

Psicosomática y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición¹

Pascual Palau Subiela²

Resumen.

Partiendo de un caso, este artículo aborda varios aspectos de la clínica infantil del espectro autista y del trastorno psicossomático. Reflexiona sobre algunas manifestaciones de ambas patologías, en el contexto de la interacción temprana entre el bebé y su entorno y establece similitudes y diferencias entre ambas patologías.

Aborda algunos mecanismos psíquicos de defensa prevalentes en ambas patologías y, sin pretender abordar la etiología del autismo, se centra especialmente en la percepción auditiva del bebé y los efectos que, en algunos casos de autismo, puede producir la utilización muy precoz de mecanismos de defensa antitraumáticos, al poder participar éstos, junto a otros factores endógenos y exógenos, en el trastorno de la perceptividad y de la expresividad emocional.

Pone en relación los trastornos de la expresividad y las investigaciones sobre las hiperfrecuencias en bebés con trastornos de la comunicación. Aborda la negatividad y la negativación, procesos ligados a la interacción y presentes en diferentes patologías. Finalmente aborda las narraciones de personas que mantienen una alta sensibilidad auditiva a lo largo de toda su vida.

Palabras clave:

Autismo infantil, psicossomática infantil, audición, procesos antitraumáticos, perceptividad, expresividad, negatividad y negativación, hiperfrecuencias, psicoterapia.

Introducción.

Este artículo pretende reflexionar sobre algunos aspectos clínicos, ligados a la interacción, que afectan de manera directa la vida de los niños que han desarrollado una patología del espectro autista ó una patología psicossomática, y también estimular el esfuerzo por ampliar nuestra comprensión sobre el mundo emocional del niño autista y sobre la situación emocional en la que, en algunos casos, puede encontrarse su familia, con el fin de investigar modelos de intervención psicoterapéutica, más eficaces.

¹ Texto, ampliado, de la Conferencia ofrecida en el Centro Psicoanalítico Valenciano, el 28 de abril de 2009. También ha sido objeto de una conferencia en el mes de Junio de 2009 en el Seminario Interdisciplinar de Psicología y de Psicopatología Perinatal e Infantil de ASMI WAIMH-España.

² Especialista en Psicología Clínica, Psicoterapeuta, Psicossomatólogo de bebés y de niños. Miembro Formador de la Asociación Internacional de Psicossomática Pierre Marty. Miembro del Instituto Psicoanalítico Valenciano.
E-mail: pascual.palau@gmail.com

Es bien sabido que la psicopatología temprana encuentra en la psicoterapia conjunta de la diada y de la triada uno de sus más valiosos recursos terapéuticos cuando ésta es practicada por psicoterapeutas, psicólogos clínicos, psiquiatras y psicoanalistas, no solo formados en el campo infanto-juvenil sino también, y de manera especial, adiestrados en la comprensión y el abordaje psicoterapéutico de la psicopatología perinatal.

Pero ¿es posible también realizar una aportación eficaz, desde el marco de la prevención y de la psicoterapia de la triada padre-madre-niño, en la patología del espectro autista, como lo viene siendo en la patología psicósomática y en otros trastornos de aparición precoz?

¿Qué concepciones teórico-clínicas pueden guiar nuestra intervención? ¿En qué medida es correcta la representación de un niño insensible ante los afectos ajenos, desconectado de la realidad externa, que no participa ni resulta afectado, supuestamente, por las vivencias emocionales de su entorno; un ser que desde éstos supuestos, permanece ajeno a los intercambios emocionales que tejen su historia personal y familiar?

A partir del fragmento clínico de un niño autista, voy a considerar ciertos efectos psíquicos que pueden producirse en un bebé expuesto a una experiencia relacional traumática^{3,4,5}.

También reflexionaré sobre algunas similitudes y diferencias observables entre los procesos psíquicos de defensa tempranos, propios de la psicopatología perteneciente al ámbito del espectro autista y de los pertenecientes a la patología psicósomática, *centrándome en aquellos que afectan a la percepción de los sonidos producidos por las palabras y los afectos que éstas vehiculan*, y que por su precocidad, su cualidad, su cantidad ó su duración, pueden formar parte de aquellas dificultades que pueden alterar tempranamente la interacción.

1. - La audición.

La audición es la modalidad sensorial que más precozmente se desarrolla para percibir la experiencia emocional compartida con el objeto y que resulta menos modulable de forma voluntaria, puesto que el bebé no puede sustraerse a ella mediante su comportamiento, como sucede con su mirada.

El alejamiento físico del objeto permitirá evitar su percepción del contacto corporal. Por otra parte, la desviación de la mirada, que rehúye el contacto con los ojos del otro, evitará

³ Ésta concepción no pretende abordar ni cuestionar la etiología del autismo, sino analizar lo que puede suceder en el contexto de la interacción, en algunos casos y en diversas patologías infantiles, siendo una de ellas el autismo.

⁴ La concepción de objeto traumático se refiere a un estado de intensa angustia ó sufrimiento, que afecta al cuidador de manera prolongada, y a las dificultades que el psiquismo particular de un bebé encuentra para metabolizar el efecto del malestar somatopsíquico que produce en él la recepción-percepción de dicho estado emocional. No pretende prejuzgar la intencionalidad del cuidador, ni poner en duda su amor por el niño.

⁵ P. Palau Subiela (2009), "Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé".

la percepción de aquellas emociones e intenciones presentes en él. El olfato también puede ser puesto a distancia, a partir de cierto momento. El desinvolvemento de las zonas orales y el rechazo de la alimentación ó su expulsión mediante el vómito, son también algunos de los recursos que pueden ser usados para intentar deshacerse de una experiencia emocional inasimilable, experimentada en la interacción con el otro.

A la audición, le queda: a) el dormir; b) el dejar de escuchar desviando la atención hacía otros estímulos sonoros y sensoriales y c) el recurrir a la defensa intrapsíquica. Cuanto más pequeño es el niño, menos disponibles resultan los recursos comportamentales. Dentro del primer mes de vida el bebé no puede más que dormirse ó intentar, de manera rudimentaria, desconectarse psíquicamente de la percepción interna de malestar ligada a lo auditivo.

2. – La Clínica.

Hablaré de **Daniel**, un niño autista de dos años y medio.

Cuando sus padres vinieron a consultarme, el niño ya había sido diagnosticado de autista y se encontraba atendido por un neuropediatra, en un centro de estimulación temprana especializado en niños pertenecientes al espectro autista, por una especialista en dietética y por un especialista del aparato digestivo.

Nuestros primeros encuentros:

En las dos primeras entrevistas mantenidas con el niño y los padres, estos se extrañaron mucho porque yo quisiera atribuir y construir, en torno a algunos comportamientos de Daniel, un significado de naturaleza emocional y con cierta intencionalidad interactiva.

Me decían: ¿Cree usted que entiende lo que le decimos? ¿Usted cree que él entiende eso? ó ante algunos momentos de parloteo: "lo que dice son ecolalias". O ante ciertos comportamientos: "son cosas que le han enseñado en el centro y él las repite por imitación".

Y también me hacían preguntas ligadas a su angustia ¿usted cree que se puede curar? ¿Usted cree que es autista?

Después de dos sesiones de observar a Daniel y de intentar acercar a los padres a su mundo intrapsíquico y emocional, pedí a estos que reflexionaran sobre la demanda que me hacían y sobre lo que podían esperar de mí, aclarándoles que lo que yo podía aportar en el plano terapéutico, de manera complementaria a todo lo que ya se estaba haciendo por Daniel, en el terreno neuropediátrico y psicoeducativo, era, entre otras cosas, ayudarles a entender el mundo intrasubjetivo de su hijo y de ellos mismos en su interacción con el, para mejorar la calidad relacional y emocional de todos ellos.

De esta manera y con puntos suspensivos terminaba la segunda sesión, repleta de muchas preguntas en busca de respuestas validantes o invalidantes de definiciones y pronósticos predictivos, que ya habían sido hechas y respondidas por diferentes especialistas.

Fue una sesión en la que también tuvieron la ocasión de rebatirme las percepciones y conceptos que yo les aportaba, cuando no coincidían del todo con aquellas que provenían de otros especialistas, ó de aquellas que ellos mismos habían asumido.

De hecho, casi nada de lo que podía decirles era aceptado por la madre. Después de una respuesta mía venía su “pero...” inquietante, insatisfecho y, a veces, aturdidor, sin apenas haberme podido escuchar.

Como en efecto ocurrió en la 2ª sesión, en la que la madre se defendió de las observaciones que, a petición suya, yo le había hecho sobre su alto grado de ansiedad y su estado de hiper-vigilancia y sobreprotección, que parecían dificultar el desarrollo del espacio expresivo (proyectivo-intencional) del niño.

Buscaba controlar cada movimiento de Daniel porque temía que pudiera hacer algo malo ó pudiera ocurrirle algo malo, cuando en ése momento el comportamiento del niño no suponía, a mi parecer, ningún riesgo de dañar ó de dañarse.

Como ya he dicho, yo no tuve la iniciativa de señalarle tal comportamiento; lo que hice fue responder con cautela a sus insistentes preguntas: “¿cree usted que soy demasiado nerviosa? ¿Cree usted que estoy demasiado encima del niño, como me dice mi marido?” etc. Ella quería saber de inmediato mi opinión y yo habría preferido esperar a un tiempo posterior, en el que el conocimiento mutuo estuviera más desarrollado.

Pero veamos ahora lo que sucedió con Daniel.

En las dos primeras sesiones jugué con él, intentando pasármelo bien, introduciendo contratiempos en sus inercias compulsivas a moverse en redondo, ó pasear de un lado a otro de la habitación ó permanecer ensimismado manipulando lápices de color. Le expresaba rivalidad, complicidad ó le creaba una situación de conflicto.

Intentaba encontrar indicios de deseo, de intención, de sentimientos, de proyectos, para desarrollar hipótesis constructoras de sentido y poder verbalizarlas en presencia de sus padres.

Lo acompañaba en una preferencia, por ejemplo invitándolo a construir y jugar al escondite cuando había observado su tendencia a retirarse de la estancia, en una búsqueda de soledad y salvaguardia, mientras sus padres hablaban.

Le dejaba un lápiz de color ó se lo retiraba expresándole, con una pequeña queja infantil, que yo también lo quería para pintar; ó le decía lo que me parecía que él quería comunicarme con un “cerrar y abrir de ojos”, que sucedía, frecuentemente, después de algo que yo le había dicho ó estaba diciéndole.

Eran situaciones enigmáticas que aparecían ó hacíamos aparecer por primera vez. Por una parte estaba lo supuestamente igual o destinado a la repetición y por otra lo nuevo, inventado desde una mirada distinta y atrevida.

