

Trauma prenatal y autismo¹

– Suzanne Maiello –

Doctora en Psicología. Psicoanalista de adultos (IAPP). Psicoterapeuta de niños (AIPPI, ACP). Profesora del programa de Máster en Estudios de Observación Psicoanalítica. Universidad de Essex, Gran Bretaña. (Roma, Italia)



PRESENTACIÓN PARA LA EDICIÓN EN LA REVISTA *eipea*

Me siento honrada de haber tenido la oportunidad de publicar un artículo en la revista digital *eipea*, que

ofrece una plataforma para compartir experiencias psicoanalíticas y pensar sobre todos los aspectos de los estados autistas. El autismo sigue siendo un estado de retraimiento psicofísico más profundo que nos desafía. Es por ello por lo que un intercambio continuo entre los clínicos es de crucial importancia.

Trauma prenatal y autismo, que se publica en la presente edición de *eipea*, recibió el Primer Premio Internacional Frances Tustin Memorial en 1997 otorgado por el Centro Psicoanalítico de California y se presentó como Conferencia Conmemorativa en Los Ángeles el 14 de noviembre de 1997. El artículo se publicó por primera vez en 1998 en la revista italiana Richard e Piggie - Studi psicoanalitici del bambino e dell'adolescente, (3/98, 271-292) con el título *Trauma prenatale e autismo*.

A través de la historia clínica de una niña pequeña, exploré posibles experiencias prenatales traumáticas de niños que se encuentran en un estado de retirada autista desde el nacimiento. Sugerí que podría haber una conexión entre la precocidad del inicio del autismo y situaciones prenatales potencialmente traumáticas

como amenazas de aborto espontáneo o estados mentales patológicos en la madre embarazada. En particular, formulé la hipótesis de que una retirada psicofísica de la experiencia auditiva de la voz de la madre, que normalmente estimula la actividad protomental fetal y conduce al desarrollo de un objeto sonoro prenatal (*L'oggetto sonoro - Un'ipotesi sulle radici prenatali della memoria uditiva*, Richard e Piggie, 1/93, 32-47) podría contribuir al posterior aislamiento del niño autista y al apego bidimensional no mental a las sensaciones táctiles.

Roma, 10 de abril de 2023
Suzanne Maiello

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos parecen tener una necesidad primaria y una capacidad correspondiente para encontrarse con el "otro" y crear vínculos. Este fenómeno es descrito por Stern como "intersubjetividad primaria" (1985) y por Trevarthen como "nuestra sintonía innata con los sentimientos y los intereses de otras personas" (1996). Los niños autistas no tienen ese empuje primordial hacia la comunicación.

¿Qué falló y en qué momento? ¿Y por qué se produce el retraimiento autista? A partir de las investigaciones neurobiológicas más recientes en el ámbito de la embriología cerebral, el autismo parece estar relacionado con la ausencia de integraciones neurológicas primarias que normalmente se producen hacia la mitad de la vida prenatal.

Poco antes de su muerte, Tustin (1994) reconoció la complejidad de los procesos que conducen al retraimiento autista y sugirió -en el prefacio de la segunda edición de *Barreras autistas en pacientes neuróticos* (1986)- sustituir el término "autismo psicógeno", que había utilizado hasta 1990 para niños cuyo diagnóstico había descartado un daño cerebral, por el de "autismo psicobiológico". De este modo, no sólo reconoció la

aportación de otras disciplinas para una comprensión más global de la génesis de la patología autista, sino que también reafirmó implícitamente que la naturaleza y el entorno están interconectados desde el principio y que cuanto más retrocedamos en el tiempo hacia los orígenes de la vida, más inseparables son los acontecimientos físicos y psíquicos. Por eso Tustin habla del retraimiento autista como de una "reacción psicofísica protectora, más que un mecanismo psicodinámico de defensa" (1990), subrayando la precocidad de la aparición de la patología. Es evidente que cuanto antes se produzca un acontecimiento traumático durante el desarrollo, más radicales y físicas serán las reacciones protectoras; pero también es cierto que desde el momento en que aparecen los primeros destellos de actividad protomental, *cada evento físico tiene su contrapartida psíquica*. Por esta razón, no podemos excluir que las experiencias prenatales puedan resurgir también a lo largo de la vida para ser integradas en la personalidad de una forma diferente.

Tustin, a pesar de no entrar en la cuestión de forma más sistemática, atribuyó el estado mental de los niños nacidos autistas a las "reacciones de aversión" *prenatales* (1990). Reflexionando sobre material clínico, escribe que "algunos niños parecen haber sido perturbados en el útero y, por tanto, nacen predispuestos a convertirse en autistas" (1986). Le impactó ver lo frecuente que era, en el material de estos pacientes, la evocación de un medio acuático o de estados psicofísicos descritos en términos de liquidez, que podían recordar la situación prenatal. Yo añadiría que las experiencias de "congelación" a las que se referían los pacientes cuando describían sus sensaciones de aislamiento autista, podrían ser una reacción al terror a la caída en un momento en que el sentido de la existencia tiene todavía una calidad líquida. De hecho, la congelación es la forma en que un líquido se convierte en un cuerpo só-

¹ Traducción de la versión en catalán por el Equipo *eipea*.

lido. Sin embargo, su solidez es precaria, ya que el mantenimiento de su estado no está asegurado por su estructura interna y, por tanto, se encuentra a merced de las condiciones ambientales.

Además de afirmar la idea de que el retraimiento autista podría ser una protección psicofísica con orígenes a veces prenatales, Tustin consideraba al autismo como *“una reacción que es específica de un trauma”* (cursiva original, 1994). Un trauma puede tener orígenes tanto externos como internos, pero en ambos casos lleva, en estos niños, a una *“conciencia traumática de la separación corporal de la madre... antes de que su aparato psíquico sea capaz de soportar la tensión que ésta supone”* (1986).

¿De quién es el trauma? Cuanto más precoz es, más se fusionan los estados físicos y psíquicos y más interconectadas están también las existencias psicofísicas del feto y de la madre. Tustin afirmó que los acontecimientos traumáticos que se produjeron en la vida de las *madres* de futuros niños autistas durante el embarazo o en torno al parto podrían tener un impacto en el desarrollo psíquico del niño. Ella, de hecho, informó de que *todas* las madres de sus pacientes autistas habían estado deprimidas antes o después del nacimiento de sus hijos (1986, 1990).

Éstos son los tres ejes del pensamiento de Tustin que intentaré seguir en la parte clínica de este trabajo: la idea del *origen* tanto *prenatal* como *traumático* del retraimiento autista y su estrecha *conexión con los estados emocionales y mentales de la madre*.

ACONTECIMIENTOS PRENATALES TRAUMÁTICOS

La amenaza más directa para la supervivencia física del feto es el peligro de aborto. Éste se manifiesta por contracciones uterinas que pueden provocar la apertura prematura del cuello uterino y la expulsión del embrión o del feto. Estando en contacto con las paredes uterinas, el feto, como el embrión, percibe directamente las contracciones y al mismo tiempo está expuesto a un aumento de la presión del líquido amniótico sobre la superficie del cuerpo. En ambos casos, el



Nuestra experiencia de observación del recién nacido nos enseña lo variable que es, en los niños, la capacidad de tolerar situaciones vitales potencialmente traumáticas. Podemos suponer que las diferencias individuales existen incluso antes del nacimiento.

niño todavía no nacido está expuesto a percepciones táctiles incontrolables que difieren de su experiencia normal.

La amenaza de aborto también repercute en el estado emocional de la madre y éste último puede expresarse -a nivel físico- a través de una aceleración del latido del corazón y del ritmo de la respiración, junto con posibles manifestaciones vocales vinculadas al malestar y la angustia. Sabemos que el feto reacciona también a los cambios bioquímicos que se producen en el organismo de la madre debidos a las fluctuaciones de sus estados emocionales. Rosenfeld (1987) describe la impotencia del feto ante la *“presión osmótica”* de éstos. Inevitablemente, cada acontecimiento físico tiene su contrapartida emocional en la vida mental de la madre y ambos tienen un impacto en el estado psicofísico del feto.

