

REFLEXIÓNS SOBRE A SÍNDROME DE ASPERGER

Mónica Recio Crespo*

Psicóloga e Artterapeuta

RESUMO

Este artigo é unha reflexión sobre as diferentes manifestacións da Síndrome de Asperger e propón entender dous estilos diferenciados, un máis pechado en si mesmo e outro de carácter máis explosivo. A través de viñetas prácticas e de imaxes sobre as producións plásticas feitas por estes pacientes, téntase chegar á comprensión psicodinámica destas manifestacións, entendendo as ansiedades primarias ás que responde, os mecanismos de defensa máis implicados e, en definitiva, o funcionamento mental ao que están suxeitos.

Consideracións previas

Actualmente existe unha gran controversia no uso do diagnóstico Síndrome de Asperger, xa que este foi eliminado no último DSM-V e pasou a formar

* A autora ten a diplomatura Educació Especial. Escola Formació del Professorat, U.B. (1994-1997). Mástter en Artteràpia. Aplicacions Terapèutiques de la Práctica Artística, U.B. (2000-2003). Llicenciatura de Psicología, U.O.C. (2006-2012). Habilitada com a Psicòloga Sanitària (2014).

Experiencia: 1997-2004: C.E.E. Carrilet, como tutora dunha aula con nenos con TEA; 2005- ata a actualidade: Servei de Tractaments Carrilet, artterapeuta e psicóloga. Decembro do 2013: Colaboradora no curso de extensión universitaria sobre Trastorns de l'Espectre Autista. Universitat Ramon Llull; Colaboradora na formación de postgrao de Trastorns de l'Espectre Autista na ISEP; 2014-2015: Supervisora do CDIAP de Sant Celoni; 2015: Supervisora en DAPSI de Rubí.

Outros: Colaboradora nos libros: Viloca, Ll. *El niño autista*, Barcelona, Ediciones CEAC, 2003, p.114; Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet, *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*, Barcelona, Horsori, 2012, p.149. Coautora do artigo: Oromí, I., Linares, L. y Recio, M. Experiencia en incubadora i desenvolupament mental: comprensión psicoanalítica. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Barcelona, Institut de Psicoanàlisi de Barcelona, XXVII/2, p.113-129. Autora do artigo: Recio, M. Artteràpia en infants amb trastorns de l'espectre autista. *Revista online Desenvolupa*, 2012, núm 34.

parte dos Trastornos do Espectro do Autismo, onde a variabilidade responde a graos e intensidade sintomática. As razóns da súa desaparición responden á dificultade para aplicar os criterios diagnósticos de forma inequívoca, xa que non sempre é fácil diferencialo doutros trastornos como o autismo de alto funcionamento, o trastorno esquizofrénico, trastornos de ansiedade, entre outros.

A pesar destes novos criterios do DSM-V (APA, 2014), son moitos os profesionais que seguen considerando unhas características específicas na Síndrome de Asperger (SA). É por esta razón, que segue habendo desexo por coñecer máis e reflexionar máis sobre o tema.

Manifestacións clínicas e comprensión psicodinámica

As características clínicas do SA pódense atopar en multitude de libros, artigos e páxinas web. Sen querer afondar pois nestas características tan amplamente desenvolvidas noutros escritos, o obxectivo deste artigo é poder lanzar máis espazos de reflexión e debate ao redor dunha patoloxía tan complexa como apaixonante.

Desenvolvo a práctica clínica no Servizo de Tratamentos Carrilet, onde se atenden principalmente nenos e adolescentes diagnosticados con TEA (entre os cales atoparíamos SA). Dentro da gran heteroxeneidade de manifestacións, e sen querer caer en simplificacións, puidemos observar que entre os pacientes con SA poderíamos establecer dous patróns de funcionamento, que aínda formando parte do mesmo trastorno, as súas manifestacións, nalgúns aspectos, son ben distintas. Para poder entender isto vou exemplificar estes estilos con dúas viñetas clínicas.

