

## **Teórico sobre Autismo**

Miércoles 30-08-17

Prof. Daniela Muiña

Buenos días, soy Daniela Muiña, el Doctor Tkach no podía venir hoy para dar el teórico. Como les avisamos la vez anterior, adelantamos el teórico de Autismo que se iba a dar en la clase cinco, después tienen las dos clases siguientes con él, y en la clase seis vamos a dar Psicosis.

En principio plantearles que los textos que son para esta unidad, que figuran en el cronograma de teóricos, y que vamos a tomar hoy son tres: *Las psicosis infantiles* de Diatkine y Denis, el capítulo de Tustin *Lo que es y lo que no es autismo*, del libro *El cascarón protector en niños y adultos*, y la *Introducción y capítulo I* de *La violencia de la Interpretación* de Aulagnier.

Es importante tener en cuenta la fecha de los textos. El texto del Manual de Psiquiatría es de 1989; en ese texto Diatkine va tomando varios autores, entre ellos toma las conceptualizaciones de Tustin, pero las conceptualizaciones hasta ese año, entonces toma de ella los dos primeros libros. Y el otro capítulo que nosotros tenemos de Tustin, de El cascarón protector, es de 1990, en el cual reformula cuestiones que había pensado en los textos anteriores. O sea que cuestiones que están planteadas en el capítulo de Psicosis Infantiles de Diatkine acerca de Tustin, están reformuladas por ella en el capítulo de El cascarón protector. Si quieren seguir una línea evolutiva de lectura, primero lean el manual y después vayan a Tustin, porque hay varias cuestiones que ella retoma y repiensa.

Tenemos una sola clase para trabajar Autismo, con lo cual además de trabajar las cuestiones que se plantaron hasta 1990 -el texto de Aulagnier que tenemos es de 1977-, les voy a plantear algunas cuestiones que se fueron pensando desde esa época hasta la

actualidad. Porque se siguió pensando mucho sobre esta problemática, y me parece importante que por lo menos tengan la idea de cómo se siguieron trabajando cuestiones ligadas al Autismo, teniendo en cuenta concepciones previas, pero también cuestiones que se fueron pensando todos estos años de abordar chiquitos con estas problemáticas.

Así como Carlos Tkach les planteaba que las primeras conceptualizaciones y descripciones semiológicas de los cuadros psicopatológicos en niños las realizaron los psiquiatras infantiles, así fue también en relación al Autismo. Posteriormente autores que vienen del espacio del Psicoanálisis y que trabajaron en esta área con niños con estas problemáticas, pueden empezar a conceptualizar el por qué de la presentación de estas problemáticas en los niños.

El primero que describe semiológicamente el cuadro de Autismo es un psiquiatra infantil que es Leo Kanner; en algunos libros van a encontrar que la descripción es de 1942 en otros que es de 1943. La importancia clave de la descripción del cuadro, además de plantear cuestiones semiológicas de determinados niños con los que él se encontró, tiene que ver con que marca una primera diferenciación con los cuadros de las Deficiencias mentales. Hasta ese momento los niños que presentaban las características que vamos a ir mencionando, eran entendidos dentro de los chiquitos que presentaban Deficiencias mentales. Entonces con su descripción él hace una primera diferenciación que es muy importante en relación con estos dos cuadros: por un lado el Autismo infantil precoz y por otro lado lo que eran las Deficiencias mentales.

Plantea un cuadro muy particular presente en chiquitos menores de dos años y medio que tiene características específicas, que ahora vamos a ir viendo, pero uno de los puntos clave que me parece importante para pensar es que esta problemática se presenta en la infancia; es una de las problemáticas psicopatológicas más tempranas con las que nos podemos encontrar y se presenta justamente en este tiempo de la infancia que tiene que ver con este momento donde hay cimientos de la subjetividad que se van constituyendo. Estos primeros tiempos son tiempos complejos y hay que entenderlos desde una variabilidad de factores, tal cual como ustedes vienen estudiando en prácticos

en relación con las series suplementarias. En estos primeros tiempos se producen constituciones específicas del aparato psíquico que hay que poder entender para poder después pensar cuáles son las problemáticas psicopatológicas que se pueden plantear.

Entonces, en principio es un cuadro que se presenta en la infancia. En la infancia tenemos que tener en cuenta que además de todos los factores que intervienen en la constitución de la subjetividad de un niño, tenemos que tener en cuenta todo lo que tiene que ver con la plasticidad neuronal que se da en estos tiempos tempranos. El proceso madurativo neurológico se va constituyendo con mucha fuerza en los primeros meses y años de un niño, y los procesos subjetivos también. Entonces esta cuestión de la plasticidad vinculada a procesos madurativos y la plasticidad vinculada a los procesos de configuración de la subjetividad en la infancia, son claves para poder pensar en esta problemática y después ir pensando las formas de abordaje.

En principio él hace una descripción de chiquitos menores de dos años y medio, donde encuentra que las conductas más importantes tenían que ver con conductas de aislamiento, dificultad para establecer relaciones con los otros. Chiquitos que presentaban mirada vacía, que no respondían al llamado del otro, ni buscaban el contacto con el otro ante situaciones que cualquier bebé lo buscaría. Podían ser niños que estaban en estados de absoluta pasividad, por ejemplo que los papás se encontraran que habían estado horas despiertos en su cuna y nadie se enteró porque no había un llamado al otro, un grito, un llanto... Presentaban acciones y movimientos repetitivos y estereotipados, llamados rituales que después vamos a ir pensando, por otro lado hacían uso de ciertos objetos de forma particular. Los mínimos movimientos en la secuencia de las cosas que se iban haciendo o en la rutina podían ocasionar crisis de angustia severa, muy difíciles de controlar. Podían utilizar a las personas o a partes de las personas como si fueran objetos, porque había una indiferenciación importante entre lo humano y lo no humano, o entre lo animado y lo inanimado; entonces podían hacer uso de las personas como si fueran cosas, incluso intentar tomar el brazo de una persona para que hiciera algo que él quisiera hacer, como por ejemplo abrir la puerta o agarrar algún objeto. En alguno de los casos se encontró con Mericismo. Esta cuestión que se encontraba muchas veces en niños