Un evento inesperado que provoca una sensación de impotencia lleva a una reacción de fuga o retirada. Es probable que el bebé amenazado de aborto tenga sensaciones alarmantes provocadas por una combinación de elementos táctiles, bioquímicos y quizás auditivos. Éstos pueden influir en su comportamiento

prenatal y postnatal posterior, tal y como describe el estudio observacional de Piontelli (1992). También llama la atención cómo muchas madres de niños con trastornos graves han tenido una amenaza de aborto durante el embarazo.

Me gustaría ampliar el concepto de trauma y considerar como traumáticos no sólo los acontecimientos que en un momento dado laceran de forma espectacular una configuración externa o interna, sino incluir también aquellos factores que interfieren de una forma más sutil y continuada en el desarrollo mental normal, tanto a través de su ausencia depuradora como de su presencia dañina.

Es difícil evaluar el impacto potencialmente traumático que los malestares emocionales temporales de la madre o sus estados mentales patológicos pueden tener en el niño antes del nacimiento. El feto es receptivo a ellos, pero el grado de su efecto traumático parece variar de un niño a otro. Nuestra experiencia de observación del recién nacido nos enseña lo variable que es, en los niños, la capacidad de tolerar situaciones vitales potencialmente traumáticas. Podemos suponer que las diferencias individuales existen incluso antes del nacimiento.

La hipótesis de Grotstein (1983) de que la depresión materna durante el embarazo podría tener el efecto de una agresión bioquímica al feto en el “baño amniótico” es confirmada por la observación de Tustin sobre las madres de sus pacientes autistas, que habían sufrido sin excepción estados depresivos.

Desde el momento en que sabemos que el feto escucha activamente y reacciona a la voz de la madre (De Casper y Spence, 1986; Masakowski y Fifer, 1994; Moon y Fifer, 1990 y Spence y De Casper, 1987), es probable que sus cualidades emocionales den al niño pistas sobre su estado mental. La voz de una madre deprimida tiene una línea melódica más plana y un ritmo más lento, es más débil y menos sonora que la de una madre no deprimida. Si es cierto que la voz materna da al feto una primera experiencia de “alteridad” y, por tanto, tiene una función de estímulo para el inicio de la actividad protomental (Maiello, 1993), no podemos excluir que la debilidad de esa presencia vivificante pueda tener consecuencias para el desarrollo mental posterior del niño.

IMAGINANDO EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS PRENATALES

Durante la vida prenatal las reacciones del niño ante una situación no se pueden

observar de forma continuada, lo que representa una dificultad cuando intentamos reflexionar sobre las experiencias fetales. Tras el nacimiento el bebé se puede ver, escuchar y tocar y sus reacciones ante un acontecimiento dan al adulto pistas inmediatas sobre su vivencia. En cambio, las reacciones del feto sólo son observables durante períodos limitados, mediante la exploración ecográfica. La única herramienta que tenemos para intentar llegar a una comprensión más profunda de las vivencias y estados mentales del niño antes del nacimiento, tanto en su desarrollo normal como en sus desviaciones patológicas, es la inferencia cautelosa y cuidadosa a partir del material clínico, del material onírico o de la observación del recién nacido.

Los bebés normales miran y escuchan activamente y muestran una capacidad precoz de “captar” el entorno, de coordinar informaciones sensoriales y responder a ellas. Crean lazos. Los niños autistas evitan mirar a las personas y no escuchan, hasta el punto de parecer sordos a veces, y tienden a escapar del contacto físico retirándose o “dejando atrás” el cuerpo, como si se separaran.

Antes de intentar imaginar cuál podría ser la calidad de las experiencias traumáticas del feto, quisiera recordar brevemente las diferencias intrínsecas

entre las modalidades perceptivas táctil y auditiva en el desarrollo normal (Maiello, 1997) para comprender qué ocurre en su funcionamiento en el caso de la reacción protectora más extrema a un acontecimiento traumático, o sea el retraimiento autista.

El tacto y el oído son los principales canales sensoriales a través de los cuales el feto establece contactos con su entorno. Aunque en el desarrollo normal es probable que las sensaciones se mezclen (*cluster of sensations*), trataré las percepciones táctiles y auditivas por separado, para comprender mejor su especificidad funcional.

Una de las diferencias cualitativas de fondo entre el tacto y el oído consiste en que el tacto transmite una experiencia concreta de “no distancia” conectada a unas superficies. En otras palabras, está vinculado esencialmente a percepciones de tipo bidimensional. Si extendemos el concepto de “posición autista contigua” de Ogden (1981) en la vida prenatal, podemos plantear la hipótesis de que, en el desarrollo normal, las sensaciones táctiles dan al niño las primeras percepciones fugaces de los límites corporales.

El oído, por otra parte, es una “modalidad perceptiva a larga distancia” (Tustin, 1990), que puede representar un puente que lleva desde las percepciones táctiles físicas a los primeros momentos de “actividad protomental” fetal (Mancia, 1981). La voz materna, que tiene un efecto vivificante sobre el feto (Tomatis, 1981), viene desde el exterior y penetra *en* la oreja. Si bien el componente vibratorio del sonido puede provocar sensaciones táctiles, existe más “alteridad” intrínseca en el oído que en el tacto. Por tanto, el oído puede abrir el camino hacia las primeras experiencias psíquicas protointroyectivas. Spensley, la biógrafa de Tustin, escribe: “Escuchar... significa dejar entrar algo, tanto a nivel auditivo como psicológico” (1995, traducción Suzanne Maiello). La oreja es un órgano exclusivamente receptor. Depende de los sonidos que entran y no tiene ninguna autonomía funcional propia. Sólo después del nacimiento, con el primer grito, el recién nacido adquiere la capacidad de producir él mismo sonidos, de utilizar la voz y la boca



Una de las diferencias cualitativas de fondo entre el tacto y el oído consiste en que el tacto transmite una experiencia concreta de “no distancia” (...). La experiencia fugaz de distancia y de diferencia que se transmite a través del oído es precisamente lo que los niños autistas no toleran.

para iniciar un contacto a nivel sonoro y crear de forma autónoma una sensación de plenitud vocal.

El único medio activo del que dispone el feto es la motricidad y gracias a ella puede entrar en contacto con su entorno o con su propio cuerpo o llenar la boca con el dedo cada vez que siente la necesidad. A nivel auditivo, no tiene ningún medio para reproducir la presencia de la voz materna. Se puede pensar, por tanto, que a nivel auditivo vive unos momentos de impotencia a los que no está expuesto a nivel táctil.

La diferencia descrita entre las dos modalidades sensoriales puede resultar crucial en una situación de emergencia como la amenaza de un aborto, cuando la propia vida del niño está en riesgo y las exigencias de supervivencia física concreta se convierten probablemente en prioritarias respecto a las necesidades más inmateriales, como ocurre en situaciones de guerra. En el niño autista, la sensación catastrófica de impotencia podría llevar a un colapso de los elementos protectores de primera línea de la actividad proto-mental.

La experiencia fugaz de distancia y de diferencia que se transmite a través del oído es precisamente lo que los niños autistas no toleran. En el niño que nace autista después de un trauma prenatal se puede haber producido, incluso a nivel sensorial, un colapso de la disposición a la apertura a las relaciones, con la consecuencia de que el contacto con el entorno se queda en, o retorna a, un estado de “experiencia no mentalizada” (Mitrani, 1992). Este colapso podría anular el normal funcionamiento del sentido “de larga distancia” del oído, reduciendo cualquier experiencia dotada de un potencial simbólico a un apego táctil asimbólico a un objeto o a una superficie, en una situación de “no-distancia”. En cuanto a los niños autistas, Tustin escribe: “He llegado a pensar que la vista y el oído, después de un inoportuno predominio del sentido del tacto, están excesivamente impregnadas de sensaciones táctiles” (1986).