Pero ¿qué significaban todos estos comportamientos para sus padres? Ellos, que esperaban que yo les dijera qué era Daniel, cuando en realidad yo me esforzaba por descubrir qué sentía, qué pensaba; y en definitiva, quien era y qué vivía en su intimidad.

Resultaba esencial transmitir a los padres la necesidad de llegar a descubrir lo que Daniel podía pensar y sentir, para poder ayudarles.

Yo necesitaba entender la experiencia íntima de su cuerpo, de sus sentimientos, de sus sensaciones, de sus pensamientos, del mundo emocional y narrativo de sus padres, descubrir y rastrear los vestigios de antiguas y de nuevas huellas de comunicación en el ámbito de la interactividad empática.

Al terminar la segunda sesión les pedí que reflexionaran sobre el deseo que ellos pudieran tener de seguir conmigo, sobre la base de lo que ya habíamos hablado. Les dije que yo tenía la impresión de que, más allá de esperar que yo contestara a muchas de sus preguntas para confirmar ó refutar lo que ya pensaban ó se les había dicho, no se habían planteado mucho más.

Un mes más tarde me llamaron pidiéndome seguir adelante y la primera sesión que tuvimos es la que describiré a continuación:

Después de saludarlo e invitarle a pasar con sus padres y seguido por éstos, Daniel recorre el pasillo y una estancia amplia, y llega a la sala de juegos en la que estuvimos en nuestros dos primeros encuentros.

Sus padres se sientan, yo también y él se acerca al rincón que forman mi sillón y la esquina de la estancia. Se adentra unos segundos en ése hueco y sale. Después va a sentarse en el sofá, en medio de sus padres.

Cuando éstos comienzan a hablarme, él sale de la habitación y se pone a recorrer el espacio de la sala contigua. Yo le sigo, manteniéndome a cierta distancia, sujetando con una mano un bloc de notas que llevaba y un bolígrafo.

Al llegar a la sala contigua se ha quedado observándola y ha descubierto dos bolígrafos que había encima de una mesa baja. Después de cogerlos, mientras me mantengo a una distancia aproximada de entre uno y dos "cuerpos", ha visto que yo llevaba otro en mi mano y me lo ha cogido sin mediar ninguna mirada ni sonido, como si el paso de mi mano a la suya no pudiera afectarme ni producir reacción y fuera la repetición del acto anterior, en el que se apoderaba de los que estaban encima de la mesa.

Entonces he “forcejeado” con él, intentando “rescatar” mi bolígrafo, como quejándome de que me lo hubiera cogido; me he puesto a su altura agachándome, colocándome de cuclillas ó gateando para que, mientras yo le expresaba mi afectación, él pudiera encontrarse con mi mirada y yo con la suya. Me he quejado “¡Es mío, oye, es mío!, ¡Jolín, es mío, dámelo que es mío!” Y lo he hecho usando la musicalidad que usan los niños pequeños cuando se quejan disgustados, con ésa musiquilla de pequeño afligido y enfadado que pide por favor. Esperando que la música ablande el empeño del poderoso que lo despoja de su propiedad.

Varias veces después de forcejear, de rescatar mi bolígrafo y ponerme a dibujar con él sobre un folio y después de que él volviera a cogérmelo y yo repitiera mi forcejeo como si fuera un niño pequeño enfadado y afligido, después de que él también rayara un poco en la hoja, Daniel ha cambiado de interés y se ha puesto a correr en redondo en el medio de la sala.

Entonces me he puesto de rodillas en el suelo, con los brazos extendidos en cruz y le he cortado el paso diciéndole “¡Barrera, no puedes pasar!” ¡“No puedes pasar, barrera!””. Ante mi barrera Daniel ha optado, cada vez, por agacharse y pasar por debajo, mientras yo me quejaba de que se estuviera saltando la norma del juego que consistía en que él debía de pararse cuando la barrera estuviera puesta.

Al cabo de dos ó tres veces de pasar por debajo de la barrera, mientras yo me quejaba “amargamente” diciendo ¡“Eso no vale, no puedes pasar porque hay barrera, no vale, tienes que pararte!” ó “¡ Jolín! no vale! por debajo no vale, no puedes pasar!” Daniel ha comenzado a sonreír ligeramente expresando de ése modo su placer por transgredir la norma y participar de un juego que yo estaba disfrutando con él, ante la mirada de sus padres que se habían trasladado al nuevo escenario y permanecían sentados observando en silencio.

Después de repetir unas 5 ó 6 veces el juego, que cortaba con la repetitiva compulsividad del comportamiento de correr en redondo, Daniel ha elegido otro escenario para seguir corriendo en redondo, ésta vez alrededor de un sillón. Entonces, agachándome como si fuera un niño pequeño como él, me he puesto a girar alrededor del sillón, en sentido contrario al suyo, pidiéndole que se apartara para dejarme pasar, que retrocediera dando la vuelta en sentido contrario.”¡Cuidado que voy, quita que paso!” han sido las expresiones usadas mientras nuestros cuerpos se chocaban suavemente y él acababa retrocediendo y modificando el sentido del giro ó conseguía pasar.

A lo largo de los diferentes escenarios de juegos introducidos sobre la marcha, en los que intentaba implicarlo, Daniel me ha mirado frecuentemente, sosteniendo su mirada largos segundos en alguna ocasión y ha parpadeado ante los comentarios que yo le dirigía al calmarse el juego, pero en otras también ha parloteado sin que yo pudiera entenderle.

Entretanto, la madre se quejaba porque con ella no paraba de moverse, como cuando iba al supermercado y siempre se disgustaba con él porque se ponía imposible y ella acababa agotada y enfadada. Por su parte, el padre decía que con él estaba más tranquilo y se sujetaba del carro de la compra porque él le daba más confianza, mientras que ella estaba siempre preocupada por lo que pudiera pasar.

Momentos después de que la madre y el padre comenzaran a relatar lo que les sucedía con Daniel, éste ha vuelto a la sala de juegos y nosotros con él.

Al llegar, sus padres se han sentado y Daniel ha intentado reaccéder al espacio que existe entre el sofá en el que estaban sentados ellos y la pared. Espacio en el que guardo unas colchonetas cuadradas que los niños usan a menudo para construirse un refugio. En la segunda entrevista yo había tenido la iniciativa de habilitar ése "espacio refugio", al darme cuenta que él tendía a recogerse en ése rincón. Como la vez anterior, pido a los padres que se levanten para aumentar el espacio disponible para construir la "cabaña" y el padre me ayuda a colocar las colchonetas cuadradas, conformando las paredes y el techo. Inmediatamente Daniel se adentra, quedándose sentado y en silencio.

Es entonces cuando la madre comienza a decirme que quiere contarme cosas "muy fuertes" que le suceden y que ella no puede remediar. Cosas que ella sabe que no están nada bien y que necesita que yo le ayude a entender y resolver. Le pide a su marido que me lo cuente por ella y éste comienza a auxiliarla, aunque le pido que deje que sea ella la que exprese lo que siente, a su manera, para poder entenderla mejor.

Entonces, con una mezcla de angustia y vergüenza, la madre comienza a decirme que ella siempre está preocupada porque es muy negativa y no puede ver nunca bien las cosas que suceden. Que siempre le parece que van a ocurrir cosas muy malas, aunque pueda razonar que no tiene porque suceder así, que la mantienen temerosa en un estado de continua alerta y susto⁶.

Me dice que ella no entiende las intenciones de los demás, de tal manera que puede ser muy desconfiada cuando la otra persona está llena de buenas intenciones ó al revés y ser incapaz de sospechar de alguien que pueda querer perjudicarla. Me dice que todo eso le ocurre desde siempre y que le gustaría que yo la ayudara a entender porqué le pasa y de dónde le viene. Piensa que, a lo mejor, puede tener que ver con su vida infantil porque su madre es aún mucho más negativa y sufridora que ella.

Después de largos minutos de expresar, con intensa crudeza, la angustiada situación emocional que la desborda, su hijo, que hasta ése momento ha permanecido quieto y en silencio en su refugio, expresa un quejido agudo y corto. El padre dice que parece haberse

⁶ P. Palau Subiela (2007), "Factores agravantes de la diabetes infantil".

asustado.

Después del quejido, a medio camino de una queja de susto y de dolor, Daniel sale de su cabaña y se dirige rápidamente hacia la sala contigua. Lo sigo y observo, desde la distancia, que se ha subido al sillón, que ya probó la vez anterior, y que, después de recogerse en él, mientras mira a lo lejos, empiezan a dibujarse muecas de tristeza y de llanto.

Le digo entonces, suavemente, procurando permanecer muy por debajo de la intensidad con la que él expresa su incipiente llanto, que parece sentirse triste, muy triste y asustado.

Daniel comienza a llorar abiertamente mientras la intensidad del pesar, que poco a poco hace su aparición, sigue en aumento. La escena es muy triste, llora con desconsuelo, con un llanto entrecortado por el pesar. Las lágrimas y los mocos se desparraman por sus mejillas, mientras le sigo hablando, diciéndole que parece haber sentido mucho susto en el mismo momento en el que su madre hablaba de sus propios miedos.

Sigo hablándole mientras su llanto aumenta y él busca recogerse con sus manos y con su pequeño cuerpo, intentando colocar su cabeza entre sus piernas para contenerse a sí mismo.

La escena es muy conmovedora y he pedido a los padres que se acerquen hasta el umbral de la puerta para que puedan observarle sin que él pueda sentirse "cortado" por su presencia.

Después de unos diez minutos de llorar sin parar, mientras yo sigo hablándole de lo que me parece que siente, manteniéndome a una distancia prudencial, no menor de unos dos cuerpos, viendo que el intenso desconsuelo de Daniel va en aumento y percibiendo su necesidad de amparo, escuchando mi corazón, sentado en el suelo frente a él, le abro mis brazos y le digo "ven Daniel, ven".

Ante mi invitación Daniel baja del sillón, en el que su pequeño cuerpo permanecía acurrucado, y se echa a mis brazos, colocando su cabeza sobre mi hombro, mientras me rodea con sus brazos y yo lo rodeo suavemente con los míos.

Mientras sigo hablándole, desde el sentimiento de compasión y ternura que me produce su estado de desconsuelo, le digo que vamos a cuidar de él y protegerlo para que no le ocurra nada que pueda asustarlo tanto, y que él y yo vamos a explicarle a su mamá que siente mucho susto y mucha tristeza y que se asusta mucho al sentir los sustos de ella.

Le repito, varias veces, que vamos a explicarle a su mamá que se siente muy mal, y que eso es lo que hace que no pueda sentirse más tranquilo estando con ella ó consigo mismo y que tenga que moverse sin parar.

Después de unos largos minutos de permanecer llorando abrazado a mi cuerpo, se suelta, se da la vuelta, se sienta en el hueco del suelo que queda entre mis dos piernas y, apoyando su espalda sobre mi cuerpo, mientras le hablo acariciándole su cabeza, me coge mis brazos y rodea con ellos su cuerpo, mientras coloca una de mis manos sobre su mejilla izquierda para apoyar su cabeza sobre ella.