hospitalizados o en niños deprivados de relaciones afectivas y que cedían frente a la presencia de otro, en los chicos con Autismo lo que se encontraba es que esta conducta persistía aún en presencia del otro. O sea que no había registro de la presencia de otro ahí, y persistían en una sensación corporal que tenía que ver con traer la comida de vuelta a la boca, volver a masticarla, volver a tragarla, es decir que se encerraban en estas cuestiones. Y también Kanner encontraba como característica en estos niños que podían tener actitudes muy llamativas, como una memoria rara de encontrar en niños de esa edad o capacidades especiales. Yo trabajé muchos años con chiquitos con esta problemática y en uno de los centros de día en donde trabajaba llegó un chiquito entre siete y ocho años, totalmente aislado, con muchos diarios en una mochila y una guía Filcar... Un chiquito que llegaba y se metía debajo de las sillas o del escritorio y se envolvía con los diarios, siempre con esta guía en la mano, que no se comunicaba... Leía cosas de esos diarios; nadie sabía cómo había aprendido a leer porque los papás no le habían enseñado; estuvo siempre en una situación de aislamiento. Pero si alguien entraba donde estábamos trabajando y nombraba que iba a ir hacia algún lugar, él podía decir el recorrido del colectivo tal cual figuraba en la Filcar; repetía mecánicamente lo que había leído en esa guía en relación a una ubicación, por ejemplo. O chicos con una memoria impresionante, donde por ejemplo uno de los que conocí, podía decir una serie de números seguidos y después a la inversa con una cantidad entre quince y veinte números; de adelante para atrás y de atrás para adelante. Impresionante son algunas de las capacidades de estos chicos; están tan encerrados en estas actitudes que venía describiendo, y tan aislados de todo lo que tiene que ver con cuestiones cognitivas, sociales y de relaciones con los otros, que se vuelven como preponderantes en algunas situaciones estas cuestiones. Esto no lo vamos a encontrar en todos los niños con Autismo, porque el Autismo cuando no es tratado tempranamente suele generar deficiencias importantísimas, con todas las cuestiones que un chiquito se pierde al estar encerrado. Ahora vamos a ir viendo el por qué estas situaciones de aislamiento o estas conductas repetitivas; pero piensen todo lo que se pierde de desarrollo esperable para un chiquito a determinada edad: cuestiones cognitivas, sociales, vinculares... Entonces

pueden generarse niveles de deficiencia por el retiro de los niños de ese vínculo y ese encuentro con los otros.

Una de las primeras autoras, que es psiquiatra y psicoanalista, que toma estas cuestiones vinculadas al Autismo es M. Mahler. Ella sí intenta darle una explicación etiológica al cuadro; porque hasta ese momento sólo teníamos una descripción de cómo eran los niños y una diferenciación de que no se trataba de niños con Deficiencia mental, pero no había demasiadas explicaciones etiológicas de por qué se constituía esta problemática psicopatológica. Sí lo que se venía planteando desde tempranamente era una culpabilización de las madres; no sé si ustedes habrán escuchado de que a las mamás de niños con Autismo se las llamaba “mamás heladeras”. En realidad lo que se planteaba es que había muchas dificultades para poder estar dispuestas para con él; como si no hubiera amor en ese encuentro con ese niño, como si no hubiera posibilidad de estar a disposición. Algunas de estas cuestiones las vamos a pensar, pero quedaba absolutamente fijado el tema a las madres, y la idea es poder pensar la multiplicidad de factores que se entretujan para que esto pase.

Entonces les decía que uno de las primeras autoras que trabaja esta cuestión es M. Mahler. Ella tiene una hipótesis evolutiva del Autismo. Plantea una primera etapa que ella denomina *Autismo primario normal*, en la cual los bebés estarían encerrados de alguna manera, en sus propias sensaciones corporales, o en las propias sensaciones que se producirían. Y ella plantea que el Autismo como problemática psicopatológica se presentaría cuando hubo cuestiones traumáticas que hicieron que esta etapa de Autismo primario normal se viera complicada. Entonces en estas situaciones plantea el Autismo. Ella lo va a llamar *Psicosis autística*, porque es una de las autoras, volviendo un poco a la pregunta del otro día, que piensa al Autismo dentro de la Psicosis. Algunos autores piensan el Autismo dentro de la Psicosis; otros autores lo piensan como un espacio distinto, por estas particularidades que presenta el cuadro. Pero se van a encontrar con estas dos cuestiones: autores que incluyen el Autismo dentro de la Psicosis y autores que lo piensan por fuera. Nosotros tenemos que pensar la especificidad del cuadro para poder entender qué es lo que ocurre y cómo abordarlo.

Entonces, el planteo de Mahler, como les decía es un planteo evolutivo, y está vinculado a traumatismos presentes en la etapa de Autismo primario normal. Esta cuestión del Autismo primario normal Tustin lo toma en sus primeros libros; lo van a encontrar en el Manual de Psiquiatría de Diatkine; pero en 1990, ella ya plantea que es una concepción errónea, porque con las investigaciones posteriores a sus primeros textos, se encontró por ejemplo que ya, desde los primerísimos tiempos, un bebé tiene ciertas percataciones de la separación de su madre. Entonces este estado de Autismo primario normal de un bebé, totalmente encerrado en sus propias sensaciones es algo que cae. Por otro lado tampoco estamos de acuerdo hoy, en pensar ciertas cuestiones vinculadas al encuentro de un bebé con sensaciones que se provoque, que son saludables, en que eso se mencione con el nombre de una problemática psicopatológica como lo es el Autismo.

Entonces, que los bebés se encuentren tempranamente vinculados con sus propias sensaciones es algo real y saludable; eso no implica que no tenga contacto o referencia de que hay un medio ahí. Estas primeros encuentros con sensaciones, nosotros lo pensamos desde el lado de la creación de cierta figura sensación en el bebé, en el niño, en el adolescente y en el adulto; todos tenemos figuras sensación. El tema es que si alguien se queda perpetuándose todo el tiempo en este encuentro o provocación constante de sensaciones, sin poder establecer algún corrimiento hacia encuentros con los otros, con lo social, con el medio, se empiezan a precipitar ciertas complicaciones.

Todo lo que tiene que ver con la capacidad para la interacción del bebé se va gestando desde el mismo momento que está en la panza; desde el último trimestre de la gestación el bebé empieza a generar capacidades para la interacción. Pensemos en un chiquito que nace en un estado de prematurez, con complicaciones en su cuerpo neurológicas o genéticas, puede que se perpetúe más en la búsqueda de sensaciones, luego del nacimiento, sobre todo si está en espacios que no tienen que ver con el espacio natural de estar con su mamá después de nacer, como espacios de incubadora o de neo. Puede ser que se perpetúe más esta búsqueda de refugio de alguna manera en las sensaciones corporales. Si hay un medio que de alguna manera intenta estimular ahí, provocar ahí, sacar a ese bebé de ese encuentro constante de sensaciones, ese chiquito

alterna entre posibilidades de estar vinculado con las propias sensaciones y posibilidades de empezar a interactuar con el medio. Si frente a un chiquito que nace con estas complicaciones, hay un medio que intenta estimular y hay un chiquito que no responde - porque si un chico nace con mucho daño puede que inicialmente no responda al encuentro con el otro o al estímulo que el otro le presenta- ese otro o ese medio, puede empezar a sentir que está fallando y puede separarse; ir separándose de seguir ofreciéndole estímulos al niño. Entonces pueden empezar a generarse circuitos que complican los procesos interrelacionales. O a veces nos encontramos con situaciones que son reales de depresión en las mamás, posteriores al momento del parto, que pueden ofrecer muy poco estímulo al niño, pero capaz que un niño muy activo igualmente puede generar procesos interactivos, o capaz hay otros en el medio que frente a una situación donde una mamá por cuestiones particulares, no está absolutamente dispuesta a ese encuentro, por algunas complicaciones que puede presentar, hay un medio que puede sostener ahí y puede estimular al niño y entonces estos procesos se encontrarían facilitados.

Tustin toma las conceptualizaciones de Mahler inicialmente como les decía, pero cuestiona este aspecto del Autismo primario normal, y ella también tiene una teoría etiológica; también intenta explicar. Es una autora inglesa, psiquiatra y psicoanalista, que trabajó muchísimo en Autismo; casi todos sus libros tienen que ver con estas problemáticas; en Autismos y en Psicosis infantiles. Ella también tiene una hipótesis, y lo que va a plantar es que la presencia de las problemáticas de Autismo nace en procesos de separación de un bebé con su medio, en tiempos en los que un bebé no estaría habilitado o no podría metabolizar esos procesos de separación.

