La gran variabilidad dentro del Trastorno del Espectro del Autismo: del autismo a la psicosis [1]

– Mònica Recio –

Psicóloga Sanitaria. Máster en Arteterapia. Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet (Barcelona). Espai Terapèutic Desenreda't (Canet de Mar). E.E.E. L'Arboç (Mataró) y Fundació Maresme. (Barcelona, España)

En nuestra práctica clínica, hablamos de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) refiriéndonos a una amplia variabilidad de sintomatología y casuísticas. Las manifestaciones son tan variables como personas atendemos, así que tenemos el reto de explicar a nuestros pacientes y a sus familiares qué significa tener TEA. A menudo, pueden ponerlo en cuestión y sentirse recelosos porque "está de moda", como si los profesionales viéramos autismo en todas partes. A menudo, las personas que atendemos no tienen formación al respecto y pueden conocer personas diagnosticadas de TEA y ven que son distintas; por tanto, puede ser difícil aceptar que se comparte el mismo diagnóstico. En ocasiones, por el contrario, es el paciente quien ha leído, quien ha escuchado y cree que sus malestares pueden ser la consecuencia de un TEA enmascarado, buscando en el diagnóstico un alivio, lo que también nos inocula una presión y a menudo nos pone más trabas en el camino de la objetividad clínica.

Estamos en la era de la sobreinformación, todo el mundo sabe algo sobre el autismo, hay quien poco, hay quienes han hecho un "máster"; por tanto, debemos poder argumentar y explicar con detalle lo que hemos observado y por qué consideramos uno u otro diagnóstico.

El aumento de la prevalencia del autismo ha sido muy alto en los últimos 40 años. En el año 1975 la cifra aportada por la organización americana Autism Speaks señalaba 1 caso de autismo por cada 5000 nacimientos. En 2008 esta cifra se situaba en 1 caso de TEA por cada 150 y las investigaciones recientes (Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, 2014) apuntan a 1 de cada 68 niños. En el DSM-V se señala que el 1% de la población podría presentar TEA (APA, 2013).

Las razones del aumento de casos no están claras y se apuntan aspectos multifactoriales; por un lado, la mejora de la precisión diagnóstica y el aumento de la detección precoz, pero también hay que mencionar que la toxicidad ambiental, que impregna cada una de nuestras células (disruptores endocrinos) está afectando especialmente al desarrollo del sistema nervioso central en la etapa fetal y primeros dos años postnatales, donde se dan períodos críticos de desarrollo neuronal que afectarán a lo largo de toda la vida (Schore, 2022).

Este aumento de los trastornos mentales ha hecho que los profesionales tengan mucha presión asistencial (especialmente en la atención pública), mucha exigencia, hay que ser muy eficaz y efectivo en el menor tiempo posible con los mejores resultados. Esto aboca a una fuerte frustración en la mayoría de profesionales que quieren atender lo mejor posible, pero no tienen tiempo, no se pueden ofrecer trabajos largos y más profundos y, como si de una píldora se tratara, los seguimientos psicológicos y/o psiquiátricos deben disminuir la sintomatología en la primera toma. En cambio, sabemos que los procesos personales y mentales son lentos y necesitan mucho respeto y paciencia.

REVISIÓN HISTÓRICA DEL DIAGNÓSTICO DE TEA

Las clasificaciones de los trastornos mentales van modificándose periódicamente con el objetivo de afinar y mejorar los diagnósticos, pero éstas están enmarcadas en un contexto social que las colorea de una u otra forma, no por ello menos rigurosas, pero sí puede dar mayor o menor relevancia a ciertos aspectos. El manual diagnóstico por excelencia es el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Disorders), actualmente el DSM-V, de modelo americano y con una orientación de carácter más organicista que los manuales que se intentaban implementar en Europa.

Los profesionales tenemos unos criterios diagnósticos objetivos que deben cumplirse para poder decir que encajan en una u otra etiqueta diagnóstica, pero es cierto que ahora mismo nos encontramos con que la realidad del diagnóstico de TEA va desde el autismo clásico (Kanner), al Asperger, al fenotipo ampliado, a los rasgos sin cumplir criterios diagnósticos, al TEA con pensamiento desorganizado... Es necesario especificar la gravedad, la capacidad cognitiva y el nivel de lenguaje, pero incluso así, a veces, no sabemos ante qué paciente estamos y algunos profesionales intentamos añadir alguna descripción más cualitativa dentro de la etiqueta diagnóstica que pueda orientar más al profesional en la comprensión de lo que significa en ese caso concreto TEA.

[1] Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

Curiosamente, si nos remontamos en la historia, los primeros casos de niños con autismo quedaban englobados en el concepto de *psicosis infantil*. En 1833, Clevenger y Spitzka hablan de *locuras por la afectación del sistema nervioso*; en 1859, Gunz publicó un trabajo titulado *La locura de los escolares*; en 1890, Benjamin Rush habló de *locura infantil* y, en Barcelona, Giné y Partagàs hablaban de *locura de los niños*, entre otros pioneros.

Folch y Camarasa dice: "El término *psicosis infantil* aparece en 1937 y se le atribuye a Louise Despert como una necesidad de englobar en este término una serie de manifestaciones psicóticas, probablemente no esquizofrénicas" (1984, Symposium Nacional sobre Psicosis Infantiles). Melanie Klein, en los años 30, también nos habla de *psicosis en la infancia* y no fue hasta el año 1943 que Leo Kanner habla de *autismo* y en 1944 Hans Asperger de *psicopatía autista*, estableciéndose las bases del diagnóstico de autismo. En el autismo, debían darse limitaciones en diferentes áreas del desarrollo: la comunicación, la interacción social recíproca, el pensamiento y el comportamiento.

En la década de los 50 aparece un boom de trabajos sobre psicosis infantiles, de la mano de autores como Mahler, Vallejo, etc. que hablan de *autismo* y *psicosis en la infancia*. En los años 60 y 70 tenemos las aportaciones para la comprensión de la psicosis y el desarrollo infantil de Winnicott, Ajuriaguerra, Mises, Diatkine... El DSM-III aparece de la mano del equipo liderado por Spitzer, en los años 80, después de muchos años intentando mejorar las clasificaciones y los criterios diagnósticos (DSM-I y II), para implementar unos acuerdos comunes, donde se clasifican las psicopatologías infantiles, diferenciando entre *trastorno esquizoide de la infancia y la adolescencia* y *trastornos profundos del desarrollo* (donde se ubica el autismo y sus diferentes grados). En la década de los 90, el DSM-IV habla de Trastorno Generalizado del Desarrollo, dentro del que se encontraban: el Trastorno Autista (tipo Kanner), Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. Se debían cumplir tres requisitos sintomatológicos: dificultades en la reciprocidad social, dificultades en la comunicación o el lenguaje e intereses y pensamiento restringidos y repetitivos.