Permanece así otros largos minutos, hasta que, poco a poco, su pesar va disminuyendo y puede dejar de llorar. El rostro y las manos cubiertos de lágrimas y mocos, va encontrando una calma sosegada. Seguirá un rato más entre mi cuerpo, mientras sus padres, que habían sido invitados por mí a asistir a la escena, *descubren a otro Daniel* y me preguntan sobre lo que han observado.

Lejos del Daniel que, según ellos, no ha llorado casi nunca (sólo cuando se ha hecho daño físicamente), éste llora con mucha tristeza. Lejos del niño al que se le atribuye una indiferencia emocional y una ausencia de sentimientos, éste llora desconsoladamente. Lejos del niño que rehúye el contacto corporal, éste lo busca y se arroja con el cuerpo de otro, que pasa a ser su refugio. Lejos del niño indiferente al estado emocional del otro, éste resulta hipersensible⁷ y afectable porque la angustia de la madre se convierte sistemáticamente, al parecer, en su propia angustia. Lejos de ser el niño que se mueve sin motivo, éste se mueve por sentirse desbordado por el desasosiego.

La observación y la comprensión de lo sucedido en el mundo intrapsíquico de Daniel, un mundo aparentemente conectado al mundo emocional e interactivo de su madre, *produce en sus padres un vuelco en las concepciones* con las que ellos se representaban y prejuizgaban a su hijo.

Al cabo de unos 25 minutos, después de haberse sosegado, Daniel se ha levantado y se ha ido a buscar la cercanía de sus padres. Mientras ellos y yo hemos seguido hablando y se hacía la hora de despedirnos, ha permanecido tranquilo apoyado sobre el cuerpo de su padre mientras éste y su madre le ponían el abrigo.

Les he pedido que protejan los momentos en los que, como ahora, Daniel puede necesitar expresar sus sentimientos de tristeza ó susto llorando y que eviten e impidan que se lo pueda acallar.

3. – Análisis de lo sucedido.

¿Qué fue lo que llevó a Daniel a un llanto tan desconsolado? ¿Qué vivió mientras se encontraba tranquilo y quieto dentro de su refugio?

⁷ Hipersensibilidad señalada en el "Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale" de R. Roussillon, editado en el 2007 por Elsevier-Masson, al referirse a los trabajos de D. Meltzer: "Adhesive Identification" publicado en Contemporary Psychoanalysis, nº 11, p.289-310 y "L'objet esthétique", Revue Française de Psychanalyse" nº 5, p. 1385-1389.

Una vez sentado dentro de su cabaña-refugio, con los mecanismos distractores inactivados, y su atención puesta en la percepción de las emociones, Daniel *escuchó y sintió*, de una manera dramáticamente *amplificada*, las emociones provenientes de su madre que resonaron en él mismo. De éste modo el "refugio" se convirtió en un amplificador de su percepción auditiva y emocional.

¿Qué emociones podían producirle tanto susto?: la negatividad angustiada que tiende a suprimir la expresividad esencial del propio ser, sentida por una madre que también la habría sufrido siendo niña.

La búsqueda del *refugio-cabaña* que lo protegía de la mirada inquietante, lo dejó sin embargo más expuesto y sensible a la percepción auditiva y emocional⁸.

En su refugio Daniel ya no veía a su madre pero la escuchaba y la sentía mucho más. El mundo lastimoso y negativo de sí misma, al que ella se ha referido, con mucho pesar, en esta tercera sesión, es expresado no sólo por *una forma de pensar* (cómo concibe lo que le llega del niño) sobre las experiencias de la vida, sino también por *una musicalidad* ⁹(emociones que llegan al niño) quejosa y amargada *ante la que Daniel no puede rebelarse sin producir más amargura.*

Esa musicalidad, amargada por la angustia de ésta madre, convierte, sin querer, al niño en el supuesto origen de sus propias penas y amarguras y lo hace "responsable" de su desconfianza hipócrita. Estado vivencial entorno al cual ella ha podido formular ahora una demanda de ayuda para salir de él y comenzar a pensar sobre un otro origen.

⁸ Para Edelman (citado por B. Golse en su artículo "Contribution des nouvelles données scientifiques à la perspective psychanalytique", editado en la Revue de Psychiatrie, 2001) la memoria no consiste en inscripciones bajo la forma de huellas fijas, como la biología del siglo XIX lo creía.

Según él, los recuerdos no corresponden de hecho a ninguna huella concreta fija, sino sólo al recuerdo de la activación neuronal ligada a la experiencia del acontecimiento considerado.

La rememoración depende pues del pasado y *del contexto*, de tal manera que la evocación de un recuerdo, a partir de un contexto similar al de la experiencia inicial - *sobre todo desde el punto de vista afectivo* - se funda no tanto sobre el recuerdo de las huellas mnémicas sino sobre la recreación de la experiencia pasada mediante la reactivación del grupo neuronal activado en el acontecimiento inicial.

⁹ En el campo del lenguaje, la lingüística moderna considera que la comunicación analógica reenvía sobre todo a la comunicación infra o preverbal, mientras que la comunicación digital reenvía principalmente a la comunicación verbal.

La comunicación analógica preverbal estaría esencialmente sostenida por el hemisferio menor (derecho, entre los diestros) mientras que la comunicación digital verbal estaría esencialmente sostenida por el hemisferio dominante (izquierdo, entre los diestros). La primera transportaría sobre todo afectos, sentimientos y emociones, el segundo sobre todo informaciones, conceptos e ideas.

Esta parte analógica del lenguaje humano que subtiende el contexto emocional (musical) del mensaje puede eventualmente ser comprendida como la parte "no verbal" de lo "verbal".

El niño es primero sensible a la parte analógica del lenguaje del adulto y es a través de ella como entra en cierto modo en el lenguaje, como lo han demostrado bien los trabajos de los pragmatistas (J.L. AUSTIN y J.S. BRUNER por ejemplo).

Esta precesión de lo analógico supone en efecto la intervención posterior de un mecanismo de traducción para asegurar la transformación de las memorias analógicas (memoria vivida) en recuerdos digitales (memoria hablada) y cada vez que hay traducción o pasaje de un estado a otro, hay siempre pérdida como J. LAPLANCHE lo mostró bien con su teoría de la seducción generalizada.

Como dije antes, el oído es el órgano sensorial más desarrollado al nacer, *permitiendo el establecimiento temprano de un enlace entre la experiencia emocional inasimilable, sentida corporalmente, y la audición*¹⁰.

Desde ésta hipótesis, si la defensa produce la desconexión de los afectos ligados a la "audición" de la palabra y con ello del deseo de volver inteligible lo oído, *también se suprime la posibilidad de registrar el sentido emocional significativa de la experiencia compartida y contenida en la expresión verbal del otro, lo que puede afectar tanto a su asimilación como a su reproducción.*

Para indagar los recursos psíquicos que un bebé posee para adaptarse a los estímulos externos mientras duerme, una de las pruebas de la Escala de Brazelton¹¹ investiga su capacidad de modulación de la reactividad fisiológica ante la percepción auditiva de una campanilla que se hace sonar mientras se encuentra dormido. Esta prueba permite comprobar que existen mecanismos, perteneciente al *sistema regulador del estado*, que pueden no sólo filtrar los estímulos percibidos sino también inhibir el proceso de reacción fisiológica.

Mientras se encuentra dormido, oye y siente el estímulo sonoro externo como molesto, y utiliza unos recursos psíquicos que lo protegen, modificando el umbral de su sensibilidad perceptiva, *mediante el desinvertimiento de la perceptividad y la modificación del enlace reactivo que, más adelante, podría adquirir una naturaleza intencional.*

En ese tiempo y en ese estado, no se trata de procesos que actúan desde la voluntad consciente o de la atención en vigilia, se trata de procesos que, seguramente, ya han debido desarrollarse y experimentarse en la vida intrauterina en la que están presentes las percepciones auditivas, fisiológicas y cenestésicas.

¹⁰ En un trabajo precedente, B. GOLSE (1999), intenta mostrar cómo, en numerosos campos, la puesta en marcha de los continentes precede a menudo la instauración de los contenidos. Como señala B. Golse, A. LEROY-GOURHAN sostiene la hipótesis que al nivel de la producción pictórica prehistórica, las representaciones abstractas habrían aparecido antes de las representaciones figurativas, es decir que la inscripción de motivos rítmicos, de contornos temporales elementales (alternación de día y de noche, ciclo de las estaciones...) parecen preceder, de lejos, a las primeras representaciones de animales, de personajes o de escenas diversas (caza, guerra).

En el orden de la creación musical o literaria también, la estructura continente se revela primordial. En el ámbito del desarrollo precoz, se admite hoy en día que para el bebé, la interiorización del holding, del handling, de la voz y de los ritmos maternos se produce antes de la instauración para él del objeto como tal, lo que S. LEBOVICI, en su tiempo, había anunciado por su frase premonitrice: "el objeto puede ser investido antes de ser percibido".

En la misma perspectiva, sabemos que D.N. STERN describió el funcionamiento de "representaciones de interacciones generalizadas" que corresponden en el fondo a una abstracción continente de la función materna y que W.R. BION mostró la importancia de las "conjunciones constantes" que pretenden contener de una manera anti-dispersiva un cierto número de percepciones, y que la colocación de las envolturas cutáneas y psíquicas y grupales (D. ANZIEU, E. BICK, D. HOUZEL, R. KAES), estabilizando el narcisismo primario y la identidad grupal, prepara en cierto modo las identificaciones objectales propiamente dichas y la identidad individual.

¹¹ Brazelton, T.B. (2001). Momentos clave en la vida de tu hijo. Barcelona: Plaza & Janés.

Brazelton, T.B., y Nugent, J.K. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós (orig.1995)

Es decir, recursos psiconeurobiológicos que pueden ser precursores de algunos mecanismos psíquicos de defensa propios del campo de la psicopatología perinatal e infantil y de la patología autística.

Si el malestar emocional es experimentado de manera corporal en el bebé de corta edad y éste dispone, como lo demuestran las pruebas de la Escala de Brazelton, de unos recursos para elevar el umbral de percepción ó desconectarse de la percepción del estímulo sonoro intrusivo y molesto, *con eliminación de la expresividad reactiva*, éste mismo mecanismo podría activarse para suprimir la percepción de malestar corporal, tanto cuanto éste tiene su origen en una alteración fisiológica, como cuando es el la traducción del malestar psíquico, sentido somáticamente; desconexión de la resonancia somatosensorial y somatoemocional que repercutiría en la percepción, aunque no en la recepción emocional.