Ella plantea que frente al tiempo en que un bebé empieza a percatarse o a tener mayor registro de la separación con el otro y ese otro se retira tempranamente por las causas que sea y el bebé no puede metabolizar ese proceso de separación, con la retirada del otro se irían partes del bebé mismo; como si el bebé perdiera parte de su cuerpo, de su ser en el corrimiento del otro. Frente a situaciones donde estas cuestiones se producen, lo que ella va a plantear es que las sensaciones que se generan en el niño

tienen que ver con angustias masivas, angustias de aniquilamiento o sensaciones de desgarramiento corporales, donde siente que puede caer sin fin. Ella dice “perdersse en un agujero negro”; toma el concepto de Winnicott de “depresión psicótica”, que tiene que ver con esta sensación de pérdidas de parte del cuerpo. Frente a estas angustias masivas, lo que Tustin nos va a plantear, porque ella tiene una explicación para las maniobras de los niños para tratar de salir de estas angustias defensivas, ella nos va a decir que el chico usa defensas para salir de estas angustias masivas de sensaciones de no ser, de estar desparramado, de estar licuado. Una compañera de trabajo tenía un pacientito que decía “Felipe se derrite como la manteca” en determinadas situaciones, hablando de sí mismo. O sea la sensación de licuefacción que sentía este niño era terrible, frente a gritos y frente a llantos. Ahí hay otra cuestión que no sé si les dije en relación al lenguaje; muchas veces aparece un chico que no habla o que cuando habla utiliza frases repetitivas del otro; utiliza un lenguaje ecolálico, o habla en tercera persona sin que haya una posibilidad de diferenciación entre el niño y el otro.

Entonces, les decía que frente a estas sensaciones de angustias masivas aparecerían conductas, intentos de provocarse sensaciones de continuidad, para intentar frenar estas sensaciones de no ser, o de estar desparramados, o de caerse. Ella toma la cuestión de la depresión materna; dice en ese capítulo que tenían para hoy, que todos los casos de niños, de chiquitos autistas con que ella se encontró, presentaban historias de mamás con depresiones pre y post parto, con muchas dificultades en el encuentro con este niño. Winnicott también va a plantear esto; va a sostener que en las historias de chiquitos con Autismos hubo una falla en el ambiente para funcionar como ambiente facilitador; la preocupación maternal primaria a través de la cual una mamá se identificaría tempranamente a las necesidades de ese niño, se presentó con fallas. Hoy tenemos en cuenta esta cuestión, escuchamos mucho de estas historias cuando trabajamos estos niños y con estas familias, pero hay que ponerlas a jugar en el campo de un montón de factores. Porque así como Tustin plantea esto, también va a decir que hay que tener en cuenta factores constitutivos del niño que lo pueden predisponer al Autismo.

Nos encontramos con muchas mamás que han atravesado estas cuestiones y sin embargo los niños no presentan patologías autistas, entonces ¿qué paso ahí?

Ella va a decir que por un lado hay que tener en cuenta los factores propios del niño: cuestiones genéticas, complicaciones en los procesos madurativos, incluso llega a hablar de una depresión post-parto en el bebé, porque también hay que ver cómo un bebé se encuentra habilitado para hacer interacciones con el otro. Supongamos que hay una mamá que por una depresión post-parto tiene complicaciones para estar abierta a todo lo que ese chiquito vaya a necesitar, para ofrecerse a un niño... tenemos que pensar además ¿Qué pasa con el padre? ¿Qué pasa con el medio? ¿Y los otros que están ahí? ¿Pueden funcionar cumpliendo esta función materna? Porque también siguiendo a Winnicott, si hay otros que pudieran ofrecerse como espacio de sostén, el chiquito no tendría por qué tener sensaciones de desgarramiento corporal, o sensaciones vinculadas a la pérdida de sí porque una mamá no está disponible en ese momento. ¿Qué pasa con los otros ahí? ¿Qué pasa con el niño? ¿Qué pasa con el medio? Y ¿Qué pasa con los profesionales de la salud que están alrededor de eso?

Porque sería clave que en estas situaciones, donde tempranamente por ejemplo, hay chiquitos que nacen con un daño, y se ven complicaciones en los procesos de encuentro entre una mamá y un bebé, hubiera un equipo de salud –que en muchos lugares ya está trabajando y en otros recién comienza a formarse- que pudiera estar ahí, intentando facilitar ese proceso de encuentro. Si por ejemplo hay alguien que está ahí para plantearle a los papás que un chiquito que nació complicado por cuestiones propias del niño, no es que no responda a ellos porque están fallando en como se ofrecen al encuentro, sino porque el chiquito va a tardar más en responder, porque tiene dificultades, porque nació antes o porque todavía es muy chiquitito, capaz que empiezan a modificarse ciertos procesos que quizás si hubieran avanzado, hubieran generado un camino de ciertas dificultades más importantes en ese encuentro. O por ejemplo, si tempranamente podemos trabajar viendo qué pasa cuando la mamá no está disponible...

Son claves esos trabajos. Yo tuve dos situaciones de este tipo; una hace muchísimos años trabajando en un Hospital de día dentro de un Hospital General. Vino un equipo de pediatras de neonatología porque había una mamá que tenía dificultades para conectarse con su bebé y nos pusimos a trabajar ahí, en ese momento. Y después, hace poco, hace unos años, tuve una consulta de una mamá con un bebito de 18 días con el cual tenía dificultades para poder conectarse; vinieron la mamá y el papá. Se trataba en parte de dificultades que la mamá tenía en relación a procesos de duelo no elaborados, se encontraba con el chiquito y en lugar de poder estar disponible para él, se encontraba pensando sobre su mamá que había fallecido, que no había podido ser abuela; que en realidad ella hubiera querido ser mamá cuando la suya quería ser abuela. Bueno, había algo en el contacto que se estaba complicando... ¿Cómo aparecía esto en el bebé?: dificultad para mamar; cuando la mamá lo alzaba, él lloraba... La dificultad aparece en los encuentros cuerpo a cuerpo; no es que el bebé va a entender lo que se le cuente, pero si va a sentir cómo se lo sostenga, cómo se lo agarre, cómo se le habla, cómo se le da la teta, cómo se le da la mamadera. En esas situaciones pudimos empezar a trabajar por un lado con la mamá cuestiones pendientes que ella tenía, pero no podíamos esperar que ella resuelva eso para que pudiera encontrarse con el bebé - estoy simplificando un poco la cuestión-; por otro lado con la mamá y con el bebé; también con el papá del bebé, porque de alguna manera había cierta sensación de que la mamá tenía que poder con todo eso y si no podía era porque estaba haciendo mal las cosas. Entonces trabajamos ahí para que cuando las situaciones se complicaran, el papá estuviera; que no la obligara a la mamá en ese momento; que le permitiera correrse para que en otro momento pudiera estar. Entonces se fueron trabajando estas cuestiones y el proceso fue revirtiéndose: la mamá pudo empezar a encontrarse de otra forma con este bebé... Yo no sé qué hubiera pasado si no hubieran consultado; no lo sé. Pero sí sé que algo se modificó por la consulta temprana. Si estas cuestiones se pudieran trabajar en los mismos tiempos en los que está pasando, capaz que hay procesos mórbidos que se pueden frenar. Por eso después vamos a ver un concepto que es actual, que es de J. Hochmann, que es el de *proceso autistizante*.