El DSM-V, que sustituye al TGD por el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), incorpora todas las demás categorías diagnósticas (excepto el Síndrome de Rett que se convierte en diagnóstico independiente), que a su vez se enmarcan dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Es necesario especificar los niveles de gravedad y el nivel de apoyo que necesitan. En cuanto a las características sintomatológicas, deben cumplirse dos de las tres categorías del DSM-IV: dificultades en la comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos. Se ha añadido la presencia de dificultades en el procesamiento de la información sensorial. Sin embargo, las dificultades en el lenguaje o en la pragmática se consideran no exclusivas del TEA y tienen un diagnóstico diferente: trastorno de la comunicación social, donde no se encuentran intereses restringidos o comportamientos repetitivos.

Los diagnósticos no siempre están claros, debemos tener en cuenta las evoluciones tan espectaculares que se dan, especialmente en niños atendidos en los primeros meses o años de vida, gracias a los esfuerzos e investigación en la detección e intervención precoces. También podemos encontrarnos pacientes que en un momento determinado de la vida han sido diagnosticados de TEA, pero ahora ya no cumplen los criterios diagnósticos. Se considera el autismo como un continuum y los distintos subtipos formarían parte de la evolución a través de este espectro, pero sabemos por las neurociencias que el TEA es una condición neurológica divergente y estable a lo largo de la vida, de forma que éstos pacientes quizás con las herramientas facilitadas han logrado encontrar muchos recursos, se han flexibilizado y aumentado su capacidad simbólica, pero su condición no cambia y puede ocurrir que en un momento complicado de su vida se desencadenen de nuevo ciertas dificultades. Teniendo en cuenta estos factores biológicos, actualmente se está poniendo a debate si se puede definir como un trastorno o debería hablarse de una condición específica, sin entenderla como una patología.

LA COMPRENSIÓN MENTAL EN LA VARIABILIDAD DEL TEA

Ahora hay que intentar trabajar lo mejor posible dentro de este contexto cambiante e inestable y, lejos de la ñoñería, creo que debemos hacerlo a través de mantener viva la experiencia y sabiduría de nuestros antecesores, los cuales trabajaban minuciosamente a través de la observación de sus pacientes. Un momento social previo a las nuevas tecnologías de la información, en el que el ritmo de vida permitía dar una relevancia a los espacios de pensamiento, discusión y estudio que actualmente cuesta mucho esfuerzo de mantener.

En este sentido, les propongo estas líneas para pensar en cómo podemos ayudar y entender a los pacientes tan divergentes que nos encontramos en consulta. Lo haré a través de dos viñetas de dos niños que tienen el mismo diagnóstico de TEA, pero con manifestaciones muy distintas. Pensar desde la infancia nos puede acercar también a los adultos, ya que muchas necesidades infantiles siguen presentes en la vida adulta, aunque más suavizadas y con más recursos; los adultos tienen muchas más habilidades para controlar los impulsos y dar su mejor versión, la espontaneidad de la infancia se ha perdido y esto puede dificultar llegar a los aspectos más profundos. Para mí, tener conocimiento de los niños con TEA ha sido imprescindible para poder conocer las angustias y defensas más primitivas, que es el punto del que partimos todos y que gracias a la relación y a los recursos propios, podemos ir gestionando y transformando.

VIÑETA 1

Andreu, de 8 años, entra en la sala con cierta inseguridad, su cuerpo parece descoordinado, poco armónico, su cara es inexpresiva y la mirada huidiza. Tiene la precaución de no tocar nada con su cuerpo y de alejarse de mi mano si ésta se le acerca. Como en cada sesión, entra en la sala y dice: "hola, esta semana ha ido bien". Y sin apenas dejar espacio de

intervención, quiere seguir explicándome la película de dibujos que no pudo acabar de contarme el último día. Cuando yo intervengo explicándole que él ha seguido desde el mismo punto donde acabó la semana pasada, calla y me escucha de forma educada, pero con cierta ansiedad, esperando mi silencio para poder seguir con sus explicaciones. Sigue con la representación de la película donde teatraliza los diálogos y gestos de los personajes, que tiene aprendidos de memoria, de modo que puedo hacerme una idea prácticamente literal de la película.

Estamos compartiendo un mismo espacio, pero yo soy una espectadora, no estamos compartiendo una experiencia conjunta. A veces, intento intervenir haciendo preguntas que muestren interés en alguna de las cosas que me señala o por entender lo que está pasando, recordándole que yo no he visto la película y no entiendo el contexto de algunos diálogos o escenas.

A pesar de la molestia que siempre le suponen mis interrupciones, me contesta de forma breve. Debo ser ágil entendiéndolo porque, sino, se puede mostrar más molesto. Una vez terminada la representación, recita los créditos, los nombres del productor, director, músico, ilustrador... y se muestra muy frustrado si no recuerda alguno.

VIÑETA 2

Pau tiene 7 años, entra corriendo en el centro, se ríe y mira hacia atrás porque se ha escapado de la mano de su madre. Al verme, me empuja riendo y sigue corriendo por el pasillo, se vuelve con una mirada divertida para ver si alguien le persigue. En el centro donde estamos, las salas están comunicadas por puertas correderas con un patio exterior. Le perseguimos dando vueltas hasta que conseguimos pararlo, le ayudo a entrar en la sala y, justo cuando estamos a punto de entrar, da un tirón rápido y vuelve a marcharse corriendo y riendo divertido, esperando una nueva persecución.

Al cabo del rato, conseguimos entrar en la sala. Se quita los zapatos y los tira. Coge un álbum de cartas de Pokemon de su mochila y empieza a mirarlas pasando las páginas, coge algunas y las recoloca porque todas están siguiendo un orden que él me cuenta, pero que yo no acabo de comprender. Me intereso por sus cartas y me va explicando los ataques de cada Pokemon, su cantidad de fuerza, sus evoluciones... Conoce todos los nombres y características de todos ellos (hay más de 500). Su lenguaje es fluido, me cuenta las cosas en conexión con la mirada y con cierto deseo de compartirlas conmigo.

Me hace escoger uno y luego él elige otro que me ataca y siempre me gana. Él disfruta siendo el mejor, el más fuerte, el que más sabe. A menudo se levanta inquieto y camina por la sala con algunas cartas en la mano mientras habla solo sobre los ataques que puede hacerme.

Después, guarda el álbum y se me echa al cuello de forma imprevisible en una mezcla de abrazo/estrangulamiento agresivo que me deja muy desorientada. En las sesiones, suelo sentirme en una especie de cuerda floja, no sé si en algún momento puede estallar algo, estoy con un continuo sufrimiento, alerta...

Le propongo hacer algo con plastilina y no quiere. Dice que dibujará. Hace un monstruo con unas garras afiladas y boca con dientes puntiagudos. Mira el dibujo y tira los lápices hacia mí. Quiere irse. Estira con fuerza la manija de la puerta que he dejado cerrada con llave. Se enfada porque no puede irse. Empieza a tirar los materiales y tengo que irlos guardando en un armario por protección. Le digo que guardo las cosas para poder estar seguros, que es difícil estar aquí conmigo y que quizás ha dibujado algo que le puede haber asustado, pero mis palabras no llegan. Sólo la contención del propio espacio, mi resistencia a sus ataques y mi actitud firme, pero comprensiva consiguen ir calmando su ansiedad.