¿No podrían seguir activos estos mecanismos de desconexión auditiva, al enlazarse precozmente la audición con las emociones? Y al permanecer intensamente activos, para defenderse de la percepción “afectiva” inasimilable enlazada a la audición, ¿no podrían afectar el desarrollo del habla?¹²

Si fuera así, y sin que ello nos aleje de una visión polifactorial de la patología autística¹³,

¹² Ésta hipótesis es complementaria de la que las investigaciones en curso puedan atribuir, en cada caso, al peso de lo genético ó de las alteraciones metabólicas ó neurológicas pré ó post nacimiento.

¹³ Los trastornos del espectro autista son trastornos generalizados del desarrollo que afectan principalmente a los ámbitos de la comunicación, interacción social e imaginación.

La prevalencia de los TEA según la Comisión Europea, en el 2007 era de 30-63 casos por 10.000 habitantes (1 de cada 166 habitantes).

Hasta el momento actual, el diagnóstico del síndrome es clínico y basado en la observación de la conducta del individuo afectado. Se considera que es difícil diagnosticar con fiabilidad el autismo antes de los 12-18 meses.

Si bien las personas afectadas por un TEA tienen una serie de síntomas comunes que constituyen un síndrome, la variedad entre unos y otros y el diferente grado de afectación, hacen de los TEA un síndrome heterogéneo en su aparición y multifactorial en su etiología.

El modelo etiológico actual prevalente, sobre la aparición de los TEA, es el dimensional basado en la vulnerabilidad individual. De esta manera sobre la base de una mayor o menor vulnerabilidad biológica presente en el individuo desde la misma gestación, se sobreañaden otro tipo de factores de vulnerabilidad de tipo psicológico, social, familiar, medio ambiental, que interactúan con la vulnerabilidad biológica de base dando lugar a un fenotipo (Ambiente + Genotipo = Fenotipo) concreto en cada individuo.

Es decir una persona con una vulnerabilidad biológica alta puede dar lugar a una clínica conductual TEA sin la concurrencia de otros factores y una persona con una vulnerabilidad biológica media o baja podrá presentar síntomas o no hacerlo dependiendo de factores de riesgo psicológicos (deprivación ambiental o emocional, madres afectadas de depresión postparto grave o psicosis puerperal, conflictos psicológicos activos interferentes...), sociales o medioambientales.

Debido a esto, el plan terapéutico de una persona con TEA, debe ser individualizado por las características propias del caso, (biología, familia, psicológicos, medioambientales....) y lo que es válido para una persona no tiene por que serlo para otra y a la inversa.

Respecto al abordaje psicológico precoz de los TEA, en sujetos donde se detecten factores de vulnerabilidad de este tipo, también deben incluir a la familia a la que se debe proveer de herramientas para una mejor comunicación y juego interactivo con el niño. Los padres que están integrados en las intervenciones, pudiendo participar en ellas de manera activa, para así aumentar sus conocimientos sobre los métodos que se usan con sus hijos y pudiendo aportar su experiencia diaria con su hijo están en una posición mucho más adecuada para favorecer la mejor evolución posible de su hijo.

Por otro lado, la atención psicológica a los padres y hermanos que la precisen, afectados por el proceso de duelo a veces complicado de resolver, debe contemplarse como una medida adecuada para favorecer una mejor evolución emocional del entorno familiar.

nos encontraríamos con que *la desconexión de la perceptividad*¹⁴ *auditivo-emocional, afectaría también a la expresividad verbal*, cuestión que, sobre todo en los primeros tiempos de la vida, no quedaría sin efectos sobre el desarrollo neuronal dada la naturaleza plástica del cerebro.

Mientras Daniel se mueve y centra su atención sobre percepciones visuales, táctiles y cenestésicas, se protege de percibir las expresiones verbales y emocionales provenientes de otros y de sí mismo. Los estímulos, que se van produciendo en su actividad, lo protegen, a modo de *estímulos-barrera*, de aquellas percepciones emocionales angustiosas que puede percibir en el rostro y en la voz de su madre ó de quien lo cuida.

Si los bebés sanos emiten hiperfrecuencias al llamar llorando a sus madres¹⁵, en momentos en los que se viven “dejados” física ó psíquicamente por ellas ¿qué percepción tiene una madre de los sonidos que emite su hijo en su llamada?

A muchos niños autistas se les tiene que realizar una audiometría, cuando no una prueba de potenciales evocados¹⁶, para saber si padecen sordera porque muestran mucha menor ó ninguna respuesta al sonido que produce la palabra del otro. *El aumento de su umbral de reacción (como en el bebé dormido) podría estar relacionado, en algunos casos, con un esfuerzo de desinvertimiento, desarrollado para mantener una defensa ante una audición*¹⁷ *ligada a lo emocional.*

Defensa en forma de supresión de la expresividad y de la perceptividad, que no de la recepción de afectos que, en la situación descrita al encontrarse Daniel en el refugio, ha cedido, perdiendo temporalmente su eficacia como proceso psíquico de control de la perceptividad y de la expresividad¹⁸.

¹⁴ Perceptividad entendida como función objetualizante distinta a la del objeto estricto sensu. Definición de la función desarrollada por André Green en 1986, 1993 y citada por Gérard Szewec en su ponencia sobre la desorganización del estado depresivo del bebé en el nº 20 de 2001 de la Revista Francesa de Psicopatología.

¹⁵ Ver los resultados del programa de investigación PILE francés en: www.psynem.org

¹⁶ La prueba de los PE estudia las formas de onda producidas por las partes del cerebro que controlan los nervios ópticos (vista), auditivos (audición) y somatosensoriales (nervios fuera del cerebro y la médula espinal, también conocidos como periféricos).

¹⁷ La necesidad de modular activamente la percepción auditiva, no sólo existe en el ámbito de la modulación psíquica, también en el ámbito del órgano de la audición. Desde 1911, S. Freud insistía sobre el hecho de que percibir no se limita a una abertura pasiva hacia los estímulos sensitivos- sensoriales provenientes del exterior y a propósito de la atención, decía entonces: "esta actividad va al encuentro de las impresiones de los sentidos en vez de esperar pasivamente su aparición". Ciertos conocimientos neurofisiológicos modernos han venido a confirmar enteramente esta hipótesis, especialmente en el campo de la audición.

Efectivamente, cuando recibimos un estímulo sonoro, no es este quién va a ser transmitido directamente por el tímpano y los huesecillos (oreja externa) a los nervios auditivos encargados de trasladar el estímulo hasta los lóbulos temporales.

Lo que es encaminado hasta el córtex auditivo es de hecho un estímulo recreado al nivel de la cóclea, un estímulo en cierta manera en miniatura e isomorfo del estímulo externo, es decir con la misma estructura en cuanto a su espectro de frecuencias. De este modo el estímulo que llega al córtex es un estímulo de origen endógeno (coclear) pero reconstruido en referencia al estímulo externo.

¹⁸ P. Palau Subiela (2008), "Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé", expuesta en la jornada científica de AGEPSO, celebrada en Ginebra en febrero de 2008.

¿Qué sucedió después de la tercera sesión psicoterapéutica?

Síntesis de la cuarta sesión:

Los padres me han dicho que ya no da casi vueltas en redondo, como antes lo hacía de forma compulsiva, y está más relajado.

Daniel y yo hemos jugado a cogernos lápices ó llenar un cubilete mientras él lo vaciaba. Ha jugado a subir sobre los sillones y a sacar pañuelos de las cajas, primero él y después yo, y echárselos encima, a modo de confetis.

Ha jugado a entrar en la cabaña y “le he dejado” mi cajita de notas, “después de forcejear” un poco los dos. El padre ha participado observando, y se lo ha pasado bien al ver cómo su hijo jugaba conmigo y con él.

Al final, cuando ya se iba, se la quería llevar pero al pedírsela me la ha devuelto. Me ha despedido con la mano (al sugerírselo su madre), con una mirada prolongada y un abrir y cerrar de ojos intermitente.

Los padres y yo hemos hablado de la anterior sesión; de su sensibilidad emocional y de la auditiva, que también ellos me han señalado, diciéndome que ahora, como novedad, a veces se tapa los oídos para protegerse de ciertos ruidos.

En relación con la sensibilidad de su hijo, la madre, mucho más relajada y sonriente ahora, me ha dicho que según cómo está la persona que lo atiende, él reacciona de un modo diferente. También me ha comentado, preocupada, que su médico les ha dicho: “este niño, al igual que los demás niños autistas, carece de contacto con la realidad”¹⁹.

Al terminar la quinta sesión, en el momento en el que yo acababa de anunciar el final, Daniel hizo sentarse a su madre, empujándola 5 veces en que ella se levantó del sofá, para oponerse de ese modo al hecho de irse. Los padres se mostraron muy sorprendidos por la clara muestra de un comportamiento tan decidido y reafirmado en su intención de oponerse a los preparativos de la separación.

La madre me dijo que parloteaba más con ella y que, a veces, le decía alguna palabra inteligible (aunque no sé si se las decía ó es ella quien las interpretaba de ése modo); que empezaba a jugar con algún juguete en casa y desarrollaba conductas exploratorias ligadas a la curiosidad.

Dentro de las 8 primeras sesiones los padres siguieron observando cambios, Daniel empezó a quejarse de ciertas comidas ante las que mostraba su disgusto, en contraste con aquellas por las que empezaba a mostrar una clara preferencia, es decir que se iban manifestando sus gustos.

En el contexto del placer que el niño viene mostrando desde la 3ª sesión, consistente en sentarse relajado y pegado al cuerpo de su madre, mientras yo hablo con sus padres y él escucha chupándose el pulgar, en torno a la 8ª sesión la madre me dice que la nueva

¹⁹ Concepción inexacta, aún muy extendida, sobre la supuesta falta de contacto con la realidad que, a mi entender, daña las posibilidades de mejoría y recuperación del niño, puesto que condiciona la expectativa desde la cual se produce su abordaje.

conducta, de llevarse los juguetes a la boca y chuparlos, se ha vuelto muy frecuente, cuando nunca la tuvo anteriormente.

4. - Sobre autismo y psicósomática.

Desde unas hipótesis surgidas de las observaciones clínicas, pensemos ahora sobre las similitudes y las diferencias que pueden existir en torno a los procesos de percepción y las defensas muy tempranas que pueden operar en el niño aquejado por una patología psicósomática ó en un niño autista.

Desde los primeros tiempos de la vida del bebé, pocas horas ó pocos días después de nacer, pueden producirse patologías psicósomáticas precoces, en particular aquellas patologías funcionales entre las cuales se encuentran los cólicos neonatales, los malestares y los espasmos respiratorios del sollozo, los trastornos alimentarios neoanales ó los trastornos del sueño.

