este artículo es demostrar cómo se puede lograr dicha integración tratando de seguir los diversos niveles de ansiedad, a menudo confusos y entrelazados dentro de la sesión, y tratando de hablar su idioma.

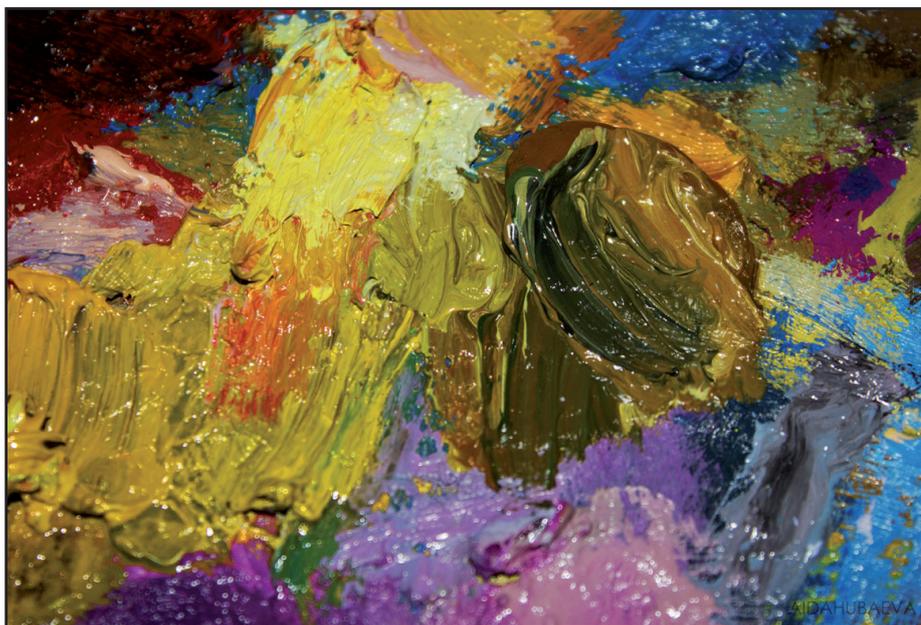
EL ESPECTRO AUTÍSTICO-PSICÓTICO Y LA RETIRADA PSÍQUICA AUTISTA

Un número considerable de los niños a los que hoy en día se les diagnostica un Trastorno del Espectro Autista (TEA) a menudo revelan, en el curso del tratamiento psicoanalítico, que padecen realmente una combinación de ansiedades autistas y psicóticas, defendidas y enmascaradas por una organización patológica autista. La organización patológica descrita por Steiner (2011 y 1993) como un conjunto rígido, casi impenetrable, de defensas narcisistas sirve como una doble protección. Por un lado, frente a las ansiedades persecutorias esquizoparanoideas con respecto al objeto y, por el otro, frente a las inevitables ansiedades y dolor psíquico implicados en el reconocimiento depresivo de la realidad y la pérdida. La retirada psíquica autista, sin embargo, es no-simbólica, corporal, muy concreta y observable, debido a la alteración en la formación del símbolo y la regresión a la ecuación simbólica (Segal, 1957). Se caracteriza por sentidos con hipercatexia, escisión inadecuada o fallida y fragmentación tanto del yo como del objeto. La organización patológica autista sirve como un contenedor concreto de una constitución frágil, que está plagada de varios déficits y, por lo tanto, a menudo tiene una orientación simbiótica

(Bleger, 2013). Además, los múltiples déficits en el desarrollo de estos niños crean círculos viciosos entre padres e hijos de proyecciones y contraproyecciones de desesperación, depresión y contenido psíquico no mentalizado (Alvarez, 1992; Durban, 2014). Este círculo vicioso se representa a menudo en el análisis y se proyecta en los objetos internos del analista (Brenman Pick, 1985) y en su cuerpo. Esto crea un vaivén emocional desconcertante y a menudo abrumador, tanto en el paciente como en el analista, entre la desesperación y la esperanza (Durban, 2014).

La retirada psíquica autista se crea a través de una fantasía inconsciente de “mantelamiento” activo a partir del objeto (Durban, 2014 y 2017a) y de anexar con fuerza sus capas externas (Rhode, 2012a) como defensa contra el “desmantelamiento”, es decir, un desmoronamiento pasivo de los tejidos conectores de la psique (Meltzer, 1974 y 1992). El mantelamiento, que es la búsqueda frenética de refugios corporales concretos y sensoriales, protege al niño del miedo a desmoronarse, disolverse, perder la forma, congelarse, quemarse, asfixiarse, caerse; perder su membrana, su sentido de cohesión y de orientación. Entonces, el niño actúa de forma concreta esa fantasía inconsciente cubriéndose con objetos autistas y formas sensoriales y así, en la fantasía, evita la relación, la comunicación y una realidad insoportable (Tustin 1981 y 1990). La retirada psíquica autista tiene dos fases. Aparece inicialmente como encapsulamiento autista en las partes del cuerpo o en objetos inanimados. A medida que avanza el análisis, aparece como un mantelamiento más desarrollado cuando el niño, como un caracol, comienza a emerger de su encapsulamiento primario solo para retirarse nuevamente a su refugio. Sin embargo, en este mantelamiento secundario el refugio se construye con la ayuda de partes vitales anexas que pertenecen a un objeto vivo.

En el curso del psicoanálisis de niños con TEA, es importante intentar distinguir entre las diferentes formas de retiradas psíquicas autistas e interpretar en consecuencia. La retirada autista prima-



La "creación" autista en el proceso de emerger, por lo tanto, se compone principalmente de defensas contra el cambio y contra el contacto, tanto con el mundo interno, como con el del analista como alguien diferente.

ria de la encapsulación es corporalmente sensorial, concreta, utilizando objetos autistas y formas sensoriales. Se caracteriza por una confusión masiva entre el yo y el objeto como defensa contra la diferenciación del objeto y su correcta internalización. La retirada psíquica secundaria del mantelamiento implica el comienzo de la percepción del objeto y la relación. El encapsulamiento primario protege al niño del terror sin nombre y de la aniquilación catastrófica que sigue a la falta de sentido suficiente del "cuerpo-como-una-madre-segura" (Durban, 2017b). El mantelamiento secundario protege contra el cambio catastrófico y el dolor psíquico en una realidad naciente de dependencia, efimeridad y alteridad. El objeto, en lugar del cuerpo en el caso de la encapsulación primaria, se convierte en el agente traumatizante. La retirada encapsulada primaria aleja las "ansiedades-de-ser" y paraliza el movimiento hacia ansiedades paranoides. La retirada del mantelamiento secundario impide el movimiento hacia angustias depresivas y duelo. Así, estos dos tipos de organizaciones defensivas autistas detienen trágicamente no solo las fluctuaciones entre ansiedades paranoides y depresivas y la posibilidad de equilibrio

psíquico (Joseph, 1978 y 1989), sino que sobre todo se paralizan los flujos entre las "ansiedades-de-ser" y las ansiedades paranoides.

Klein (1952) describió la constante interacción y fluctuaciones entre diferentes constelaciones de ansiedades frente a los objetos internos y externos, acompañadas de mecanismos de defensa típicos y fantasías inconscientes. Con el fin de resaltar la naturaleza no lineal de estas interacciones, las conceptualizó como posiciones más que como fases o etapas. La comprensión de Klein sobre el constante movimiento de vaivén entre diferentes situaciones de ansiedad ha sido más tarde investigada, descrita y desarrollada por sus seguidores. Llegaron a entender que el proceso de desarrollo mental consiste en la capacidad de contener, tolerar y modificar estas diversas situaciones de ansiedad que interactúan, para que el pensamiento, la creatividad y la integración (Bion, 1963), el sentimiento, el equilibrio emocional y la prueba de la realidad (Joseph, 1978 y 1989) puedan evolucionar. Además, los movimientos necesarios hacia estados temporales de desintegración se vieron no solo como una defensa contra la integración, sino como una parte inevitable

del desarrollo (Bion, 1963). Simultáneamente, se descubrió que estados depresivos aparentemente más organizados del ser eran organizaciones defensivas contra el cambio por todo el dolor psíquico y el despertar adicional de ansiedades que provoca (Steiner, 1987; Britton, 1998). Desde una perspectiva clínica, Brenman Pick (2018) describe las dificultades que encuentra el analista al tratar de "unir las cosas" cuando se enfrenta a estas oscilaciones entre las diferentes posiciones. Ella señala la importancia del momento de la interpretación y la naturaleza dolorosa del proceso tanto para el analista como para el paciente mientras luchan contra los aspectos homicidas, la envidia, los celos y la culpa. En el caso del niño autístico-psicótico, este movimiento oscilante es constantemente atacado debido a la afluencia de ansiedades corporales arcaicas de ser y a los intentos fallidos de escisión binaria. Esto interfiere trágicamente con el surgimiento del pensamiento, el sentimiento y la transformación.

