

## **Mutismo y comunicación no verbal en un niño autista**

*Laura Achard Arrosa*

MONTEVIDEO

### RESUMEN

Se estudia a través de dos entrevistas las formas de comunicación no verbales en un niño autista, con mutismo total, de doce años de edad.

El trabajo consta de un historial clínico, de las entrevistas realizadas, con la interpretación de las mismas, y conclusiones.

Teniendo en cuenta el historial clínico, el contenido y resultado de las entrevistas y las hipótesis de trabajo sugeridas de lo anterior, se formula metodología empleada y se interpreta el silencio y el mutismo de Fabien. El mutismo obedece a dos causas fundamentales: la primera, está representada por la peligrosidad omnipotente que atribuye a las palabras; la segunda, negar la realidad exterior y salvaguardar el mundo mágico interno que ha creado.

### SUMMARY

One studies, through two interviews, the forms of non-verbal communication in a twelve year old autistic child with total mutism.

This work consists of a clinical story, of the interviews which were effected, the interpretation of same and conclusions.

Taking into account the clinical story, the content and result of the interviews and the working hypothesis suggested by these, one formulates the methodology which was used and one interprets Fabien's silence and mutism. The mutism is due to two fundamental causes: the first one is represented by the omnipotent dangerousness he attributes to words; the second is the denial of external reality in order to preserve the magic world he has created.

**Descriptor: ENTREVISTA / MUTISMO / MATERIAL CLINICO.**

### INTRODUCCION

Distintos hechos impidieron para que este trabajo no alcanzara proyecciones de más señalado interés.

En el paciente entrevistado existe potencialmente un riquísimo material que no fue posible poner de manifiesto por el cúmulo de circunstancias negativas que imposibilitaron su tratamiento. Hubo resistencias de los padres al mismo, aunque muy

especialmente de la madre, cuya actitud frente al hijo configuraba casi el cultivo de su autismo; las entrevistas sólo fueron dos; se careció de toda expresión o confirmación verbales de las interpretaciones efectuadas y no fue posible examinar al paciente a través de los resultados que arrojarían sus juegos o dibujos. Sin duda que la continuación del tratamiento hubiera aclarado los aspectos de este cuadro que no ha sido posible corroborar.

De cualquier manera, reputo interesante la experiencia vivida, los resultados obtenidos y las hipótesis de trabajo manejadas frente al paciente, que exigen la aplicación de una metodología especial respecto a quien se manifiesta frente a la realidad circundante, por medio de formas muy primitivas de contacto.

Los gestos, ademanes, cambios faciales, posturas distintas, expresiones en la mirada; sus actitudes iniciales al comenzar las entrevistas y el aflojamiento de la tensión primitiva, tanto como sus reacciones frente a las interpretaciones realizadas, constituyen medios o formas aparentes a través de las cuales es posible conectarse y comprender al paciente.

En otros términos: el mutismo total y la casi inmovilidad, no son obstáculos insuperables para el desarrollo y progresión de la relación analítica, cuando ésta puede realizarse durante un tiempo suficiente, y aun en los casos extremos, como el que se describe, cuando materialmente ha faltado ese tiempo para más intensas y fructuosas investigaciones.

Otra experiencia fundamental vivida por mí en este episodio de trabajo (cuya generalización no me parece correcto formular para otras situaciones aunque se consideraran similares), es la eficacia de la contratransferencia utilizada como método interpretativo.

Estando prácticamente cerrados lo que denominaríamos caminos o medios normales para establecer un contacto eficiente entre el analista y el enfermo, las vivencias contratransferenciales cobraron una importancia que no he experimentado en otros tratamientos.

La contratransferencia, actuando compensatoriamente respecto al déficit de los medios de expresión del paciente, constituyó para mí una herramienta de trabajo invaluable para comprender e interpretar el mundo mágico y silencioso de Fabien. <sup>(1)</sup>

Sin duda que en esta dirección y para situaciones como la descrita podrán recogerse de futuro muy valiosos resultados.

Por todas estas razones dejo sentado el carácter hipotético de las interpretaciones que siguen.