El estudio de estas patologías funcionales revela que se producen en el contexto de “una sobrecarga compleja del sistema madre-bebé, desbordado por un exceso de excitaciones y que toma electivamente esa forma patológica²⁰”. En éstas patologías encontramos la utilización de procesos intrapsíquicos de supresión de la expresividad y de la perceptividad de los afectos dolorosos, propios ó ajenos, presentes en el contexto de la interacción generada entre la madre y el bebé.²¹

Como ya he comentado antes, el niño autista tiende a desconectarse, en su raíz, de la percepción interna, sensorial y emocional, producida por los estímulos afectivos procedentes del objeto, con procedimientos intrapsíquicos que buscan su desafectación emocional. Pero también produciendo una barrera de estímulos sensoriomotores y evitando el contacto visual ó corporal con el objeto.

Desviando su atención de la visión²² del objeto, evita que las manifestaciones de éste puedan ser observadas, procesadas y, finalmente, reverberar en él de forma sensorial y emocional a través de la resonancia corporal (llamada también “simulación encarnada²³”) que se produce al fijar la observación sobre el otro²⁴. Incapaz de evitar oírlo, tiene que

²⁰ R. Debray, 1992, cita incluida en el artículo de Léon Kreisler “Patologías funcionales neonatales alarmantes”, publicado en la Revista Francesa de Psicósomática nº 9 de 1996.

²¹ P. Palau Subiela, “Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé”, publicado en la Revista Actualités Psychosomatiques. Edit. Georg, Nº12 de 2009.

²² P. Palau Subiela, M. Benac Prefaci, Eva Mª Jerez Frades. “Signos de alarma precoz en el desarrollo; la mirada: Cecilia no quiere mirar”. Conferencia ofrecida en el *Seminario interdisciplinar sobre psicología y psicopatología perinatal e infantil* de ASMI WAIMH-España, en Valencia el mes de mayo de 2009.

²³ Concepto de Vittorio Gallese, autor perteneciente al grupo de investigadores en neurociencias de la Universidad de Parma, descubridores de las Neuronas Espejo, dirigidos por G. Rizzolatti..

²⁴ El último gran descubrimiento neurofisiológico que concierne a este tema es el del sistema de las " neuronas espejos " Mirror neuron system (G. Rizzolatti y al., 2001).

evitar escuchar sus palabras y sus sonidos cargados de una densidad afectiva que podrían conmovirlo emocionalmente. Por ello, también necesita desviar su atención del mundo emocional interno en el que no dejan de infiltrarse las producciones emocionales del objeto que, a pesar de las defensas antipercepción, lo siguen impactando.

Inhibida, en gran parte, la percepción de las manifestaciones del otro en su origen, e impedida su traducción emocional y simbólica, la dificultad resultante podría ser cercana de la dificultad que experimenta un sordo-mudo para desarrollar su lenguaje.

Como lo señala la observación clínica muy precoz, es muy probable que, en ciertos casos, el niño autista²⁵ comience con mecanismos similares al niño con problemas psicossomáticos que procura desconectarse de la percepción y de la expresión de las emociones y sensaciones ligadas a la interacción, que permanecen muy intensas dentro de él, y que finalmente acabe con una defensa masiva que afectaría su percepción visual y auditiva de los estímulos objetales externos portadores de significación emocional.

También se defiende del "juego interactivo" que puede atraparle en una modalidad de dependencia emocional. Evita pues vivirse a merced de la relación con el otro y suprime la intencionalidad interactiva.

El niño psicossomático también se desconecta de la percepción de los efectos que dichos estímulos producen en su interior, así como de su expresión, pero mantiene abiertas las demás vías. Éste busca su independencia prematura del objeto mediante una *identificación sobreadaptativa* que le evite el conflicto emocional y lo vuelva, al mismo tiempo, cognitivamente autosuficiente al desarrollar de manera muy precoz y prematura un Yo-ideal adaptado al imperativo materno.

La patología autística, en cambio, tiende a una independencia del objeto mediante el

Gracias a la investigación por neuroimagen (IRM, TMS) y en el EEG, estos investigadores pudieron mostrar que neuronas localizadas en el área de Broca y CPI, que se activan cuando se ejerce una acción motriz, también se activan cuando el sujeto observa a otro realizar la misma acción específica. Después, las investigaciones se multiplicaron. Por ejemplo Fogassi y Col. (2006) pusieron en evidencia que estas neuronas codificaban los mismos actos del otro de manera diferente en función del objetivo de la actividad global del que el acto concreto forma parte.

La importancia de este mecanismo cerebral ha sido subrayada como una comprensión de la intencionalidad del otro, para " la teoría de la mente ", la empatía, la imitación, el aprendizaje, el origen del pensamiento y la comunicación, la simulación e incluso la identificación y el lenguaje (G. Rizzolatti, Arbib, 1998). La relación entre la disfunción de este sistema y de ciertos trastornos como el autismo ha sido también estudiados.

Investigaciones llevadas sobre otros sistemas neuronales han revelado que fenómenos similares de activación se producen en neuronas normalmente activadas por una emoción, cuando se observan *los signos* de la emoción en otro (la musicalidad sería uno de los signos).

Los mecanismos complejos de la " neurona espejo " estarían activos desde el nacimiento, con una variabilidad individual; un " centro detector de la intencionalidad del otro " (IDC) ha sido descrito. Los resultados de las últimas investigaciones sobre el Sistema de la Neurona espejo y sobre otros sistemas neuronales, ponen en evidencia, cada vez más, bases neurofisiológicas de la comunicación y del lenguaje en el bebé desde el nacimiento. Ya no se trata solamente de mecanismos que conciernen a la actividad motriz sino formas de organización de los afectos y una actividad mental preverbal que comprende representaciones y conceptos codificados más allá de la memoria procedimental de actos (Stern, 2006).

²⁵ No me refiero a la totalidad de los niños autistas, puesto que el espectro es muy amplio, sino a aquellos en los que puedan detectarse la utilización de éstos mecanismos, como sucede en el caso de Daniel.

desarraigo interactivo y perceptivo. En algunos casos, para evitar vivirse expuesto a una interacción emocional dolorosa, el niño autista desarrolla una modalidad de independencia, que corta las amarras vinculares que dotan a la relación de una cualidad emocional y simbólica, intra e intersubjetivamente²⁶.

La utilización de los mecanismos de defensa a los que me he referido antes, con riesgo de cronificarse y contribuir, en el contexto plurifactorial, al riesgo de una evolución autística, puede comenzar a producirse dentro de los dos primeros meses de vida y seguir activa, de manera latente, como sucede, en una parte de ellos, en el desarrollo de la vulnerabilidad psicósomática.

El niño autista tiende a mantenerse sensorialmente auto-estimulado de manera que, en un mismo movimiento, pueda desconectarse del objeto y reanimarse somáticamente. El efecto estimulante obtenido le permite por una parte construir una barrera que lo proteja de percibir los efectos de la resonancia interna de los contenidos emocionales provenientes del objeto y, por otra, protegerse del derrumbe emocional que pudiera arrastrarlo hacia la extinción de toda huella interna de placer vital ó simplemente de vitalidad, y extinguirse, a consecuencia de los efectos secundarios producidos, en algunos casos, por las defensas antitraumáticas. Aunque también encuentra un medio de liberarse de la tensión-desasosiego mediante la descarga sensoriomotora.

Desde el punto de vista de la capacidad de *neuromodulación cerebral*²⁷ que existe entre la actividad psíquica y la neuronal, la intervención de mecanismos psíquicos muy tempranos capaces de interferir sobre la percepción de lo oído, es decir de los sonidos-palabras-musicalidad²⁸, para evitar sentir sus efectos negativos, plantea la posibilidad de que estos mecanismos puedan modular, inhibiendo ó distorsionando, el proceso de captación neurolingüística y su reproducción.

Estos mecanismos moduladores de la percepción, y de la reactividad a los estímulos

²⁶ La desconexión empleada para anular el efecto de "lo sentido" mediante la percepción auditiva del sonido producido por la expresión verbal del otro. La hipersensibilidad auditiva en algunos niños autistas es muy significativa de la radicalidad de la defensa

Después de un período de aparente normalidad que llega, a veces, al año y medio ó dos años, período en el que el niño aún escucha, mira y responde, este deja bruscamente de responder, como si se hubiera quedado completamente sordo.

A partir de entonces deja de emitir sonidos, deja de mirar a los ojos de los demás, deja de responder a cualquier llamada y evita el contacto corporal. Tanto las exploraciones audiológicas como las intervenciones quirúrgicas del oído, a las que puede ser sometido descartan que exista algún motivo neurológico o auditivo para su pérdida brusca y radical tanto de la respuesta ante la llamada como de su expresividad emocional espontánea.

En cierto caso, esta situación se produjo en el tiempo en el que la madre sufría de una intensa depresión, en torno al nacimiento de un nuevo bebé. Situación que repetía para el niño una experiencia de relación con la madre deprimida que ya tuvo, a lo largo de varios meses, tras su propio nacimiento. A ello se sumó la regresión identificatoria con el nuevo bebé (experiencia empática primaria), incrementada por el proceso de transparencia psíquica, experimentado por niño con el nacimiento del nuevo bebé, proceso que lo volvió hipersensible y que reactivó las vivencias traumatógenas que rodearon su propio nacimiento produciendo una experiencia empática primaria traumatógena.

²⁷ F. Ansermet y P. Magistretti "A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente". Editorial Katz 2006.

²⁸ Las teorías actuales de la comunicación distinguen, en referencia a la terminología informática, la comunicación llamada analógica y la comunicación llamada digital, tema abordado en el pie de página de la página 9.

auditivos, podrían estar presentes desde antes del nacimiento y producir un trabajo psíquico de enlazamiento entre la experiencia somatosensorial perturbadora y la auditiva.

¿Qué sucede con la percepción *intra-útero* de la voz? ¿Podría quedar enlazada a “vivencias” ó “experiencias somáticas” perturbadoras de la vida fetal?

En los niños vulnerables psicossomáticamente, y así podría suceder en ciertos niños autistas, existe un estado precoz de gran sensibilidad auditiva y emocional. ¿Cuánta se debe a la experiencia intra-útero y cuanta a la experiencia post-natal?

¿Cómo actúa el sistema regulador del estado del niño en la última época de la vida uterina y cual es su repercusión sobre la organización cerebral y psíquica? Diferentes estudios²⁹ señalan que a partir del quinto mes de gestación, el feto se vuelve sensible a los ruidos que le llegan (lo vemos por la modificación de la frecuencia cardíaca, movimientos, etc.) y es también capaz de habituarse (disminuyen las reacciones con la repetición de la estimulación sonora).

Originarios del tiempo pré ó/y post-natal, el mantenimiento prolongado de estos mecanismos, que tienden a su repetición, resultaría *depresógeno* en la medida en que, de forma activa, *privaría* de aquellas percepciones somáticas y emocionales que configuran la experiencia temprana del sí-mismo del bebé y del ser a lo largo de toda su vida.