Como describe Brenman Pick (1985), la forma de abordar estas ansiedades inconscientes y "unirlas" es interpretándolas para el paciente, proporcionándole así una red de significado, pensamiento, relación con el objeto y facilitando funciones de retención y contención. En el caso del niño autístico-psicótico, el mismo acto de interpretación también le rescata de su aislamiento extremo y debilitante o de su soledad devastadora. Sin embargo, la principal dificultad con estos niños no es sólo decidir el momento adecuado para la interpretación, sino también seleccionar el nivel apropiado de interpretación para unos estados caracterizados por la confusión masiva, la falta de diferenciación del objeto propio (Alvarez, 2012) y los procesos deteriorados de identificación (Rhode, 2005). La interpretación a menudo se hace difícil, sino imposible a veces, debido a la intensa identificación adhesiva y a la congelación de las asociaciones libres del analista. Estas se equiparan con la propia experiencia del niño de ser congelado, con las amenazas de las relaciones sexuales de los padres para crear un bebé

y con el horror autista de la desintegración corporal. Por lo tanto, los movimientos mentales del analista resuenan en el miedo del niño de que el movimiento, ya sea físico o mental, signifique perder partes del cuerpo y eso debe evitarse a toda costa (Rhode, 2015).

La patología manifiesta en el niño con espectro autístico-psicótico es principalmente autista. Consiste en la retirada y en “el cierre” de la mente contra la separación, la fragmentación y el caos, iniciada por la pulsión de muerte. En el curso del psicoanálisis de estos niños, a menudo somos testigos de la apertura de la impenetrable y obsesiva organización defensiva autista y de la aparición de vívidos materiales psicóticos. Esto indica una diferenciación del self-objeto subyacente, previamente enterrada, mejor desarrollada, una mejor capacidad para separar mecanismos e, incluso, un pensamiento simbólico. A continuación, el niño erige una segunda línea de defensa en forma de mantelamiento secundario. Oscila entre las dos formas de mantelamiento y el desarrollo se ve seriamente comprometido. Sin embargo, en los análisis de niños que son principalmente autistas, tal movimiento es raro y aparece, si es que aparece, mucho más tarde en el análisis.

Haag (1993) nos proporciona una mayor comprensión de estas condiciones. Ella escribe: “En mi experiencia, esos niños autistas encapsulados que emergen de su armadura parecen hacerlo en etapas transitorias bastante largas y siguiendo una de las dos pistas principales ... ya sea hacia la obsesión post-autista o de una manera más bulliciosa, llamada psicótica o esquizofrénica y, en todo caso, con una simbiosis hiper penetrante, que es bastante destructiva”.

Ella intenta diferenciar entre los elementos esquizo-frenogénicos caracterizados por una explosión en escisiones diminutas y aquellos elementos derivados de problemas maníaco-depresivos, caracterizados por una identificación proyectiva no explosiva que utiliza los diferentes compartimentos corporales con el propósito de re-penetración y co-excitación sexualizada.

Este intento de diferenciar entre esquizofrenia infantil, autismo y psicosis tiene raíces históricas. Melanie Klein estaba luchando con este problema mientras analizaba a su paciente Dick (Klein, 1930), a quien diagnosticó a regañadientes con esquizofrenia infantil. Aunque hoy a Dick se le hubiera diagnosticado con TEA, muy bien podría ser que Klein tuviera razón en cierto modo. Aunque en el momento del análisis de Dick no existía el diagnóstico de autismo, clínicamente hablando, Dick estaba mostrando una serie confusa de ansiedades y defensas autistas y psicóticas, relacionadas con una trágica historia de desarrollo de déficit y pérdida.

A lo largo de los años siguientes, se hicieron muchos intentos para aclarar las diferencias entre la esquizofrenia, la psicosis y el autismo desde los campos de la psiquiatría, el desarrollo y el psicoanálisis (Houzel, 2018; Rhode, 2018). Clínicamente, sin embargo, al analizar a un niño con síntomas autistas manifiestos, todavía nos enfrentamos a diario con la necesidad de comprender la naturaleza de sus ansiedades, defensas, fantasías inconscientes y relaciones de objeto.

Se podría argumentar que el problema actual es principalmente el de un diagnóstico inicial del niño inexacto o demasiado inclusivo, inspirado en los criterios psiquiátricos de TEA. Además, dicho diagnóstico está influenciado por muchas consideraciones políticas, financieras, sociales y farmacológicas. En Israel, por ejemplo, el número de bebés con TEA diagnosticados está en constante aumento y estos niños tienen derecho a un apoyo financiero considerable del gobierno y cuentan con excelentes servicios de tratamiento de orientación analítica desde una edad temprana. Este no es el caso de la psicosis infantil. Curiosamente, también hay menos estigmatización del autismo que en la psicosis, ya que esta última de alguna manera suscita más ansiedades conscientes e inconscientes.

Nuestra experiencia en Israel muestra que muchas veces la estructura subyacente del niño, inicialmente diagnosticado de autista, sólo se revela en

el curso del análisis. Ésta es una característica única y distintiva del análisis del niño: el niño no sólo se desarrolla, sino que de alguna manera se “crea” a medida que avanza el análisis. Así, a medida que progresa el análisis, a menudo hay oscilaciones entre el mantelamiento, es decir, la adquisición de algún tipo de contenedor, aunque a menudo concreto, falso, anexo o precario (Rhode, 2012a; Durban, 2014 y 2017a) y la psicosis. Estas constantes oscilaciones diferencian a los niños en el espectro autístico-psicótico de las situaciones más estables descritas por Haag (1993 y 1997), en las que los niños que emergen de estados autistas pueden moverse en la dirección de la esquizofrenia, la depresión maníaca o la obsesión; o por Tustin (1990), en su último libro, donde se dice que un subgrupo de niños usa “una camisa de fuerza autista” para controlar las ansiedades psicóticas (pero no al revés). Existe un movimiento de ida y vuelta constante, rápido y, a menudo, confuso entre emerger y retirarse, seguido de la formación de organizaciones patológicas autistas primarias y secundarias. Estos niños no son post-autistas, sino más bien, siguiendo el método francés de clasificación, autistas limítrofes: una “mezcla” de “ansiedades-de-ser” esquizoparanoides y autistas. Se mueven entre la fragmentación autista y la retirada caracterizada por la identificación adhesiva y la hipercatexia sensorial, y entre mecanismos psicóticos mejor formados, como la escisión y la identificación proyectiva. Estas organizaciones autistas limítrofes desafían las explicaciones etiológicas lineales. Houzel (2018) escribe: “No es fácil aceptar que uno no sabe cuál será la siguiente etapa o cuándo ocurrirá. Y, sin embargo, es la condición para dar cabida al aspecto procesual del desarrollo psíquico. No se trata de un desarrollo lineal, sino más bien de una evolución en forma de espiral que pasa por progresiones y regresiones. El equipo de cuidadores debe realizar un intenso trabajo de elaboración para evaluar correctamente esta evolución y evitar tomar una regresión necesaria como un signo de deterioro, o la aparición de un sufrimiento psíquico inevitable por un

brote de síntomas que deben ser reprimidos”.