## **HISTORIAL CLINICO**

Fabien tiene doce años de edad y me es enviado por un psiquiatra <sup>(2)</sup> para ser sometido a un tratamiento psicoanalítico.

En el completo historial clínico que me envía dicho psiquiatra, aporta elementos de juicio que permiten un conocimiento adecuado de los episodios más destacados de la vida del paciente.

En la entrevista realizada con los padres, sin la presencia del niño, se me suministran datos y antecedentes de importancia para la valoración y comprensión de la sintomatología de Fabien, que complementan ese historial.

---

<sup>1</sup> P. Heimann: "On Counter . transference". Int. J. Psycho-Anal., Vol. XXXI, 1950. Parts. 1, and II. E.

Racker: "Observaciones sobre la contra transferencia como instrumento técnico. Rev. de Psiconálisis"

<sup>2</sup> Dr. Genis Abraham

De acuerdo con él, los padres no tienen rasgos neuróticos aparentes, no hay psicóticos, epilépticos o suicidas entre sus familiares por ambas vías. (Un examen más detenido revelaría a mi criterios conflictos neurotizantes en la familia, especialmente en la madre).

Fabien tiene una hermana mayor, de 15 años, de “conducta con la que mantiene fuertes lazos afectivos. Durante el embarazo la madre residía en una zona de guerra, donde se vivía bajo la angustia de los bombardeos y de las “razzias”. (3)

El parto y nacimiento fueron normales. Se observó al principio rechazo hacia los alimentos, que la madre atribuyó a las circunstancias en que vivían (guerra, bombardeos, etc.). Luego, llegó a ser un niño gordo. El destete se produjo a los cuatro meses sin trastornos visibles. No recuerdan con exactitud las etapas de maduración neuro-psíquicas.

Sus cambios ostensibles de carácter comenzaron a la edad cuatro años, siendo uno de los elementos desencadenantes (subrayo que uno, por carecer de antecedentes más explícitos), su vacunación contra la viruela manifestó verdadero terror al recibirla y se transformó después en un niño tímido y asustadizo. Se negó a hablar con personas adultas; rehuyó la compañía de sus amigos que se sindicaban como más arrojados y peleadores; no quiso que le cortaran el pelo y opuso una firme resistencia a arrodillarse y hacer la señal de la cruz. Continuó así hasta los seis años, época en la cual los padres se trasladaron a América y, en consecuencia, su círculo social se redujo considerablemente. En este período comenzó a ir a la escuela. Allí permanecía sentado, siempre junto a su hermana, y no hablaba. (4) Evidenciaba un desarrollo intelectual normal y a veces superior a su edad. Este período se cumple de los seis a los nueve años, durante el cual los trastornos de Fabien se van incrementando.

Un episodio fundamental se produce entonces: un día su padre le reprocha que no hable con él y lo haga con otros (su hermana y madre). Fabien durante una semana habla con ellas como en un susurro, luego cesa de hacerlo y comienza el mutismo absoluto, prolongado hasta el momento actual.

Además de este severo trastorno, presenta otros síntomas de perturbación en su conducta que es necesario señalar: 1º No come si no se le obliga; 2º no se cambia de ropa por sí mismo (lo hace su madre); 3º no juega con ningún otro niño; 4º lee, escribe, pero permaneciendo encerrado en su casa; 5º demuestra un miedo fóbico a perros y

---

<sup>3</sup> Freud and D. T. Burlingham. *War and Children. Medical War Brooks, 1943.*

<sup>4</sup> *Melanie Klein*: “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, T. 1, N° 1, año 1956. *Melanie Klein*: “El papel de la escuela en el desarrollo libidinoso del niño”, Rev. Arg. de Psicoanálisis, T. V, N° 2, año 1947.

*Arminde A. de Pichón Riviére*: “Detención en el desarrollo del lenguaje en una niña de seis años”, Rev. Uruguaya de Psicoanálisis, T. 1, N° 2, año 1956.