Se trataría de una pérdida por desabastecimiento pulsional, no sentida por un Yo mutilado y por ello impedido en su capacidad de acceder a una traducción de lo vivido, que se esfuerza en no ser engullido por la inercia que tiende a hacer desaparecer las huellas de su existencia³⁰. Inercia desobjetalizante que se combate tempranamente, mediante recursos como son los mecanismos autocalmantes por autoestimulación sensorial³¹.

Investigaciones neurofisiológicas³² sobre las sensaciones algotérmicas de niños autistas automutiladores, con aparente insensibilidad al dolor, han demostrado que en realidad estos niños, lejos de ser insensibles tienen, al contrario, un umbral de sensibilidad al dolor más bajo que los sujetos normales, pero que existe una disociación entre sus manifestaciones comportamentales al dolor, de aparente indiferencia, y sus respuestas neurovegetativas, que traducirían más bien una hiperalgia.

El registro de las neuronas implicadas muestra de éste modo que, en un niño automutilador, una caricia produce en el registro neurofisiológico el mismo potencial de

²⁹ J. Manzano, “La parte de las neurociencias en las construcciones psicoanalíticas. El ejemplo del desarrollo precoz”. Ponencia ofrecida en la V Jornada Científica de ASMI WAIMH España, en Valencia en febrero de 2009.

³⁰ P. Palau Subiela (2009) “El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?”.

³¹ P. Palau Subiela (2009), “Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé”.

³² Tordjman S. Charras K. : Intérêts d’une meilleure compréhension de l’apparente insensibilité à la douleur et des automutilations dans l’autisme : vers de nouvelles perspectives thérapeutiques.

- Tordjman S, Anderson GM, Botbol M, Brailly-Tabard S, Perez-Diaz F, Graignic R, Carlier M, Schmit G, Rolland AC, Bonnot O, Trabado S, Roubertoux P, Bronsard G. Pain Reactivity and Plasma μ -Endorphin in Children and Adolescents with Autistic Disorder.

respuesta que ante el dolor. La hipótesis de éstos investigadores es que las automutilaciones son usadas por éstos niños para obtener una retracción, en una autosensualidad predominante, que los aisle de las demás estimulaciones sensoriales.

5. - Expresividad e hiperfrecuencias

Según los primeras comunicaciones del proyecto de investigación internacional PILE sobre las producciones vocales del bebé y la producción de hiperfrecuencias, desarrollado por la Waimh Francófona³³ y dirigido por Bernard Golse, los bebés autistas estudiados no emiten las *hiperfrecuencias* presentes en el llanto de los bebés sanos cuando éstos reclaman a su madre física ó mentalmente ausente.

Éste programa (que realiza simultáneamente el análisis estructural de las vocalizaciones del bebé, el estudio de los movimientos de los pies y de las manos y el estudio de la mirada del bebé, de manera concomitante y sinérgica, teniendo como fondo el análisis de las interacciones padres-bebé y las verbalizaciones del adulto) intenta discernir, en el primer año de vida, los indicios de dificultades ulteriores en torno al desarrollo del lenguaje verbal o de la comunicación.

Ésta investigación parte de la premisa de que los fracasos del desarrollo de la intersubjetividad y de la narratividad verbal deben de ser investigadas muy precozmente en el nivel del cuerpo y del comportamiento del bebé antes de que éste pueda sentirse distinto al otro, es decir diferenciado. Desde esta perspectiva, se asume que aun cuando el bebé no haya llegado a ese nivel de diferenciación, es capaz de emitir un cierto numero de señales que tienen un efecto procedimental sobre el otro, como es el caso de los primeras producciones sonoras emitidas por el bebé.

Esta investigación, centrada sobre las protovocalizaciones, es decir los movimientos vocálicos aún no estructurados en término de desarrollo vocal, ha mostrado resultados sorprendentes por poner al descubierto que en ciertas condiciones dichas protovocalizaciones pueden contener unas hiperfrecuencias (HP) completamente inesperadas más allá de los 28kHz, es decir frecuencias imperceptibles para el oído humano. Hiperfrecuencias no producibles por un adulto y no correlacionables con la tonalidad aguda del son emitido.

Los investigadores del proyecto PILE señalan que la percepción que puede tener la madre, cuando se produce la emisión de las hiperfrecuencias, no debe de ser consciente sino mediante un registro corporal determinante que desencadenaría una acción motriz inmediata en forma de manifestaciones de presencia dirigidas al niño y de un

³³ « Les productions vocales du bébé : Hyperfréquences et processus d'attachement. » Auteurs : Bailly Kevin, Kiss Jocelyne, Desjardins Valérie, Golse Bernard. www.psynem.fr

acercamiento hacia el. También señalan que a diferencia de las bajas frecuencias, que pueden ser percibidas por la piel, comprender las modalidades de percepción de las hiperfrecuencias es, hoy en día, un enigma.

¿Pero a qué emociones están ligadas las hiperfrecuencias? Si están ligadas a la expresión de una vivencia de pérdida del objeto, bien sea física ó emocionalmente, podrían ser la expresión de un contenido afectivo experimentado en ese momento.

Los resultados de las investigaciones del programa PILE a los que he tenido acceso, se refieren a bebés de más de 4 meses de vida, periodo muy posterior al de las primeras manifestaciones de trastornos comportamentales y psicosomáticos derivados de la psicopatología interactiva perinatal, observables desde los primeros días de vida del bebé.

La clínica perinatal nos muestra, con toda crudeza, las primeras manifestaciones psicopatológicas que pueden derivarse de una interacción temprana, distorsionada por experiencias de sufrimiento, experimentadas desde los primeros días de vida, tanto del lado de la madre como del lado del bebé.

De ello se deduce la gran importancia que tiene investigar las afectaciones psicopatológicas muy tempranas de los primeros meses de vida, para conocer cuándo y cómo las HF pueden desaparecer en el curso de la ontogénesis y si es posible que puedan reaparecer.

6. - Sobre las dificultades de comunicación de la madre de Daniel.

La madre de Daniel plantea, amargamente, que se ha vivido siempre con importantes dificultades para interpretar la intencionalidad de los demás. Es decir su estado emocional e intencional.

Comenta que éso la ha llevado, frecuentemente, a interpretar de manera errónea las intenciones y, por tanto, los sentimientos de los demás hacia ella. Esta dificultad la ha llevado a confiar de manera errónea unas veces y a no poder confiar en otras por un exceso de desconfianza.

Podemos suponer que esta dificultad para interpretar adecuadamente esa intencionalidad emocional del otro, que la ha llevado a reaccionar con una *atribución de intención errónea*, le ha dificultado la discriminación adecuada de los estados afectivos ligados a las manifestaciones sonoras y comportamentales del bebé Daniel.

Pero también podemos pensar que la utilización muy precoz de los mecanismos de defensa patológicos (comportamentales e intrapsíquicos), que el bebé puede usar desde las primeras semanas de vida, *pueden colocar a la madre, muy pronto, en una situación de gran dificultad* para desarrollar una mejor comunicación y comprensión empática, afectiva y preverbal, con su bebé y consigo misma.

El sufrimiento interior experimentado por las madres y los padres que se encuentran en esta situación es enorme y debemos de auxiliarles cuanto antes, con unas intervenciones que detecten las señales de riesgo que su bebé puede, algunas veces, manifestar desde los primeros días de vida extrauterina.

La falta de hiperfrecuencias en las llamadas de los bebés autistas estudiados ¿es debida a una inhabilitación ligada, en algunos casos, a la activación de los procesos psíquicos antitraumáticos de desconexión de la percepción auditiva, que afectaría su reproducción? ¿Han quedado inhabilitadas debido a un problema neurológico? ¿Han quedado inhabilitadas, en algunos casos, porque el receptor no ha podido cualificarlas ó porque ha desarrollado un efecto supresor de la expresividad emocional que el bebé necesita desarrollar desde su llanto, intolerable para una madre en grandes apuros? ¿Serían el efecto de un déficit neurológico primario sumado a una defensa psíquica ó un déficit neurológico secundario ligado y sumado a la defensa? ¿Cuánto hay de lo uno y cuanto de lo otro, en cada caso?

Preguntas difíciles de contestar por el momento, aunque creo que la *negatividad* y la *dificultad para discriminar* el estado emocional e intencional del otro, son dos cuestiones que están íntimamente unidas en éste caso y es precisamente a ellas a las que alude la madre en esa primera y difícil revelación que provocó que Daniel saliera tan angustiado de su refugio. Cuestiones que reencontramos frecuentemente en el campo de la patología psicosomática muy precoz.

7. - La dificultad para discriminar.

Entre las diversas situaciones emocionales de riesgo que pueden colocar a una madre en una posición emocional con dificultad receptiva, perceptiva y expresiva, podemos encontrar:

La depresión pre y post-parto, las experiencias traumáticas ligadas al acceso a la maternidad (traumatismos post-obstétricos); las pérdidas perinatales de un bebé (pre ó post-natales); la pérdida de un ser querido en el periodo cercano al nacimiento de su bebé, los estados de crisis debidos a la reactivación de núcleos traumáticos tempranos, derivados de la transparencia psíquica³⁴ que se va generando a lo largo del periodo de gestación; las experiencias de nacimiento prematuro con complicaciones para el bebé ó para la madre; el anuncio de una enfermedad grave en el bebé; la neurosis de comportamiento³⁵; la vida operatoria y la depresión esencial y, en general, aquellos

³⁴ Descrita por Monique Bydlowski.

³⁵ No confundir con el comportamiento neurótico. Tanto la Neurosis de comportamiento como la Depresión esencial y la Vida operatoria son Conceptos desarrollados por la Escuela de Psicología de París. Algunos autores representativos: Pierre Marty, Michel Fain, Michel de Muzan, Claude Smadja, Gérard Szewec etc..

estados crónicos ó pasajeros en los que se instala una gran dificultad para que la madre pueda acceder a una traducción adecuada de su propio estado emocional y del estado emocional de su bebé, metabolizar su sufrimiento y tolerar la expresividad emocional espontánea, ligada a estados de malestar, que el bebé tiende a manifestar mediante su llanto.

Como ya he señalado anteriormente, existen situaciones de sufrimiento ó malestar materno que llevan a la madre a suprimir, sin que sea consciente de ello ni de su trascendencia, la expresividad espontánea de queja de su bebé cuando éste se encuentra necesitado de manifestar y liberarse, mediante el llanto, de estados tensionales derivados de un malestar psicofísico, traumatógeno, que puede tener diferentes orígenes. La supresión materna del llanto espontáneo también está presente en la historia de Daniel³⁶.

8. - Negatividad y negativación.

Como sucede en otros casos y en otras patologías, *la negatividad manifiesta* de la madre es observable cuando ésta se queja del niño, de continuo, señalándolo como la fuente de su sufrimiento, de su constante preocupación o de su falta de alegría.