Un artículo publicado recientemente por Larson et al. (2017) de la Universidad de Cambridge en la *British Journal of Psychiatry* aporta un importante apoyo basado en la investigación para la existencia de dicho subgrupo. Los autores afirman que puede haber un subtipo específico de TEA relacionado con la psicosis comórbida. Sus resultados indican que el espectro de enfermedades psicóticas que experimentan los adultos con TEA puede ser diferente al que experimentan aquellos sin un diagnóstico de TEA. Además, sugieren que sus observaciones apoyan la existencia de una vulnerabilidad subyacente del neurodesarrollo para desarrollar psicosis en algunas personas con TEA, impulsada quizás por un mecanismo genético aún no entendido, *agravado por tasas elevadas de depresión y ansiedad*.

El artículo de Larson et al. (2017) ha confirmado mis propias impresiones obtenidas durante muchos años de analizar a bebés, niños y adolescentes con TEA y supervisar muchos otros casos similares. Creo que hay, de hecho, dos espectros: uno es puramente autista y el otro es autístico-psicótico. La principal diferencia entre estos dos espectros radica en la naturaleza de las ansiedades y defensas involucradas. El niño en el espectro autístico-psicótico manifiesta una mezcla de ansiedades esquizoparanoideas y “ansiedades-de-ser” peor diferenciadas como: licuarse, disolverse, no tener piel o tener la piel llena de agujeros, congelarse, arder, perder el sentido del tiempo y espacio y existir en un mundo bidimensional. El niño autista muestra principalmente la última. La aparente superposición de estos dos espectros, o el ensombrecimiento de la estructura psicótica por las defensas autistas y viceversa, a menudo conduce a una confusión teórica y clínica y a un uso excesivo del lenguaje diagnóstico fenomenológico-psiquiátrico en lugar del psicoanalítico.

ALGUNAS CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Al analizar a un niño en el espectro autístico-psicótico, experimentamos fluctuaciones constantes entre los diferentes

niveles de ansiedades, defensas y de diferenciación e integración del self-objeto. Así, podemos encontrar en el mismo niño, y a menudo en la misma sesión, estados de ansiedad que van desde arcaicas “ansiedades-de-ser” a ansiedades más claramente definidas respecto a las relaciones de objeto de tipo esquizoparanoide y depresivo e, incluso, algunas formas rudimentarias de ansiedades edípicas autistas (Rhode, 2012b). Las ansiedades psicóticas podrían encubrir y unir primitivas ansiedades-de-ser, mientras que estas últimas podrían servir como un refugio de las ansiedades psicóticas. Estas dinámicas están incorporadas en fantasías inconscientes características de los primeros estados mentales patológicos.

Anne Alvarez (2012) propone pensar en estos estados primitivos a través de los diferentes niveles de significado, correspondientes a diferentes niveles de integración del self y del objeto. Dicha comprensión, afirma, requiere diferentes niveles de interpretación que van desde el modo explicativo superior, pasando por el modo descriptivo y hasta lo que ella llama el modo vitalizante. Si bien estoy de acuerdo con lo que ella describe, me he dado cuenta, a lo largo de muchos años de trabajar con tales estados, que la clave para comprender al niño y para la creación de un significado compartido reside principalmente, en mi opinión, en la adhesión al principio kleiniano (1932, 1948 y 2017) de detectar las ansiedades más urgentes y profundas y en su interpretación en lo que podría describirse como su propio “lenguaje” o sintaxis (Amir, 2014). Sin embargo, esto exige no sólo una más amplia comprensión de la naturaleza de estas ansiedades más profundas, sino también de lo que realmente definimos como interpretaciones.

Deseo compartir algunas observaciones obtenidas de mi experiencia en el análisis de uno de esos niños cuando, a menudo de manera intuitiva y sin saberlo, he encontrado la necesidad de moverme entre esas diferentes formas de ansiedad y modos de interpretación. Esto implicó recurrir a breves interpretaciones muy primitivas, concretas y fragmentadas para establecer un contacto inmediato con esas profundas ansiedades incons-

cientes del niño retraído, fragmentado, pre-corporal, no verbal y pre-simbólico (Durban, 2014). Estas *interpretaciones en acción* (Ogden, 1994; Durban, 2014 y 2018; Pollak, 2018) o *realizaciones presimbólicas* (Sechehaye 1970) indican una contratransferencia especial en el analista y asumen diferentes formas: verbal, no verbal y en ocasiones un acto concreto. No pueden calificarse como juego simbólico, pero pueden considerarse como una actuación dentro y fuera de las sesiones y como una desviación de la técnica tradicional. Sin embargo, creo que forman parte inevitable de la técnica psicoanalítica necesaria al tratar estados mentales tan inalcanzables. De hecho, estos momentos son familiares para los psicoanalistas infantiles y están incorporados de manera más tradicional a su técnica de juego. No obstante, hay otros momentos que no pueden considerarse juegos simbólicos, ya que el nivel de diferenciación self-objeto y la capacidad de representación del niño aún no se ha desarrollado, o ha sido atacada o destruida. De esta manera, algunos aspectos de la mente rota del niño podrían volver a ensamblarse, repararse y, a veces, incluso crearse virtualmente mediante un “implante de objeto analítico”, es decir, presentando al analista como un objeto nuevo y concreto que puede sustituir los déficits del desarrollo (Durban, 2017b). Creo que uno de nuestros principales desafíos como psicoanalistas hoy en día es modificar y aplicar estos cambios entre varios tipos de interpretaciones en nuestro trabajo con pacientes adultos que muestran, momentáneamente o durante períodos prolongados, los mismos o similares estados de ser.

RAFAEL

Rafael es un chico de catorce años que ha estado en un análisis de cinco sesiones por semana conmigo desde que tenía nueve años. Me fue derivado por un colega de otro país. La madre de Rafael es israelí y el padre, europeo. A los tres años le diagnosticaron un TEA de bajo funcionamiento. Mostraba todos los síntomas principales de tal diagnóstico: uso mínimo y bizarro del habla; falta de contacto visual; evitación de las personas, inclui-



Creo que hay, de hecho, dos espectros: uno es puramente autista y el otro es autístico-psicótico. La principal diferencia entre estos dos espectros radica en la naturaleza de las ansiedades y defensas involucradas.

dos sus padres; falta de coordinación e integración corporal; alternancia entre estados de laxitud y rigidez; agitación psicomotriz; autoestimulación mediante el uso de objetos autistas, formas sensoriales autistas y masturbación; rigidez y conductas repetitivas obsesivo-compulsivas; falta de juego; falta de empatía y de imaginación.

Rafael inició su primera psicoterapia en paralelo con terapia conductual y se le recetó medicación antipsicótica por sus arrebatos violentos. Por la época en que cumplió cinco años, se habían dado pocas mejoras; de hecho, su estado parecía estar empeorando. Rafael tenía frecuentes rabietas violentas, que podían acabar en autolesiones ocasionales. Su agresividad también se materializó en ataques físicos contra su madre y su hermano menor (nacido cuando Rafael tenía cuatro años). Su habla se desarrolló de manera lenta y extraña, principalmente gritaba pidiendo comida, el baño y la televisión. Tras la aparición del habla, los padres se dieron cuenta de que estaba alucinando. Explicaba haber visto varias formas y colores, veía el aire girando a su alrededor, veía agujeros en el suelo y en las paredes que parecían agrietarse y desmoronarse cada vez que él las tocaba. También se quejaba de ruidos fuertes y voces en su cabeza que le decían que se matara

a sí mismo y a su hermano. Aunque en ese momento estaba siendo vigilado de cerca en todo momento por sus padres y varios cuidadores, intentó varias veces tirarse por la ventana y trató de lastimar a su hermano, una vez asfixiándolo con una almohada y otra vez ahogándolo en el baño.

Los análisis neurológicos no indicaron nada. En ese momento, los desolados padres accedieron a ingresarlo en un pabellón de un hospital psiquiátrico para niños, donde le diagnosticaron esquizofrenia infantil. Este diagnóstico dio como resultado que Rafael recibiera una dosis máxima de medicación antipsicótica, después de lo cual se retiró a un estado catatónico y autista. Ambos padres buscaron ayuda ya que estaban muy deprimidos y ansiosos. Percibieron el diagnóstico de Rafael como una especie de “sentencia de muerte” para el niño. En la entrevista inicial con ellos, me llamó la atención el uso de esta expresión, en lugar de decir, por ejemplo, “una cadena perpetua”; como se comprobó, esa elección de palabras no fue casual.