El último punto que me gustaría mencionar es la posible conexión entre el retraimiento autista del niño y su traumática experiencia de estados emo-

cionales o mentales maternos. ¿Cuáles son los medios gracias a los que un niño normal logra no ser afectado por el malestar de la madre hasta el punto de tener que recurrir a reacciones autistas de autoprotección? ¿Podemos imaginar que en el desarrollo normal existe algún precursor prenatal de la “barrera de contacto” (Bion, 1962) capaz de realizar una función de filtro mental análoga a la que realiza, a nivel físico, la placenta? De hecho, a pesar de que todas las madres de los pacientes autistas de Tustin estaban deprimidas, no todos los hijos de madres deprimidas se vuelven autistas. Haciendo la pregunta al revés, podríamos preguntarnos si a los niños que se vuelven autistas les ha faltado un “filtro mental”, que les hace más permeables y expuestos de forma más indefensa a estas “presiones osmóticas” maternas.

Volviendo a la cuestión de la percepción auditiva prenatal de la voz materna y a la especificidad de las dos modalidades sensoriales examinadas, me gustaría recordar otra diferencia significativa entre el tacto y el oído así como, después del nacimiento, la vista. Para alejarnos de un objeto que no queremos tocar o ver, podemos retirar la mano, cerrar los ojos o girar la cabeza. Un recién nacido que rechaza el pecho mantiene la boca cerrada y gira la cabeza al otro lado. Las orejas, en cambio, no tienen párpados ni esfínteres capaces de protegernos de los sonidos que preferiríamos no escuchar, ni antes ni después del nacimiento.

El pecho “malo”, lleno de leche “mala”, tiene su precursor auditivo en una voz “mala” que emite sonidos-beta indigestos e indigeribles, en lugar de ofrecer un alimento sonoro vivificante hecho de comunicaciones-alfa (Bion, 1962). El niño que se convertirá en autista puede haber tenido que protegerse de forma masiva de las intrusiones vocales que transmitían un malestar emocional materno o un trastorno mental intolerable, mediante un “desacoplamiento” de la capacidad auditiva a un nivel psicofísico profundo, sacrificando así la intersubjetividad innata y la apertura al crecimiento presimbólico.

La consecuencia de la supresión de la receptividad auditiva podría dar lugar a

una carencia, o a un desarrollo insuficiente, del “objeto sonoro” prenatal que -nutrido en el desarrollo normal por protointroyecciones de la voz materna- podría tener una función precursora de objeto materno postnatal (Maiello, 1993). Cabe preguntarse si el hecho de que algunos niños nacidos con autismo parecen no “reconocer” a qué pecho engancharse, puede estar relacionado con la falta de este vínculo. Sugeriría que el círculo vicioso entre el aislamiento del bebé tras el nacimiento y la renuncia de la madre a buscar la interacción con él podría tener un precursor prenatal en el estado materno de malestar emotivo o de trastorno mental que se manifiesta en la voz y en el retraimiento auditivo del feto.

El siguiente material clínico muestra cómo el fracaso de las integraciones sensoriales primarias durante la vida intrauterina podría poner en marcha un desarrollo patológico. La niña autista, que había sufrido una amenaza de aborto a los cinco meses de edad intrauterina y su madre, que tuvo dificultades para integrar sus propias experiencias traumáticas previas, nos hacen partícipes de hasta qué punto su crecimiento mental estaba comprometido; pero también veremos, a través del material del primer año de psicoterapia, con qué poder evocador la niña fue capaz de comunicar la naturaleza de su doble experiencia traumática.

EL DOBLE TRAUMA PRENATAL DE LA ROSETTA

La historia

Los padres de Rosetta buscaron ayuda psicoterapéutica cuando la niña, que había tenido un diagnóstico de autismo infantil, tenía cinco años.

La madre, una mujer con un cuerpo evanescente y un largo pelo color de cobre, explicó que había tenido “varios” abortos antes del nacimiento de Rosetta. Tustin explica que entre las madres deprimidas de sus pacientes autistas, algunas habían tenido “previamente un aborto cuyas consecuencias, desde el punto de vista emocional, todavía estaban presentes cuando el hijo que se habría vuelto autista estaba a punto de nacer o acababa de nacer” (1986).

Cuando la madre de Rosetta estaba embarazada de la niña, hubo otra amenaza de aborto en el quinto mes de embarazo. El cuello del útero se había abierto prematuramente, siendo necesario un cerclaje para prevenir el aborto. El nacimiento fue a término y natural. En el momento del destete, después de siete meses de lactancia materna, Rosetta no aceptó el biberón y pasó directamente a la cuchara. No había gateado, pero llegó a la posición vertical a los nueve meses. Entonces la madre puso a la niña en el andador, para que pudiera moverse. Volvió a quedarse embarazada de nuevo un mes más tarde, pero tuvo un aborto y perdió a su hijo al quinto mes, mientras Rosetta continuaba con su andador y no quería oír hablar de caminar. Al año, la niña había dicho las primeras palabras, pero no hubo progreso alguno; el padre dijo que, posteriormente, “la curva se aplanó”. Rosetta caminó a los dieciocho meses. La madre volvió a quedarse embarazada, pero perdió ese bebé también. Los médicos finalmente descubrieron que su cuerpo producía anticuerpos que atacaban a los embriones.

Me alarmó profundamente no sólo la biografía de Rosetta -única superviviente en medio de un número desconocido de niños que murieron a causa de los anticuerpos maternos- sino más aún la sonrisa angelical de la madre y la ausencia de emociones con la que contó la historia de los intentos de Rosetta de progresar y de sus fracasos, entrelazados con la lista de las muertes de sus otros hijos. La madre habló mucho y saturó de palabras cada momento de silencio y posible reflexión. El tono de su voz era a la vez infantilmente resonante e impersonalmente plano y la pronunciación muy inarticulada. Tuve la sensación de que las palabras salían de su boca antes de que estuvieran bien formadas y que resbalaban lejos, sin ser vistas ni oídas por sí misma. Madre e hija nunca habían estado separadas durante los cinco años de vida de Rosetta.

La madre de Rosetta y sus fantasías de hermanamiento

La familia vivía a dos horas de coche de mi despacho. Antes de la primera entrevista con los padres, la madre me sor-

prendió preguntándome si podía participar en el encuentro también su hermana. Sucesivamente, desde el comienzo de la terapia de tres veces por semana, la madre acompañaba a Rosetta junto a esta hermana que se le parecía mucho. Tenía el mismo pelo largo y la misma voz infantil. Sentí que habría sido demasiado difícil, para la madre, estar sola durante el tiempo de la sesión de Rosetta. Cuando venía a recoger a la niña, se la llevaba en brazos, como si fuera un bebé. Estar sola, como individuo solo, parecía intolerable para la madre de Rosetta.

Al principio de la terapia, la madre había querido satisfacer lo que presentó como un deseo intenso de Rosetta, comprarle un cachorro. Más adelante, me pidió consejo respecto a su intención de acoger a una niña de la edad de Rosetta, para que su hija tuviera algo de compañía. Ambos deseos parecían ser mucho más suyos que de Rosetta.

Las “fantasías de hermanamiento” de la madre tenían el objetivo de mantener a raya el peligro de la separación y de salvaguardar una condición de identidad fusional continua. Bion escribe de un paciente: “...el gemelo imaginario... representaba su incapacidad de tolerar un objeto que no fuera totalmente controlado por él mismo. Es decir, que la función del gemelo imaginario consistía en negar una realidad diferente a la del propio sujeto” (1950).

Un día, tres meses después del comienzo de la terapia, la madre llevó a Rosetta a la sesión en brazos. La cara de la niña estaba hinchada y contusionada en torno a los ojos y la nariz. Separar a la madre de la hija era impensable. Acepté verlas juntas y la madre tuvo a la niña en brazos durante toda la sesión. Rosetta se había caído de una pared y había sido ingresada en el hospital durante todo el fin de semana.

