

FACTORES QUE INFLUENCIAN O DETERMINAN EXPRESIONES PSICOPATÓLOGICAS AUTISTAS

Romeo Lucioni
traducción: Sabrina Cirrincione

Releyendo las “historias” de tantos niños autistas, encontramos que el “bloqueo del desarrollo psicamental” no es primitivo, son que aparece después de un primer periodo de 15-25 meses de “normalidad”.

El niño (casi siempre trágicamente un varón) había empezado a caminar, a decir las primeras palabras, a estar tranquilamente con sus amiguitos, pero después: no mira más a los ojos, parece indiferente a todos los reclamos, pasa horas y horas repitiendo un gesto o jugueteando con los dedos o con cualquier objeto pequeño, se asusta de cualquier cosa.

Frente a este cuadro, nos hacemos preguntas que todavía no tienen respuesta, pero que deben inducirnos a observar al autismo desde muchos puntos de vista, si queremos empezar a “entenderlo”.

Se dice que cada niño autista es distinto a los demás. Ninguna persona “normal” es igual a otra, pero para hacer comparaciones agregamos un adjetivo que especifica y agrupa. En la multicausalidad tenemos que elegir inexorablemente de quién queremos hablar porque si algún “síntoma autista” es considerado como un sinónimo de autismo, llegamos solamente a poder decir que el “autismo” no existe como cuadro nosográfico.

Por lo tanto aclaramos:

1. Todos los cuadros psicopatológicos referidos a: síndrome de Down, X-frágil, Ret, Engelman, Kabuky no son autistas.
2. Si la historia clínica nos informa sobre sufrimiento cerebral, epilepsia, insuficiencia mental, no son autistas.
3. Si se llega a determinar un funcionamiento gastrointestinal negativo por hipersensibilidad (gluten), no son autistas.

El decir “no son autistas” no es un simple capricho, sino el resultado del respeto por una observación clínica que pretende salvaguardar el derecho de los autistas (aquellos verdaderos) de recibir rápidamente el tratamiento que pueda “salvarlos”, hacerlos salir del encierro, sin el riesgo de perder tiempo frente a la inexorabilidad de las metas que lo esperan: el ingreso a la escuela, a la educación, a la socialización, la inexorabilidad de la edad, además de que está bloqueada la plasticidad cerebral y, por lo tanto, el desarrollo del lenguaje.

El decir “no son autistas” implica respetar la especificidad de los demás cuadros psicopatológicos que, debido a su clareza diagnóstica, conllevan seguramente enormes ventajas desde el momento que, de este modo, los

problemas específicos de cada síndrome podrían ser más claramente encuadrados y profundizados. De nuestra experiencia podemos decir, por ejemplo, que:

1. Un Kabuky puede ser realmente ayudado a recuperar las funciones cognitivas que parecían perdidas,
2. Un Down puede recibir la ayuda necesaria para superar sus limitaciones regresivas que ayudan a estructurar un falso self y lo inducen a un aislamiento defensivo.

El decir “no son autistas” nos obliga a estudiar con mayor profundidad y precisión qué significa que SON AUTISTAS y por lo tanto poder enfrentar las problemáticas que este diagnóstico pone en evidencia.

Una vez aclarado el punto nosográfico, enfrentamos el nosológico.

Por autismo entendemos una *alteración* (no una enfermedad) que modifica y bloquea el normal desarrollo psico-mental del niño.

Sin poder tomar completamente las conclusiones de M.Malher que proclamó un autismo normal y un autismo patológico, expresión de un momento evolutivo particular, podemos sin embargo acceder a considerar al autismo como un “problema” que invade los primeros años de vida, algo que interfiere con el proceso de formación del psiquismo o, en otras palabras, en la *humanización* del niño.

La definición de autismo prevé algunos síntomas precisos (DSM IV; CIE 10) relativos a cuatro áreas:

- aislamiento afectivo
- dificultad para socializarse
- alteraciones del lenguaje
- comportamientos inadecuados

Estas precisiones diagnósticas, según nuestro modo de ver, quedan varadas en una observación fenomenológica que no nos deja ser absolutamente claros sobre el “cuadro de autismo”, desde el momento en que no se tiene en cuenta la psicodinamia, las motivaciones, los mecanismos mentales y la estructura psico-mental de estos pacientes.