*Emilio Rodríguez*: “The analysis of a three year-old mute schizophrenic”, *New directions in psychoanalysis*, año 1954.

gatos; 6º se comunica con sus padres por medio de la escritura de una manera adecuada, aunque frente a su hermana musita últimamente algunos sonidos onomatopéyicos (piu), que ella parece comprender.

Hasta aquí los datos suministrados por el historial clínico y los extraídos de la primera entrevista que realicé con los padres.

---

Creo de interés destacar los distintos elementos de juicio que surgen del historial reseñado y de la entrevista efectuada con los padres.

En primer término, es necesario valorar como uno de los factores determinantes de la conducta del paciente la situación de temor, peligro y ansiedad vivida por la madre durante el embarazo, cuando residía en una zona de guerra. Sus vivencias, incubadas en ese clima dramático, distorsionaron necesariamente los primeros vínculos con su hijo.

En segundo término, la anorexia del recién nacido debe interpretarse como expresión de su rechazo a quien encarnaba la temibilidad y la agresión del mundo exterior. El miedo y el temor le fueron comunicados por la madre, intérprete racional de la peligrosidad de ese mundo exterior; pero además hizo su propia experiencia, que refirmaba lo ya vivido. Madre-mundo fueron en las primeras etapas objetos peligrosos y dañinos frente a los cuales el niño reaccionó aislándose, es decir, rechazando el alimento por ser de una especial agresividad.

En ese sentido la anorexia puede ser interpretada como el primer síntoma de aislamiento y disociación. (Madre-alimento).

En tercer término, la vacuna constituyó un accidente de singular importancia en la vida del enfermo. Se produjo un verdadero terror, seguramente viviéndola como el propósito deliberado de inocularle “cosas malas” de ese mundo hostil. El tratamiento médico posterior fue tan resistido que hubo de suspenderse. Para el niño los agentes capaces de suministrar esas “cosas malas” eran personas adultas alejadas de su núcleo familiar, frente a las cuales era necesario romper todo contacto. Continúan funcionando los mecanismos disociativos que constituyen uno de los núcleos más importantes de su enfermedad.

Los extraños fueron los objetos depositarios de sus temores y ansiedades; en tanto que el padre y la madre representaban todavía aspectos buenos de su propio yo, con los cuales podía relacionarse sin peligro aparente.

Como otro elemento importante en el cuadro que presenta, quiero destacar ciertos rasgos negativistas, como son no querer saludar ni arrodillarse, alguno de los cuales se han mantenido sin modificación apreciable hasta ahora. A esta edad (4 años) se reactivan sus dificultades en la alimentación, que persisten hasta el momento actual (no come si no le dan de comer).

En cuarto término, como un desarrollo lógico del proceso de su enfermedad, esos elementos disociativos señalados, comienzan a actuar en un área, más amplia. La comunicación no sólo se interrumpe con los adultos extraños, sino también con sus compañeros de escuela. En su relación social se autolimita, manteniéndola con sus padres, su hermana y los hijos de una familia amiga. El medio escolar lo vive como hostil, pero no precisamente por dificultades de comprensión ya que es capaz de recordar y resolver en su casa problemas sumamente complejos planteados en el aula.

En quinto término cabe señalar el incidente con su padre a raíz de una reprobación de que fue objeto. Sin duda alguna el niño la vivió como una agresión de una

intensidad similar a la del mundo exterior peligroso que lo rodeaba, por lo que el padre quedó desde entonces incorporado al mismo como un objeto -también dañino. Sus únicas y últimas conexiones fueron con su hermana y su madre, durante un breve tiempo más, para pasar luego a un mutismo absoluto, con el que preserva hasta ahora el mundo mágico que ha creado desconectado con la realidad. Con la hermana se comunica onomatopéyicamente, por sonidos de un valor convencional y por gestos, lo mismo que por escrito.

Creo que el reproche del padre fue vivido por Fabien como prohibición de utilizar el mecanismo disociativo por el cual mantenía contacto verbal con la madre y la hermana y no con el padre. El resultado fue el mutismo de Fabien.