En la primera viñeta, podríamos observar una tipología de TEA con unas características de un funcionamiento más de tipo Asperger, es decir, un niño inteligente, con capacidades cognitivas que pueden llegar a ser brillantes en algunos aspectos, una memoria para los detalles y una rigidez en el pensamiento muy marcada. El interés en la relación conmigo es escaso o nulo, está centrado en sus intereses y yo tengo que hacer exactamente lo que él quiere. Debo funcionar como una prolongación, sin mostrar distancia, indiferenciada de él. Me traga a su mundo como si formara parte de su pensamiento, de su mundo. Es un tipo de paciente que no genera demasiados conflictos en la escuela, tiende a aislarse y crearse un mundo fantástico, hecho a medida, que no frustra, que evita contactar con el final de la sesión y el principio, la separación y reencuentro, situaciones que le podrían generar fuertes sentimientos de miedo. Los finales y los reencuentros son muy importantes porque tienen relación con él y conmigo, dos personas con dos mentes distintas. En la distancia nos podemos pensar, recordar y echar de menos, haciendo notar cosas diferentes por dentro, que hacen tambalear la falsa sensación de invariabilidad y continuidad que se esfuerza en construir.

En el segundo caso presentado, podemos observar que todo lo que sucede es mucho más visceral, deja menos espacio para pensar y la sensación de inestabilidad, de estar en la cuerda floja es constante. Hay mucho sufrimiento en la relación, es incapaz de sostener el dolor y busca la fuga para no sufrir.

A menudo, son niños con una mirada desgarradora y vivaz, pendientes de las reacciones de los demás. Parece que establecen un buen contacto, pero rápidamente se desorganizan, son caóticos y desestructurados. A veces, se muestran muy cariñosos y de repente hostiles, inaccesibles, mostrando una gran ambivalencia afectiva.

Son niños que inquietan en casi todos los contextos, en casa, en la escuela, en las actividades extraescolares... Cuando llegan a consulta, suele haber un gran caos a su alrededor, hay desesperación y desesperanza, enfado. Tienen actitudes provocadoras que tienden a despertar duras reacciones de autoridad, reprobaciones, castigos y amenazas. Son poco entendidos en su sufrimiento, al contrario, se interpreta su comportamiento como malintencionado, negativista, desafiante... A veces, su entorno, que ya era vivido como amenazante, se ha

convertido en una realidad hostil. Cuanto más persecutorio es el contexto, más razones tienen nuestros pacientes para defenderse de la amenaza que les supone relacionarse con el exterior.

Hace unos años, estos niños habrían tenido el diagnóstico de psicosis infantil, pero actualmente sólo se pueden diagnosticar como TEA, cumplen los criterios de dificultades en la comunicación social e intereses o comportamientos restringidos, pero con la viñeta podemos observar lo diferentes que son.

Para poder atender a estos niños de la forma más adecuada, debemos entender las profundas diferencias internas que existen. Sólo he podido encontrar en las perspectivas psicoanalíticas y psicodinámicas elementos de comprensión que orienten mi trabajo en la práctica clínica. Iré citando, a lo largo del artículo, autores relevantes en mi recorrido, pero entre ellos se encuentran Viloca, Corominas, Bion, Meltzer, Klein, Mahler, Stern, Ajuriaguerra, Palacio, Winnicott, Favre, Spitz y Trevarthen, entre otros.

Desde la perspectiva psicoanalítica, se ha dado mucha importancia a la observación de los bebés y su desarrollo en la relación. Estas observaciones han permitido entender con más detalle las ansiedades más primitivas del bebé y cómo éste va haciendo frente a las mismas, con los mecanismos de defensa.

Desde esta perspectiva, Favre, Midenet y Coudrot (1983), plantean tres niveles de relación en el bebé que son evolutivos y por los que todos los seres humanos transitan: el primer nivel, el autismo; el segundo nivel, la relación simbiótica y el tercer nivel sería la salida de la psicosis.

Las nuevas observaciones e investigaciones (Trevarthen, Schore, por ejemplo) consideran al bebé sano como un gran comunicador y receptor de la relación, el autismo ya sería una desviación en la evolución desde el nacimiento, pero a pesar de ello, Favre y colaboradores me han permitido entender algunos aspectos del desarrollo de la conciencia de uno mismo y de la diferenciación con los demás, lo suficientemente interesantes como para mencionar algunas de sus ideas.

El primer nivel de relación: el autismo

Los autores consideran que el primer nivel de relación, el punto cero de la relación, es la falta de relación. Hay varios niveles de autismo y el más grave es el que presentan los niños que parecen sordos, ciegos e insensibles al dolor: autismo "desierto". A medida que van progresando, aparecen estas sensibilidades y capacidades sensoriales.

Otra forma de aislamiento autista es evitar y rehuir la mirada del otro. O bien el niño o la niña mira a través de ti como si no existieras y sigue quieto e inexpresivo, o bien muestra un comportamiento anárquico, una agitación más o menos notable y un evidente malestar.

Estas formas de autismo son formas pasivas de evitar la relación. Otros niños evitan la relación de forma activa, huyendo, yéndose físicamente. En este caso, el carácter activo del rechazo se hace más evidente: se ve cómo observan permanentemente todo lo que les rodea, siempre alerta, como un "radar", perciben a cualquier persona que se les acerque y se apartan aparentemente sin ninguna tipo de intencionalidad, se dan la vuelta, todo ello para mantenerse siempre tan alejados como puedan de los demás. Éstos tienen mejor pronóstico que los anteriores, porque su rechazo a la relación no es tan profundo, pero por otra parte su apertura les hace más sensibles a las perturbaciones del ambiente, en especial a los cambios en el entorno y de lugar.

Si ahora vinculamos esta información con la primera viñeta, podemos observar cómo Andreu se podría ubicar dentro de este grupo, evita la relación de forma activa, se aleja de mi proximidad física, rehúye la mirada, siempre alerta a los demás para tomar distancia. El rechazo no es tan intenso como en el autismo desierto, pero la sensibilidad es muy alta y, como un caracol, necesitará esconderse si vive el contacto con mucha intensidad.

Primer período crítico: relación fusional

El paso de un nivel a otro está precedido por un período crítico. La palabra crisis significa cambio y, por tanto, período crítico significa período de cambio o de paso de una situación a otra. Pero un cambio es sólo crisis cuando va acompañado de angustia; la angustia de dejar una situación conocida y controlada para pasar a otra, quizás mejor, pero que no conocemos, ni sabemos si la podremos controlar. Toda la evolución personal es un curso en el que se alternan etapas de crisis y etapas de seguridad.

Hay dos períodos críticos, que en todos los niños serán breves y poco definidos, pero que en el caso del niño psicótico puede permanecer anclado durante mucho tiempo, incluso toda la vida.

Para los autores, la relación fusional es la apertura del cierre autista sin la seguridad todavía de la relación simbiótica. Los niños muy pequeños tienen un conocimiento de la madre y de sí mismos tan simbiótico que les parece que si desaparece la madre (usaré el término madre para referirme a la persona que cuida, que ejerce las funciones de cuidado físico y emocional) también desaparecerán ellos; de hecho desaparecerá todo. Este período, en el desarrollo neurotípico, es muy breve gracias a los progresos de la memoria y de otros procesos de pensamiento que se van dando.