Para hacer un diagnóstico, siempre es necesario tener en cuenta que:

- **la incontinencia emotiva**, responsable de las crisis de angustia y de terror, es una señal característica que tiene que considerarse en relación a las estructuras adaptativas del yo inadecuadas que se remonta a una inmadurez de los sistemas funcionales que regulan el equilibrio entre las estructuras que subyacen a la emotividad y aquellas de la afectividad;
- **la fijeza afectiva** tiene que ver, antes que nada, con el Yo, no soportada por la valencia del autoreconocimiento, valorización,

satisfacción. Con esto se puede decir que en el autista, no se ha desarrollado la conciencia (la conciencia de sí y de los otros) que es fundamental para poder enfrentar con seguridad y sentido de la realidad, los objetos reales y los objetos internos (nos encontramos frente a objetos parciales que generan angustia);

- **las alteraciones comportamentales** tienen siempre una explicación si las leemos desde el punto de vista psicodinámico: las expresiones repetitivas y violentas representan la necesidad de estructurar (con la repetición) un mínimo de “certeza perceptiva” que le permite al sujeto sentirse siempre igual y no cambiante y, por lo tanto, al borde de desaparecer; también el *rechazo a hacer* tiene que ver con que cada acto o gesto conlleva un cambio que un autista no puede tolerar como propio porque comportaría (una vez más) una “desaparición”, es decir su desvanecimiento en la nada.

La angustia y el terror justifican los comportamientos violentos de rechazo y de oposición además del comportamiento que lleva al aislamiento y a las respuestas agresivas de autodefensa;

- **Las alteraciones del lenguaje** todavía no fueron demasiado estudiadas y pueden ser vistas como:

*alteraciones en la formación de la palabra,

o como:

*dificultades derivadas del significado relacional y social de la comunicación que justifica “el encierro autista” que comprende también el canal verbal.

En varios casos el autista se expresa con frases hechas (si bien simples) que luego nunca más repetirá, pero que nos permite pensar que el modelo de la palabra no es imposible.

Queda sin embargo pensar que el autista entiende todo aquello que le decimos (órdenes, retos, sugerencias) pero no puede expresarlos como propios;

- **los comportamientos contrafóbicos** son sostenidos por un funcionamiento mental y cognitivo articulado y complejo que, sin embargo, no está en grado de soportar la secuencia cognitivo-interpretativa capaz de motivar y guiarlo hacia comportamientos adecuados.

Estas breves consideraciones nos hacen pensar sobre las “motivaciones” que inducen al aislamiento autista, como si el fenómeno se estructurara en reacción a determinadas situaciones que, vividas sin traumas hasta los 15-25 meses, se transforman en traumáticas cuando la estructuración anatómica y funcional alcanza la maduración o la integración que tendría que resultar definitiva (A.Damasio).

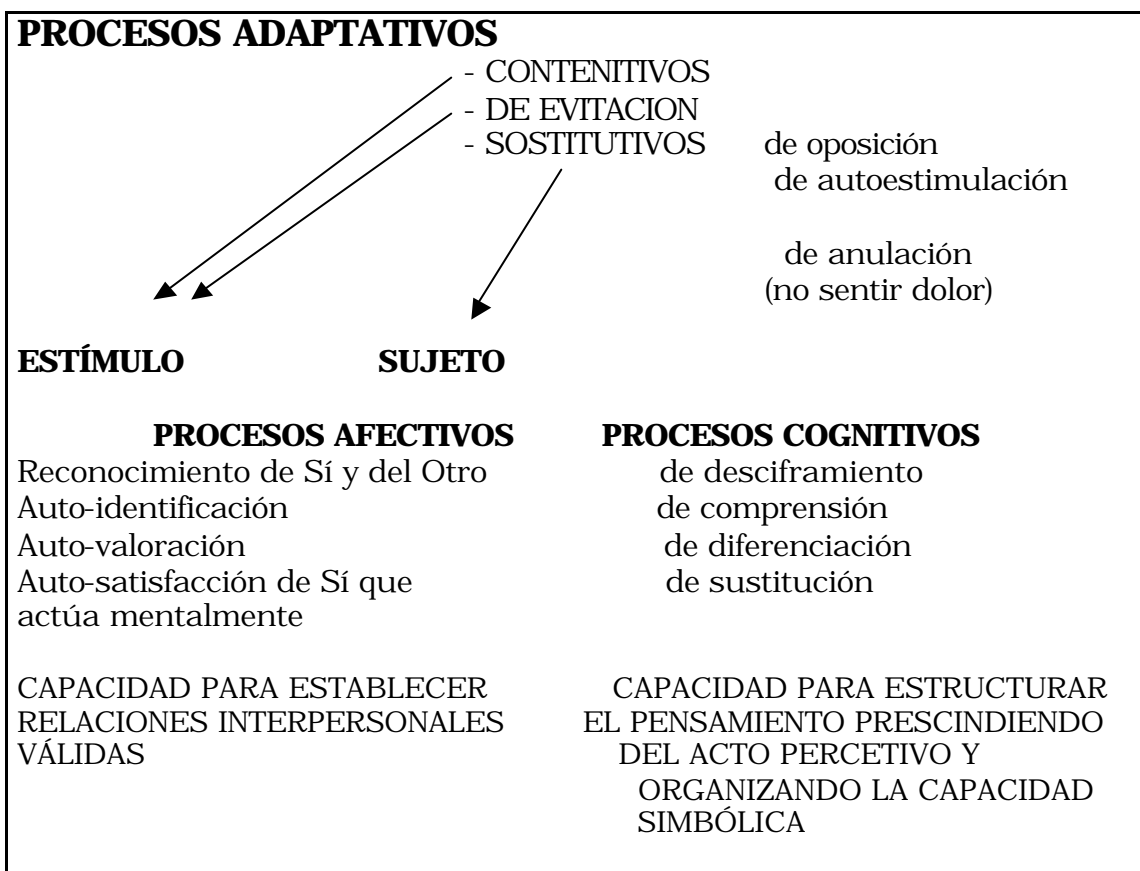
El autista, encerrado en su realidad psico-afectiva, y también anatómico-funcional, no puede valerse de las experiencias porque:

- la cercanía del Otro determina una “avalancha emotiva” que impide un acercamiento sereno y por lo tanto, la posibilidad de vivir, analizar y

entender no sólo la realidad, sino también su propia experiencia y todo lo que el Otro quiere o intenta comunicar;

- cuando está aislado, estructura modalidades comportamentales repetitivas y obsesivas (cuyo significado se ubica entre la autoestimulación y la fijación sobre cualquier cosa que pueda definirse y realizarse como "certeza") que, por un lado genera tranquilidad, pero por el otro lo aíslan del mundo y de la realidad que tendría que oficiar de nexo y estimular el placer de asimilar.

El bloqueo del desarrollo psico-mental conlleva a la imposibilidad de estructurar las funciones adaptativas del yo que puede ser así ilustradas:



Funcionamientos adaptativos arcaicos:

- negación
- desvalorización
- narcisismo primario
- hipervaloración paranoide = falso self
- repetición

Funcionamientos adaptativos maduros que derivan de una autoconciencia válida y de una conciencia de los objetos fundado sobre el “sentido de realidad”:

- estructuración del Yo-ideal
- narcisismo secundario

y que se desarrollan con la ayuda de:

- procesos de relaciones afectivas puestas en acto por los padres a través de un objeto materno-paterno suficientemente válido.
- buenas estimulaciones emotivo-afectivas que respeten los tiempos y los modelos del niño: no solamente el dar y el recibir (propuesto por Grinspan), sino también otros relativos a las figuras de referencia;
- relaciones afectivas de libertad –estímulo capaces de soportar y fomentar el sentido de poder, la identificación de un sí en el Yo-ideal; la formación de un “Nombre del padre” donde reflejarse y reconocerse;
- participación a la vida social y de relación;
- estimulaciones alternativas y múltiples a distintas distancias con la inserción de un “objeto espacio” (bastón o cuerda).

Estos lineamientos nos llevan a pensar al autismo como expresión de una falta de estructuración de las funciones adaptativas del Yo que presupone, entonces, un Yo débil (ver el esquema que resume las características), pero que nos impone la pregunta sobre como se pone en funcionamiento el bloqueo del “Desarrollo Adaptativo”.

Nuestra experiencia nos llevó a diferenciar:

- Causas estructurales** que llevan a la organización de una REACCIÓN AUTISTA
- Causas funcionales** que, al contrario, determinan una REACCIÓN PSICÓTICA

Si la primera, como bien dijimos anteriormente, está bastante bien definida, la segunda todavía ha sido poco estudiada por lo que queda escondida, por así decir, “entre los pliegues del autismo”.

Muchas veces encontramos niños con una sintomatología similar a la del autismo porque presenta:

- manierismos y comportamientos repetitivos y obligados
- tendencia al aislamiento
- reacciones incontrollables sin motivaciones válidas y/o suficientes;
- comportamientos destructivos y autodestructivos;
- incontinencia emotiva;
- incapacidad de mantener la atención hacia un objeto, una tarea o una persona.
- Formas inapropiadas de comprender o de fijarse lo suficiente sobre una acción o sobre una actividad, aunque sea lúdica.