Lo vedado son las palabras que él podría articular: no las que oye y comprende. A su palabra le ha atribuido un valor mágico omnipotente, — relacionada, evidentemente, con su experiencia irreal del mundo exterior —, que le impide expresarlas en la vida de relación social. “Su lenguaje silencioso” es para él; “traga sus palabras”, para preservar al mundo de su poder destructor, creando al mismo tiempo la muralla de silencio con la que defiende el que él ha edificado. Es un diálogo consigo mismo; naturalmente diálogo de palabras silenciosas en el que se expresan las emociones y las reacciones de sus experiencias.

## **PRIMERA ENTREVISTA**

Fabien llega acompañado de los padres. Le digo que pase, y entra al cuarto de análisis tomado del brazo de su madre. No me saluda, no me mira, ni habla.

Su cabeza estaba inclinada para adelante, la madre me señala que no puede estar solo, que siempre está al lado de ella y que no quería venir a la consulta. El niño revela tener mucho miedo. Le pido a la madre que nos deje solos, lo que produce en él un intento de resistencia para luego quedarse.

Permanece de pie al lado de la puerta, mirando hacia abajo, con una pierna en flexión. Se restrega los ojos, contrayendo su cara como si fuera a llorar. Hace un movimiento con la boca de tipo deglutorio. Le interpreto: “Quieres tragarte las palabras, no quieres mirarme ni mirar al consultorio por miedo a que te dé cosas malas; tienes miedo a que te saque las palabras a la fuerza como quisieron hacerlo otras veces”.

Deja de restregarse los ojos y comienza a estirar los puños de su camisa como si quisiera taparse las manos.

Continúa realizando movimientos de deglución y vuelve a refregarse los ojos. Sigue inmóvil en el mismo lugar que cuando llegó, sin mirarme ni mirar al consultorio.

Al terminar la hora, le digo que le espero el viernes, me mira por primera vez y sonrío.

## **INTERPRETACION**

En esta primera entrevista creo que la fantasía básica está representada por el no querer ver ni a la analista ni a su consultorio (partes de ella misma). Al mismo tiempo no quiere ser visto ni comprendido en un nivel lógico, es decir el que permitiera *una relación más evolucionada* entre paciente y el analista. *El* contacto se realiza en un lenguaje preverbal, que obliga a prescindir de las palabras del paciente para entrar en su mundo interno por medio de la interpretación de sus gestos, ademanes y posturas.

La fantasía primordial en esta sesión es que el analista no vea sus conflictos (su enfermedad), — porque ha proyectado en ella sus aspectos malos y agresivos y, por lo

tanto, la siente como un ser extraño, peligroso y hostil. Teme que puedan robarle su mundo interno (por eso se tapa los ojos, estira las mangas de su camisa como si quisiera colocar sus manos dentro de ella, no mira, se coloca de perfil, cerca de la puerta, etc.), es decir organiza una actitud negativa predominante, pero anunciando a través de los movimientos silenciosos de la boca, en un verdadero acto de deglución que tiene cosas, (palabras) que no quiere dar y prefiere tragarlas para conservar intacto su mundo personal.

Pero su situación es ambivalente con respecto al analista; la niega mágicamente, como lo hemos señalado, pero al mismo tiempo establece contactos positivos como éstos: Primero: Haber permanecido toda la hora en el consultorio; Segundo: cambios posturales elocuentes y tercero, haberme dado la mano y sonreído. Estos hechos los he interpretado, a pesar de constituir pequeños índices de comunicación, como intentos evidentes de conexión aclimativa con el mundo exterior.

Hay un predominio de ansiedades paranoides (entrar acompañado tomado de la mano de su madre; quedar inmóvil de pie en la misma posición, en el lugar elegido, con su pierna en flexión como si insinuara un paso negándose a mirarme, y sin curiosidad por el material de hojas, lápices y juguetes suministrados, etc.), sin duda alguna, exacerbadas por el momento actual.

Es en esta situación en la que se siente juzgado en la misma medida en que externamente se ha modificado; con intrusión de nuevos elementos de una peligrosidad desconocida pero temible, el mundo habitual que ha construido. El paciente tiene temor que se destruya la conexión que ha elaborado para comunicarse con ese mundo exterior, y teme protagonizar la experiencia de las nuevas formas de comunicación que están implícitas en la situación actual (lenguaje).

