

EVIDENCIA CIENTÍFICA, PSICOANÁLISIS Y AUTISMO

En respuesta a la campaña de *Aprenem*

Dr. Arseni Máximo

Recientemente, la asociación *Aprenem* de padres de niños con autismo ha lanzado una campaña para denunciar el psicoanálisis como un método presuntamente no corroborado por la evidencia científica y promover “científicamente aprobadas” intervenciones conductuales, especialmente las que se basan en el método ABA¹.

Además de atacar la libertad de los padres de elegir el tipo de terapia para sus hijos, que ya parece inaceptable en una sociedad democrática, *Aprenem* parte de un malentendido de lo que es el psicoanálisis contemporáneo y basan sus argumentos en publicaciones que en realidad no demuestran tan unívocamente la supuesta superioridad de los métodos conductuales.

Los autores de la campaña pasan por alto todas las consideraciones éticas y niegan aparentemente el derecho de existir a los modos de entender la naturaleza del ser humano y de tratar su malestar que no provengan del campo científico. Cabe decir que, si bien los psicoanalistas no dedican sus mayores esfuerzos a demostrar la evidencia científica de su método, pueden encontrarse muchos estudios que sí la demuestran. A ellos nos referiremos más adelante.

Para contribuir a un debate más riguroso, en el presente artículo nos proponemos interrogar algunas ideas comunes sobre el psicoanálisis y la evidencia científica, y revisar los argumentos que *Aprenem* utiliza para defender su causa.

¿No existe evidencia de eficacia del psicoanálisis?

Es hoy un lugar común decir que el psicoanálisis es un método obsoleto no basado en ningún tipo de evidencia científica. Es cierto que los psicoanalistas tienen poca creencia, y no sin razón, en la evaluación estadística, pero eso no significa que no existan evidencias del poder de su método.

En su revisión de los estudios sobre el psicoanálisis, el investigador estadounidense Dr. Jonathan Shedler (2010) escribe: *“Hay una creencia que a los conceptos y a los tratamientos psicodinámicos² les falta corroboración empírica o que otras formas de tratamiento son más eficaces. Esta creencia ya parece andar por sí sola. Los*

¹ Applied Behavioural Analysis (análisis conductual aplicado).

² Las terapias psicodinámicas son terapias basadas en el psicoanálisis.

académicos la repiten de unos a otros, así como los médicos o los políticos responsables de la salud. Con cada reiteración su credibilidad aumenta. Se llega a un punto en el que parece poco necesario interrogarla o revisarla porque ‘todo el mundo sabe que es así’. La evidencia científica dice otra cosa: un número considerable de estudios sostiene la eficacia de la terapia psicodinámica”.

El Dr. Glen Gabbard, investigador y profesor de psiquiatría en el *Baylor College of Medicine*, afirma también que “*existe una suerte de prejuicio contra la terapia dinámica, como si no hubieran pruebas controladas aleatorizadas que demuestren su eficacia*” (Kaplan, 2011).

Entonces, si queremos hablar en términos de evidencia, no hace falta ir muy lejos para encontrar una cantidad de estudios que demuestran que los métodos orientados por el psicoanálisis son eficaces tanto en adultos³, como en niños con varios diagnósticos⁴, incluido el autismo⁵.

También existen estudios que comprueban que en muchos casos los beneficios del psicoanálisis y de la terapia psicodinámica son iguales o superiores a los de las terapias cognitivo-conductuales⁶. En particular, hay estudios que han concluido que en ciertos grupos de pacientes el efecto logrado en terapia psicodinámica es más duradero e incluso aumenta tiempo después de acabar el curso de la terapia⁷ mientras que el efecto de otras terapias va disminuyendo⁸. Una revisión reciente (Gaskin, 2012) corrobora que “los efectos de la terapia psicodinámica se mantienen después de la finalización del tratamiento” y que “la terapia psicodinámica es tan eficaz como otras”.

Además, Levy *et al.* (2006) y Clarkin *et al.* (2007) demostraron que sólo la terapia psicodinámica, y no la conductual dialéctica, produce cambios en “subyacentes mecanismos psicológicos”, o “procesos intrapsíquicos”, que “mediatizan el cambio de los síntomas”. Shedler (2010) sugiere por su lado que estos cambios más profundos pueden contribuir a la larga duración de los efectos producidos por la terapia psicoanalítica.

También es muy curioso que, según el mismo autor, “los ingredientes activos [los que producen el efecto benéfico] de una terapia no son necesariamente los que supone la teoría o el modelo terapéutico” (Shedler, 2010). En otras palabras, cuando se demuestra que una terapia tiene éxito, a menudo no se sabe si lo tiene por lo específico y nuevo que aportan sus creadores o por algún otro elemento que puede ser prestado de otro método.

³ Bateman & Fonagy, 2008; Cogan & Porcerelli, 2005; Knekt et al., 2008; Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004; Milrod et al., 2007; Roseborough, 2006.