Pocos días después, la madre me comunicó, con una sonrisa radiante, que volvía a estar embarazada. Interrumpió su psicoterapia de una sesión por semana con otro terapeuta, que había empezado -siguiendo mi solicitud- desde el inicio del tratamiento de Rosetta.

No tenía la sensación de que la madre se hubiese refugiado en este nuevo

embarazo para evitar una sensación de vacío que la percepción de un espacio tridimensional dentro de sí misma podría presuponerle, sino que más bien la idea de un nuevo hijo estaba conectada con su fantasía de “hermanamiento” que hasta entonces había alcanzado a través de la condición de adhesión recíproca de “ser-todo-uno” con Rosetta, cuya continuidad sentía intuitivamente amenazada por la terapia. En este sentido, también impacta la coincidencia temporal entre los logros de desarrollo de Rosetta cuando era pequeña y los dos embarazos anteriores seguidos de abortos. El primero había empezado poco después de que Rosetta había aprendido a ponerse de pie y el segundo poco después que había, tardíamente, aprendido a caminar.

El cuerpo de la madre, plano y desprovisto de sustancia, aparecía como la contrapartida material especular de su estado mental. Recuerdo mi profunda preocupación al pensar en la falta de espacio físico y mental para un nuevo niño en su interior. Tuve miedo, también, que -debido al largo trayecto en coche- la terapia de Rosetta pudiera también estar en peligro. Dos nuevos abortos estaban en el aire. La familia logró mantener el compromiso de la terapia con regularidad, pero al final del sexto mes del embarazo, en medio de las vacaciones de verano, la madre tuvo un parto prematuro. La vida del recién nacido estuvo en peligro durante varias semanas y el niño pasó sus primeros cuatro meses de vida dentro de una incubadora.

Cuando la madre volvió a llevar a Rosetta a la primera sesión después de las vacaciones, yo me esperaba ver a una mujer en el séptimo mes de embarazo. Señalando con el dedo su cuerpo plano, dijo con su sonrisa perenne: “La barriga ya no está”, dejándome durante toda la primera sesión después de la separación de Rosetta con el interrogante de si el niño estaba vivo o muerto.

En la siguiente entrevista, los padres explicaron que el niño había nacido tras un intento de cerclaje fracasado. Ellos no habían hablado de la situación del hermanito con Rosetta, porque temían que sería un trauma si hubiera muerto. Otro niño estaba en peligro de escabullirse sin



Cuanto más precoz es el comienzo del desarrollo patológico, menos diferenciadas son las fronteras psicofísicas entre la madre y el niño aún no nacido.

ser visto, como los precedentes niños no nacidos.

Tras el primer año de terapia, la familia se mudó a Roma. Este cambio agilizó los acompañamientos de Rosetta a las sesiones. Hizo también posible una adaptación gradual a la escuela infantil. En aquella ocasión fueron más intensas las angustias de separación de la madre que las de la hija. Sin embargo, la pérdida del entorno habitual junto con la llegada casi coincidente del hermanito al nuevo piso, trastornaron a Rosetta. Aunque recurría menos frecuentemente a maniobras protectoras de tipo autista, tenía tendencia a retirarse más a menudo de la comunicación, refugiándose en fantasías alucinatorias.

El encuentro con Rosetta

Rosetta era una niña graciosa. Sus cabellos estaban recogidos en dos coletas a ambos lados de la cabeza. Cuando la vi por primera vez, llevaba unos largos pendientes articulados, evidentemente de la madre, que le colgaban sobre los hombros dándole un aire incongruente. Desde el principio, había momentos en los que me miraba con sus grandes ojos y escuchaba lo que le decía. Sin embargo, durante la mayoría del tiempo, su cara llevaba -como si fueran dos máscaras- una u otra de dos expresiones. O los

lados de la boca apuntaban hacia arriba en una sonrisa radiante muy parecida a la de la madre o bien hacia abajo, dándole un aspecto lúgubre e inaccesible. Yo no era capaz de decir si la máscara oscura expresaba rabia o asco o tristeza u otra emoción, rechazante o rechazada. Esa máscara prohibía cualquier acceso, al igual que la sonrisa estereotipada. Rosetta habitualmente alternaba las dos expresiones en rápida secuencia, haciendo perder a ambas cualquier residuo de potencial significado.

Su lenguaje era prevalentemente ecológico, pero durante la primera sesión, en la que yo había nombrado algunos animales, la niña pronunció en voz baja el nombre de otros animales. Encontró la vaca, buscó la ternera, tocó las ubres de la vaca y dijo leche en un susurro. En un momento dado, se me acercó y dijo, señalando con el dedo el tejado del palacio cercano: “¿Ves las antenas de televisión?” Era difícil entender sus palabras, porque eran poco articuladas y dichas de forma apresurada; parecían desaparecidas antes de que yo pudiera captar el sonido y adivinar el significado, pero era una frase entera, una comunicación, una pregunta dirigida hacia mí que parecía requerir una confirmación. Sin embargo, me sentí fuertemente inducida a hablar como ella, en un susurro sin apenas voz,

como si el hecho de que pudiera haber un diálogo tuviera que permanecer invisible y ni siquiera conocido por nosotros.

Mientras manipulaba los animales, los tocaba y miraba en su boca, especialmente en la del cocodrilo. ¿Eran peligrosos aquellos dientes? Recordé que Rosetta, aunque aparentemente había tolerado el destete a los siete meses de edad, rechazó el biberón. ¿O el peligro estaba en la misma voz? Recordé que su padre había hablado del miedo de Rosetta a los ruidos fuertes, especialmente los de los motores de los camiones. Sentí que debía hablar en voz baja, como lo haría junto a un niño dormido que no debería despertar de repente.

Siempre durante la primera sesión, hubo también momentos de actividad intensamente agresiva. De repente, Rosetta dobló violentamente hacia atrás las patas del caballo (supe mucho más tarde que la madre era una amazona apasionada) e hizo chocar violentamente la cabeza de la vaca contra un cordero tumbado. Y, de nuevo, apretó con fuerza un animal con una mano y a la vez apretó los labios e hizo crujir los dientes. Estrechó el objeto a la manera de los niños autistas, pero también había una fuerza tremenda en su apretar.

Era innegable que Rosetta tenía rasgos autistas graves. Sin embargo, hubo momentos de comunicación que parecían permitir un pronóstico razonablemente favorable.

Líquidez: lluvia y lágrimas

Las actividades de Rosetta a menudo estaban relacionadas con la contención física. Cuando se aislaba, se iba a esconder detrás del sofá y era muy difícil llegar a ella, pero cuando estaba más en contacto me pedía que le hiciera “la casita”. Cubríamos su mesita con la manta. Ella se metía dentro y, agachada allá abajo, empezaba a murmurar en susurros rápidos y esquivos. Para intentar captar algunas palabras debía agacharme y poner la oreja en la manta. A veces, se desarrollaba un pequeño diálogo, pero con más frecuencia yo era incapaz de captar cualquier mensaje en sus susurros y era imposible establecer un contacto. Solía entrar en su casita porque llovía, pero la

casita no parecía ofrecer una protección adecuada porque también llovía dentro.