Los abuelos de ambos lados ejercieron una gran presión sobre los padres para que Rafael ingresara en una institución especial para niños con enfermedades mentales, alegando que arruinaría la vida de toda la familia, ya que obvia-

mente era ingobernable en casa. Hubo varios casos de enfermedades mentales en ambas ramas de la familia de Rafael. El hermano gemelo de la madre se suicidó después de ser desmovilizado del ejército israelí, donde sirvió como oficial de alto rango en las unidades de combate. Se dijo que su hermano fue “envenenado por el ejército”, que es una expresión israelí que se usa para describir la admiración y la devoción extrema por las acciones militares. El padre de la madre murió de cáncer mientras ella estaba embarazada de Rafael. Por lo tanto, el niño nació dentro y fuera de un útero familiar saturado de muerte, con todas sus manifestaciones psicogenéticas hereditarias, internas y externas (Durban, 2011). Un dolor complicado y un duelo atrofiado eran compañeros sombríos constantes para Rafael y su familia.

Los padres, que entre tanto iniciaron la psicoterapia psicoanalítica, insistieron en mantener a Rafael en casa. Se turnaron para quedarse con él e iniciaron la educación en casa. Ambos describieron a Rafael como adorable a pesar de sus enormes dificultades. Por varias cosas que dijeron durante nuestras entrevistas iniciales, quedó claro que Rafael tenía una triple función inconsciente para los padres: era un niño-corcho que se suponía que debía llenar el vacío creado por la pérdida; un niño-tubería en el que la madre proyectaba sus materiales tóxicos no mentalizados (elementos beta) convirtiéndolo así en una tubería abierta con fugas. Rafael sufría a menudo episodios de vómitos y diarrea. Además, ambos padres estaban tratando de reparar algo a través de él y así lidiar con sus numerosas pérdidas y dolor.

La madre decidió que quería volver a Israel para estar más cerca de su propia madre y del resto de su familia. También quería proporcionar psicoanálisis a Rafael. No es que ella creyera especialmente en el psicoanálisis o supiera mucho sobre él, pero una amiga de la infancia tenía una niña autista que había estado en análisis conmigo y se había beneficiado de ello. También se enteró de la posibilidad de obtener un considerable apoyo económico del gobierno israelí para el tratamiento de Rafael (a través del Servi-

cio Nacional de Salud y el Ministerio de Defensa). Fue entonces cuando la familia se puso en contacto conmigo y, siguiendo mi consejo de que Rafael empezara el análisis, toda la familia se mudó a Israel. Así que, además de la presión obvia que ejercía sobre mí la patología de Rafael y las escasas posibilidades de cura, también estaban las intensas idealizaciones y expectativas de la familia en el tratamiento.

Al comienzo del análisis, me sorprendió gratamente la cooperación de Rafael. También me animó la presencia de ansiedades edípicas tempranas relacionadas con la rivalidad y competencia con su hermano y la posesividad envidiosa hacia la madre. Aunque incomprensible, bastante inmanejable y retraído la mayor parte del tiempo, Rafael ocasionalmente me contaba cosas³. No parecía saber cómo jugar. Durante las sesiones simplemente deambulaba por la habitación de manera agitada, haciendo ruidos ininteligibles, agitando sus brazos, rascándose violentamente, golpeándose la cabeza contra la pared y, a veces, corriendo hacia mí y tratando de mordirme o arañarme. A menudo, le vendaban las manos para evitar que se rascara y se mordiera, llegando a arrancarse trozos de piel. Otras veces se desplomaba en el suelo y se frotaba la saliva y la mucosidad por todo el cuerpo.

Llevaba consigo un juguete de Superman de plástico duro que, sobre todo, agitaba. En ese momento, lo tomé como su objeto autista, que le brindaba protección, pero bloqueaba la comunicación. Sin embargo, durante una sesión, Rafael mordió y finalmente sacó los brazos de Superman. Luego entró en pánico y murmuró, “reparar, reparar”, insertando diferentes materiales y otras partes rotas de otros juguetes en los agujeros creados por los brazos mutilados. Cuando esto falló, señaló el símbolo de Superman en la caja de juego y dijo “botón”, insistiendo en que presionara el botón e hiciera que Superman volviera a estar entero. La ansiedad de Rafael resonaba en mí sobre todo en forma de una profunda confusión. Al final logré interpretar esa confusión y dije: “Todo confundido. Rafael,

Superman, brazos, pecho, mamá, papá, muerto, vivo”. Rafael siguió presionando el botón y agarró mi brazo para que yo también lo hiciera. Entonces dije: “Rafael quiere que Joshua repare a Superman, repare a Rafael, repare a papá y mamá. Rafael mordió el botón del pecho de mamá y los papás hicieron pipí. Papá y mamá están enfadados y destrozan a Rafael. Ahora Rafael quiere volver a colocarlo en su lugar y quiere que Joshua le ayude. Rafael quiere volver a estar entero”. En ese momento había dos estados de ansiedad principales entremezclados. En un nivel autista profundo estaba la ansiedad de desmoronarse y filtrarse a través de lo que Rafael experimentaba como su cuerpo lleno de agujeros. Al mismo tiempo, estaba la ansiedad más claramente definida y relacionada con el objeto de Rafael que causaba daño al pecho y al pene a través de su agresividad y aidez, lo que resultaba en represalias y mutilación de su propio cuerpo. Para complicar aún más las cosas, percibí a Rafael también como un “niño-tubería” abierto y con fugas (Durban, 2018), a través del cual perduraban las proyecciones y traumatismos de las generaciones anteriores. Desde esta perspectiva, el juguete de Superman destruido también representaba a su tío materno, el héroe soldado que se suicidó. Debido a la naturaleza entremezclada de sus ansiedades, y de las defensas autistas primarias y secundarias empleadas contra ellas (su aislamiento en sus propios fluidos corporales, las vendas, el juguete duro de Superman), fue difícil para mí y, a menudo, bastante imposible de alcanzar la ansiedad adecuada e interpretarla.

El sadismo y la agresividad de Rafael, exacerbado por sus objetos persecutorios internos, atacados, fue desviado hacia el exterior, aunque de forma pasiva. Entraba y salía cojeando del consultorio pisando, como si no se diera cuenta, las jardineras de flores, arrancando hojas sin siquiera mirar sus manos, pareciendo estar totalmente inconsciente y distraído. Los juguetes se rompían con frecuencia y cada vez que se acercaba a mí sus manos se balanceaban y me golpeaban.

Rafael estaba aterrorizado y atemorizado por su propia destructividad y se sintió equiparado a un superyó omnipotente y mortal que reinaba de forma suprema. Pronto me presentó “cosas” secretas que eran muy malas, persecutorias y peligrosas. Esas “cosas” estaban compuestas por números pares e impares. Los números pares, especialmente el 2, el 4 y el 22, se consideraban buenos y protectores, aunque se equiparaban a un superyó sádico primitivo. Afirmaba que a menudo le quitaban el habla y le prohibían mirar a otras personas. Entonces se quedaba mudo y ponía los ojos en blanco para no ver ni ser visto por nadie. Los números impares 3, 5 y 7 eran particularmente crueles y perjudiciales. Los números 1 y 0 eran considerados muy buenos, ya que 1 era similar a 2 (“casi gemelos”, dijo) y 0 era una señal para él de relajarse y callar. Cuando estaba bajo la influencia del número 0, Rafael parecía catatónico e impenetrable.