Tomar esta cuestión como un proceso, no como algo que se instala en un momento y queda ya planteado.

Tustin nos dice en 1990: *“el autismo se presenta como consecuencia de la disfunción o perturbación en los intercambios emocionales entre la mamá y el bebe, pero en este encuentro hay que tener en cuenta la disposición del bebé al encuentro intersubjetivo. Esta disposición es compleja y puede complicarse incluso con depresión post-parto en el bebé”* Esto está en “El cascarón protector” de la bibliografía de teóricos.

Otra cuestión que nos plantea Tustin es que no todos los niños que presentan Autismo tienen lesión cerebral. Los que trabajamos con estas problemáticas sabemos que hay chicos que tienen complicaciones neurológicas o lesiones cerebrales, pero también sabemos que hay chicos que tienen este tipo de lesiones y no presentan problemática autista, y también sabemos que hay chicos que no presentan registros en los estudios neurológicos que se puedan hacer hasta hoy de alguna problemática de este tipo, y sin embargo presentan Autismo. O sea esta dicotomía entre lo que viene del cuerpo y lo que viene de lo subjetivo tiene que ser superada. Incluso esto de que el Autismo tiene que ver con una causa orgánica, un planteo muy viejo, está muy presente hoy en algunas teorizaciones, que lo entienden como una cuestión que tiene absolutamente que ver con fallas en la constitución del cuerpo biológico, y la realidad es que para los que trabajamos con Autismo esto no está comprobado, sino que se observan todas estas variabilidades que yo les comentaba.

Tustin también plantea algo muy interesante: que los registros encefalográficos de niños que presentan Autismo, se ven modificados en algunos de los casos una vez que han atravesado un proceso terapéutico. Es decir, que las mismas cuestiones que tienen que ver con el cuerpo, con lo neurológico, son modificadas por aquellos procesos que se van generando en la constitución de la subjetividad mediante un proceso terapéutico. Entonces la diferenciación entre el cuerpo por un lado y lo psíquico por el otro comienza a desdibujarse. Esta cuestión también es tomada en la actualidad. Uno de los autores actuales que yo les comentaba es Golse, que es quien menciona a Hochmann; es un

psiquiatra psicoanalista que trabaja en Francia junto a un equipo con neurólogos, pediatras, fonoaudiólogos, que han encontrado diferencias en los estudios de resonancia magnética, que se presentaban en los niños cuando comenzaban a estar abiertos a los encuentros interactivos con los otros. Los encuentros interactivos modificaban los registros en los estudios neurológicos que se estaban realizando. Entonces vuelvo a lo mismo: la multicausalidad de cuestiones que se entretajan hay que poder pensarlas justamente de forma compleja.

¿Cuál es la descripción que nos hace Tustin acerca del Autismo? Bueno, van a ver que es muy similar en 1990 a la que hacía Kanner en 1943. Ella habla de: falta de relaciones sociales, ausencia de la mirada a los ojos, de no adaptar el gesto anticipatorio cuando se los alza (en general cuando se los va a alzar, en lugar de ofrecerse al abrazo realizan una retracción con el cuerpo donde parecen rechazar el encuentro), no acuden a los papás en la búsqueda de consuelo, parecen indiferentes a los sentimientos de los otros, pueden abordar a los extraños como si fueran cosas o personas a quienes conocen bien, presentan indiferenciación entre lo humano-inhumano, lo animado-inanimado, presentan conductas ritualistas y compulsivas, trastornos en el lenguaje, uso de objetos y figuras autistas de sensación -que ahora lo vamos a pensar-, y algo que ella marca como clave en la constitución de la problemática autista que es la *encapsulación autogenerada*.

Las primeras cuestiones que les planteé son similares a las que mencionaba Kanner; ella agrega esto de la encapsulación autogenerada como mecanismo fundamental presente en el Autismo. ¿Qué quiere decir esto? Que los chicos se arman activamente; acá no pensamos en un bebé o en un chiquito pasivo; hay un chiquito activo que construye un caparazón en el que meterse y sentirse seguro. Entonces esta encapsulación tiene que ver con esto, con la construcción de un caparazón donde meterse, encerrarse e intentar cierta sensación de continuidad que les permita sentir que ahí adentro no están en riesgo, no se van a romper, despedazar, licuar, no se van a desparramar. Es autogenerada por el lugar activo que el niño tiene. Y por otro lado, ella plantea, el *uso de objetos y de figuras autistas de sensación*.

Los objetos autistas de sensación son objetos que el niño lleva con ellos; generalmente son objetos duros, que no son usados para las cuestiones que este objeto fue creado. O sea un chiquito puede estar con un autito de metal en sus manos y no es que lo usa para jugar o para arrojar, sino que lo lleva en las manos apretadamente y muchas veces estos objetos dejan marcas en el cuerpo por la fuerza que hacen cuando los agarran. Tienden a intentar sentir que con este aferramiento al objeto, a la dureza del objeto, no se rompen, no se desarman y se mantienen unidos. Puede ser un auto, puede ser una cuchara, si es un auto de metal. Si el objeto se perdió, pueden entrar en sensaciones de angustia masiva porque sienten que se perdieron ellos, pero si rápidamente ese objeto, ese auto de metal por ejemplo se reemplaza por otra cosa de metal, como por ejemplo una cuchara (que presenta las mismas cualidades del objeto de dureza y de frialdad), entonces le provoca la misma sensación y se calma. O sea, que no tiene que ver con el objeto en sí, sino con la sensación que el objeto le provoca.

Entonces estos objetos son utilizados para intentar calmar también estas sensaciones de angustia masiva que el chiquito tiene. ¿Se entiende la noción de objeto autista? Es muy diferente de lo que entendemos como objeto transicional, ¿no? Un objeto transicional es un objeto que está subjetivado, que en el objeto mismo está planteada la sensación de cierto acercamiento a la separación con el otro; es un puente para constituir la separación y al mismo tiempo un puente hacia lo social, hacia los otros. Con el objeto autista de sensación los chicos se encierran, aprietan los objetos intentando sentirse vivos y enteros con el objeto que tienen en las manos.

Las figuras autistas tienen que ver con ciertos movimientos que establecen los niños como ser *movimientos de giro*, o se quedan pegados mirando un lavarropas que gira o a un ventilador... Vieron que si ustedes miran un ventilador girando pareciera que el ventilador es un círculo continuo?; no se ven las aletas sino la continuidad que genera esa figura. Bueno en ese intento de meterse en esa figura intentan generarse la sensación de continuidad que da el giro. Otras figuras autistas pueden ser el *rocking* que es un movimiento repetitivo de adelante para atrás, el *aleteo*, que dan cierta sensación de continuidad corporal. También pueden encontrarse figuras que hacen con saliva. Yo

trabajaba con un chiquito que cuando entraba al consultorio lo que hacía era pasar saliva por toda la pared del consultorio, intentando quedar envuelto en esta sensación de continuidad que su propia saliva le daba. O por ejemplo, a veces nos encontramos con chicos que tienen muy paspada la boca y los alrededores de la boca, porque van girando con la lengua y con la saliva se generan sensaciones de continuidad en la boca. Estas sensaciones tienen el mismo objetivo que los objetos autistas, pero no tienen que ver con objetos concretos, sino con movimientos y acciones que los chicos llevan adelante para sentirse seguros.