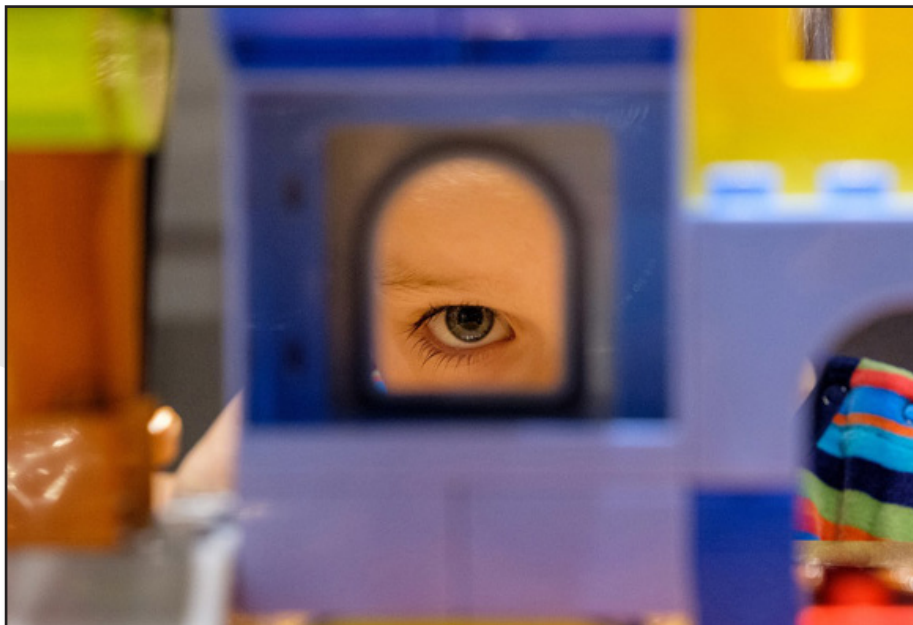
A veces, Rosetta lloraba, pero no estaba en contacto con el dolor. El llanto venía al azar, como una tos o un hipo, y ella llamaba a las lágrimas “gotitas en mis mejillas”. Parecía desconocer el vínculo entre su angustia y su dolor y sus lágrimas. Entonces me resonaba en la mente la voz sin emoción con la que la madre había relatado los dramáticos hechos ocurridos antes y después del nacimiento de Rosetta.

La madre se sorprendió al oír que su hija utilizaba la palabra “llorar” por primera vez. Rosetta lo hizo en una circunstancia particular. Una de las hermanas de la madre estaba embarazada. Rosetta puso la oreja en el cuerpo de su tía y dijo: “El bebé está llorando”. Al escuchar a ese niño aún no nacido, las gotas de lluvia que en sesión caían dentro de su casita se habían transformado en auténticas lágrimas.

Un bebé es capaz de llorar cuando está incómodo; llorando, evacua tensiones intolerables y puede indicar su necesidad a su entorno. El feto, sin embargo, se encuentra sin voz y *totalmente* indefenso. Todos tenemos la experiencia de pesadillas donde estamos en peligro, pero incapaces de mover las piernas y sacar la voz para pedir ayuda. ¿Es concebible que sean reminiscencias del pánico que experimentamos cuando todavía no podíamos correr ni gritar?

Sensaciones táctiles y pánico

Rosetta a menudo se ponía unas medias en la cabeza, con la parte de las piernas que colgaba sobre los hombros de ambos lados. La parte con el elástico parecía tener una función de contención, mientras las partes colgadas le excitaban. Los largos pendientes de la madre, que la pequeña había lucido en la primera sesión, formaban parte de la misma área de colusión erotizada que unía madre e hija. La intensa excitación sensual estaba relacionada con el largo pelo de la madre. Sin embargo, este estado mental solía colapsarse rápidamente y revelaba la ansiedad de aniquilación incontrolable subyacente. Entonces Rosetta me pedía, con extrema urgencia y en un crescendo que



El niño aparentemente sordo, rígido y congelado en el caparazón autista relata la dramática historia del impacto de experiencias traumáticas tempranas con el consiguiente fracaso de protointegraciones táctiles y auditivas primarias.

a menudo culminaba en un pánico total, apretar una cuerda alrededor de su cabeza o, al menos, arreglar mejor algo, pero era incapaz de explicar qué podía hacer para ayudarla y mis intentos de darle la sensación de estar firmemente sujeta solían fracasar. Parecía que no podía hacer otra cosa que compartir con ella su sentimiento de total impotencia.

Las coletas de Rosetta tenían una función protectora similar, pero sin el trasfondo erótico. Estaban atadas con gomas que le parecían sueltas a medida que la angustia crecía. Entonces intentaba atarlas mejor, pero la angustia a menudo aumentaba de todos modos hasta que me instaba, en pánico, a apretarlas aún más.

En otras ocasiones, por el contrario, retiraba las gomas y dejaba fluir sus cabellos con libertad. Movía la cabeza y se envolvía en su suavidad sensual y excitante. Pero, después de ello, la angustia volvía. Con el pánico de caer y desaparecer deshaciéndose, se mojaba las bragas y yo tenía que atarle las colas y apretarlas tan fuerte como podía. Esta secuencia se producía a menudo hacia el final de la sesión. En una etapa posterior, su petición de apretarlas iba acompañada de la frase “quiero mamá” con un sentido de gran urgencia.

Sabemos que la vida de Rosetta se salvó gracias al anillo de cerclaje que debía apretar y cerrar el saco uterino que se estaba abriendo prematuramente. En esta circunstancia, está en riesgo la contigüidad de los cuerpos, esa “no-distancia”, la única que garantiza la continuidad de las sensaciones táctiles. Presumiblemente, fue mi percepción del estado de ánimo “líquido” de Rosetta, junto con la calidad paroxística de su pánico y su total incapacidad para mostrarme *qué* podía hacer para mantenerla unida, lo que me hizo pensar en la extrema impotencia del feto en el caso de una amenaza de aborto. Es una cuestión de vida o muerte, ante la que el niño se encuentra totalmente indefenso.

Las voces de Rosetta

El registro vocal que Rosetta utilizaba con mayor frecuencia al inicio de la terapia tenía una tonalidad aguda y artificial, similar a las voces de su madre y su tía. Sabía que miraba dibujos animados en la televisión durante horas. Cuando se enganchaba ecolólicamente a sus voces televisivas, la articulación de su lenguaje era clara, utilizaba los pronombres y los verbos correctamente, pero era totalmente inaccesible a un intercambio

verbal conmigo y ponía sus frases este-reotipadas pseudoadultas aquí y allá, al azar. La textura sonora resultante se asemejaba al diálogo, pero era totalmente artificial. Cuando utilizaba su voz de televisión, Rosetta normalmente llevaba su “máscara sonriente” sin expresión, con los ángulos de la boca hacia arriba. Y mientras cantaba las melodías de sus historias de vídeo favoritas, parecía disolverse en sus formas musicales.

En el material de la primera sesión, hemos visto que la voz personal de Rosetta era poco más que un susurro inicialmente y que la niña no era capaz de decir nada más que una palabra suelta o un nombre o una frase muy breve con esa calidad esquiva que era su característica. Yo tenía que estar constantemente alerta para captar lo que decía. A menudo, no podía captar más que la traza sonora de su comunicación, que “incubaba” dentro de mí en silencio, intentando imaginar qué habría posiblemente podido decir en el contexto del momento, hasta cuando, aquellas veces en que lo conseguía, del ritmo y de la melodía de la comunicación emergía el significado. A medida que avanzaba la terapia, su voz se hacía más fuerte y confiada, pero sus palabras se mantenían borrosas e inarticuladas, parecidas a las de su madre.

Había, en el lenguaje de Rosetta, como en todo su ser, una calidad líquida. Era como si sus palabras se hubieran quedado sumergidas en una continuidad musical y no hubieran adquirido la autonomía estructural indispensable para tomar forma y establecer vínculos significativos entre sí. Este desarrollo puede tener lugar, tanto en el pensamiento como consecuentemente en el lenguaje, sólo si el proceso de separación no se ha detenido en una etapa muy precoz. Rosetta era capaz de articular claramente cuando formaba un todo único adhesivo ecológico con las voces televisivas; pero cuando se trataba de su propia voz, la angustia ligada a la percepción de su separación parecía ser demasiado intensa y las palabras debían quedar indistintas y amontonadas. Fue mucho más tarde, en el tercer año de terapia, que los padres me dijeron que Rosetta nunca había dejado, desde que había nacido, de mojar

la cama. Una vez más, me sorprendió no tanto el hecho en sí, sino la ausencia de pensamiento con la que me dieron esa información tardía. Intenté reflexionar con ellos sobre las formas con las que habrían podido ayudar a la niña a adquirir el control de esfínteres también nocturno. Después de unos meses, logró no mojarse y sus padres se sorprendieron de que paralelamente su lenguaje se había convertido en más claro y articulado.