Insistiendo de nuevo, en el carácter ambivalente de la relación que se crea, entre el paciente y el analista, en mi concepto, hay signos claros de una transferencia positiva que por supuesto se manifiesta muy sutilmente: Fabien quedó en la habitación, sin intentar siquiera salir de ella; sus cambios posturales y faciales evidenciaron la disminución de la tensión inicial, lo que debe interpretarse, con otros ya señalados, como propósitos de establecer un contacto conmigo del que mana profundidad y belleza.

Es decir, que una misma conducta traducía al mismo tiempo temor y seducción.

La apreciación de este cuadro creó en mí la fantasía de que el paciente era un mimo y que lo que expresaba poseía un carácter estético y musical elevado.

Su pierna en flexión, insinuaba un paso, era de tal manera grácil que significaba, más que el intento de irse, el de quedarse para seducirme. Su mirada ausente, sin aparente relación conmigo, se dulcificó después, fue hacia mí y me incluyó, y sus rasgos faciales lograron una placidez singular. Fabien estaba en realidad confrontando su mundo interior al que se había agregado el nuevo elemento representado por "la parte buena" del analista, que había incorporado, dejando fuera lo que el analista representaba en forma predominante (peligro, temibilidad, etc.).

Al finalizar la entrevista me miró, me dio la mano, y sonrió, siendo esto el corolario de la disminución de sus ansiedades paranoides a su más bajo nivel en el curso de la entrevista.

Si nos preguntáramos por qué Fabien me mira, me da la mano y me sonríe, en esa afirmación de confianza, estimo hipótesis aceptable afirmar que su mirada trataba de comprobar qué me había pasado (objeto depositario), sintiéndose reasegurado al verificar que no se habían operado en mí modificaciones *que él* pudiera apreciar.

Sonríe y se despide del objeto depositario seguro. En otros términos: la prueba de la realidad, (estar yo igual), invalidó objetivamente sus fantasías destructivas y puso de manifiesto que el analista era capaz de llegar a comprender el paciente a través de las formas sutiles con que éste se comunicaba con el mundo exterior. Quedaba demostrado que su peligrosidad no era tan elevada, que a través del lenguaje del analista se podían captar y expresar de manera más completa sus fantasías, y que de todo ello no surgía nada que de manera inmediata o actual avivara sus temores.

Quiero señalar que la introyección de algunos aspectos del analista significa, necesariamente, una nueva ubicación y vinculación de sus objetos internos. En ese momento y en este caso, esta situación fue vivida por Fabien, en mi concepto, de manera constructiva: robusteciendo sus vínculos positivos internos y externos.

## **SEGUNDA ENTREVISTA**

Llega con la madre; me da la mano y sonríe espontáneamente. No viene tomado de su brazo como la vez anterior. La madre le acompaña hasta el consultorio y me dice: "Hoy está más alegre", y dirigiéndose a él le expresa: "Fabien no tengas miedo

El niño hace una ligera resistencia cuando la madre se retira y cierra la puerta. Permanece inmóvil cerca de ella, sin mirar el material de juego, ni fijarse en mí. Luego se estira los puños y mira la puerta. Continúa en la misma posición, casi pegado a ella. Se restrega los ojos reproduciendo la situación de la sesión anterior.

Lo interpreto: "Fabien, tienes mucho miedo de quedarte a solas conmigo. Te atreviste a mirarme y sonreírme mientras estabas con tu madre. Ahora quieres llorar pero no puedes decírmelo con palabras".

Apenas formulada la interpretación, comenzó a darse vuelta lentamente, hasta darme totalmente la espalda. Permanece así el resto de la hora.

Cuando le advierto que ha finalizado la sesión, se dio vuelta, me miró y sonrió.