Nosotros hablábamos recién de estos agujereamientos corporales... ¿Hasta acá tienen alguna pregunta? Lo que sientan que quieran preguntar, bienvenido.

*Alumna:* ¿Tustin considera al Autismo separado de la Psicosis?

*Profesora:* Considera cuadros diferenciales al Autismo y a la Psicosis. En los primeros textos ustedes van a ver que ella habla de *Autismo encapsulado* para el Autismo y de *Autismo confusional* para que lo después llama Psicosis. Pero considera que son cuadros separados, lo que pasa que ella entiende que la etiología es la misma para uno y para otro. Ya lo vamos a ver en la clase de Psicosis, pero lo que Tustin entiende es que los chiquitos con problemáticas que después se desarrollan vinculadas a la Psicosis, en esas separaciones que viven como prematuras para su posibilidad de metabolización, en lugar de encerrarse, intentan indiferenciarse o engolfarse con el otro; mimetizarse, meterse adentro del otro. Ahí aparecen estas cuestiones en las relaciones llamadas simbióticas.

A nosotros nos parece importante plantear la diferencia entre Autismo y Psicosis, en principio porque entendemos que la problemática del Autismo está vinculada a fallas en la constitución libidinal del cuerpo, a fallas que tienen que ver con la constitución del autoerotismo; en cambio las problemáticas ligadas a la Psicosis las encontramos ligadas a fallas en la constitución del yo representación narcisista. Entonces nos parece que son cuestiones distintas, y que hay que abordarlas en función de cómo entendemos la problemática. Si estoy pensando que la falla se instala a nivel de la constitución del cuerpo erógeno, tengo que trabajar en eso; tengo que producir trabajos de *neogenesis*, siguiendo

un concepto de Silvia Bleichmar, donde haya procesos de la constitución del cuerpo que se puedan dar de una manera diferente a la que se dieron en el Autismo. Si estoy trabajando con un chiquito que preponderantemente presenta una problemática psicótica, voy a intentar trabajar para que en la diferenciación no sienta que queda roto. Entonces según entienda cuál es la preponderancia del cuadro van a ser las intervenciones. Y no siempre son tan claros como los vamos a intentar plantear acá; porque tenemos que platearlo así para poder entenderlos. En la realidad me puedo encontrar con chicos con problemáticas psicóticas que utilicen defensivamente objetos o figuras autistas; entonces trabajaré cuestiones vinculadas a qué sensación le da al cuerpo ese objeto y esa figura, y también trabajaré otras cuestiones vinculadas a los procesos de separación, para que ese chico no sienta que está agujerado en la separación con el otro. Pero no son tan claros los cuadros; nosotros tenemos que hacer esta diferenciación para explicarlos; en la clínica se van complejizando.

*Alumna:* Yo había escuchado una vez que estos movimientos de aleteo, o de rocking eran un intento de autoregulación emocional, ¿tiene que ver con esto de no desarmarse? ¿Es lo mismo con otras palabras?

*Profesora:* Creo que es similar; tiene que ver con el intento de autoproducirse sensaciones de continuidad corporal. Ojo!, que nos podemos encontrar con aleteos en otro tipo de problemáticas que pueden presentarse como ser el *Síndrome de Rett*, por ejemplo, que es una problemática que tiene una realidad neurológica y degenerativa que se puede presentar similar a una problemática autista en los inicios; una problemática que tiene muchos manierismos... aplaudir con sus manitos, y mucho aleteo, y no tiene que ver con esto que estamos hablando. Hay que poder separar estas cuestiones. Pero sí, en relación a lo que mencionas, tiene que ver.

Cuando hablamos de esta falla en la constitución del autoerotismo y de cuerpos con sensaciones de que están rotos, con zonas constituidas erógenamente en negativo, a nosotros nos sirve mucho lo que aprendimos con Ricardo y Marisa Rodulfo en muchos años de pensar y trabajar con ellos... Trabajar en relación conceptos de F. Tustin y de P.

Aulagnier, de alguna manera vinculando a estas dos autoras. Entonces acá introducimos los dos capítulos de *La violencia de la interpretación*: Introducción y capítulo I; no porque vayamos a desarrollar todo el texto porque es complejo para pensar dentro de una sola clase, pero si hay cuestiones específicas que me parece importante que podamos tomar.

P. Aulagnier trabajó con pacientes psicóticos; hace una reformulación de ciertas conceptualizaciones freudianas para tratar de entender las problemáticas específicas que se presentan en estos pacientes y tratar de encontrar una respuesta en las formas de intervención, capaces de aliviar realmente su sufrimiento. En estas teorizaciones ella plantea un tiempo y un espacio anterior al primario y al secundario, que es el tiempo y el espacio de lo originario. ¿Escucharon hablar de eso? Bueno, cuando ella plantea este tiempo y espacio de lo originario, va a ir desarrollando como en este tiempo y en este espacio, se va constituyendo erógenamente el cuerpo. Cuando un bebé nace, nosotros vemos un cuerpito entero ahí; un bebé tiene que constituir su imagen de cuerpo; tiene que constituir ese cuerpo, esas zonas; tiene que constituirlo libidinalmente. ¿Cómo lo va haciendo? En los encuentros que va teniendo con ese medio. Piera habla de la relación entre la mamá y el bebé; nosotros podemos ampliar un poco a lo que tiene que ver con la relación del bebé con el medio, con la función materna, con el medio que aloja y sostiene a un niño.

Ella nos va a ir plantando que en esos primeros encuentros, en el amamantamiento, en las caricias, en el acunamiento, en el baño, en todos esos primeros encuentros que se dan en la interacción con ese bebé, a través de lo que ese bebé siente, de cómo se lo acuna, de cómo se le canta, no en el contenido de lo que se diga, sino en lo que el bebé sienta en sus propias sensaciones, sienta con oídos la musicalidad con la que alguien le canta, sienta su piel en el abrazo que lo sostiene, sienta la boca cuando amamanta... Entonces como modelo de esos encuentros entre el bebé y el otro, Piera toma principalmente el encuentro boca-pecho; esos encuentros van a dibujar en el cuerpo del bebé lo que ella llama *pictograma*; pictograma como marca, como primera inscripción en la corporeidad de ese niño, que no es que se va a dar de una vez y para siempre, se va dando a lo largo de procesos de encuentro. Entonces en la continuidad de los proceso de

lactación, si esos encuentros generan preponderantemente placer (porque ella habla de preponderancias y tenemos que pensarlo así, no como algo absoluto, porque siempre se va a filtrar algo de displacer en los encuentros), ese chiquito iría constituyendo saludablemente una boca erógena. Si en el acunamiento se dan sensaciones de placer, en las caricias se dan sensaciones de placer, ese chiquito iría constituyendo la sensación de la piel, es decir, que tiene una piel y un borde. Con la musicalidad que escucha de las palabras iría constituyendo el oído como parte del cuerpo erógeno...