La fusión podría definirse como la imposibilidad de tolerar la ruptura de una relación corporal directa. Una conducta típicamente fusional sería la oscilación y la inversión de los afectos, la calidad del tono afectivo en la relación. El bebé o niño que parece feliz junto al compañero simbiótico de repente parece horrorizado e inicia una conducta agresiva contra el compañero como si deseara aniquilarle. El niño se sumerge en el otro, arranca de él el sentimiento de existir, pero al mismo tiempo, contradictoriamente, teme perderse. La psicosis se manifiesta como un miedo a morir, un miedo a no ser, a dejar de ser o a no llegar a ser.

En el caso de la segunda viñeta, puede verse esta ambivalencia en la relación afectiva, que está ligada a una sensación desagradable de miedo y dolor. Quiere relacionarse, pero no puede, es muy sensible a las emociones y éstas le trastornan profundamente, por eso quiere evitarlas, quiere irse corriendo de la sala.

Sostener con actitud terapéutica la situación es una forma de acostumbrarle a las emociones, a distinguir las emociones, a hacerle perder el miedo a emocionarse, a ser capaz de controlar el miedo y descubrir que el amor no hace daño y que vale la pena arriesgarse a la relación y salir de la carencia afectiva que provoca el cierre autista. Habrá que ayudar a estos niños en la concienciación y control de las emociones, es decir, ayudarles a no vivir sometidos a la satisfacción de sus pulsiones.

Es por estos motivos tan primarios por los que se comportan tan mal, pueden parecer malintencionados, pero esto sería atribuirles una organización mental y personal de la que carecen. Se les supone infinitamente mejor organizados de lo que realmente están y se piensa que ponen en práctica un comportamiento premeditado, cuando en realidad son esclavos de sus pulsiones.

Si vamos ayudando al niño durante el proceso terapéutico, permitiremos que vaya transitando por la siguiente fase, aunque la consecución de las fases no es lineal, sino que puede haber avances y retrocesos. Presentan también aspectos de diferentes niveles al mismo tiempo, es decir, que en un momento determinado pueda relacionarse de forma más involucionada o al revés.

El segundo nivel: la relación simbiótica

Según la teoría de los niveles de relación, durante el primer año de vida y buena parte del segundo, el niño se relaciona con los objetos y consigo mismo, pero todavía no tiene conciencia de Yo y, por tanto, tampoco del no-Jo. Su Yo se ensancha hasta el infinito. No puede distinguir entre objeto y sujeto y confunde las sensaciones que le vienen de fuera con las que le vienen de dentro. Entre la madre y el bebé tampoco hay frontera. La madre forma parte de él y él forma parte de la madre. Por el momento, en ausencia de un Yo propio, se apropia del de la madre.

En los niños con un desarrollo no alterado, este nivel de relación se caracteriza por la posibilidad de aceptar la ausencia del compañero; en algún momento le puede interesar más un determinado objeto; e incluso puede cambiar a la madre por otra persona con la que se relaciona también de forma simbiótica.

El funcionamiento del niño con TEA se rige por una falta de matices, por la ley del "todo o nada". Queda como pegado a lo que le interesa, olvidando todo lo demás. En el plano de la relación, se caracteriza por un comportamiento muy irregular: puede estar atado (enganchado) como uña y carne a la madre y, a continuación, abandonarla totalmente para dedicarse a otro interés. Los cuidadores, a menudo, para hacerle desistir de un deseo que no pueden o no quieren satisfacer, le enseñan otra cosa y la anterior queda olvidada automáticamente. Es necesario desviar la atención del niño, esto no quiere decir que el niño simbiótico acepte siempre con agrado los cambios o las imposiciones de los adultos, en especial si no se compensan con otra cosa de su interés.

En este estado de confusión entre el Yo y el no-Yo, las cosas existen sólo si están presentes; cuando desaparecen de su campo sensorial, dejan de existir. Ésta es una de las razones de su miedo a los cambios.

Hay todo un proceso para llegar a la diferenciación entre sujeto y objeto que va de los objetos que son a la vez Yo y no-Yo, para después comenzar a ser exteriores al Yo, pero todavía siendo un poco su prolongación, que es lo que Winnicott (1999) llama *objeto transicional.*

Tras la etapa egocéntrica, vendrá la etapa de la socialización en la que el bebé sale de su egocentrismo, es capaz de verse a sí mismo como objeto y reconocer en el otro la categoría de sujeto; por tanto, es posible el respeto al otro y las relaciones personales.

Una característica de los niños con TEA que dificulta su evolución es la tendencia al uso de un solo canal sensorial y la dificultad para captar las sensaciones de forma integrada. Es decir, si está mirando un objeto, no puede atender a la voz de la persona cuidadora que le habla de lo que está pasando. Una forma ajustada de intervenir sería, por ejemplo, cuando los cuidadores ven que el bebé está interesado por un objeto hacerle comentarios del estilo "mira qué bonito, cómo te gusta el rojo o qué ruidito que hace…", comentarios que van aportando vida emocional a los objetos y la relación que mantiene con ellos.

Otra característica es que domina la ley del "todo o nada". El niño puede ser muy cariñoso con un adulto y a continuación agredirle con rabia, violencia y desesperación.

Si sigo con el análisis de la segunda viñeta, en ocasiones sentiría que nuestra relación se acerca a una relación simbiótica. Parece captar que hay otro que existe, existe un pre-símbolo, una imagen primitiva de lo que puede ser el objeto, por lo que él y yo podemos tener fugazmente dos identidades, aunque confusas y mezcladas, como una prolongación de sí mismo.

Segundo período crítico: la relación maníaca

Este período crítico se sitúa entre la relación simbiótica y la relación interindividual o personal, que es la salida de la psicosis, aunque a menudo se conserven síntomas o rasgos psicóticos. La forma de relación propia de este período se llama maníaca porque predomina el mecanismo de defensa maníaco.

Las defensas maníacas son una de las muchas formas de defensa del Yo contra la angustia y que se manifiestan como una actitud de control sobre el otro, de triunfo y de desprecio, son un intento de asegurar el Yo, de sentirse fuerte e importante, dominante, manipulando y tiranizando al otro. Es una actitud que, más breve y atenuada, se da en el curso del tercer año y se ha llamado etapa de la resistencia, de la obstinación, de la oposición. La relación maníaca es un intento de subir rebajando al otro y reduciéndolo a esclavo, el Yo simbiótico del niño le perdona la vida al otro. En la relación fusional, el otro es un objeto muerto, un escalón que sirve de apoyo. Aunque en este segundo período el Yo del niño parece rígido por el rechazo obstinado en las iniciativas, consejos u órdenes del adulto, en realidad es un Yo igualmente frágil.

En los niños que presentan rasgos psicóticos, este período es largo, muy difícil de superar, con recaídas temporales en el comportamiento fusional, como si estu-

vieran anclados y no pudieran acabar de desprenderse de las formas de defensa más primitivas. Son posibles todavía las explosiones de tipo fusional; la relación maníaca es una defensa frente al peligro o el miedo a recaer en la fusión.