En ese momento, mayoritariamente interpretaba el deseo simbiótico de Rafael de ser uno con su madre y conmigo, sin ninguna diferenciación ni oposición. Esto estaba representado por los números pares “gemelos”, que se replicaban entre sí. Cualquier amenaza de separación o de diferenciación era percibida como un ataque. Rafael entonces devolvía el golpe, tratando de aniquilar a los agentes amenazantes de separación o a su propia percepción y mente. El número cero representaba su deseo de alcanzar la unidad simbiótica y así deshacerse de la realidad, donde las cosas estaban separadas de él y unas de otras, resultando incontrolable. También expresó su deseo de muerte: dejar de existir para no sentir tanto miedo y odio. Rafael respondió bien a estas interpretaciones y comenzó a llamarme “Sr. No-número” y en otro momento “Sr. Cero”. Me convertí en una figura que estaba fuera del alcance de los números malvados, pero al mismo tiempo representaba un estado de congelación similar a la muerte. Dijo que yo era estúpido, “un cero”, por lo que me equiparaba no sólo a ayuda y alivio, sino a aniquilación y descuido. En otras

³ El análisis de Rafael se llevó a cabo primero en inglés, más tarde en una mezcla de inglés y hebreo y, finalmente, en hebreo.

ocasiones, dijo que yo era tres personas a la vez. Así me convertí también en el amenazador número 3, representando la temida triangulación edípica.

A medida que avanzaba el análisis, el comportamiento de Rafael en casa mejoró, sus arrebatos violentos disminuyeron e incluso pudo asistir a una escuela especial. Resultó que era un niño inteligente y, por lo tanto, sobresalió en sus estudios. En la consulta, sin embargo, parecía estar aún más fragmentado. Se quedaba callado durante largos ratos, sin apenas reconocer mi existencia, murmurando para sí mismo, jugando con los dedos en alto, escupiendo y lamiendo y escondiéndose debajo de los sillones. Pensé que la mejora de Rafael fuera de la consulta era precaria. Los avances eran posibles al escindir-se aún más y al encapsular su locura, que depositaba en el análisis. Se retiró a su refugio primario para autistas y, ocasionalmente, me usaba a mí y al análisis como un segundo mantelamiento. Así, cuando de repente emergía de su retraimiento y de su uso de formas sensoriales autogeneradas, comenzaba a imitarme, repitiendo mis interpretaciones e insistiendo en cubrirse con una manta que tenía en mi sofá. Después de permanecer cubierto durante unos minutos, comenzaba a desmenuzar la manta, a tirarla al suelo y a tratar de empujarla debajo del sofá. Decía que la manta estaba en mal estado y apestaba. Lo decía en hebreo y la forma en que pronunciaba la palabra “manta” (*smicha*) sonó como la palabra “conversación” (*sicha*). Me costó mucho aguantarlo. Como Rafael, me sentí dividido entre lo que estaba sucediendo en el análisis y los comentarios externos favorables de sus padres, quienes estaban muy agradecidos y contentos. A veces dudaba de lo que era real y lo que no lo era y comencé a sospechar de esta “manta” externa de una manera paranoica. Reflexionando más, comprendí que estaba saturado e invadido por las experiencias de paranoia y desrealización de Rafael, el resultado de una escisión masiva y de una identificación proyectiva y adhesiva. Al igual que él, me encontré sumido en el entumecimiento y la parálisis mental junto con la agitación psicomotriz y la hipersensibilidad.

Hasta este punto del análisis de Rafael, la mayoría de sus ansiedades pertenecían a la posición esquizoparanoide, con bastante material relativo a la situación edípica temprana, por lo que intenté establecer contacto con su inconsciente interpretando las ansiedades directamente dentro de la transferencia. Cuando se trabaja en estas áreas, donde existe un cierto grado de diferenciación entre el yo y el objeto y la capacidad de utilizar mecanismos proyectivos y de escisión, resulta eficaz interpretar dentro de la situación de transferencia total. Estas “interpretaciones explicativas”, como las llama Alvarez (2012), se suelen concebir como: ¿cuál es el contenido de las ansiedades y fantasías inconscientes del paciente?; ¿quién hace qué a quién y por qué, y cuál es el papel y el posicionamiento del analista dentro de este drama de las relaciones de objeto? Rafael, sin duda, respondió bien a tales interpretaciones. Sin embargo, la persistencia de los síntomas de Rafael en el análisis, junto con la existencia de una cantidad considerable de “ansiedades-de-ser”, indicaba que había mucho material inconsciente contra el que se defendía por fragmentación y con el que, en ese momento, yo aún no podía establecer un mejor contacto.

“¿QUÉ ES UNA PERSONA?” LA APARICIÓN DE LAS ANSIEDADES PRIMITIVAS DE SER

Durante el segundo año de análisis, Rafael me preguntaba a menudo: “¿Eres una persona? ¿Qué es una persona? ¿Soy una persona?”. Empezaba a gritar, a morderse a sí mismo y a decir: “Hay sangre por todas partes, ¿dónde está la sangre? ¿Está dentro o fuera? ¿Estás sangrando? Esto es SIDA”. Los padres me dijeron que a menudo se mordía a sí mismo para ver si “había sangre adentro” y, al verla, les decía: “tengo SIDA”. Interpreté su miedo a ser delgado como el papel, sin nada entre el interior y el exterior. Sólo cuando veía la sangre podía creer que tenía un interior y, por lo tanto, era humano. Sin embargo, al infligirse tanto daño y dolor a sí mismo, también se dio cuenta de lo enfermo que estaba y temía que su enfermedad fuera incurable, como el SIDA.

Este fue un sentimiento que yo, en ese momento, compartí en secreto con él. También tuve en cuenta la historia sobre el “envenenamiento” de su tío por la muerte y el ejército, que le llevó a suicidarse. Me preguntaba si Rafael había sido atacado inconscientemente por demasiada muerte psicogenética en su sistema psíquico.

A medida que disminuían las ansiedades de Rafael por no tener un interior y por licuarse, llegaba a las sesiones y decía que ahora él era Joshua y yo Rafael. No sonaba a juego, sino a convicción. Fue entonces cuando me di cuenta de que estaba tratando de fusionarse e invertir nuestros roles para evitar sentimientos de separación y dependencia que comenzaban a aparecer dentro de él. Esta fusión violenta a través de la aniquilación de nuestra existencia separada asumió la forma de fantasías homosexuales perversas, en las que nos estábamos penetrando uno al otro, creando así un objeto extraño combinado, peligroso, que acababa con nuestra muerte. Trataba de dispararme misiles imaginarios, principalmente a mis ojos, boca y ano. Luego corría al baño y defecaba, llorando porque le explotaban las entrañas. Interpreté su miedo de que lo penetrara para castigarlo y explotarle las entrañas. También pensé que estaba describiendo un problema con su sistema inmunológico psíquico y el de su madre, por el cual había una falla en la transformación (digestión) del ambiente materno externo e interno infundido por la muerte durante el embarazo. Creo que probablemente experimentaba la placenta de la madre y su sistema inmunológico como un ataque de misiles celulares. La madre había relatado “algunas sensaciones extrañas” durante el primer trimestre de su embarazo. Rafael a menudo decía que no la conocía y que no era su madre. Por lo tanto, lo familiar y lo desconocido se confundían, como en algún fallo autoinmune (SIDA). Además, una vez que nació Rafael, la madre, que generalmente era una persona bastante verbal y fluida, encontró extremadamente difícil hablar con su bebé, que no respondía, lo que agravó otro fracaso en las transformaciones mutuas.



Es la construcción gradual de un buen objeto interno, mediante el uso de la presencia total cuerpo-mente del analista, lo que en última instancia promueve la representación y la consolidación interna del objeto bueno.

Comprendí que Rafael se estaba deteriorando para asegurar que no nos separaran al final del tratamiento. Al confundirnos él y yo, por dentro y por fuera, creando un lío sangriento, también estaba diciendo que el análisis y yo nos habíamos convertido en parte de él, como sangre, y que perderlo lo mataría. Sin embargo, esto sólo podría ser experimentado de una manera psicótica concreta, no como afectos acompañados de pensamientos. Le interpreté esto durante muchas sesiones y esto le produjo un cierto alivio. Las alucinaciones visuales se calmaron. Durante una sesión en la que se mordía las manos, noté que miraba fijamente las mordeduras, como si estuviera buscando algo dentro de su cuerpo. También sacó los trozos de piel mordida y los sostuvo con mucho cuidado con ambas manos. Como él no hablaba en ese período, y habiendo interpretado ya su arcaica ansiedad de filtrarse y licuarse, ahora dije que estaba buscando lo que pasaba dentro de él. Me animó esa nueva distinción incipiente entre el interior y el exterior y decidí interpretar en términos de relaciones de objeto internas. Sugerí que, como resultado de sus implacables ataques contra su madre y su cuerpo, que equiparaba con el

suyo, se estaba licuando, sin recipiente ni piel para mantenerlo unido. También que sentía que su madre y su padre se estaban desangrando hasta morir dentro de él y que estaba tratando de sacarlos y quizás incluso de salvarlos. Le dije: “No tener una madre con cuerpo y un padre que la proteja es lo mismo para ti que no tener cuerpo, no ser nadie”.