## **INTERPRETACION**

En esta segunda entrevista se produjeron cambios fundamentales que plantean hipótesis de interés. En el primer momento reinició su contacto conmigo en forma positiva y más madura que como lo había hecho al finalizar la primera sesión. Al saludarme y sonreírme en el primer instante de nuestro contacto señaló en mi concepto que se conectaba conmigo de manera parcial y disociada (aspectos buenos), dejando en la madre su temor y desconfianza (aspectos paranoides). En este momento, los mecanismos disociativos ya existentes fueron estimulados por esta pretendida frase de apoyo: "Fabien no tengas miedo", para lograrse resultados queridos inconscientemente por la madre y directamente contrarios a la prosecución del tratamiento analítico. Es decir, que las reacciones de Fabien y de la madre, deben ser interpretadas como partes de una situación total (afecto y temor) del propio niño.

Al irse la madre, se produce inmediatamente un cambio en la relación conmigo y con su mundo interno. Repitiendo todos los gestos relacionados en la sesión anterior, se coloca, además, de espaldas, en una pretendida negación del analista..

Al quedar solo, con su propio miedo, Fabien siente aumentar sus ansiedades paranoides y necesita volver a negar de manera más enérgica mi presencia. Crea una barrera entre él y yo; se queda, pero necesita no verme, y es por eso que me da la espalda.

En la última sesión estimo que Fabien me niega por dos motivos inconscientes que

están manejando toda nuestra relación.

Me niega en primer término, porque me considera peligrosa y hostil; no sabe cómo voy a actuar, etc., es decir que la relación conmigo se establece en un nivel de tipo paranoide y persecutorio.

Me niega, en segundo término, según me parece, para evitar verme, conectarse y luego perderme. Ha habido, en efecto, una experiencia anterior que se actualiza en esta última entrevista. Esa experiencia es la de ser comprendido e interpretado por mí a través de los vínculos convencionales que él ha establecido con el mundo exterior. El ha captado inconscientemente, además, la actitud de la madre con respecto al analista y a la posibilidad de iniciar un tratamiento efectivo. No quiere verme, para no reencontrarme en los planos de comprensión vividos en la sesión anterior, cuando sabe que está enfrentado a la pérdida total del analista.

Sus gestos pueden ser interpretados parcialmente en un nivel depresivo. En la misma medida en que las hipótesis anteriores fueron exactas, ese duelo señalaría un progreso evidente. Se habría logrado transitoriamente una síntesis en un estado muy primitivo.

No vi más al niño y los padres rechazaron en una entrevista posterior, que fuera psicoanalizado.

## CONCLUSIONES

**Primera.** — Aun en casos extremos como éste, la falta total de la palabra y la casi inexpresividad del paciente, son obstáculos superables para comunicarse con él y comprenderlo. La interpretación de sus actitudes, silencio, gestos, etc., deben tener una significación expresiva para el analista. Los mecanismos de defensa y las fantasías actuantes expresados en las formas descritas tienen una realidad tan eficaz como las palabras. El enfermo “habla” y toma contacto con el mundo externo e interno por las formas que él ha creado y a través de las cuales debe ser interpretado. La ruptura del “block de silencio” sólo puede hacerse por medio de la finísima percepción de lo que significa “su lenguaje”. El analista, al interpretarlo por medio de palabras, le señala de manera predominante que éstas no tienen el valor mágico y destructivo que les ha asignado. En el comienzo habla por él; lo traduce y le hace comprobar experimentalmente que no se han producido cambios catastróficos. En la medida en que se rompe la barrera de silencio y se incorporan progresivamente las palabras y conceptos del analista en el paciente, adecuándose a su mundo interno, comienzan a funcionar con mayor normalidad los procesos de introyección y proyección.

**Segunda.** — La no expresión verbal y la casi ausencia de comunicación por otros medios, me crearon, en función de los valores, mágicos puestos en juego con una intensidad que no he registrado en ningún otro caso, una contratransferencia positiva tan intensa que significaba una verdadera seducción del analista. Este se constituía en receptáculo del objeto o del mundo idealizado de Fabien y se convertía en objeto fascinante. El analista era estimulado para comprenderlo en “el lenguaje” que se expresaba, desde que proyectaba en él la admiración de su yo por su mundo idealizado.