Estos niños, cuya sintomatología aparece después de un cierto período de desarrollo normal, no son autistas porque:

- la incontinencia emotiva no es tan dramática como para estructurarse como terror;
- las alteraciones del comportamiento se presentan con carácter reactivo y pueden ser calmadas con alguna estrategia del tipo de distraer la atención o tenerlos cerca sin abrazarlos;
- el aislamiento afectivo no es drástico y dramático, es más, muchas veces son ellos mismos los que buscan compañía y participación;
- son activos y buscan algo que los ocupe sin que tengan que intervenir otras personas o compañeros,
- la sintomatología se presenta por demás en forma de crisis, por lo que muchas veces se hacen diagnósticos que denuncian la presencia de "áreas autistas", "reacciones autistas", "núcleos autistas".

Estas consideraciones nos permiten delinear el perfil de las "reacciones" que referidas a causas funcionales, se delinear como "reacciones conflictivas".

Casos clínicos:

*Stefano: nació con una "stenosis de esófago"; operado el segundo día de vida y separado también de la madre por quince días que fueron de llanto desesperado y continuo. Luego de algunos años de "normalidad", comenzó a desarrollar una sintomatología diagnosticada en etapas sucesivas como: "autismo", "psicosis infantil", "borderline" "esquizofrenia".

Finalmente a los nueve años comenzó con una psicoterapia relacional "intensa" que, en el giro de 3 años, lo llevó a desarrollar notablemente sus capacidades mentales y a tener una vida aceptable también en el plano social.

*Luca: nació con 3.800 gr en un parto normal, esa misma noche presentó una crisis convulsiva generalizada. Fue sometido, durante dos años a intervenciones instrumentales con objetivo diagnóstico; recibió, desde los primeros meses de vida, una fisioterapia que posteriormente fue sustituida por sesiones de psicomotricidad a partir de los dos años, cuando finalmente se le diagnosticó "autismo" o "crisis autista" o "núcleos autistas", a causa de las alteraciones del comportamiento caracterizadas con una tendencia al aislamiento, movimientos repetitivos, comportamientos autodestructivos.

Luca, a los dos años, volvió a presentar una crisis epiléptica generalizada y sucesivamente, una cuarta que lo impulsó a empezar una terapia anticonvulsiva.

Las "causas" que llevaron a estos dos pequeños a tener que vivir "situaciones" por demás molestas y estresantes, nos hacen pensar que pueden ser experiencias traumáticas que pueden generar las condiciones

para reacciones de “tipo autistas” o que pueden, mejor, ser consideradas como REACCIONES PSICOTICAS, por su carácter no estructural, pero funcional-reactiva.

Cuando fue presentado en la literatura el caso del niño que, por sufrir desde los dos años de graves alteraciones gastro-intestinales (15-20 evacuaciones de diarrea por día) fue diagnosticado como “autista”, nos preguntamos si era correcto:

- hacer un diagnóstico de autismo solo por una sintomatología de “aislamiento” y de “encierro social”;
- no tener en cuenta las reacciones psíquicas que en un pequeño paciente (...qué habría pasado en el caso de un adulto) pueden ser expresión de un sufrimiento tan violento como aquel que se puede imaginar en un sujeto que tenga que soportar el suplicio como dos años de diarrea.
- Pretender que una terapia regule y/o controle las alteraciones derivadas de la hiperreactividad al gluten pueda ser indicada como capaz de “curar el autismo”.

Posiblemente solo podamos decir que los estímulos estresantes y fuertemente molestos pueden inducir reacciones psíquicas que se estructuran como:

- tendencia al aislamiento social y relacional,
- hiperreactividad a cada intento de estímulo
- incontinencia emotiva
- incapacidad de mantener la atención sobre las tareas
- sufrimiento en las relaciones interpersonales
- tendencia a la adhesión simbiótica

Si queremos ser muy claros, podemos también visitar nuestros archivos y seguramente encontraremos estas reacciones en pacientes que demostraron “patologías psicosomáticas” referidas al sistema gastro-intestinal y que después de “años” de terapias farmacológicas (alopáticas), de exámenes clínicos e instrumentales y de “sufrimientos”, se “curaron” gracias a nuestras intervenciones psicoterapéuticas relativas al tratamiento de problemáticas y de personalidad obsesivo-compulsivo o, en otras palabras, sádico-anales.

CONCLUSIONES

Frente a un niño que presenta una sintomatología de tipo autista es necesario hacer:

- una anamnesis precisa y apropiada;
- un estudio clínico –instrumental y genotípico;
- una evaluación de las valencias psico-emotivas y psico-afectivas;

- un análisis detallado y preciso de la sintomatología psíquica poniéndola en relación con los mecanismos psico-mentales a los que están sometidos.

Este texto nos lleva, con seguridad a extender un diagnóstico preciso y, sobre todo a seleccionar la terapia más adecuada no tanto para controlar los síntomas, pero para lograr superar el bloqueo o el desorden que altera el desarrollo psico-mental de nuestros pequeños pacientes.