Después de esta fase del tratamiento, se le ocurrió lo que parecía un juego rudimentario. Rafael tocaba mi nariz y luego la suya, mi boca y luego la suya, mis oídos, manos y piernas y luego se tocaba los suyos. Inicialmente me sorprendió este contacto físico y traté de detenerlo, como lo hubiera hecho con cualquier paciente que intentara tocarme. Rafael siguió tratando insistentemente de iniciar este ritual, al que llamó “construir una persona”. Hizo eso de una manera muy delicada y no erotizada, lo que no era su costumbre, mientras mantenía un contacto visual inusualmente largo. En ese momento me ayudaron mucho las contribuciones de dos destacados clínicos franceses que trabajan con bebés y niños con TEA. El primero fue el trabajo de Marie Christine Laznik sobre el papel de la *pulsión invocadora* (2013) y el papel crucial de la prosodia materna dentro

de ella. Laznik, siguiendo a Lacan (1966), afirma que el niño es llamado al reino de las relaciones y las identificaciones por el deseo del otro. Es la ausencia de esa llamada en los niños autistas lo que ella ve como la base del autismo. El niño autista falla al tratar de atraer la atención y la aprobación de sus cuidadores. La segunda inspiración fueron los extensos trabajos de Genevieve Haag sobre *identificaciones intracorporales* (1985) y el fracaso del niño autista en establecer un *objeto de fondo de identificación* (1985). Siguiendo a Grotstein (1986), ella describe la importancia de la posibilidad de comunicarse con el otro a través de la propia mirada, teniendo la sensación de que lo que se proyecta se refleja de nuevo después de tocar un fondo sólido. En el análisis de niños retraídos, esto a menudo se experimenta cuando el psicoanalista logra comunicarse con el bebé y sus miradas se encuentran. Como consecuencia, se puede constituir gradualmente una piel psíquica, permitiendo al niño acceder a la tridimensionalidad y simbolización y, así, el niño se siente contenido.

Gradualmente, llegué a comprender esto como un intento más de crearse a sí mismo como una entidad separada y diferenciada, a través de mí. Esta vez usó la comparación con mi propio cuerpo. Es importante añadir que la propia diferenciación de Rafael entre las partes corporales y las funciones se vio afectada desde el principio. Muy a menudo cerraba los ojos cuando había un ruido fuerte o se tapaba los oídos con las manos cuando veía algo aterrador. Derecha e izquierda siempre estaban confundidas y a menudo se desorientaba, tropezando con cosas. Sin embargo, fue después de que se interpretaran ansiedades más desarrolladas sobre sus objetos internos que apareció esta confusión muy básica entre las partes de su cuerpo. Hubo un movimiento más claro entre las ansiedades esquizoparanoideas y las más arcaicas “ansiedades-de-ser” al tratar con su propio sentido de existencia como un ser separado y limitado en el tiempo y el espacio.

A medida que nos acercábamos a las vacaciones de verano, se desarrolló el

creciente reconocimiento de Rafael de su existencia y la mía como entidades separadas, aunque conectadas. Fue entonces cuando volvió a sentir terror por las personas, tal vez porque era consciente de los peligros de perderlas. Aunque hizo algunos amigos en la escuela, cortó todo contacto con ellos, se negó a ir a la escuela y se retiró nuevamente del contacto humano. Un día me dijo que “había matado a su madre porque no era su madre y era muy mala”. También amenazó con matarme. Reanudó su automutilación, esta vez como resultado de una insoportable culpa psicótica por su propia agresividad e instinto asesino hacia sus objetos. Interpreté que prefería matar a ser asesinado por la pérdida y la culpa. Era tentador interpretar estas “ansiedades-de-ser” en el nivel esquizo-paranoide, pero pronto descubrí que eso era inútil en el mejor de los casos, y en el peor, sólo servía para profundizar la brecha entre Rafael y yo.

Poco a poco, se logró alguna mejora a través de un tipo especial de interpretación involucrando todo mi estado mental: sus recuerdos, experiencias, sensaciones corporales y mi capacidad de pensar, sentir, relacionar e integrar. En otras palabras, es tarea del analista proporcionar funciones de mantelamiento y enlace para el niño que lo lleven a vivir de forma segura en su propia mente. Vincular significa reconectar de forma activa y concreta los protoelementos desintegrados de la fantasía inconsciente. Esta es una de las tareas más complicadas ya que el analista necesita vincular de manera constante y activa los sentidos, sentimientos, acciones, intenciones y pensamientos fragmentados en una sola secuencia o cadena.

Para lograr la función del analista como un objeto de mantelamiento y vinculación a ser internalizado por el niño, es posible que deba considerar una construcción activa de un contenedor corporal (Pollak, 2009) para pacientes con una representación corporal desintegrada o confusional. Las interpretaciones deben tener como objetivo ayudar al paciente a diferenciar entre las partes del cuerpo, adentro y afuera, el yo y el objeto, antes de que tengan sentido interpretaciones

más bien integradas. La creación de Rafael del juego de “contruir una persona” y mi participación activa en el juego durante muchas sesiones antes de que se pudiera formar completamente una interpretación en términos de “tú” y “yo”, sería un ejemplo.

Además, el analista debe usar momentos de reparación o interpretación en acción. Es decir, iniciar un acto, un gesto, que signifique de forma casi concreta la posibilidad de comprender la experiencia preverbal y presimbólica y promover la integración y la reparación. Cuando comenzó el análisis de Rafael, afloraron más ansiedades como resultado de mi anterior trabajo interpretativo. Estas trajeron consigo otro cambio en la técnica.

LA TRAVESÍA DE RAFAEL

Durante el tercer año del análisis, volví después de haber estado ausente durante una semana. Mientras le esperaba, pude escuchar a Rafael gritando y llorando fuera. Abrí la puerta y le vi de pie, como paralizado, sin poder entrar. “¿Qué pasa?”, le pregunté. Él temblaba y apuntaba al suelo. “¿Tienes miedo de algo aquí?”, continué preguntando, sin poder pensar o comprender su llanto. Rafael asintió y siguió señalando el suelo. Cuando seguí su dedo, vi una grieta entre la puerta de entrada y el camino pavimentado que llevaba a ella. Nunca lo había notado antes. “¿Una grieta?”, pregunté. Rafael gritó: “¡El Gran Cañón, el Gran Cañón!”. Más tarde, su padre me contó sobre una película que estaba viendo durante el fin de semana. El protagonista queda atrapado en un gran cañón porque una roca le bloquea el camino y atrapa su brazo debajo de ella. Para salvarse a sí mismo, el héroe necesitó amputar su brazo con la ayuda de una navaja de bolsillo. El padre se dio cuenta demasiado tarde de que Rafael estaba en la puerta temblando mientras miraba esa escena espantosa. Le dije a Rafael: “Me estás diciendo que la grieta debajo de mi puerta te parece como el Gran Cañón, imposible de cruzar, peligrosa”. Rafael estaba llorando y pensé que volvía a tener alucinaciones. No dejaba de gritar que era el Gran Cañón. Me sentí muy

ansioso, entre otras cosas porque los gritos de Rafael eran lo suficientemente fuertes como para que todo el vecindario los oyera. Dije: “No nos hemos visto en tanto tiempo y parece como si hubiera un cañón infranqueable entre nosotros. Pero ahora estamos los dos aquí. Te estoy esperando; por favor, entra”. Rafael no se movía y seguía llorando y gritando. “¿Cómo vamos a cruzar?”, pregunté, bastante devastado para entonces. Rafael me tendió los brazos. Me volví y le ofrecí que se subiera a mi espalda. Rápidamente saltó y entramos en el consultorio.