En la secuencia temporal de nuestra interacción verbal se producía un fenómeno de aglomeración análogo a lo que podía observarse en su pronunciación inarticulada. En un diálogo normal, dos personas hablan y escuchan alternativamente, siguiendo un patrón rítmico de reciprocidad. Con Rosetta podía ocurrir que, después de un silencio, la niña volviera a hablar en el mismo momento en que yo abría la boca. Entonces yo me detenía inmediatamente para escuchar lo que decía, pero ella se detenía al mismo tiempo. Durante un rato yo esperaba, escuchando, que ella empezara a hablar de nuevo. Si callaba, yo decía algo sobre mi disponibilidad de escuchar lo que había querido decirme, pero ella volvía a hablar exactamente en el mismo momento y una vez más me era imposible escuchar y entender lo que decía.

La ausencia de una alternancia rítmica tenía el efecto de producir una situación de no comunicación. Era como si ambas fuéramos sordas y, en cierto sentido, también mudas. En el lenguaje ecológico, las diferencias y la separación quedan borradas por la igualdad adhesiva de las expresiones verbales. En este caso, el diálogo potencial se desplomaba en un conglomerado indistinto de palabras a raíz del hundimiento de la textura rítmica de reciprocidad que se desarrolla en el tiempo. Había una situación de no-distancia temporal, en la que dos voces coincidían y se anulaban recíprocamente y dos pares de orejas resultaban inútiles.

La reciprocidad comienza allí donde termina la fusión. Si durante la vida prenatal las sensaciones de “no-distancia” dejan fuera las experiencias auditivas normales de la voz materna que va y viene, podrían faltar en el feto las expe-

riencias rítmicas primarias que forman las bases de la posterior capacidad de reciprocidad, que encuentra su primera expresión postnatal en el ritmo cooperativo entre la boca que succiona y el flujo de la leche del pecho.

Un buen día, junto a las dos voces descritas -la televisiva y el susurro tímido e indistinto- estalló, inesperada y dramáticamente, una tercera voz. Hubo una erupción de sonidos no verbales y ruidos vocálicos de una potencia impresionante y con una calidad primordial arcaica. Estos evocaban las voces de animales salvajes: el rugido del león, los chillidos de las hienas, los aullidos de los lobos. En aquellos momentos -a menudo al comienzo de la sesión- esa niña pequeña se me plantaba delante y, mirándome directamente a los ojos, hacía esos sonidos potentes que provenían de alguna parte de su ser. No es fácil describir mis sensaciones contratransferenciales. La “voz de la selva” no estaba loca, no era terrorífica, ni agresiva. Simplemente, era una potente presencia sonora que se autoafirmaba. A veces, Rosetta cerraba las persianas y rugía en la oscuridad.

Sucesivamente, Rosetta pasaba de la evocación de voces de animales a nombrar animales feroces como panteras negras, tiburones y cocodrilos, a través de los cuales podía empezar a expresar los sentimientos ligados a la agresividad oral. Poco a poco, sus producciones verbales se acercaban también al mundo humano. Apuntándome con un arma de fuego imaginaria, Rosetta hacía los ruidos de los disparos. Una importante transformación de las voces de los animales fue la voz de una bruja. Rosetta empezaba a gritar en un crescendo, haciendo que su voz se alzara más y más hasta que emitía un tono muy agudo y penetrante, casi intolerable. La primera vez que dejó escapar ese grito, Rosetta se detuvo de repente, se derrumbó literalmente y entró en pánico. En su balbuceo angustiado, pude distinguir las palabras “mamá no quiere, mamá es débil”. Sentí lo importante que era que mis orejas pudieran tolerar y contener la intrusión de los sonidos intolerablemente agudos a los que estaban expuestas.

El continente vocal y el objeto sonoro primario

Mi percepción de la erupción de los primeros rugidos de animales fue que la propia Rosetta los había oído como provenientes de su *interior*. Junto a su parte vocal -primitiva, pero fuerte- parecía haber descubierto la tridimensionalidad de los espacios internos a un nivel completamente físico. Sin duda me había dado a mí una intensa sensación de un vibrante volumen en su interior, que contrastaba tanto con la voz materna plana como con su voz adhesiva de los dibujos animados.

La nueva base sonora se había convertido en el punto de partida para explorar paulatinamente la escala entera de sus recursos vocales y parecía haberle permitido ir más allá en el plano del funcionamiento mental, es decir, primero inventar *variaciones* de los sonidos primordiales de la voz de la selva para, después, atribuirlos a animales que pudiera *nombrar*, y ponerse en contacto tanto con sus terrores como con sus *sentimientos* agresivos hacia la madre.

Esta evolución vocal se produjo en los tres primeros meses de terapia. Es en ese momento cuando se produjo la traumática caída desde la pared, seguida de la sesión donde sentí que no podía separar a madre e hija. En el momento del accidente, la madre ya estaba embarazada, pero todavía ni ella misma lo sabía.

En la semana que siguió a la caída, Rosetta pasaba por frecuentes momentos de angustia y me pedía más a menudo que le apretara las coletas; pero, extrañamente, estaba también más comunicativa. La niña exploró activamente sus capacidades vocales y su lenguaje era más articulado de lo habitual:

Rosetta habló rápida y claramente y reprodujo las voces de algunos animales: de los polluelos, de los cerdos y de los perros. Para la vaca produjo unos larguísimo "muuuuuuuuuuu...". Luego imitó unos disparos y el ruido de un coche.

Comenté que me estaba haciendo sentir como si estuviera llena de voces y ruidos dentro y cómo podía dejarlos salir y hacérmelos oír a mí también. Eran todos diferentes los

unos de los otros. Nombré uno tras otro a los animales, el fusil y el coche.

Rosetta rechinó los dientes, empezó a gritar y a chillar, dejó caer la baba en el alféizar de la ventana y la esparció con la manga.

Yo dije que ahora se había asustado y enfadado, porque ya no estaba tan segura de si podía realmente tener en su interior tantas voces diversas y conocerlas y distinguir las. Esparciendo la baba quería que todo se volviera igual: Rosetta, la ventana-Rosetta y el alféizar-Rosetta.

Siguió escupiendo y esparciendo la baba. Entonces dijo, quizás comentando los diferentes tamaños de sus escupitajos: "Uno grande y uno pequeño".

En medio de las formas autistas que debían hacer que todo se volviera igual, había notado de nuevo una diferencia.

Se deshizo las coletas y cortó un pedazo de cuerda como si quisiera pedirme volver a atarlas de nuevo, pero no siguió. En cambio me pidió: "¿Cuándo viene mamá?". Intentó abrir la puerta, después lo dejó y dijo: "Mammmmmmmmmmmmmmmmmmm..." hasta agotar el aliento. Lo repitió muchas veces.

Le dije que ahora se sentía llena de un sonido-mamá y que eso le ayudaba a sentirse bien por dentro y a poder esperar a que llegara su madre.

Después de mi comentario, empezó a cantar: no eran las canciones de la televisión o de los dibujos, sino melodías que claramente inventaba en ese momento. Las palabras eran también de su invención. Sólo capté unas pocas: "Gatito - llora - medianoche".

La madre vino a recoger a Rosetta con la tía "gemela", que se marchó con la niña, mientras ella se quedó para comunicarme que estaba embarazada.