Volviendo a la viñeta 2, podemos ver cómo Pau también organiza unas defensas maníacas. Se puede relacionar conmigo si es él quien gana, si es el fuerte, el valiente y yo la que siempre cae en sus ataques.

Tercer nivel de relación: más allá de la psicosis

Por último, la salida de la psicosis infantil es la afirmación personal que permite una relación completa con las personas y con las cosas. Cada vez es más consciente de sí mismo, aunque ocasionalmente se confunda con el otro. La conquista del sentimiento completo de ser un Yo es un proceso laborioso y muy largo. Hacia el tercer año, ya existe la certeza de ser un Yo bien afirmado, aparece el Yo en el lenguaje y las figuras encerradas en sus dibujos. Ya ha pasado la crisis de personalidad descrita por Wallon, no necesita afirmarse, lo que demuestra la profunda certeza de su integridad personal. Tener conciencia de la propia identidad significa estar convencidos de que existimos. Estos pasos permiten el acceso a las identificaciones secundarias: la identificación sexual, la de los modelos culturales (familiares y después sociales). Cada vez es más único, completo y rico.

Así pues, según la teoría de los niveles de relación, los niños con TEA con rasgos más psicóticos quedarían estancados en los períodos críticos, sin poder adquirir los niveles de relación de forma estable. Observamos una complejidad muy alta, un vaivén de un nivel a otro, de unas defensas a otras, de la fusión a la manía pasando fugazmente por la simbiosis, incluso por el autismo.

Una de las psicoanalistas que me ha ayudado a comprender esa ambivalencia que vivimos en la práctica clínica en la relación con pacientes psicóticos es Melanie Klein.

Klein trabajó con niños, siguiendo el legado de Freud, y observó unas pulsiones agresivas innatas de los bebés hacia sus progenitores, a las que llamó fantasías inconscientes. Esto la llevó a pensar que el conflicto fundamental de la existencia es la ambivalencia que generan los impulsos de vida (amor) y los de muerte (odio). Klein desarrolló el concepto de posiciones para referirse a la experiencia que el niño tiene de sus objetos (se refiere a la madre o padre interior, con el que el niño se relaciona, puede ser un objeto parcial, el pecho, los ojos... o completo), con las ansiedades que le acompañan en relación con el conflicto entre sus impulsos y sus defensas.

Klein, a diferencia de Favre, no habla de niveles de relación, sino de dos posiciones, que son dos estructuras elementales de la vida emocional que tienen su origen en la infancia y que perduran toda la vida. Cada una de estas posiciones tiene sus ansiedades características, mecanismos de defensa propios y tipos de relación de objeto diferentes.

Klein considera que desde el nacimiento existe un Yo, en principio muy rudimentario, que tiene capacidades, pero está desintegrado, debe ir organizándose a través de las experiencias. La persona cuidadora, a través de su función de *rêverie* (maternaje amoroso, vínculo, conexión emocional…), irá dando coherencia a las sensaciones del bebé y su experiencia interna irá tomando coherencia. Ante las frustraciones habituales del hambre, el sueño, el dolor de estómago… el bebé tiene una experiencia negativa, que no puede pensar ni razonar, de forma que la persona cuidadora se vive como frustrante, alguien que no está atendiendo casi mágicamente su malestar, el cual es vivido de forma catastrófica. Así pues, esta experiencia sensorial negativa se integra como un objeto interno malo. En cambio, las otras experiencias positivas que se dan en los momentos de bienestar, cuando el cuidador le ha dado la comida, le mima, le habla amorosamente y reconforta se convierten en un objeto bueno y gratificador, permitiendo la integración de un objeto de amor, bueno, con el que puede identificarse.

Para un buen desarrollo, el bebé debe proteger ese objeto bueno interno, a pesar de los intensos sentimientos de agresión hacia el objeto cuando siente que éste le frustra. En los primeros momentos de vida, se desarrolla la primera posición, que Klein denominó esquizo-paranoide, en la que el objeto está escindido, o es bueno o es malo, fragmentando la unicidad del objeto, pero a la vez escindir el objeto externo es inseparable de escindir el propio yo incapacitándolo para integrar las propias pulsiones agresivas.

Debemos entender que la escisión es la rotura del objeto interno en dos entidades diferenciadas, una buena y una mala, que nada tienen que ver, son dos objetos diferentes. Pues ahora, a este mecanismo de defensa, debemos añadir otro propio de esta posición y que se da de forma inseparable a la escisión: la proyección. En este caso, lo que ocurre es que ese objeto interno malo es insoportable, no se puede integrar y reconocer como propio y se proyecta hacia fuera, de forma que queda proyectado en la figura cuidadora, que se convierte en persecutoria.

Para entender la cuestión de la proyección, volveremos a recordar la viñeta 2. Cuando Pau dibuja un monstruo aterrador, éste queda escindido, no reconoce esta proyección como un símbolo que representa sus impulsos agresivos, esta producción tan terrible no puede vivirla como propia y la proyecta fuera, en este caso en la terapeuta. Yo me convierto en el objeto persecutorio, me tira los lápices a la cara y quiere escapar. Cualquier acercamiento mío será vivido como una amenaza, yo soy el monstruo, ya no soy la terapeuta con la que antes jugaba a luchas y con la que obtenía el placer de sentirse poderoso. Aún no soy vivida de forma completa; si soy persecutoria y mala, no soy otra cosa, no hay pasado relacional, no hay experiencia compartida integrada.

Cuando el objeto interno se vive de forma completa, Klein habla de la posición depresiva, que significa aceptar que el objeto no es perfecto, que puede ser bueno y malo a la vez, que a veces no nos da todo lo que necesitamos, pero que puedes integrar las carencias de este objeto con compasión y amor. Esto, internamente, representaría aceptar las propias limitaciones, reconocer como propias las pulsiones agresivas, sin asus-

tarse, reconociendo que también existe una parte buena y amorosa que convive con ellas.

Con esta teoría podemos tener una incipiente idea del sufrimiento y profundo malestar de los pacientes que nos llegan a consulta con características o rasgos psicóticos.

Para adentrarnos más en las diferencias entre el funcionamiento mental de la psicosis y el autismo, utilizaré la expertez de la Dra. Viloca, quien nos explica que si bien en la psicosis el mecanismo de defensa, tal y como he ejemplificado, es la proyección, en el autismo se da la identificación adhesiva. En el caso de la viñeta 1, cuando el niño entra por la puerta, se adhiere a mí, se indiferencia y sigue con sus cosas, yo soy un elemento inexistente en su esencia interna, sabe que estoy, pero es una percepción bidimensional de la persona, sin interior. En cambio, en el niño de características más psicóticas, el otro existe, aunque parcialmente, la percepción de las personas es tridimensional, entiende que pasan cosas dentro de cada uno, pero aún sin comprender que las cosas que pasan por dentro de las personas son distintas y tienen muchos matices.