Si estos encuentros se caracterizan porque preponderantemente la inscripción es displacentera, en lugar de quedar inscriptos pictogramas de placer, lo que quedaría inscripto serían pictogramas de rechazo, dice Piera.

Es muy distinto a pensar que se inscriben pictogramas de rechazo, a pensar que no hay inscripción. O sea hay inscripción negativa de esa zona. Por ejemplo si yo me encuentro con una chiquita con esta problemática, de la que estamos hablando, que cada vez que hace un sonido se agarra la boca y se la retuerce como si se la quisiera arrancar... ahí hay una boca que se inscribe como pictograma de rechazo; la función de esa boca también se inscribe de esa forma. Entonces si en el intento de producir un sonido, hay un intento de arrancarse esa boca, no puedo decir que no hay nada ahí porque no intenta hacer otra cosa, intenta arrancarse la boca; ahí hay una inscripción negativa de la boca. O frente a determinados sonidos se tapan o se golpean los oídos; no es que no hay inscripción del oído, hay inscripción negativa del oído. A veces parece que no nos escuchan cuando les hablamos y no hay una dificultad auditiva; muchas veces son chicos que pueden pasar por sordos en los primeros tiempos porque no responden... Pero si no hay una dificultad auditiva lo que está pasando es un rechazo activo al encuentro con el otro en ese no escuchar. O sea ese oído está inscripto de una manera distinta, ¿se entiende? Cuando un chico se golpea, porque también los golpes contra las paredes, las mordidas de las manos son típicas en estos chicos, tenemos que trabajar ahí para que esto no pase, pero ahí hay algo que se está mordiendo; una mano que quedó inscripta negativamente. ¿Se entiende la diferencia de pensar lo no inscripto o lo inscripto negativamente?

Entonces estas concepciones de P. Aulagnier nos sirven mucho para tratar de entender estas sensaciones de desgarramiento corporal o agujero corporal que planteaba Tustin. No son autoras que se hayan tomado una a la otra; son contemporáneas; una en Inglaterra y otra en Francia. A nosotros nos importa pensar cómo se articulan estas cuestiones para poder entender y dar una explicación etiológica a lo que está pasando en la problemática autista. ¿Hasta acá me siguen? ¿Hay alguna pregunta que quieran hacer?

Alumna: una consulta, está inscripción que es en los primeros momentos del encuentro entre la mamá y el bebé, ¿hasta cuándo se puede dar? ¿O es sólo en los primeros momentos?

Profesora: como yo les decía antes, estas cuestiones pasan en la infancia, en ella pueden quedar marcados los pictograma de rechazo.

Alumna: claro pero si las primeras situaciones con la madre se generan bien, se van inscribiendo bien... ¿puede ser que eso se revierta en algún momento?

Profesora: está muy bien lo que estás planteando. Les voy a complejizar más la cuestión; por lo menos lo introduzco. Por ejemplo un cuerpo de un niño se puede inscribir saludablemente y erógenamente en el tiempo de la infancia, y en el tiempo de la pubertad, que hay nuevas sensaciones corporales, que hay necesidad de inscribir nuevas zonas corporales y nuevas funciones de esas zonas, puede ser que pase que estas inscripciones nuevas, novedosas, queden marcadas por pictogramas de rechazo y haya agujereamientos que se produzcan en otro tiempo. Esto que en los prácticos veíamos que no toda infancia saludable, con constitución placentera de todas estas cuestiones, es garantía. Por ejemplo, hay una problemática que se puede plantear especialmente en la adolescencia como es la Anorexia.

Un anorexia grave, no un trastorno de la modalidad alimentaria que muchas veces se llama Anorexia (hay diferenciaciones importantes a plantear ahí). Pero puede ser que una anorexia que se plantee en la adolescencia donde algo de la boca, de la función novedosa de la boca en la adolescencia que tiene funciones nuevas, pueda quedar inscripta como negativa, y algo de eso se intente llenar con las sensaciones de no comer o

las que pueden darse en el llenarse de la Bulimia, ¿Se entiende esto? Está muy bien tú pregunta.

¿Cómo encuentro en un niño, por ejemplo, una boca agujereada? Este chiquito que yo les decía de la saliva, que intentaba llenar el espacio con sus propias secreciones, tenía una problemática además que se llama *pica*. Lo que él hacía era raspar las paredes del consultorio, en cualquier agujerito que había, y se comía el cemento, se comía la tiza. Esa boca agujereada que él tenía, intentaba llenarla, taparla con cal, con cemento, con tiza, con papel; podíamos encontrarlo comiendo hasta sus propias heces en los inicios del trabajo. Entonces sigue estando esa indiferenciación entre lo comestible y no comestible, esta sensación de llenar algo que está agujereado, que provoca sensaciones de desgarramiento corporal. Se dá esta gravedad en chicos realmente graves. Bueno ¿con Piera fuimos bien? Es complejo el texto de Piera, pero cuando lo vayan a abordar van viendo lo que vimos, ven el texto y cualquier cosa cuando tenemos las clases de Psicosis, que vamos a retornarlo para pensar en otras cuestiones, traigan las preguntas.

Un autor actual como Golse, en el 2013, plantea al Autismo como el fracaso más grave en los procesos de acceso a la intersubjetividad, a la diferencia que permite al niño conocer la existencia del otro. Y él es el que toma el concepto de Hochmann de *proceso autistizante*. Este concepto nos sirve para entender que el Autismo no se instala de una vez y para siempre; se va instalando paulatinamente, si los procesos de interrelación están siendo complicados. Este concepto nos sirve mucho para pensar el trabajo en prevención, porque si nosotros tempranamente trabajamos en los factores de vulnerabilidad que un niño puede presentar... Como les decía antes, nos encontramos con un chiquito y una mamá que no pueden llegar a esa relación intersubjetiva entre los dos, donde algo falla en el encuentro; si trabajamos en esas cuestiones tempranamente, quizás se puedan empezar a generar nuevos canales de encuentro que hasta ese momento no estaban generados.

Entonces, si nosotros pensamos en esto como proceso, primero nos sirve para entender que no es de una vez y para siempre, que no es que por un momento por una acción, por una separación, un chiquito va a presentar esta problemática, y también nos

sirve para pensar que preventivamente es importantísimo que trabajemos en los momentos claves. Por eso el diagnóstico precoz es muy importante y el tratamiento oportuno es muy importante. Acá hay un tema, yo les decía que hace muchos años que trabajo con chicos con estas problemáticas y en instituciones que atienden a estos chicos y lo que nos pasaba hace varios años, es que los chicos llegaban con edades avanzadas. El chiquito más chico que yo recibí, hará veinte años ya, tenía seis años; y cuando quisieron hacer sus papás el ingreso a primer grado, el chiquito no controlaba esfínteres, no hablaba, tenía siempre un objeto en la mano, no miraba... Pero hemos recibido en las instituciones, en esa época, chicos de diez/once años con este tipo de problemática.

Hoy nos encontramos con otra complicación, el diagnóstico precoz y oportuno no debería implicar una clasificación temprana y rotulatoria. Hoy nos encontramos con que muy tempranamente se le dá el diagnóstico de Autismo quizás a chicos que serían vulnerables de poder presentarlo, que presentarían ciertas cuestiones que indicarían que hay que empezar ya a trabajar; pero hoy rápidamente se da el diagnóstico de Autismo. Y la derivación que generalmente se hace, tiene que ver con la derivación a equipos que trabajan multidisciplinariamente, ni siquiera interdisciplinariamente, muchas veces con abordajes basados en técnicas cognitivas conductuales, donde un chiquito desde los dos o tres años, se encuentra con un montón de tratamientos.