En ese momento tuve intuitivamente claro que Rafael necesitaba mi apoyo físico para poder entrar en el despacho. Necesitaba sentir que nuestra separación no me hizo daño y que yo estaba allí para él. Además, quería hacer lo que un padre hubiera hecho intuitivamente -cogerle en mis brazos. Eso, sin embargo, era bastante imposible ya que era un niño grande y pesado y, también, porque no quería crear una sobreexcitación al estar cara a cara con él. Fue sólo más tarde, una vez que supe lo sucedido por el padre, que pude vincular este acto de “cruzar”, de cerrar la brecha y reafirmar mi presencia, con las violentas fantasías inconscientes de Rafael de nuestra separación como una mutilación mutuamente vengativa: una amputación de miembros. Además, apareció suficiente material en las siguientes sesiones para respaldar la interpretación de que, mientras yo estaba fuera, Rafael sintió que se lo tragaba un vacío dentro de su madre, que resultó ser el atenuador “número cero”. En la siguiente sesión, inició un juego en el que los dos teníamos que caminar con mucho cuidado para no caer en un pozo sin fondo y peligroso del despacho. Afirmó que el pozo estaba dentro de una enorme nave espacial de la que salieron diminutos alienígenas para destruir el mundo. Luego lo dibujó y parecía un gran cero. Solo entonces pude volver a una interpretación verbal completa, vinculando todo el proceso que vivimos desde el momento en que me fui de vacaciones.

Este movimiento entrecruzado dentro de las sesiones entre las distintas ansiedades y su interpretación condujo a

una importante mejora en el estado de Rafael. Actualmente, asiste a una escuela ordinaria, es tratado con una mínima dosis de medicación antipsicótica, no tiene ataques violentos y, poco a poco, se va conectando más con la turbulenta realidad de un adolescente de su edad o, en sus propias palabras, “convirtiéndose en persona”. Sin embargo, esta mejora es siempre precaria a medida que continúan las rápidas oscilaciones entre las “ansiedades-de-ser”, las ansiedades psicóticas y depresivas y entre las retiradas defensivas autistas y psicóticas, aunque de manera mejor contenida y mejor comunicada.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

En este artículo he tratado de demostrar que:

1. En el curso del análisis, algunos niños a los que inicialmente se les diagnostica un TEA resultan moverse a lo largo de un espectro autístico-psicótico. Este espectro se caracteriza por una mezcla de ansiedades esquizoparanoideas y “ansiedades-de-ser” de tipo autista menos diferenciadas. Por lo tanto, estos niños podrían describirse como autistas limítrofes.
2. La interpretación de la ansiedad inconsciente y las defensas que la acompañan es fundamental para el proceso curativo psicoanalítico con niños en el espectro autístico-psicótico.
3. Hay que tener en cuenta la interacción constante entre las ansiedades depresivas, esquizoparanoideas y las “ansiedades-de-ser”. El niño en el espectro autístico-psicótico se caracteriza por una afluencia abrumadora de ansiedades entremezcladas. Por lo tanto, es la difícil tarea del analista intentar rastrear la ansiedad dominante y más urgente e interpretarla en su propio “lenguaje”. Además, es útil interpretar y mostrar al niño cómo la retirada autista defiende contra una mayor fragmentación y cómo la fragmentación previene una afluencia de “ansiedades-de-ser” paralizantes.
4. Los diferentes estados de ansiedad exigen diferentes consideraciones y medios técnicos. Esto es especialmente así cuando el tipo de ansiedad se relaciona con estados del cuerpo desintegrados o no integrados.

Una de las principales dificultades tiene que ver con la ausencia o la repetida destrucción del espacio y el tiempo en el autismo y en la psicosis severa. El dentro y el fuera, el yo y el objeto son borrosos, confusos o atacados. Como consecuencia, la localización de la experiencia (Freud, 1900), lo que le sucede a quién, por qué y dónde, es difuso, esquivo y muchas veces imposible de rastrear.

Cuando se trabaja en el dominio de tales transferencias autistas o psicóticas, uno tiene la sensación de vivir en una realidad virtual de pesadilla donde todo lo humano no es realmente humano y prevalece un sentido de lo siniestro (Freud, 1919). Además, dado que el habla y el simbolismo apenas existen o se basan en ecuaciones autistas y las fantasías inconscientes se desintegran lentamente en sus componentes, el analista a veces se pierde por completo en la esfera de lo inefable (Bion, 1979).

La complejidad, los vínculos y la multiplicidad, característicos del espacio mental, se derrumban en “cosas” y acciones concretas. Esto ejerce una enorme presión sobre el analista que se equipara y, a veces, se identifica con esa cualidad de la “cosa”, con excitaciones y acciones. Lo que ocurre en la sesión se encuentra muy a menudo en el ámbito de las sensaciones, percepciones y acciones. En el análisis, las interpretaciones verbales, en lugar de establecer contacto, pueden ser experimentadas tanto por el analista como por el niño como una actuación irreal, incomprensible, intrusiva o psicótica dentro y fuera de la sesión.

La experiencia acumulada adquirida a través de los análisis de adultos y niños psicóticos y con TEA, como Rafael, indica que debemos crear y utilizar diferentes niveles de interpretaciones en funcionamiento que promuevan la representación y construyan objetos. Esto implica la fluctuación entre diferentes niveles de interpretaciones simbólicas y no simbólicas, según el tipo de ansiedad y el nivel de desarrollo presentes. Estas interpretaciones comienzan en los niveles más básicos y primitivos de experiencia e integración corporales. Requieren un movimiento muy concreto entre lo que Klein, en sus seminarios clínicos

(2017), llamó “absorción” en el material inconsciente del paciente, y desenredarse de él para ser capaz de formular una interpretación. Al mismo tiempo, es la construcción gradual de un buen objeto interno, mediante el uso de la presencia total cuerpo-mente del analista, lo que en última instancia promueve la representación y la consolidación interna del objeto bueno.

Cuando el contenido edípico parece dominar, son las interpretaciones de la transferencia, junto con las reconstrucciones históricas, las que resultan de especial utilidad. Es cuando las ansiedades depresivas o esquizoparanoideas son más intensas que la interpretación de la situación de transferencia total establece el contacto directo con el paciente. Pero cuando la sesión está saturada de “ansiedades-de-ser”, es necesario confiar principalmente en la estabilidad, la continuidad y los límites del entorno. Se debe alentar a los pacientes que sufren de una preponderancia de “ansiedades-de-ser” a que acudan a realizar análisis la mayor cantidad de sesiones a la semana como sea posible. Según mi experiencia, los análisis de cinco a seis sesiones por semana producen una mejoría significativamente más rápida y profunda que aquellos con menos sesiones por semana. Es con estos pacientes con los que deberíamos intentar utilizar algunos modos adicionales de interpretaciones de la ansiedad. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, A.** (1992). *Live Company*. Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children. London: Routledge.
- Alvarez, A.** (2012). *The Thinking Heart*. London: Routledge.
- Amir, D.** (2014). *Cleft Tongue: The Language of Psychic Structures*. London: Routledge.
- Bion, W.** (1957). *Differentiation of the Psychotic from the non-Psychotic personalities*. The International Journal of Psychoanalysis 38: 266-57.