Viloca (1998) nos dice que las ansiedades que se mueven en el autismo son principalmente ansiedades catastróficas, que son aquellas que se dan en el momento del nacimiento, de salir de un lugar cerrado, húmedo, caliente y protegido, a un mundo frío y enorme; es una ansiedad de caer en el vacío y desaparecer.

Según Bion, cada vez que nos enfrentamos a cambios, revivimos la experiencia catastrófica. La contención de la madre (cuidador/a) es la que permite ir construyendo una experiencia de seguridad, esta experiencia quedará interiorizada y se podrá ir sustituyendo por otros objetos que recuerdan a la madre (como el chupete, la mantita) y permiten contenernos no sólo con la presencia concreta de la madre; son objetos que tienen la función de pre-símbolo que permiten ir integrando una primitiva imagen de la madre como alguien externo. Por último, estos pre-símbolos permitirán el desarrollo del lenguaje y el simbolismo.

En el caso de los niños con TEA, la figura de la madre se excluye y los objetos la reemplazan, convirtiéndose en objetos autistas cuya función es la de calmar a través de la autosensorialidad, con una falsa sensación de autosuficiencia. Ante la relación y el significado, las personas con TEA utilizan la defensa del desmantelamiento, que es concentrar toda la atención en un único canal sensorial, en un punto y desaparecer de la conciencia presente.

No echan de menos a la madre, pero tampoco pueden incorporar los elementos cuidadores de ella. Son niños sin historia, nunca han podido estructurar un esbozo de Yo, es decir, de sujeto y, por tanto, tampoco de objeto. Es muy significativa la falta de simbolización, el símbolo podría entenderse como un deseo de representación del objeto ausente, pero si no hay sujeto, tampoco puede haber objeto. Es necesario llevar al niño con TEA al sentimiento de falta, porque así despertaremos el sentimiento de presencia y la necesidad de pensar en el otro cuando no lo tienen.

Viloca explica que, en cambio, las ansiedades en la psicosis son de desintegración, de confusión, de muerte y aniquilación. Son bebés que si desean el pecho, cuando se les ofrece lo rechazan, lo agreden, ya no pueden incorporarlo como un elemento de cuidado y se convierte en persecutorio, generando un gran caos y desorganización. Ante la relación o el significado, tienden a atacar, la pulsión agresiva, de muerte, es más actuada.

Viloca añade que en el autismo se da una percepción unisensorial, a través de un único canal sensorial y en la psicosis existe una percepción multisensorial, pero desintegrada y confundida.

En ambos casos, la relación está comprometida, así como el Yo, que es muy rudimentario. Sin la construcción del Yo y el no-Yo, no se puede construir una experiencia completa compartida con el otro. Ambos niños tienen funcionamientos mentales arcaicos y primitivos, pero las manifestaciones y las contratransferencias vividas en la sesión son muy diferentes y es necesario abordarlas de forma diferente. Si sólo establecemos como criterio el diagnóstico de TEA, estamos perdiéndonos la oportunidad de comprender la experiencia interna.

DE LA TEORÍA A LA INTERVENCIÓN

En el caso del funcionamiento más autista, Alvarez (2004) nos habla de la necesidad de mantenernos en una atención activa ajustada. Pienso que es un factor muy importante porque en su defensa autosensorial y en la fantasía de autosuficiencia van desvitalizando el objeto de relación. Esta desvitalización se realiza no teniendo en cuenta al otro, no respondiendo o mecanizando las respuestas. Andreu responde siempre de forma correcta, pero mecánica, carente de autenticidad, consiguiendo vaciar las respuestas de contenido emocional y, en consecuencia, de significado. En la contratransferencia terapéutica, me cuesta mantener la atención en las cosas que él me explica, y digo me explica, pero en realidad no me lo está contando a mí, no hay intención comunicativa. Es fácil en estas sesiones que nuestros pensamientos se vayan a otro lugar y debemos hacer grandes esfuerzos para permanecer en el presente, conectados con ellos y procurando que nuestra capacidad para pensar no quede anulada.

Mantenernos internamente activos es ayudarles a conectar con el Yo y el Tú o, mejor dicho, de entrada con el Yo y, después, con otro que es no-Yo. Por ejemplo, con verbalizaciones del estilo “estás contando una peli, Mónica está escuchando” o, a veces, diciéndole cómo imaginaba la escena. Acostumbrarnos a hablar en primera persona del plural (nosotros) puede ayudar a tolerar con menos angustia la presencia del otro. Debemos ofrecer un acercamiento progresivo a la diferencia y evitar al inicio de la relación o en los momentos en los que estén más angustiados, hablar de Tú y Yo. Referirnos a ellos por el nombre, como se hace en bebés más pequeñitos, puede ayudar a también a dar ese paso intermedio en el proceso de la diferenciación del Yo y el no-Yo. Debemos promover la diferenciación, pero respetando el proceso del paciente y estar muy atentos a sus respuestas, a si se angustia mucho, ya que si forzamos

podemos favorecer sin querer un mayor cierre interno. En el caso que presento, él da unas respuestas correctas, pero vacías de significado; las respuestas aprendidas son válidas para la sociedad, pero no están cambiando nada dentro de su mundo mental.

Sabiendo que tienen un funcionamiento adhesivo, una de las formas de irnos haciendo presentes es imitándolos. Siguiendo el esquema de la Dra. Coromines y los hallazgos del equipo de investigación de Carrilet (Arias, Fieschi y Mestres, 2016), la imitación se convierte en el primer paso en el proceso de concienciación de uno mismo. Así pues, imitar, hacer de espejo del niño, es una vía para comunicarnos con él, de ponernos en sintonía con su movimiento, con su actividad y nos permite realizar después una descripción de las acciones para ir ayudando, posteriormente, a ligar estas acciones a las sensaciones y sentimientos o emociones que se mueven para, finalmente, poder pensarlas de forma conectada y lo más simbólica posible. Procurando por una globalidad y coherencia más completa que la de las experiencias vividas de forma bidimensional, plana y unisensorial.

De la misma forma que podemos avanzar hacia el crecimiento, también podemos ser más conscientes de sus necesidades en momentos críticos. Es decir, que en momentos de angustia o crisis, quizás lo que deberemos hacer es ofrecerles volver a la unisensorialidad, permitiéndoles volver a sentir el cuerpo como una unidad. Para conseguirlo, podemos ofrecer sábanas, almohadas... (porque quizá el contacto físico es demasiado invasivo) que les envuelvan y les den esta sensación de continuidad, como un útero materno (Morral, 2021). Una vez calmados, podemos ofrecer de nuevo la posibilidad de salir al mundo de la relación.

En el caso de los niños con características más evolucionadas, debemos plantear recursos diferentes. El objetivo será que puedan vivir la relación con el objeto (en el sentido de persona) de forma más completa, ir trabajando sobre los mecanismos de la escisión y la proyección antes explicados para que puedan ir incorporando en su interior un objeto bueno y malo al mismo tiempo. Es decir, ir haciendo como diría Bion una función de contención de todos los elementos desorganizados (elementos β) que el niño nos proyecta, para transformarlos en elementos pensables (elementos α) que sean más fáciles de digerir por el paciente. Poco a poco, esta experiencia de contención terapéutica podrá ampliar la posibilidad de percibir el objeto (terapeuta interno del paciente) como alguien que puede frustrar, convertirse en malo y persecutorio, pero también sanador y amoroso.