En esta sesión, las producciones vocálicas de Rosetta contrastaban con el uso defensivo que hacía de ellas cuando se

envolvía en las formas musicales hasta disolverse. Parecía que quisiera experimentar su "seguir-existiendo" (going-on-being) a nivel sonoro. Esto le daba una sensación de compacidad y de continuidad en su interior que ahora era capaz de reproducir vocálicamente cada vez que lo necesitaba. A partir de entonces, la voz de la selva no volvió a aparecer nunca más. De ella, habían nacido sonidos nuevos, que formaban parte del lenguaje humano y que podían utilizarse como elementos capaces de dar forma, volver a evocar y reparar un objeto sonoro materno primitivo. Esto permitió a Rosetta empezar a explorar diferencias y a comunicar más. Poco antes de las vacaciones de verano los padres, que querían estar razonablemente seguros de que no habría problemas, todavía no le habían dicho que la madre estaba embarazada. Al final del cuarto mes de embarazo, cuando se suponía que Rosetta no debía de estar enterada de nada, se dio la siguiente sesión:

Entrando, Rosetta tocó suavemente mi barriga. Después, me pidió ayudarla a atar un largo pedazo de cuerda alrededor de su cuello y del mío. Cuando estuvimos atadas juntas, me estiró hacia el suelo, de rodillas, y me utilizó como refugio, como hacía habitualmente con su "casita" cuando llovía. Se quedó un rato resguardada bajo mi cuerpo, después se arrastró fuera y se puso de pie. En mitad de la cuerda que nos mantenía juntas, había un nudo que Rosetta me pidió deshacer, para atarnos separadamente a dos ganchos junto a la ventana.

Yo hice un comentario descriptivo sobre el estar atadas juntas, salir y separarnos.

De repente, había algo que no funcionaba con su frente y yo debía actuar urgentemente. Era una emergencia que requería que algo fuera atado o contenido o apretado mejor. Sin embargo, ninguno de mis intentos parecía capaz de ayudarla. La angustia creció hasta que Rosetta gritó: "¡No va bien!".

Comenzó a gritar unas palabras, manteniendo la última vocal tanto como podía, en un crescendo dra-

mático: lllllllllllr.... Mientras gritaba, su cuerpo se ponía rígido, hasta que tembló toda ella en un terrible esfuerzo muscular. Le salieron lágrimas disparadas de los ojos y de la boca le cayó baba mientras gritaba. Yo intenté decir algo sobre lo muy asustada que estaba de haber salido fuera y haberse encontrado sola, pero sentía que mis palabras no llegaban a las raíces de su pánico.

Siguió gritando: “Dentro del aguaaaaaaaa...”, después vino una secuencia de palabras que acabó con “pozoooooooo...”.

Le dije a Rosetta que debía de haber pasado algo terrible. ¿Alguien había caído dentro de un pozo? ¿Había agua en ese pozo? Le dije que quería rescatar a ese alguien y acompañé mis palabras con los gestos de una persona que estira fuera de un pozo la cuerda con el cubo pegado.

Rosetta me observó y se calmó y, al cabo de un rato, se puso ella también a tirar de una cuerda imaginaria.

Entonces dije que ahora, tal vez, ese alguien ya estaba de nuevo aquí y le pregunté si le habíamos rescatado bien.

Dijo que sí y se quedó calmada hasta el final de la sesión.

Parecía que Rosetta había vuelto a vivir, en sesión, unos terrores conectados quizás no sólo con el nacimiento, sino también con la amenaza de aborto a la que había estado expuesta durante su vida prenatal. Yo no sé cuáles fueron los elementos que hicieron posible su representación dramática en ese momento. Para su madre se estaba acercando ese período de los abortos precedentes. ¿Era posible que la mente de Rosetta todavía formara tanto parte de la mente de su madre que compartía con ella, de forma fusionada, sus fantasías y miedos actuales, aunque la niña no había sido informada del embarazo? ¿O Rosetta servía como receptáculo para las emociones escindidas de su madre? En otras palabras, cabe preguntarse si la amenaza de otro posible aborto llegaba a Rosetta a través de la proyección inconsciente materna

en el aquí y ahora o si la situación actual provocaba en la niña su propia experiencia traumática prenatal del riesgo de caer fuera del vientre de la madre.

Si había sido posible para la niña revivir y representar este evento en ese momento, nos podemos preguntar también si puede haber una conexión con su encuentro con su propia voz primordial y fuerte que ahora podía ser utilizada para comunicar algo *sobre* su trauma a nivel verbal, a pesar de quedarse *en el* trauma a nivel táctil, con el envaramiento de su cuerpo presa del pánico. La historia del pozo, del agua y de alguien que caía reproducía su historia con una sorprendente precisión. Yo sentí que mi contención mental y verbal era insuficiente y mis manos tuvieron que ayudar a rescatar a quien había caído, así como entonces fue necesario el anillo del cerclaje para fortalecer el contenedor materno y salvar la vida de Rosetta.

En cuanto al uso de su voz, creo que Rosetta intentó, como había hecho dos meses antes, garantizar vocalmente su “seguir-existiendo” (going-on-being), pero esta vez -en la situación traumática que ella misma había vuelto a evocar con la representación de una situación de nacimiento o de amenaza de aborto- la voz no fue suficiente para contener la angustia. Su misma supervivencia estaba en juego y Rosetta intentó oponerse al peligro de la caída intentando, con un esfuerzo sobrehumano, protegerse mediante la contracción muscular. No sabemos si el feto, expuesto al peligro de ser abortado, reacciona de forma similar para contrarrestar las contracciones del útero materno y, en el caso de Rosetta, del abrirse y cerrarse del cuello del útero a través del cual pudo caer, pero no podemos excluirlo. Rosetta quizás nos muestra cómo el caparazón psicofísico autista puede convertirse en el último ancla de salvación cuando no hay nada a lo que aferrarse excepto sensaciones táctiles.

Discusión

El material de Rosetta facilita una reflexión sobre el trauma prenatal por la presencia concomitante de una serie de factores: la madre había tenido una grave amenaza de aborto durante el emba-

razo, la niña presentaba rasgos autistas sin ser del todo autista y el nuevo embarazo de la madre durante la terapia de la niña reactualizaba los acontecimientos traumáticos del pasado. Sin embargo, el mismo hecho de que aquel acontecimiento traumático físico había ocurrido durante la vida prenatal de Rosetta y se había vuelto a configurar en el momento del nuevo embarazo de la madre durante la terapia de la niña, puede inducirnos a olvidar otro factor potencialmente traumático presente de manera más permanente durante la vida prenatal de Rosetta, es decir, el estado mental de la madre. Creo que el origen traumático de los rasgos autistas de Rosetta podría ser doble.

El material de la niña hace pensar que la amenaza de aborto podría haber contribuido al retraimiento autista ligado a un estado de pánico no asimilable, pero nos preguntamos en qué niña se habría convertido Rosetta si su vida prenatal no hubiera sido amenazada a nivel físico. Sugeriría que sus experiencias psicofísicas eran dos caras de la misma moneda. La misma afirmación vale para la madre. Cuando la conocí por primera vez, me impactó su afectividad plana, que se evidenciaba en igual medida a nivel físico, vocal y mental. Era como si no tuviera ningún volumen y, por tanto, ningún espacio interno. Sus hijos no nacidos se habían escurrido lejos, al igual que sus palabras sin pensamientos ni emociones que me habían impactado durante la primera entrevista. Los abortos repetidos pueden verse tanto como una realización externa, física, de un objeto interno no continente, como fuente del cíclico renovarse de la experiencia de incapacidad de su vientre para contener a un niño, hecho que reforzaba a su vez su adhesividad mental.

El estallido del grito primordial de Rosetta parecía haber roto el círculo y haber abierto el camino que la llevaría hacia la liberación de la necesidad de contigüidad adhesiva con su madre y hacia la posibilidad de sentirse existiendo como individuo. He descrito lo difícil que era atribuir una emoción concreta a la “voz de la selva”. Pero ésta *era* la emoción, la materia prima de la que está hecha la emoción.