De origen traumático, la negatividad o investimento negativo expresada por la madre, manifiesta frecuentemente, una agresividad y un rechazo en el marco de un movimiento de desplazamiento proyectivo³⁷, que refleja sus dificultades para mantenerse abastecida y abastecer al niño de investiduras libidinales, tanto objetales como narcisistas.

Ésta negatividad es el resultado, visible, de un proceso profundo y global, en el contexto económico, de la negativación de los procesos libidinales.

El placer que la madre podría vivir con el niño es atacado sistemáticamente por el imperativo de hacer desaparecer toda emergencia de placer en el niño, para sí mismo y para ella. Consecuentemente, es destruida toda investidura cargada de un proyecto revitalizador del placer y de la ternura.

La importancia semiológica es grande ya que permite detectar la actividad de un proceso altamente destructivo, encubierto por unas quejas que rozan la banalidad ó la falta de importancia por *la aparente débil carga de violencia* expresada hacia el niño.

La madre no suele decir “un día de éstos lo mataré” ó “le pegué” ó “lo castigo continuamente” ó “a veces tengo ganas de que desaparezca”.

³⁶ P. Palau Subiela (2006), “Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico”.

P. Palau Subiela (2007), “Factores agravantes de la diabetes infantil”.

³⁷ Realización externalizada.

Sentido como una queja amarga ó dolida, *el observador tiende a solidarizarse* con una madre que parece sometida, y a veces extenuada por un niño desconsiderado que “la maltrata”. El efecto contra-transferencial, incitado desde ella, es que deberíamos liberarla de él para que recobrar su vitalidad y su sosiego.

Pero, si consideramos que ése niño del que ella se queja es quien representa al bebé vital que hay dentro de ella, entonces nos damos cuenta de la naturaleza del proceso destructivo que está ensañándose sobre la libido de su narcisismo primario, proceso patógeno de repetición transgeneracional en el que se encuentra inmersa.

La molestia que la madre vive con el niño es una expresión de la tendencia destructiva experimentada por ésta ante el efecto revitalizador de un niño que produce un efecto coexcitador y por tanto de ligazón en un mundo pulsional materno, a menudo, aplastado por la depresión esencial ó la vida operatoria y la tendencia a la desintrincación pulsional, que puede encontrarse en los estados traumáticos, neurosis de carácter, estados de inorganización psicoafectiva y neurosis de comportamiento.

En la misma semiología podemos encontrar *la falta de placer* que la madre experimenta con el niño; *no lo disfruta*. No disfruta narcisistamente, no es que haya un momento de queja y otro de disfrute, simplemente no hay disfrute.

Ésta experiencia negativa con el niño, que tiene su origen en un profundo deterioro de la función libidinizante oriunda del narcisismo primario, es significativa también del grado de falta de organización psíquica en la evolución individual de la madre ya que se produce en un estadio evolutivo en el que aún persiste la indiferenciación sujeto/objeto.

Pero no es sólo un proceso de falta de diferenciación sujeto/objeto lo que está en juego, sino la permanencia activa de los mecanismos fusionantes que buscan proteger al narcisismo primario de la madre de la desinvestidura narcisista a la que ésta quedaría expuesta al desarrollar una investidura objetal con el niño.

Atrapada en un periodo temprano de indiferenciación en el que se vivió expuesta a la rotura de una modalidad interactiva simbiótica, nutritiva para la constitución del yo, ésta habria quedado fijada al imperativo de supervivencia para abastecer y mantener la organización Yoica temprana, dramáticamente desabastecida de una unión nutriente del narcisismo erótico del yo.

Desear investir al niño reabre dramáticamente una herida profunda, por el deseo que la madre tiene de alimentarlo libidinalmente. Este deseo se ve confrontado al imperativo de supervivencia y al frágil equilibrio que procura mantener, para evitar el riesgo de desintrincación pulsional que se puede producir dentro de la organización temprana de su propio Yo. Pero éste no es el único proceso que interviene, también interviene la repetición transgeneracional desde un cambio de posiciones sujeto/objeto.

Después de éstas consideraciones, pienso aún más en la vulnerabilidad de algunas madres que se adentran con ilusión en la maternidad para, sin sospecharlo, acabar inmersas en un proceso altamente descompensador de su frágil equilibrio. Madres a las que debemos de intentar proteger.

La negatividad no se presentaría sólo por la presencia de lo traumático, sino por la tendencia interna de erradicar tanto el afecto y las huellas de placer, como también la esperanza mediante su *negativación*.

Creo que la tendencia que puede existir en estas madres, de atacar la constitución de las huellas mnémicas de experiencias de placer que puedan formarse en el niño, es la repetición de aquella, originaria de los primeros tiempos de su vida, a la que aún se viven sometidas dentro de sí mismas.

De este modo es la constitución de la función alucinatoria del deseo lo que estaría siendo atacada en ambos.

Rosine Debray³⁸ señala que la madre transmite su preconsciente al niño. Habría que añadir que, en éstos casos, también puede obstaculizar la constitución de un preconsciente, puesto que la actividad temprana, en los tres primeros meses, de realización alucinatoria del deseo, permitiría el desarrollo del preconsciente que en estos casos quedaría dificultado, entre otros factores, por una *constitución defectuosa derivada de la interacción y de la conjugación de los procesos de defensa del niño y de la madre*.

El concepto de mentalización, empleado por los psicomatólogos de la Escuela de Paris, referido al desarrollo psicoafectivo alcanzado en el contexto de la interacción, se refiere a la capacidad que un sujeto tiene para tolerar, tratar ó negociar la angustia intrapsíquica y los conflictos interpersonales ó intrapsíquicos.

La sobrecarga ó el desbordamiento del aparato psíquico, en su capacidad de metabolización, puede estar en el origen de un movimiento de desorganización psíquica y somática desde los primeros días de vida. En éste sentido, como es bien sabido en psicósomática, la capacidad de trabajo psíquico puede proteger al cuerpo ante un eventual movimiento de desorganización somática.

Desde esta perspectiva, todos los esfuerzos por favorecer un buen desarrollo psíquico en los bebés y los niños pequeños son necesarios. Es necesario hacer todo lo posible para favorecer el acceso a una organización psicoafectiva rica que permita desarrollar un trabajo psíquico sostenido frente a las angustias, a la depresión y a los conflictos. Ése es naturalmente uno de los objetivos que persiguen las psicoterapias individuales ó conjuntas

³⁸ Psicósomatóloga del Instituto de Psicósomática Pierre Marty (Escuela de Paris).

padre-madre-niño ó padre-madre-bebé.

9. - Veamos ahora narraciones en las que podemos encontrar una referencia al enlace entre percepción auditiva y afecto temprano:

En el terreno de la clínica están aquellos adultos, expuestos tempranamente a una experiencia emocional traumatógena, que *describen la angustia de fondo (basal) como ruido de fondo permanente.*

Pacientes adultos expuestos, desde su nacimiento, a la recepción de mensajes y vivencias afectivas traumatógenas, provenientes de unas madres en apuros, difíciles de asimilar, se quejan de no poder apagar el ruido de fondo que existe siempre en ellos. *Ruido-angustia-pánico, que sienten como ruido.*

Pacientes que se preguntan por qué motivo ese ruido-angustia-pánico persiste toda su vida y se plantean incluso si no puede existir algún mecanismo productor³⁹ que lo mantengan.

Podría tratarse de un mecanismo de intrincación pulsional que se desarrolla ante la angustia sentida físicamente. Sin una representación psíquica que permita desarrollar una noción de causa efecto y sin poder ligarla a una representación de sujeto y objeto diferenciado, *la angustia automática quedaría ligada, mediante un enlace primitivo, entre reacción física de angustia y percepción auditiva de una musicalidad afectiva angustiante.*

La fuente de placer podría tener su origen en el “trabajo” realizable por un masoquismo erógeno primario que intenta detener y contener, al límite, la desorganización mediante el sostenimiento de una función intrincante e invistiente de la perceptividad endosomática.

El mensaje “*que la angustia te acompañe*”⁴⁰ transmitido al *bebé sostén*⁴¹, clarificaría, junto al trabajo del masoquismo erógeno primario, la pregunta del porqué perdura la angustia en ellos. Esta expresión, que formularía en un segundo tiempo una modalidad de alerta-defensa ante el riesgo de padecer un movimiento intenso de desintrincación y desobjetalización en la propia madre, expuesta a la angustia, queda transmitido y sobreimpreso en el niño.

La madre, que no puede mantener una representación interna suficientemente afectivizada y estable de su bebé, teme que éste sea vulnerable físicamente, que pueda pasarle algo en el cuerpo.

Cuerpo, en torno al cual ella desarrolla y conserva, como puede, una investidura de objeto

³⁹Cierto paciente (no familiarizado con la teoría psicoanalítica), se preguntaba si ése ruido permanente no podía estar ligado a la producción de algún placer.

⁴⁰ Expresión desarrollada en mi trabajo sobre la Negatividad.

⁴¹ P. Palau Subiela (2009), “Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé”.

concreto mediante la que busca asegurar su cuidado en una modalidad que la lleva también a desarrollar el dominio.

Estos pacientes adultos hablan también de la actitud de hiper-vigilancia constante en la que se viven y de la afectación dolorosa derivada de la angustia que les hacen sentir las palabras severas, pesimistas ó amargadas de sus madres y de otras figuras afectivamente significativas en sus vidas, y de la responsabilidad tan estricta y severa en la que les colocan. Describen el inevitable contagio del estado emocional ajeno que experimentan habitualmente.

“El ruido del desprecio con el que vivo y con el que me levanto cada día” es la frase con la que algunos pacientes aluden a la “angustia de fracasar” generada por una expectativa diaria y temerosa de desaprobación. Angustia-pánico que han sentido siempre al despertar, frecuentemente como susto ó junto a una dificultad para afrontar el nuevo día, calificada por ellos ó por el entorno de actitud “holgazana”, que les ha llevado a posponer el momento de levantarse y que enlaza, como factor desencadenante, con ciertas crisis epilépticas del despertar, observadas en niños de corta edad, que se producen al cabo de unos minutos de reencuentro con la realidad diurna.

Ese “susto”⁴² se reencuentra también en el adormecimiento, que resulta ser, con cierta frecuencia la causa de insomnios crónicos de adultos y de niños que no pueden acceder al dormir más que a través del cansancio de la lectura, del esfuerzo físico ó de varias horas de tensa espera.

En todos ellos es evidente la afectación de su sensibilidad auditiva, aunque existen diferencias:

En los pacientes no autistas, expuestos a las experiencias emocionales tempranas traumatógenas, permanece una hipersensibilidad e hiper-reactividad a los estímulos auditivos, tanto despiertos como dormidos. Sobre todo en mujeres viviéndose en un proceso de gestación después de una experiencia traumática de pérdida pré ó post-natal de un bebé.