Es importante tener muy presente que los posibles ataques agresivos son el reflejo de su sufrimiento, de su dolor mental y que nosotros debemos hacernos cargo de ese dolor para poder acompañarlos. No siempre podremos hacerlo bien, pero debemos aprender a amar a estos pacientes que nos violentan y agreden.

Las experiencias fragmentadas son el foco del trabajo, debemos ayudar a la integración de su cuerpo, de su pensamiento, de su percepción... También siguiendo el esquema antes mencionado, pero teniendo más presente que nosotros podemos convertirnos en persecutorios rápidamente. Cuando esto ocurre, nuestra presencia puede ser vivida como una amenaza, en estos momentos puede ser necesario hacernos lo menos visibles posible, no hablar, no tocar, incluso retirar la mirada directa... Sólo cuando dejemos de ser una amenaza podremos volver a acercarnos. Una vez estén tranquilos, podremos utilizar esta experiencia para integrarla y hablar del profundo dolor que les supone relacionarse.

UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

Por último, compartiré algunas de las producciones más representativas de los dos tipos de pacientes con TEA de los que he hablado. Son producciones hechas por diferentes pacientes, niños de entre 6 y 14 años con diagnóstico de TEA y atendidos en el Servicio de Tratamientos Carrilet de Barcelona. Estas imágenes pueden ayudar a entender mejor las teorías sobre el funcionamiento mental de los niños con TEA que he explicado anteriormente.

Las producciones de los niños con características propiamente autistas presentan una tendencia a la repetición y el componente obsesivo está muy presente.

Imagen 1

Imagen 2

Imagen 3

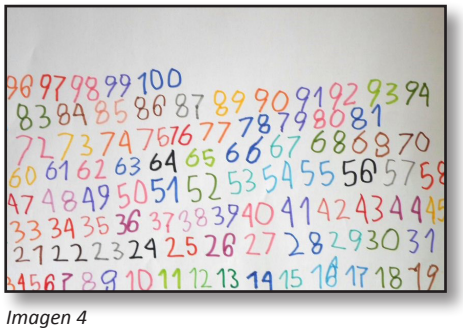

Imagen 4

En la repetición no dejan espacio a la relación, se llena de forma compulsiva el espacio y crean una falsa sensación de invariabilidad. En la imagen 2, el paciente de once años y yo descubrimos que de la mezcla de plastilinas de diferentes colores salían tonos diferentes, pero lo que en un principio empezó con significado compartido, por la emoción del hallazgo, se va quedando desvitalizado por la multiplicación de las formas y la búsqueda obsesiva de tonos siempre distintos. Lo que nos ocurre a menudo a los terapeutas en las sesiones es que podemos quedar fuera, mientras se va desarrollando una falsa autosuficiencia por parte de los pacientes.

Las imágenes 3 y 4 nos hablan de sus intereses restringidos y repetitivos que, a menudo, quedan reflejados también en sus producciones (planetas, señales de tráfico, trenes...), pero que debemos aprovechar para vincularnos, para desarrollar la experiencia y ligarla a las emociones, por ejemplo, el recorrido que le lleva a casa, a la escuela, el camino que hace con los padres, las emociones de ver cómo un tren llega o cómo se va alejando por un túnel, como si quedara engullido... Todo lo que nos traigan los pacientes lo podemos aprovechar para tratar de alcanzar nuestros objetivos, vitalizar las experiencias y llevarlos lo más cerca posible de la simbolización.

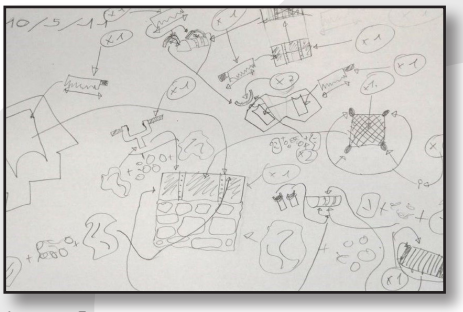

Imagen 5

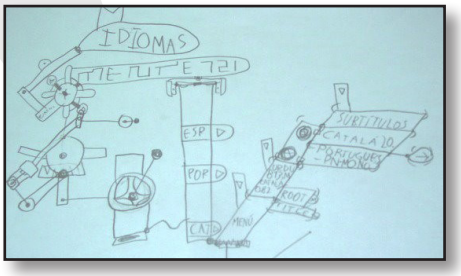

Imagen 6

El interés por los mecanismos, los procesos de las máquinas y las partes de los objetos también pueden verse representados en los dibujos. En las producciones 5 y 6 se representan unas máquinas inventadas: una de ellas, para hacer paquetes y otra representa el sistema que imagina que tienen los reproductores DVD, para llegar a los idiomas de las películas.

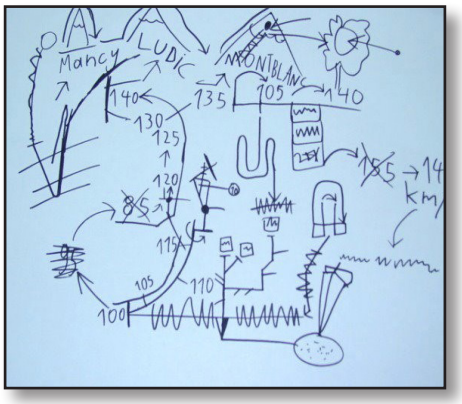

Imagen 7

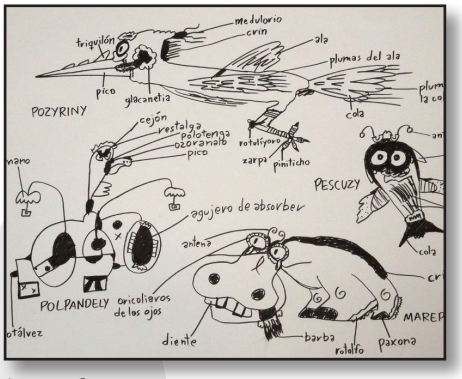

Imagen 8

También podemos encontrarnos con recorridos de mapas como, por ejemplo, en el caso de la imagen 7 donde marca los Km, las altitudes, la velocidad... En la ilustración 8, tenemos escritos los nombres de las partes de los dibujos como si se tratara de un dibujo científico. Quizás como una manera de intentar poner orden en la confusión interna.

Otras expresiones de momentos más indiferenciados se encuentran en el uso de la pintura de forma mezclada y confusa, generando colores sucios y carentes de vitalidad. El uso de pinturas muy diluidas, que pueden llegar a romper el papel, la mezcla de diferentes materiales y el uso de las manos como una extensión del propio papel, sin límite entre la mesa, la hoja, el cuerpo...