VIÑETA 1

Andrés de 8 anos entra na sala con certa inseguridade, o seu corpo parece descoordinado, pouco harmónico, a súa cara é inexpresiva e a súa mirada fuxidía. Ten a precaución de non tocar nada co seu corpo e de afastarse da miña man se esta se achega. Como cada vez que entra di “ola, esta semana foi ben.” E case sen deixar espazo de intervención quere seguir explicándome a película de debuxos que non puido acabar de contar o último día. Cando eu interveño escóitame con certa ansiedade para ver se xa pode contarme o que el ten pensado, aínda que me permite acabar sen interrupcións. Prosegue coa súa representación onde fai os diálogos dos personaxes aprendidos de memoria e representa algúns dos xestos da película de forma que podo facerme unha idea case literal da película. Estamos nun mesmo espazo, pero eu son unha espectadora, é difícil compartir a experiencia. A miúdo interróm-

polle para que me aclare algunhas cousas e teño que lembrarlle que eu non vin a película, así que necesito algúns datos para poder entender o que me explica. A pesar da molestia que lle supón ter que dar explicacións, dámas, da maneira máis breve posible e se non o entendo pode mostrarse anoxado comigo. Unha vez acaba a súa representación, dime os créditos, os nomes do produtor, director, músico, ilustrador... e móstrase moi frustrado se non lembra algún deles.

VIÑETA 2

Jorge ten 7 anos, entra correndo ao servizo, ri e mira atrás porque se escapou da man da súa nai. Ao verme empúxame rindo e segue correndo polo corredor; vírase con mirada divertida a ver se alguén lle persegue. Despois dun intre de dar voltas conseguimos detelo, axúdolle a entrar á nosa sala, pero xusto cando estamos a piques de pasar a porta volve escapar nunha acción de gran impulso e volve rir divertido, esperando unha persecución. Despois dun intre logramos entrar na sala. Quitase os zapatos e os lanza. Colle da súa mochila un álbum de cromos de Pokemon e empeza a miralos pasando as follas, algún os saca e recoloca, porque todos están colocados nunha certa orde que el me explica pero que non entendo. Pregúntolle por eles e vaime explicando os seus ataques, a súa cantidade de forza, coñece todos os nomes e características dos Pokemon (hai máis de 500). A súa linguaxe é fluída e explicame cousas con conexión coa mirada e con certo desexo de compartilas comigo. Faime elixir un e logo el elixe outro que me ataca e sempre me gaña. El goza sendo o mellor, o máis forte, o que máis sabe. Levántase a miúdo e camiña con algúns cromos na man e fala el só de posibles ataques que pode facer. Daquela garda o álbum e tíraseme ao pescozo de forma imprevisible nunha mestura de abrazo/esmagamento agresivo que me custa de entender. Nas sesións adoito sentirme nunha especie de corda frouxa, non sei se nalgún momento pode estalar algo, transmíteme un alto nivel de ansiedade.

Propóñolle facer algo coa plastilina e non quere. Di que debuxará. Fai un monstro con garras e boca de dentes aguzados. Mirao e lanza os lapis cara a min. Quérese ir. Estira con forza o mango da porta que está pechada con chave. Enfádase por non poder irse. Empeza a lanzar os materiais e téñoos que gardar en sitio seguro. Fálolle do difícil que é estar comigo, de como puido debuxar algo que igual o asustou, pero as miñas palabras xa non poden chegar, está demasiado encerrado no seu enfado. Só a contención do propio espazo, a miña resistencia aos seus ataques e a miña actitude firme pero comprensiva, consegue ir acougando a súa ansiedade.

Na primeira viñeta poderíamos observar un tipo de paciente con clara dificultade para a relación, cuns intereses restrinxidos e unha memoria non usual para detalles. Quizais neste caso nos atopamos co SA socialmente máis coñecido. Na segunda viñeta, en cambio, podemos ver un neno moito máis impulsivo, cunha relación difícil pero en certa maneira unha procura de contacto, con tamén intereses repetitivos e unha gran capacidade de memoria.

En ámbolos casos podemos entender que se trata de pacientes cunha precaria diferenciación entre un mesmo (obxecto interno) e os demais (obxecto externo), ancorándose nun funcionamento mental e pensamento primitivo e máxico, onde os límites entre o tempo e o espazo pérdense¹. Desde a teoría Kleiniana, enténdese que o *self* (eu) está construído como a fragmentos, no que falta integrar as diferentes partes dun mesmo, é dicir, conectar emocións, sensacións, pensamentos e accións. Da mesma maneira as relacións cos demais tamén son parciais, a anaquiños, percíbense de forma escindida ou ben é malo e persecutorio ou ben é gratificante e idealizado, mostrando unha enorme dificultade para poder integrar todos os aspectos do mesmo obxecto, tanto os bos como os malos. Esta forma dicotómica de entender o mundo prodúcese como defensa ante unha angustia moi primitiva que se orixina entre o que Freud denominou, instinto de vida e instinto de morte, é dicir, entre os impulsos que nos levan a crecer e os que nos impulsan cara a regresión². O conflito entre estas dúas forzas xera unha grande ansiedade que tentan ter baixo control e para iso utilizan defensas como a negación, a idealización, os mecanismos de control onnipotente... que teñen como obxectivo diminuír o terror á aniquilación e a morte. Viloca (1998) fálanos da ansiedade catastrófica de caer nun baleiro e desaparecer, nuns estadios onde a posibilidade de pensamento está verdadeiramente comprometida.