Ratifico lo que dije al principio: la contratransferencia constituyó una herramienta de trabajo invaluable para interpretar y comprender el mundo mágico de Fabien.

**Tercera.** — Quiero destacar la diferencia esencial entre el silencio de este autista y la situación que se ha dado en ciertos casos de esquizofrenia tratados, en los que el



silencio ha sido también un mecanismo importante de expresión, pero con otro significado. También lo hay en las neurosis, en las que está polideterminado por las vivencias presentes y pretéritas del paciente, pero creo de interés hacer una categorización del silencio respecto a otras situaciones analíticas.

En el caso de Drina <sup>(5)</sup>, la paciente utilizaba su silencio para situarse, observadora y tensa, frente al analista y al ambiente que la rodeaba (estado psíquico del analista, cambios en los objetos materiales del consultorio, etc.). Lo denominé “control de tanteo”, porque el silencio representaba el medio por el que el paciente reconocía y aceptaba los objetos habituales, medía la peligrosidad de los que hubieran sido agregados y evaluaba la solidez de aquél y aquéllos sobre los que descargaría compulsivamente las partes agresivas de su yo (objeto u objetos depositarios). Luego se producía la manifestación verbal en la que se enjuiciaba duramente al analista en general, principal objeto depositario de sus impulsos agresivos.

El silencio, en este caso, constituía el antecedente necesario para la expulsión de “las partes malas” de su yo. La disociación se expresaba en palabras.

En este paciente autista el silencio tiene otro significado. No es el antecedente al episodio en que se manifiesta la disociación; es la disociación misma, que se traduce al mundo exterior por formas débiles ~ convencionales de comunicación, además de hacerlo por la más rotunda y categórica: el silencio permanente.

Su mundo mágico se mantiene integrado en forma compulsiva y patológica. Uno de los trabajos del análisis, consistirá en hacer que lo traduzca por medio de las palabras, logrando de esta manera una comprensión e interpretación total de sus conflictos.

**Cuarta.** — Si tenemos en cuenta el historial clínico, el contenido y resultado de las entrevistas y las hipótesis de trabajo que nos han sugerido, el mutismo puede responder a dos hechos de gran importancia.

En primer término, Fabien no habla porque sus palabras están’ cargadas de un potencial mágico de gran peligrosidad y agresión. Si habla, puede destruir y ser destruido. Encarado así, el mutismo constituye una defensa contra el mundo y más en concreto contra los padres. No quiere destruirlos ni que los destruyan. Pero el temor de Fabien está representado por la verbalización y no por la palabra en sí misma. El se comunica por escrito con sus padres y lo hace en forma adecuada y racional. La palabra escrita no es peligrosa, creemos porque se puede “hablar por escrito” con gran control. Ese elemento, control de seguridad, lo tranquiliza. (No he tenido oportunidad de saber cómo escribe, ni qué hace con los escritos con los que se relaciona con sus padres).

En segundo lugar, creo que su mutismo expresa una negación radical de un aspecto de la realidad externa, factor desencadenante de sus trastornos principales, al mismo tiempo que ese mutismo expresa el deseo de salvaguardar el mundo interno que ha construido y al que atribuye excepcionales valores.

Fabien habla para sí, para la parte de su yo encapsulado integrante pero separado del mismo y ajeno al mundo exterior <sup>(6)</sup>

---

<sup>5</sup> Laura Achard: “Identificación proyectiva en un caso de esquizofrenia”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, T. 1, N° 3, año 1956

<sup>6</sup> Willy Baranger: “Asimilación y encapsulamiento: Estudio de los objetos idealizados”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, tomo 1, N° 1, año 1956.

Queda en evidencia, en mi concepto, que la disociación, la negación, la idealización y el control omnipotente son los mecanismos más visibles que el paciente utiliza en este momento de su enfermedad.

Quiero que se entienda que estas hipótesis que adelanto no tienen la pretensión de constituir la etiología del síntoma de la enfermedad.

Sólo un análisis completo podría situarnos en un área de seguridad, que nos permitiría develar toda la motivación inconsciente que ha producido la enfermedad de Fabien.