Me llegó una chiquita de alrededor cinco años que desde los dos años estaba atendida por uno de estos centros con: psicopedagogía, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, tratamiento en la casa. Bueno, con un montón de abordajes que tendían a rehabilitar funciones, pero no trabajaban en los procesos de constitución del aparato psíquico, de la subjetividad de esa niña; entonces no se había revertido nada la situación. Eso no es trabajar para intentar constituir categorías psíquicas que se encontraron abolidas o dañadas. Y no digo que no se pueda trabajar intentando combinar un trabajo desde el área nuestra, quizás con un trabajo desde un área que pueda ser más conductual, o que puede apuntar a determinada cuestión. Digo, ahí no se trabaja ni con lo que tiene que ver con la causa, ni con lo que provocó la problemática del Autismo, ni con

lo que ese chiquito tendría que ir pudiendo trabajar en el espacio terapéutico para constituir, por ejemplo, zonas corporales marcadas por el placer.

Entonces se entra en trabajos reeducativos y uno se puede encontrar hoy con chiquitos de cinco años, por ejemplo, que los papás nos cuentan que a los dos años no hablaban, no miraban, y que hoy hablan, pero son un robótito caminando, una maquinita hablando y caminando, que no tienen ni apropiación del lenguaje, ni del movimiento, ni de las acciones que hagan; y es gravísima la situación. Hoy nos encontramos mucho con esto, porque se dá muy enseguida el diagnóstico de Autismo, certificado de discapacidad, y derivación a un montón de tratamientos, donde generalmente los psicoanalistas no tenemos lugar; llegan después, muchas veces.

Alumna: cuando el niño es chiquito es difícil diferenciarlo de la Psicosis, ¿no? ¿Qué pasa cuando se da un diagnóstico erróneo?; porque calculo que los tratamientos son diferentes en un caso y en el otro. ¿Qué pasa cuando se empieza a trabajar de una manera y al final el chico tiene otra cosa?

Profesora: y se produce mucha iatrogenia, se pierde tiempo, y encima se trabaja mal, con cuestiones que no se requiere que el chiquito trabaje en ese momento. Por ejemplo, si yo intento que el chiquito con esta problemática intente separarse del otro, trabajo en los procesos de separación, pero todavía ese cuerpo no está constituido como cuerpo en continuidad, le voy a provocar un mayor agujereamiento. Por eso tengo que entender bien de qué se trata, porque el abordaje va a estar en función de cómo entiendo lo que le pasa a un niño; podemos provocar mucha iatrogenia.

Entonces ahora vamos a ver cuestiones del abordaje, nos queda muy poquito tiempo, pero algo les quiero contar de esto...

A ver, en principio para tener en cuenta como puntos claves: la necesidad de superación de explicaciones con lógicas binarias, esto del cuerpo por un lado y la constitución subjetiva por otro... no es así; tenemos que entender la complejidad que se presenta. También tenemos que poder pensar y saber cómo se van dando los procesos madurativos neurológicos de un niño y cómo se dan los procesos de constitución del aparato psíquico; tenemos que conocer de esto para poder abordar en función de lo que

le pase al niño. También la necesidad de poder entender las causas para poder establecer el tratamiento adecuado. Por ejemplo, si un chiquito activamente constituyó objetos autistas, barreras autistas, encapsulaciones autogeneradas para intentar salir de situaciones de angustia masiva, y yo le arranco este objeto, lo que estoy haciendo es dejarlo expuesto a las mismas sensaciones de angustia masiva de las que intentó salir. No puedo entrar y arrancar ese objeto, esa figura, rompen el cascarón; el proceso de trabajo con estos niños lleva mucho tiempo y es interdisciplinario; requiere continuidad.

No puedo trabajar una vez por semana con estos chiquitos; tengo que plantear un espacio de tratamiento que tenga continuidad en el tiempo. Tengo que generar un clima donde lo primero que tiene que haber es una continuidad en espacio y tiempo. Cuando nosotros trabajábamos en el hospital, había que compartir consultorio con otros equipos, pero insistimos en armarnos dos o tres consultorios sólo para nosotros, porque nos parecía importante trabajar en los mismos días, en los mismos horarios, en los mismos consultorios. Nos parecía importante que el niño fuera armando un espacio de continuidad con el espacio mismo del consultorio; no nos servía que este una día en un horario y en un consultorio, otro día en otro horario y otro consultorio distinto, porque no había posibilidad de constitución de tiempo y espacio. Acá había que constituir cuerpo, espacio, tiempo. Entonces la continuidad en el trabajo es clave, tengo que generar un clima en el cual en algún momento yo pueda entrar en esa continuidad del niño.

Por ejemplo, si de entrada tengo este chiquito que había llegado a los seis años cuando intenta entrar al colegio, y ese objeto que tiene entre sus manos, de golpe pasan a ser mi llaves, o pasa a ser mi silla, o pasa a ser mi mano, ya hay algo distinto que empezó a pasar entre ese niño y yo que estoy ahí; algo de mí está tomando. Si algo de mí está tomando, hay algo del otro humano que está pasando a estar presente, porque todo lo que el chiquito se arma, todo lo autocalmante que se arma, en realidad tiene que ser sostenido continuamente y no lo libera de todas estas sensaciones; intenta liberarlo, pero no va a salir de eso porque el objeto por sí mismo no puede transformar. Entonces tengo que intentar ir transformando el encuentro del niño con esos objetos. Si está girando y con el tiempo puedo entrar con él en una figura de giro, en una ronda, y de golpe paro y

de golpe voy más rápido, y de golpe voy más despacio, y de golpe algo se empieza a diferenciar y algún registro de que hay otro ahí haciendo algo distinto comienza a estar presente...

Profesora Silvina: y ese otro está vivo, porque hay algo del encuentro que permite la movilidad, y que tiene que ver con que es un otro vivo; no es un objeto inerte que él manipula solamente como cuando te agarra la mano y quiere que uno abra la puerta. Digo, sentirse agente permite encontrarse con un otro que también es agente de sí, y que en esa interacción empieza a construir un cuerpo.

Profesora Daniela: es clave lo que Silvina está diciendo. Digamos este otro, este otro vivo que plantea diferencias.

Alumna: me acuerdo de Klein en unos de los primeros casos, el de Dick, que Lacan decía tomaba como un mismo mueble del consultorio,...

Profesora Daniela: sí; hoy pensáramos a Dick como un paciente autista. Klein trabajaba desde otras categorías; ella pensaba al inconsciente desde los inicios (lo que están viendo en los prácticos), no estaba la idea de constitución de cuerpo erógeno tal como lo planteamos siguiendo a Piera. Si de entrada estoy siendo un mueble, cuando me muevo, cuando hago algo distinto de lo que el niño intenta hacer conmigo, estoy mostrando mi subjetividad ahí... Esto que dice Silvina del cuerpo vivo, de la cabeza viva, que está presente ahí...