Na primeira viñeta, a relación co terapeuta téntase evitar coa non mirada, o non contacto físico e a fuxida ao seu propio mundo fantástico. O mecanismo de defensa da negación onnipotente está ao servizo da ansiedade que xera a posibilidade de relacionarse co outro e a impotencia de podelo necesitar e pensar que este lles pode fallar e deixalos totalmente desprovistos, sentindo a carencia, o baleiro, que lles conecta coa posibilidade de morte. No segundo caso a ansiedade que esperta a relación co outro tamén é intensa e persecutoria, pero parece que a defensa máis utilizada é de proxección evacuadora, de forma que o terapeuta queda investido de forma masiva da proxección de obxecto persecutorio, ao cal ataca para defenderse.

1 No libro “Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica.” de Víctor Hernández (2008), faise esta descrición sobre o proceso mental primario propio das psicosis.

2 Segal, H. (1987). “Introducción a la obra de Melanie Klein”. Buenos Aires. Paidós.

En ámbolos casos esta ansiedade primitiva parte de estruturas mentais débiles e fragmentadas, onde as relacións cos obxectos non son de todo diferenciadas, o outro existe, pero a súa percepción é tamén fragmentada e parcial. Rivière (1991) fálanos sobre a teoría da mente e como no autismo as relacións cos demais son deficitarias por non entender o outro como un suxeito con mente, con percepcións, con pensamento e sentimentos propios que non teñen por que ser iguais ás dun mesmo.

Cando a relación co obxecto é parcial, cando a comprensión sobre o que pasa pola mente do outro está limitada, a incerteza sobre o que a persoa coa que nos relacionamos pode facer ou dicir é abafadora, de maneira que tentan controlar maxicamente ó outro ao seu gusto, calquera achega que veña de fóra atribúenlla a eles mesmos nunha identificación proxectiva masiva e onde non cabe a necesidade do outro, que como dixen anteriormente, espertaría a ansiedade catastrófica de poder ser abandonado e sentirse totalmente desprotexido.

A pesar de atoparnos en ámbolos casos con funcionamentos mentais arcaicos e primitivos, onde o ataque ao vínculo e ao obxecto está moi presente, as manifestacións e as contratransferencias que nos espertan na clínica son ben distintas.

No primeiro caso, o ataque á relación non se dá de forma violenta ou física senón máis ben de forma mental, desvitalizando o obxecto de relación. Esta desvitalización lévase a cabo a través de non ter en conta ó outro, nin as súas propostas, da non resposta, así como da mecanización das condutas ou as respostas sociais, como se pode observar cando o paciente responde de forma correcta pero mecánica, conseguindo deixalas baleiras de contido emocional e significado. Este tipo de mecanismos espertan na contratransferencia terapéutica grandes dificultades para manter a atención activamente no que o paciente nos explica, e digo explícanos, pero en realidade non nolo está explicando a nós senón que está coas súas cousas, negando a relación co terapeuta. É fácil que os nosos pensamentos se vaian a outro lugar e nos convertan en dous suxeitos que só teñen en común o espazo que comparten. Hanse de facer esforzos por permanecer alí con total conexión e intentando que a nosa capacidade para pensar sobre o que está a pasar non quede anulada. Anne Álvarez (2004) en relación con nenos con autismo fálanos da necesidade de manernos nunha atención activa axustada, a pesar de tratarse de nenos con SA, con máis recursos e capacidades, penso que é unha clave para poder axudalos, xa que conseguir manter a atención permite que se sentan aceptados e cada vez menos necesitados de defenderse.

No segundo caso presentado, podemos observar que todo o que sucede é moito máis visceral e ameazante. O medo, a ansiedade e a agresión ao obxecto

están presentes ao longo da sesión, como unha ameaza latente que en calquera momento pode espertar.

A miúdo son pacientes que en case todos os contextos molestan, provocan, fan reaccionar o outro de forma autoritaria e tenden a ser tratados e entendidos como persoas con trastornos de conduta. A súa mirada adoita ser viva e activa, a espera das reaccións no outro tamén... Todo apunta a entender unha clara intención de romper coas normas e de provocar no outro, o que adoita levar a respostas sociais de reprobación e castigo.