Alta sensibilidad auditiva que sí se vuelve manifiesta en los momentos en los que el niño pequeño va saliendo de su retracción autística.

10. - *Narración de un pasaje de la Iliada en el que se cuenta el peligro que corre Ulises en su regreso:*

En la Iliada se cuenta que los remeros deben de permanecer remando, con los oídos bien tapados, mientras que Ulises, con los oídos destapados, debe de permanecer inmovilizado-atado al mástil. Los demás cuerpos (de los remeros) deben de permanecer en movimiento, desarrollando una intensa actividad física, en un intento de escapar a la muerte que

⁴² P Palau Subiela (2007), “Factores agravantes de la diabetes infantil”.

representa el parar de moverse y escuchar el canto de las Sirenas. Ulises debe de permanecer atado para no sucumbir a su canto ¿de qué canto se trata?

*El canto de las sirenas*⁴³

“Las sirenas tienen cuerpo de pájaro y cabeza de mujer. Viven en una isla rodeada de cadáveres y esqueletos de barcos. ¿Por qué? Fácil: su canto es tan extraordinario que el que lo escucha solo desea alcanzarlas y claro, se estrella con barco y todo contra las rocas de la isla. Y si alguno sobrevive ya se encargan ellas de matarlo. Ulises ya está prevenido. Hace que sus compañeros se tapen los oídos con cera. Él les pide que le aten al palo mayor y que no le suelten por más que suplique. Ulises es demasiado curioso. Necesita saberlo todo, conocerlo todo y no le importa poner en peligro su vida. Ulises escucha el canto de las sirenas. Le hablan de sus alabanzas, de sus aventuras y él hubiese querido arrojar al mar para llegar hasta ellas. El barco se aleja de la isla”.

*A través de su exégesis, Horkheimer y Adorno*⁴⁴ dilucidan sobre la relación existente entre mito, dominio y trabajo.

“Las sirenas representan para Ulises, quien ante la pluralidad de los peligros de muerte ya ha formado y endurecido su Yo, la tentación de perderse en el pasado, a la que se sustrae mediante una fijación del orden temporal, a través de la cual el pasado es recibido únicamente en beneficio de su explotación práctica en el presente. Sucumbir al canto de las sirenas es promesa de felicidad; ellas prometen la consumación de todo aquello que quedó truncado e insatisfecho en el pasado. Pero su precio es la desintegración y la aniquilación del propio Yo. Ulises solo conoce dos modos de sustraerse al canto. Uno de ellos se lo impone a sus acompañantes: taponarse con cera los oídos, olvidar lo que pudo haber sido, seguir remando, convertirse en hombres "prácticos". La otra posibilidad la elige Ulises para sí mismo. El sí es capaz de oír, pero cuanto más irresistible es el canto, tanto más fuertemente se hace atar al mástil”.

11. - Volviendo a Daniel.

En niños en la situación Daniel ¿cómo abandonar, rescatarse ó rescatarles de las defensas autísticas cuando hay tanto susto y dolor - pena?

En mi experiencia clínica, se ha vuelto evidente que la psicoterapia conjunta del niño pequeño con sus padres, que requiere de una modalidad terapéutica adecuada para el tratamiento de la patología autística, resulta una vía de tratamiento esperanzadora y

⁴³ L. ALAS, Y. LISSORGUES “Narraciones Breves”, Editado por Anthropos, 1989

⁴⁴ En la dialéctica de la ilustración, "Ulises o mito e ilustración" tiene idéntica función que la interpretación crítica (Deutung) del Canto XII de la fábula Homérica en "Concepto de ilustración" (Begriff der Aufklärung), el primer capítulo del libro.

necesaria para lograr, entre otros metas, la construcción ó reconstrucción de un apego primario seguro, *premisa esencial* para no sentir dolor al regresar, desde las vías de la empatía y de la intersubjetividad primarias, a *“la cabaña refugio” del regazo materno.*

BIBLIOGRAFÍA:

- ALAS L. LISSORGUES Y. (1989) "Narraciones Breves", Editado por Anthropos.
- ANZIEU D. (1985) « Le Moi-peau » Dunod, Paris.
- ANZIEU D. (1986) « Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques » Journal de la psychanalyse de l'enfant.
- ANSERMET F. y MAGISTRATI P. (2006) "A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente". Editorial Katz.
- BICK E. (1968)-(1980) « The experience of the skin in early object-relations », International Journal of Psychoanalysis, 1968, 49, 484-486, Traduction française in : "Explorations dans le monde de l'autisme" (D. MELTZER et coll.), Payot, Paris, 1980, 240-244.
- BION W.R (1979) « Aux sources de l'expérience », Puf, Coll. "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris. 1962 1^{ère} Edition.
- BION W.R. (1965) « Transformations - Passage de l'apprentissage à la croissance », Puf, Coll. "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1982 1^{ère} Edition.
- BRAZELTON T.B (2001) "Momentos clave en la vida de tu hijo". Barcelona: Plaza & Janés.
- BRAZELTON T.B. y NUGENT J.K (1997). "Escala para la evaluación del comportamiento neonatal". Barcelona. Paidós. 1^a edición 1995.
- BRUNER J.S. (1983) « Le développement de l'enfant : Savoir faire, savoir dire », Puf, Coll. "Psychologie d'aujourd'hui", Paris.
- BRUNER J.S. (1987) « Comment les enfants apprennent à parler », Retz, Coll. "Actualité Pédagogique", Paris.
- COHEN-SOLAL J., GOLSE B. (1999) « Au début de la vie Psychique, le développement du petit enfant ». Ed. Odile Jacob. Paris.
- CRAMER B., PALACIO-ESPASA F. (1993) « La pratique des psychothérapies mères-bébés ». Le fil rouge, Ed. PUF. Paris.
- FOGASSI F. FERRARRI F., GESIERICH B., POZZI S., RIZZOLATTI G. (2005), "Parietal lobe ; from action organisation" to Kandel E. R. (2001), "The molecular biology of memory storage: A dialogue between genes and synapses", *Science* 294, 1030-1038.
- FREUD S. (1911) « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques », 135-143, In : "Résultats, idées, problèmes" (S. FREUD), Tome I Puf, Coll. "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1984 (1^{ère} éd.)
- FREUD S. (1925) « La négation », 135-139, In: "Résultats, idées, problèmes"
- GOLSE B. (1998) « L'intersubjectivité », Le Carnet-PSY, 1998, 41, 30-31
- GOLSE B. (1999) « Les formes et les contenants d'abord », 335-345, In : "Du corps à la pensée" B. GOLSE Puf, Coll. "Le fil rouge", Paris.
- GOLSE B. (2006) « L'être-bébé », Paris, PUF.
- HOUZEL D. (1989) « Penser les bébés - Réflexions sur l'observation des nourrissons », Revue de Médecine Psychosomatique, 1989,19, 27-38

- HOUZEL D. (1995) « Observation des bébés et psychanalyse, point de vue épistémologique », 107-116, In : "Les liens d'émerveillement - L'observation des nourrissons selon Esther BICK et ses applications" (sous la direction de M.-B. LABROIX et M. MONMAYRANT), Erès, Ramonville Saint-Agne, 1995.
- KANDEL E. R. (2001), "The molecular biology of memory storage: A dialogue between genes and synapses", *Science* 294, 1030-1038.
- KOPPE S. (1983), "The psychology of the neuron : Freud, Cajal, Golgi", *Scand J Psychol*, 24, 1 1-12.
- KREISLER L., (1996) "Patologías funcionales neonatales alarmantes", publicado en la Revista Francesa de Psicopatología nº 9 de 1996.
- LAPLANCHE J. « De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée », *Etudes Freudiennes*, 1986, 27, 7-25.
- LARBÁN J. (2008). "Guía abreviada para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el bebé". Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 45/46, p. 63-152, Ed. SEYPNA.
- LÉBOVICI S. (1960) « La relation objectale chez l'enfant », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1960, 111, 1, 143-227.
- LEROY-GOURHAN, (1983) « Au fil du temps » (Ethnologie et préhistoire), Fayard, Coll. "Points", série "Sciences", Paris.
- MANZANO J. « Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles », Genève, Médecine et Hygiène, 167 p, pp.9-11. 1996.
- PALAU P. S. (2009) "Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé", publicado en Revista Actualités Psychosomatiques. Edit. Georg, Numero 12 de 2009.
- PALAU P.S. (2009) "El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?", en prensa en la Revista de Psicopatología y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica. Nº 73 de enero de 2010.
- PALAU P.S. (2007) "Factores agravantes de la diabetes infantil", publicado en el nº 8 de la Revista Iberoamericana de Psicopatología de Diciembre del 2007, editada por SEPIA.
- PALAU P.S. (2007) « Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno". Revista de psicopatología y psicoterapia médica, 1º número del año 2007. Publicado por el Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica.
- PALAU P.S. (2006) "Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico". Revista de psicopatología, y de Psicoterapia médica. Nº 61 del año 2006.
- PALAU P. S. (2000) "Bebé en riesgo: mamá no nos vemos", publicado en la Revista Iberoamericana de Psicopatología en el 2000.
- ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT A., GEROGIEFF N., ROMAN P. (2007) « Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale » Edit. ELSEVIER-MASSON.

- RIZZOLATTI G., FOGASSI F., GALLESE V. (2001) "Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. Perspectives". *Nature Reviews / Neuroscience*, 2, 661-670.
- RIZZOLATTI G., ARBIB M.A (1998) "Language within our grasp", *Trend Neurosci* 21, 188-194.
- RUIZ J. A. (1993) "La navegación de Ulises": Auto sacramental – Editado en Courcelle, año 1993.
- SMADJA C. (2001) "La vie opératoire". Études psychanalytiques. Le fil rouge. Ed. PUF. Paris.
- STERN D. N. (1989) « Le monde interpersonnel du nourrisson » - Une perspective psychanalytique et développementale, Puf, Coll. "Le fil rouge", Paris, 1989 (lère éd.)
- SZWEC G. (2001) "La desorganización del estado depresivo del bebé", publicado en el nº 20 de la Revista Francesa de Psicopatología, año 2001.
- TORDJMAN S. CHARRAS K. (2007) : Intérêts d'une meilleure compréhension de l'apparente insensibilité à la douleur et des automutilations dans l'autisme : vers de nouvelles perspectives thérapeutiques, In « La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie », Erès, Ramonville Saint-Agne, 49-61.
- TORDJAM S, ANDERSON GM, BOTBOL M, BRAILLY-TABARD S, PEREZ-DIAZ F, GRAINIC R, CARLIER M, SCHMIT G, ROLLAND AC, BONNOT O, TRABADO S, ROUBERTOUX P, BRONSARD G. (2009) Pain Reactivity and Plasma β -Endorphin in Children and Adolescents with Autistic Disorder, *PlosOne*, 2009, 4 (8): eS289, 1-