Si un chiquito está en un estado de rocking, y con el tiempo yo lo abrazo y ese rocking se transforma en un acunamiento... en ese acunamiento puedo poner musicalidad, puedo frenar, puedo esperar, pueden empezar a constituirse sensaciones de placer donde antes había constituciones de displacer. Entonces el cuerpo puede empezar a inscribirse de otra forma. Cuanto más temprano lo abordo, más posibilidades de modificación. Esto no es lo mismo trabajarlo con un chiquito de dos o tres años que trabajarlo con un niño de ocho años. Entonces todo esto tengo que poder tenerlo en cuenta para poder pensar como lo voy a ir abordando.

Con esta nena que intentaba arrancarse la boca por ejemplo, podía venir con un chupetín en la mano como un objeto duro; empezamos a pelar el chupetín en las

sesiones... Hay que hablarle de las sensaciones que tienen, de las sensaciones que sienten de que se van por ese agujero, que sienten que se pueden romper, que se pueden caer; decirles que en realidad su cuerpo está todo unido, que no se va a caer, que no se va a desarmar, que tienen un cuerpecito que va a poder sostenerlos. Por ejemplo con ese chupetín que se empezó a pelar... ella empieza a pasárselo por la boca, y empezamos a hablar de lo dulce del chupetín, de lo rico del chupetín, de que lo puede sentir con los labios, con la lengua; así se va inscribiendo de otra forma esa boca, ¿se entiende?

Entonces tengo que ir trabajando en procesos de neogénesis donde se vayan pudiendo intentar establecer inscripciones corporales que tomen aspectos diferenciales a los del displacer que tempranamente se inscribió. Nominal sensaciones, nominal angustias, nominal afectos, trabajar en procesos de neogenesis que tienen que ver con constitución del cuerpo, con constitución de la continuidad corporal. Y el objeto va a ir cayendo solo en algún momento, si algo de eso entro a jugar. Igualmente hay que tener mucho cuidado porque cuando el objeto empieza a caer, lo que nos dice Tustin y esto es muy actual, nos vamos a encontrar con las sensaciones de terror, de angustia que estos niños sienten; son chiquitos absolutamente vulnerables.

Esta nena que yo les contaba que vino como un robotito al consultorio, cuando todo esto empezó a caer, lloraba por todo, se angustiaba por todo; ante cualquier movimiento enseguida se le llenaban los ojos de lágrimas. Son absolutamente vulnerables y hay que estar ahí sosteniendo todo el tiempo que no se vayan a desarmar, a romper.

Bueno, como para ir cerrando yo quería plantear algunos puntos para hacer el diagnóstico diferencial, y después dejamos un espacio para las preguntas.

¿Con qué planteamos en esta clase que nos encontramos?... Con presencia de angustias arcaicas, masivas y de aniquilación; con predominancia de objetos y figuras autistas de sensación, que son barreras hacia el encuentro con el otro y con el medio, no son puentes como el objeto transicional; con esto de la encapsulación autogenerada que puede presentar un niño en un intento de salir de estas cuestiones; con estas sensaciones de agujeramientos corporales y con todas estas características que nos decía Tustin y que nos decía Kanner : trastornos en el lenguaje a nivel de la mudez o de la ecolalia, rituales,

movimientos repetitivos, aislamiento. Todas estas cuestiones nos hacen pensar que algo del orden del Autismo se está instalando.

Y algo que trae Tustin, es que ella piensa que algunas de estas cuestiones que aparecen globales en una problemática autista, pueden aparecer puntuales en algún tipo de problemática que tengan otros pacientes. Hay un libro de ella que se llama Barreras Autistas en Pacientes Neuróticos; pueden producirse determinadas sensaciones de agujereamiento corporales puntuales en pacientes con preponderancia neurótica. Bueno, acá se complejiza más, pero queda planteado. ¿Algunas preguntas?

Alumna: esto que plantea Tustin ¿puede aparecer en pacientes adultos neuróticos?

Profesora Daniela: sí, adultos, o adolescentes, o niños. Por ejemplo en una Anorexia vera, en la que hay sensación de agujereamiento corporal. Esto es una diferencia importante de hacer, porque un problema en la alimentación puede tener que ver con cuestiones neuróticas, con problemáticas obsesivas, con problemáticas psicóticas, o puede tener que ver con una Anorexia vera, con un agujereamiento en el cuerpo. No todo es lo mismo y no todo se aborda de la misma manera. Cada presentación que algún niño, adolescente, joven haga, tenemos que entender de qué se trata. Porque si confundimos un ritual autístico con un ritual obsesivo, estamos complicados. En el Autismo se trata de calmar sensaciones de angustia masivas.

Alumno: los pictogramas de rechazo, cuando es algo que es muy marcado ¿se puede trabajar o hay marcas que no se pueden cambiar?

Profesora: cuanto más tempranamente trabaje, más posibilidades de empezar a inscribir placer en las zonas que se inscribieron negativamente, más posibilidades de constituir cuerpo libidinal donde hay cuerpo agujereado. Y las sensaciones de placer generadas en una zona, tienden a extenderse en la continuidad del cuerpo, generando sensaciones de placer en la continuidad justamente, y armando narcisismo después. Cuanto más temprano me encuentre con estas cuestiones, mejor. Cuando me encuentre con pacientes a una edad más avanzada, obviamente se sigue intentando trabajar en eso, pero el pronóstico es más reservado y los logros seguramente mucho más acotados.

Alumna: ¿cuándo decís cuerpo agujereado, te referís a esta dimensión de desgarramiento corporal? Porque en otra materia sobre Autismo, la bajada de línea es que falta la falta, todo lo contrario digamos.

Profesora: nosotros no pensamos de esa forma, no creemos en la no estructura, ni en el no deseo, ni en el no cuerpo. Creemos que hay un cuerpo inscripto negativamente; lo pensamos de esta forma: el agujero realmente existe. Sino ¿qué se arranca esta nena que yo les contaba? ¿Qué se tapa el niño ante los sonidos? Algo hay ahí, ¿qué se golpea, cuando se golpea la cabeza? Se golpea en un intento de sentirla, en un intento de darse sensaciones. Porque acá hay un cuerpo que muchas veces no tiene registro del dolor; estos niños a veces están tan encapsulados en las sensaciones que ellos se provocan, que capaz se están quemando y no lo sienten, o se están golpeando y no sienten el dolor. No es que no haya cuerpo que se este quemado, que s este golpeando; ahí hay algo inscripto realmente en negativo. Esto es una diferencia clave con esas posiciones.

Alumna: ¿se incluye el juego en estos niños?

Profesora: generalmente nos encontramos con juegos estereotipados, mecanizados. A través de los primeros juegos el chiquito se va constituyendo un cuerpo, después van a empezar los juegos de separación, los juegos representativos, los juegos simbólicos. Generalmente los juegos que aparecen en estos niños, son juegos robotizados, mecanizados, que intentan calmar las sensaciones de angustia. En los gráficos podemos encontrarnos con gráficos donde realmente están dibujadas las figuras de giro. Hay un texto de Marisa Rodulfo en el que se ve como un chico autista dibuja un agujero en la hoja, el movimiento de giro está dibujado en los ventiladores, por ejemplo; las cabezas están dibujadas como ventiladores. Pero de nuevo, no es que no haya; hay de esta forma. Gracias!