Cuando Rosetta estaba llena de su voz de la selva, mi experiencia de contratransferencia era de una comunicación suya: "YO SOY". Aquí y ahora, Rosetta era, era su voz. Yo pude verla y oírla y ella me miraba y se oía a sí misma. Quizás había encontrado dentro de sí misma la contención emocional primaria de la que había carecido en su experiencia prenatal del vientre, de la mente y de la voz de la madre. Y quizás la "voz de la selva" le había podido dar la experiencia física, auditiva y mental de un espacio interno capaz de convertirse en el contenedor de objetos internos y de ayudar a poner en marcha los procesos proyectivos e introyectivos. Y su voz estaba en el centro de su capacidad de empezar a distanciarse de las fantasías de hermanamiento de su madre y de su propia necesidad de adhesión fusional y de intentar completar y reparar su precario objeto sonoro original.

CONCLUSIONES

El material clínico de niños con autismo, cuyo desarrollo se detuvo en una etapa muy precoz de la vida, da acceso a una comprensión más profunda de los procesos protometales más primitivos. Si el inicio de una reacción de autoprotección del niño frente a una situación potencialmente traumática se sitúa en la vida prenatal, el comportamiento postnatal del niño puede proporcionarnos pistas sobre los "eslabones perdidos" en los procesos más tempranos de integración psicofísica, que parecen estar muy estrechamente relacionados con el desarrollo de experiencias sensoriales.

La investigación psicoanalítica ha empezado siempre a partir de la observación de fenómenos patológicos para llegar a reflexionar sobre el desarrollo normal. En este trabajo he intentado seguir el pensamiento de Frances Tustin sobre los posibles orígenes prenatales del autismo para relacionarlo con su idea del retraimiento autista como reacción a experiencias traumáticas y para realizar una reflexión más profunda sobre el fracaso de integraciones sensoriales prenatales, con especial atención a las experiencias auditivas prenatales.

Además, he intentado seguir y desarrollar la idea de Frances Tustin de una

proximidad psicofísica patológica entre el niño y la madre *antes* de la aparición de los primeros síntomas de autismo. Esta hipótesis parece una implicación inevitable en todos aquellos casos en los que el autismo podría tener sus orígenes en la vida prenatal. Cuanto más precoz es el comienzo del desarrollo patológico, menos diferenciadas son las fronteras psicofísicas entre la madre y el niño aún no nacido. Haciendo referencia al "núcleo protomental" del feto, Mancina afirma que "éste es permeable tanto a las representaciones que le llegan del mundo interno, como a las experiencias sensoriales que le llegan del mundo externo y materno" (1981, traducción de Suzanne Maiello).

Si seguimos la historia de la investigación psicoanalítica en el área de la patología autista, vemos cómo la descripción de Kanner de las madres de los niños autistas como tendencialmente frías e intelectuales (1949) llevó a acuñar el término de "madre nevera". Sucesivamente, la contrarreacción a la tendencia a ver en las madres la causa de la patología de los niños movió el origen del retraimiento autista excesivamente sobre los problemas internos del niño. Más tarde aún, tanto Meltzer (1975) como Tustin (1986) reconocieron que era innegable que la depresión materna podía representar uno de los factores que llevaban al colapso de la relación con el niño, pero también subrayan que esto no significa que las madres sean *culpables* del desarrollo patológico de los niños.

Es posible pensar que, en el pasado, la reflexión en torno a este aspecto fuera inhibida por la idea de que reconocer estas interconexiones significaría acusar a las madres de ser responsables de la enfermedad de sus hijos. Yo creo que hoy es posible explorar estas profundas interdependencias primarias con una mente más libre, sin culpar a las madres sino al revés, con la conciencia de que ellas mismas están en riesgo. Impacta que reencontramos la metáfora de Kanner de la "madre nevera" en la imagen tustiniana del "niño congelado". Continente y contenido comparten la experiencia del frío. El niño congelado en la madre, a menudo ligado a experiencias traumáticas no elab

boradas, necesitaría ser aceptado como el niño autista externo.

He sugerido que la voz materna podría representar al vehículo a través del cual el oído fetal recibe pistas sobre la calidad de las representaciones maternas y el estado de su mundo interno. Me gustaría añadir que una experiencia traumática puede estar vinculada tanto a la ausencia de un objeto bueno indispensable, como a la presencia e interferencia de un objeto nocivo. Se puede morir tanto de hambre como de envenenamiento. Durante la vida prenatal la voz materna, en su función de precursora auditiva del pecho postnatal, puede cubrir todo el abanico cuantitativo y cualitativo de una nutrición en exceso o en defecto, buena o mala. El hecho de que la experiencia auditiva, a diferencia de las percepciones táctiles, sea inmaterial, sólo aumenta su importancia en lo que se refiere a la apertura de la actividad protomental del feto a la dimensión presimbólica.

En una situación prenatal traumática parece producirse el movimiento contrario que puede llevar, en determinadas circunstancias, a la retirada del feto del nivel auditivo de experiencia a una modalidad táctil concreta, más segura, ya que anula la distancia en un intento extremo de oponerse a la amenaza de aniquilación. El niño aparentemente sordo, rígido y congelado en el caparazón autista relata la dramática historia del impacto de experiencias traumáticas tempranas con el consiguiente fracaso de protointegraciones táctiles y auditivas primarias, que en el desarrollo normal se inician durante la vida prenatal y podrían estar entre los requisitos previos para el inicio del funcionamiento mental simbólico. ●

BIBLIOGRAFÍA

BION W.R. (1950) Il gemello immaginario. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.

BION W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.

DE CASPER A.J. and SPENCE M.J. (1986) Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds.

Infant Behavior and Development, 9, 133-150.

GROTSTEIN J.S. (ed.) (1983) A proposed revision of the psycho-analytic concept of primitive mental states. II: The borderline syndrome. Section I: Disorders of autistic safety and symbiotic relatedness. *Contemporary Psychoanalysis*, 19: 580-604.

KANNER L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

MAIELLO S. (1993) L'oggetto sonoro. *Richard e Piggle*, 1, 31-47.

MAIELLO S. (1997) Going beyond, in *Psychoanalytic Encounters with Autistic States: A Memorial Tribute to Frances Tustin*. New York: Jason Aronson Publishers.

MANCIA M. (1981) On the Beginning of Mental Life in the Foetus. *International Journal of Psychoanalysis*, 62, 351-357.

MASAKOWSKI Y. and FIFER W.P. (1994) The effects of maternal speech on fetal behavior. *International Conference on Infant Studies*, Paris.

MELTZER D., HOXTER S., WEDDELL D., WITTENBERG I. (1975) *Esplorazioni sull'autismo*. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.

MITRANI J.L. (1992) On the survival function of autistic manoeuvres in adult patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 549-559.

MOON C. and FIFER W.P. (1990) *Newborns prefer a prenatal version of mother's voice*, *International Society of Infant Studies*, Montreal.

OGDEN T.H. (1989) *Il limite primigenio dell'esperienza*. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1992.

PIONTELLI A. (1992) *From fetus to child, An observational and psychoanalytic study*, London, Routledge.

ROSENFELD H.A. (1987) Modificazioni nella teoria e nella tecnica psicoanalitica. In: *Comunicazione e interpretazione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.

SPENCE M.J. and DE CASPER A.J. (1987) Prenatal experience with low-frequency maternal-voice sounds influences neonatal perception of maternal voice samples. *Infant Behavior and Development*, 16, 133-142.

SPENSLEY S. (1995) *Frances Tustin*. London and New York: Routledge.

STERN D.N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.

TREVARTHEN C. et al. (1996) *Children with autism*. London: Jessica Kingsley Publishers.

TOMATIS A. (1981) *La nuit utérine*. Paris: Editions Stock.

TUSTIN F. (1986) *Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*. Roma: Edizioni Borla, 1990.

TUSTIN F. (1990) *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*. Milano: Cortina Editore, 1991.

TUSTIN F. (1994a) Prefazione alla 2a edizione di: *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London: H. Karnac Ltd.

TUSTIN F. (1994b) The perpetuation of an error. In: *The Journal of Child Psychotherapy*, 20,1.