Imagen 9

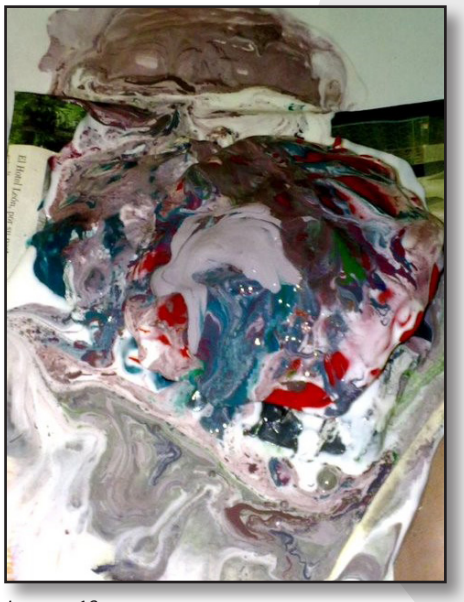

Imagen 10

Por último, muestro un dibujo de la persona que es bastante representativo de su propia corporalidad: un cuerpo rígido, robotizado y con pocas posibilidades de movimiento.

Imagen 11

En cambio, los niños con núcleos o rasgos de cariz más psicótico presentan unas producciones en las que aparecen de forma más dramatizada la agresión, los monstruos persecutorios, plasmando unas ansiedades terribles en la fragmentación, la muerte, la destrucción. A menudo representan personajes horrorosos con dientes, garras, combates, montes puntiagudos, volcanes, explosiones... En muchas ocasiones, las obras quedan destrozadas y el ataque se dirige de forma concreta, no pudiendo mantener "vivas" las producciones.

Imagen 12

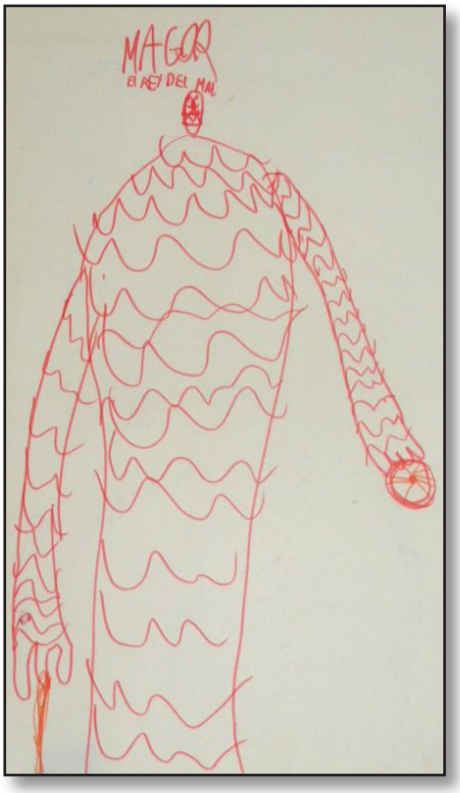

Imagen 13

Imagen 14

Imagen 15

CONCLUSIONES

Muchos pacientes que están diagnosticados de TEA leve, con capacidades cognitivas preservadas, parecen estar más cerca del diagnóstico de psicosis infantil. Sin embargo, podemos ver que ambos cumplen los actuales criterios diagnósticos de TEA: dificultades en la interacción social y pensamiento y comportamiento restringido, con patrones estereotipados o intereses específicos muy intensos.

Nos encontramos con un Yo muy primitivo o muy frágil que, si está presente, lo está de una forma muy fragmentada y poco cohesionada, con una limitada percepción del otro, también, que puede representar una prolongación de sí mismo o partes propias rechazadas y expulsadas, suponiendo una percepción parcial.

En ambos casos, es necesario trabajar por la ampliación de la conciencia de uno mismo y de los demás, es necesario ir integrando sensaciones, percepciones y emociones, facilitando la capacidad de pensamiento. Ir mentalizando lo impensable y dar salidas pre-simbólicas que sirvan de puente para el desarrollo de la capacidad simbólica y creativa, de forma que se pueda ir ampliando su capacidad de adaptación a la realidad y la capacidad de relación con los demás, permitiendo mayor calidad de vida, con unas experiencias vitales más ricas y amorosas. ●

BIBLIOGRAFÍA

Acquarone, S. (2011). *Variación en la comprensión del trabajo con niños autistas.* Trabajo presentado en la II Jornada d'especialització Carrilet, Septiembre, Barcelona.

Álvarez, A. (2004). A propósito del elemento de déficit en los niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores de desarrollo. En J.M. Brun i R. Villanueva, *Niños con autismo: experiencia y experiencias.* Valencia: Promolibro.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Editorial Masson.

Arias, E., Fieschi, E. y Mestres, M. (2016). La imitació del nen autista en la psicoteràpia psicoanalítica: fonaments, disseny i aplicació. *Revista catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXII*(1), p. 124.

Bion, W. (1996). *Volviendo a pensar.* Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós.

Brun, J. M. y Villanueva, R. (2004). *Niños con autismo. Experiencia y experiencias.* Valencia: Promolibro.

Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA.* Barcelona: Editorial Horsori.

Favre, J., Midenet, M., Coudrot, A. y Coudrot, M. (1983). *Psicopedagogía del niño psicótico.* Masson: Barcelona.

Folch y Camarasa, Ll. (1984). Presentació feta al *Symposium Nacional sobre psicosis infantiles.* Murcia.

Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly, 51,* pp. 612-635.

Hernández, V. (2008). *Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica.* Barcelona: Paidós.

Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños.* Barcelona: Ediciones Paidós.

Mestres, M. y Busquets, L. (2016). Els signes d'autisme durant el primer any de vida: la detecció a través d'un cas clínic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi., Vol. XXXII*(2).

Metzler, D. (1979). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico.* Buenos Aires: Paidós.

Morral, A. (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro del autismo. *Revista Entrelíneas, 38,* p. 23.

Rivière, A. y Martos, J. (2000). *El niño pequeño con autismo.* Madrid: APNA.

Schore, A. (2022). *El Desarrollo de la mente inconsciente.* Barcelona: Eleftheria.

Segal, H. (1987). *Introducción a la obra de Melanie Klein.* Buenos Aires: Paidós.

Spitz, R. (1958). *El primer año de vida del niño.* Madrid: Aguilar.

Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles.* Buenos Aires: Paidós.

Tustin, F. (1987). *Estados autísticos en los niños.* Buenos Aires: Paidós.

Viloca, Ll. (1998). Ansiedad catastrófica: de la sensorialidad a la comunicación. *Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol.XV*(1), pp. 35-60.

Viloca, Ll. (1999). Aportacions punteres de la Dra. Júlia Coromines a la comprensió de l'autisme. *Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol.XXV*(1).

Viloca, Ll. y Coromines, J. (2008). *L'ansietat catastròfica: procés de simbolització i d'interpretació. En Processos primaris,* pp. 73-98. Barcelona: Fundació Orienta.

Viloca, Ll. (2011). *El vincle emocional.* Trabajo presentado en las Jornades de Formació Interna de Carrilet, Octubre.

Viloca, Ll. (2012). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento.* Barcelona: Col·leccions Carrilet.

Wing, L. (1988). *Aspects of Autism: Biological Research.* London: Gaskell/The National Autistic Society.

Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego.* Barcelona: Editorial Gedisa.