Cando chegan os pacientes á consulta adoita haber un gran caos na casa e na escola, canto máis o castigan máis condutas disruptivas presenta e máis difícil é de conter, é dicir, canto máis persecutorio é o contexto máis razóns teñen os nosos pacientes para defenderse da ameaza que supón relacionarse co exterior, o cal é francamente hostil. Son pacientes que parecen establecer un bo contacto pero que rapidamente se desorganizan, son caóticos e desestruturados. Ás veces móstranse tremendamente cariñosos e logo hostís, inaccesibles, e mostran unha grande ambivalencia afectiva. Teñen grandes dificultades para aceptar a realidade e tenden a fragmentala e destruíla.

Entender e facer comprender isto, é un dos grandes fitos do tratamento con estes pacientes. O terapeuta debe ser suficientemente resistente a estas proxeccións masivas sen ser destruído e mantendo a capacidade de transformalas nunha cousa boa. Axudarlle a ampliar a súa capacidade para introxectar as cousas boas sen destruílas, é dicir, en comprensión da súa ansiedade, máis aló da conduta concreta de agresión. Bion (1988) na súa teoría do pensamento, explica que cando a capacidade de frustración non é adecuada, a intolerancia á falta (ao non ter o que se quere) introxéctase como un obxecto malo que debe ser expulsado, os pensamentos tamén serán tratados como obxectos malos internos que deben ser expulsados. Para axudar á construción do mundo interno, o terapeuta deberá ter a capacidade de converterse en continente destas proxeccións e mediante a *función de revérie* (capacidade de resposta da “nai” ás frustracións), dar unha comprensión e significación ao que lle pasa, devolvéndolle estas identificacións proxectivas de forma tolerable. Desta maneira conseguiremos ir ampliando a súa capacidade de pensamento e polo tanto reforzaremos o seu *self*, axudando a unir todos eses anaquiños e construíndo un eu máis integrado.

En canto ao tipo de producións tamén podemos observar diferenzas significativas entre estes dous “estilos” de pacientes SA. No primeiro caso as súas producións plásticas poden ser bastante repetitivas, como nas seguintes imaxes, na ilustración 1, o importante era facer un de cada cor, mesturando plastilinas. Na 2 o compoñente obsesivo e repetitivo está moi presente.



ILUSTRACIÓN 1



ILUSTRACIÓN 2

A número 3 desde o meu punto de vista é bastante representativa do concreto que é o seu mundo interno, a súa forma de entender o mundo. Creo que escribir as diferentes formas de denominar can e gato e logo debuxalo repetidamente, debe partir da súa necesidade de entender que os diferentes idiomas representan exactamente o mesmo, pero as palabras son distintas.

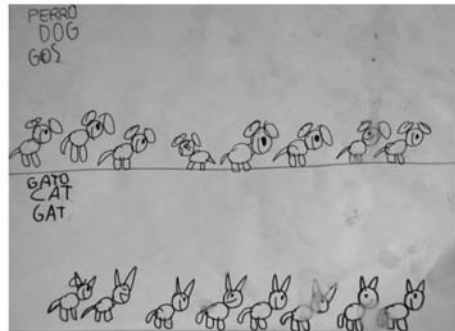


ILUSTRACIÓN 3

Aparecen a miúdo máquinas ou mecanismos. Na ilustración 4 invéntase un coche que lava vasos e dedica varias sesións á elaboración detallada. O menos importante é a utilidade do invento, esta pode ser moi absurda, o verdadeiramente importante neste caso era sentir que podía crear unha máquina con mecanismos sofisticados e que debía estar totalmente concentrado na súa execución para non descoidarse dos detalles. Na imaxe 5 móstranos unha engrenaxe de como el pensa que funcionan os idiomas nos menús dos DVD.



ILUSTRACIÓN 4

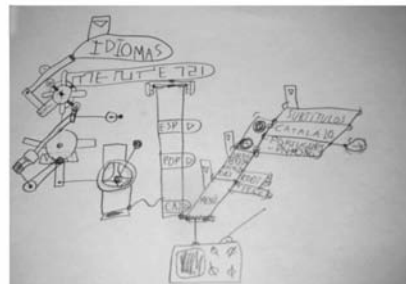


ILUSTRACIÓN 5

Tamén é bastante habitual que escriban os detalles coma se se tratase de debuxos científicos (Ilustración 6) ou mapas de percursos con km, altitudes, velocidade... (Ilustración 7), que parecen un intento de ordenar o seu propio caos interno.