- Bion, W.** (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: Heinemann.
- Bion, W.** (1979). *A Memoir of the Future*, Book Three: The Dawn of Oblivion. London: Karnac.
- Bleger, J.** (2013). *Symbiosis and Ambiguity, A Psychoanalytic Study*. The new Library of Psychoanalysis. London: Routledge.
- Brenman Pick, I.** (1985). *Working through in the countertransference*. The International Journal of Psychoanalysis 66: 157-166.
- Brenman Pick, I.** (2018). *Bringing Things Together*. In Authenticity in the Psychoanalytic Encounter The Work of Irma Brenman Pick, edited by FM Davids and N. Shavit, 192-209. London: Routledge.
- Britton, R.** (1998). *Before and After the Depressive Position: PS (n) -D (n) -PS (n + 1)*. In Belief and Imagination, 69-81. London: Routledge.
- Bursztejn, C., B. Golse, and R. Mises.** (2003). *Classifications en psychiatrie de l'enfant*. In Encycl Méd Chir, Psychiatrie / Pédiopsychiatrie, 37-200-B-10, 2003, 1-9. Paris: Éditions Scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- Durban, J.** (2011). *Shadows, Ghosts and Ximaeras: On Some Early Modes of Handling Psycho-Genetic Heritage*. The International Journal of Psychoanalysis 92: 903-924.
- Durban, J.** (2014). *Despair and hope: on some varieties of countertransference and enactment in the Psychoanalysis of ASD (Autistic spectrum disorder) children*. Journal of Child Psychotherapy 40: 187-200.
- Durban, J.** (2017). *The Very Same is Lost: In Pursuit of Mental Coverage When Emerging From Autistic States*. In Engaging Primitive Anxieties of the Emerging Self: The Legacy of Frances Tustin, edited by HB Levine, and DG Power, 129-150. London: Karnac.
- Durban, J.** (2017b). *Home, Homelessness and "Nowhere-Ness" in Early Infancy*. Journal of Child Psychotherapy 43: 175-191.
- Durban, J.** (2018). *The Pipe Child*. Paper read at the Psychoanalytic Institute Berlin, 28th September, 2018.
- Freud, S.** (1900). *The Interpretation of Dreams*. ES 4: 1-310.
- Freud, S.** (1919). *The Uncanny*. S XVII. London: Hogarth Press.
- Golse, B.** (2013). *Mon Combat Pour els Enfants Autistes*. Paris: Odile Jacob.
- Grotstein, J.** (1986). *Splitting and Projective Identification*. London: NORTHVALE, NJ: Jason Aronson.
- Haag, G.** (1985). *La mère et li bébé dans les deux moitiés du corps*. Neuropsychiatrie de l'enfance 33 (2-3): 107-114.
- Haag, G.** (1993). *Fear of Fusion and Projective Identification in Autistic Children*. Psychoanalytic Inquiry 13: 63-84.
- Haag, G.** (1997). *Psychosis and Autism: Schizophrenic, Perverse and Manic-Depressive States During Psychotherapy*. In Psychotic States in Children, edited by M. Rustin, el Sr. Rhode, A. Dubinsky, and H. Dubinsky, 189-211. London: Karnac.
- Houzel, D.** (2004). *The Psychoanalysis of Infantile Autism*. Journal of Child Psychotherapy 30: 225-237.
- Houzel, D.** (2018). *Autism and Psychoanalysis in the French Context*. The International Journal of Psychoanalysis 99 (3): 725-745.
- Joseph, B.** (1978). *Different Types of Anxiety and their Handling in the Analytic Situation*. The International Journal of Psychoanalysis 59: 223-228.
- Joseph, B.** (1989). *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. London: Routledge.
- Klein, M.** (1930). *The Importance of Symbol Formation in the Development of the ego*. In Love, Guilt and Reparation and Other Works, 219-233. London: The Hogarth Press.
- Klein, M.** (1932). **The Psychoanalysis of Children**. The Writings of Melanie Klein, Vol 2. London: Hogarth Press.
- Klein, M.** (1948). *On the Theory of Anxiety and Guilt*. In The Writings of Melanie Klein, Vol 2, 25-43. London: Hogarth Press.
- Klein, M.** (1952). *Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant*. In The Writings of Melanie Klein, Vol 2, 61-94. London: Hogarth Press.
- Klein, M.** (2017). *Lectures on Technique*, edited by J. Steiner. London: Routledge.
- Lacan, J.** (1966). *Ecrits*. Translated by B. Fink. New York: Norton, 2006.
- Larson, FV, AP Wagner, PB Jones, Sr. Tantam, M.-C. Lai, S. Baron-Cohen, and AJ Holland.** (2017). *Psychosis in Autism: Comparison of the Features of Both Conditions in a Dually Affected Cohort*. The British Journal of Psychiatry 210 (4): 269-275.
- Laznik, M.** (2007). *Joint Mother-Baby Treatment with a Baby of 3 Months who Xous Early Warning Signs of Autism*. In Signs of Autism in Infants: Recognition and Early Intervention, edited by S. Acquarone, 139-170. London: Karnac.
- Laznik, M.** (2013). *Lacan et l'autisme*. La revue lacanienne 14: 81-90.
- Lechevalier, B.** (2003). *Autistic Enclavements in the Dynamics of Adult Psychoanalysis*. <http://www.francestustin-autism.org/eng/pal/pal/Detail.php>.
- Levine, HB, and DG Power, eds.** (2017). *Engaging Primitive Anxieties of the Emerging Self: The Legacy of Frances Tustin*. London: Karnac.

- Meltzer, D.** (1974). *Adhesive Identification*. In *Sincerity and Other Works: Collected Papers of Donald Meltzer*, edited by A. Hahn, 335-350. London: Karnac, 199.
- Meltzer, D.** (1975). *The Psychology of Autistic States and of Post-Autistic mentality*. In *Explorations in Autism*, edited by D. Meltzer, J. Bremner, S. Höxter, Sr. Weddell, and I. Wittenberg, 6-32. StrathTay: Clunie Press.
- Melzer, D.** (1992). *The Claustrium: An Investigation of Claustrophobic Phenomena*. Strathclyde, Perthshire: Clunie Press.
- Ogden, T.** (1994). *The Concept of Interpretive Action*. *The Psychoanalytic Quarterly* 63: 219-245.
- Pollak, T.** (2009). *The 'Body-contenidors': A New Perspective on the 'Body-ego'*. *The International Journal of Psychoanalysis* 90: 487-506.
- Pollak, T.** (2018). *Interpretation in action*. En prensa.
- Rhode, M.** (2005). *Mirroring, Imitation, Identification: The Sense of Self in Relation to the Mother's Internal World*. *Journal of Child Psychotherapy* 31 (1): 52-71.
- Rhode, M.** (2012a). *Whose Memories are They and Where do They go? Problems Surrounding Internalization in Children on the Autistic Spectrum*. *The International Journal of Psychoanalysis* 93: 355-376.
- Rhode, M.** (2012b). *The 'Autistic' Level of the Oedipus Complex: Some Implications for Problems Surrounding Sense Perception*. *Bulletin of the British Psychoanalytical Society*, March 2012.
- Rhode, M.** (2015). *'Paralysed Associations': Countertransference Difficulties in Recognising Meaning in the Treatment of Children on the Autistic Spectrum*. *Journal of Child Psychotherapy* 41 (3): 218-230.
- Rhode, M.** (2018). *Object Relations Approaches to Autism*. *The International Journal of Psychoanalysis* 99 (3): 702-724.
- Sechehaye, MA** (1970). *Symbolic Realization; A New Method of Psychotherapy Applied to a Case of Schizophrenia*. Translated by Barbro Würsten and Helmut Würsten. New York: International Universities Press (Original work published 1947).
- Segal, H.** (1957). *Notes on Symbol Formation*. *The International Journal of Psychoanalysis* 38: 391-397.
- Steiner, J.** (1987). *The Interplay between Pathological Organisations and the Paranoid-Schizoid and Depressive Positions*. *The International Journal of Psychoanalysis* 68: 69-80.
- Steiner, J.** (1993). *Psychic Retreats*. The New Library of Psychoanalysis. Hove and New York: Brunner Routledge.
- Steiner, J.** (2011). *Seeing and being Seen*. London and New York: Routledge.
- Tustin, F.** (1972). *Autism and Childhood Psychosis*. London: Hogarth Press.
- Tustin, F.** (1981). *Autistic States in Children*. London and Boston, MA: Routledge.
- Tustin, F.** (1987). *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London: Karnac Books.
- Tustin, F.** (1990). *The Protective Shell in Children and Adults*. London: Karnac Books.
- Winnicott, D.** (1952). *Ego Integration in Child Development*. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, 56-64. London: Hogarth Press, 1982.