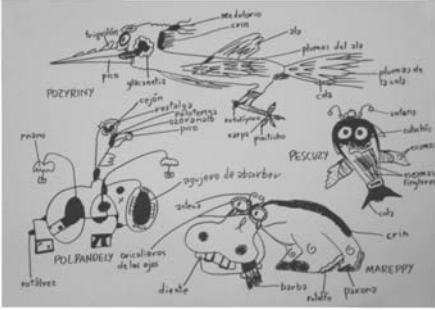


ILUSTRACIÓN 6

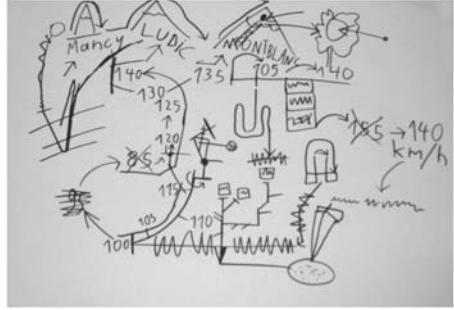


ILUSTRACIÓN 7

Outros moitos debuxos feitos con regra e coidadosamente pintados, borrando e rectificando para poder conseguir unha reprodución bastante perfecta, imaxe 8 e 9 (reprodución das Meninas). Temas de interese que se repiten en moitos pacientes como os planetas, os monumentos ou edificios importantes, o mapamundi, os sinais de tráfico, os trens...



ILUSTRACIÓN 8



ILUSTRACIÓN 9

E finalmente un debuxo que considero bastante representativo da auto-percepción do corpo, tamén mecanizado, robotizado e pouco flexible (Imaxe 10).



ILUSTRACIÓN 10

As producións no segundo tipo de pacientes adoitan mostrar máis agresividade (Imaxe 11). En moitas ocasións non teño rexistro destas imaxes porque cando poden ver a produción acabada rómpena.



ILUSTRACIÓN 11



ILUSTRACIÓN 12

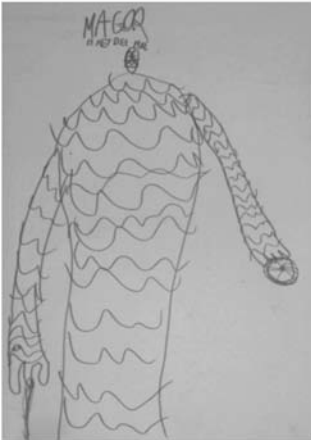


ILUSTRACIÓN 13



ILUSTRACIÓN 14

A fragmentación e a rabia vén representada a miúdo con dentes punzantes, garras, montañas aguzadas, cousas cravadas, debuxos de batallas ou combates. Na ilustración 12 pódese pensar nun volcán que garda no seu interior unha gran furia que ameaza por saír e na 13 a pouca capacidade coa que a súa cabeza diminuta (é dicir, o seu pensamento) é capaz de dirixir o corpo furioso e os ataques que vai dirixindo descontroladamente.

Conclusións

Moitos dos pacientes que se chegan á consulta diagnosticados de SA, parecen estar máis preto do que antes se diagnosticaba como psicose infantil (que foi eliminado do DSM). Aínda así, podemos ver que, a pesar das diferentes manifestacións, os fundamentos mentais e a comprensión clínica, son ben parecidos. Un eu débil e pouco cohesionado que debe ser entendido desde as súas ansiedades e mecanismos de defensa, para axudalos á integración entre sensacións, emocións e pensamentos, xerando pontes de conexión que amplíen a súa capacidade de adaptación á realidade e á relación cos demais, permitindo unha maior calidade de vida, obxectivo principal do noso traballo.

Bibliografía

- Álvarez, A., A propósito del elemento de déficit en los niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores de desarrollo. En *Niños con autismo: experiencia y experiencias*. Valencia, Promolibro, 2004.
- American Psychiatric Association, *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Editorial Masson, 2014.
- Bion, W., *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Horme-Paidós, 1996.
- Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet, *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*, Barcelona, Horsori, 2012.
- Hernández, V. *Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*, Barcelona, Paidós, 2008.
- Rivière, A. Martos, J. *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- Segal, H. *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- Viloca, Ll. *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona, Colecciones Carrilet, 2012.
- Viloca, Ll. Ansiedad catastrófica: de la sensorialidad a la comunicación. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XV (1), 35-60, 1998.