⁴ Fonagy & Target, 1996; Midgley & Kennedy, 2011; Schachter & Target, 2009; Windaus, 2006; Winkelmann et al., 2000

⁵ Alonim, 2004; Haag et al., 2005

⁶ Clarkin et al., 2007; Leichsenring, 2001; Leichsenring & Leibing, 2003; Levy et al., 2006

⁷ Abbass et al., 2006; Anderson & Lambert, 1995; Leichsenring et al, 2004; de Maat et al., 2009

⁸ Gloaguen et al, 1998; Hollon et al., 2005; de Maat et al., 2006

Los análisis de los “ingredientes activos” de varias terapias trajeron muchas sorpresas. En un estudio de las terapias cognitivas se demostró que el componente que les brindaba eficacia *no era*, como pensaban sus defensores, el componente propiamente cognitivo (Kazdin, 2007). Varios autores comprobaron que lo que contribuía significativamente al efecto benéfico tanto de las terapias cognitivas como de las psicodinámicas era la aplicación por parte del terapeuta de los métodos psicodinámicos, mientras que el componente cognitivo contribuía poco, nada o incluso disminuía la probabilidad del éxito⁹.

¿Más argumentos erróneos?

Otros malentendidos sobre el psicoanálisis, de los cuales la campaña de *Aprenem* hace uso, son, por un lado, que los psicoanalistas consideran que las causas del autismo son únicamente psíquicas y, por el otro, que culpabilizan a los padres por el malestar de sus hijos. Si bien hace más de medio siglo algunos autores pensaban que la causa del autismo se encontraba en la relación entre madre e hijo, el psicoanálisis contemporáneo sostiene ideas muy distintas (Álvarez, 1992).

Por una parte, los psicoanalistas hoy no afirman con rotundidad conocer la causa del autismo. No se sabe con certeza si las causas son psíquicas o no. Pero sí sabemos que no existe evidencia sólida que asegure que son hereditarias o biológicas, y que por tanto no son psíquicas. Al contrario de lo que se cree, los estudios genéticos dicen que la causa del autismo es fundamentalmente desconocida (Ansermet & Giacobino, 2012). Ninguna mutación (Neale *et al.*, 2012) ni “ninguna disrupción de un gen individual ni de un conjunto de genes puede con fiabilidad predecir la condición [el autismo]” (State & Levitt, 2011).

Lo curioso es que *Aprenem* asevera que si la causa del autismo es genética, entonces hay que tratarlo con métodos conductuales. La conexión entre la premisa y la conclusión de esta frase nos parece verdaderamente enigmática. Con el mismo fundamento lógico se puede mantener que si la causa es genética, entonces el mejor tratamiento es el masaje ayurvédico.

Sea cuál sea la causa, no hace falta saberla para tratar los síntomas de los niños con autismo. Lo hacen psicoanalistas, conductistas, lo hacen otros profesionales, sin que ninguno de ellos sepa con certeza la causa de los síntomas que trata. En estas circunstancias cualquier pretensión de ser más científico que otros cae en el autoengaño.

Por otro lado, puede leerse en diversos lugares¹⁰ que los analistas no culpabilizan a los padres sino más bien les ayudan a descartar la culpa con la cual muchos acuden

⁹ Ablon & Jones, 1998; Castonguay et al., 1996; Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996; Jones & Pulos, 1993

¹⁰ La batalla del autismo. De la clínica a la política. E. Laurent, Grama-Navarin, 2013; El autista y su voz. J.-C. Maleval, Gredos, 2011; El tratamiento del niño autista. M. Egge, Gredos, 2008; No todo sobre el autismo. N. Carbonell e I. Ruíz. Gredos, 2013.

ya a la primera consulta. Y, por supuesto, nadie cree ya en la teoría de las “madres nevera”, que, al contrario de lo que se suele decir, no fue creada por psicoanalistas.

A propósito de otros argumentos de la campaña, cabe decir que son igualmente cuestionables. Sin ir más lejos, la afirmación de que “el psicoanálisis es el modelo preferente y más dotado económicamente del sistema de salud pública en la atención precoz y asistencia infanto-juvenil de las personas con TEA” en Cataluña, y que las prácticas conductuales “son minoritarias”, es cuando menos una exageración.

Sin embargo, no existen estadísticas oficiales sobre la formación de los profesionales que trabajan en los centros mencionados. Así, no entendemos por qué *Aprenem* sostiene que un 80% de estos profesionales se orientarían por el psicoanálisis. Según nuestras informaciones, sólo hay dos o tres centros de atención precoz únicamente psicoanalíticos, y otros tantos conductuales. El resto no se inclina, según parece, hacia ninguno de los dos lados, incorporando abordajes muy diversos. No es así, dicho sea de paso, cuando se trata de los centros hospitalarios de referencia, en los que el abordaje de sus equipos psiquiátricos, por ejemplo, es fundamentalmente cognitivo-conductual.

Finalmente, un error común es pensar que el psicoanálisis con los niños es igual que el de los adultos. Hay incluso personas que creen que un psicoanalista estira al niño en el diván y le hace asociar libremente y contar sus sueños. En realidad, muchas veces el trabajo analítico con niños, individual o en grupo, consiste en el juego u otras actividades que el pequeño paciente aporta. Por cierto, diversos estudios han comprobado que el juego terapéutico promueve el desarrollo del lenguaje, la simbolización y la capacidad de relacionarse y comunicarse con el otro fuera del juego¹¹.

¿Es tan cierta la evidencia de los métodos conductuales?

Vayamos ahora a la evidencia en la que se basa la afirmación de *Aprenem* según la cual el único método científicamente aprobado para el tratamiento de niños con autismo son “intervenciones conductuales basadas en el modelo de análisis aplicado de la conducta”.

Hemos revisado las guías de buenas prácticas a que se refieren *Aprenem* en el texto de su campaña y nos gustaría citar aquí lo que una de ellas¹² dice sobre la evidencia del análisis aplicado de la conducta, más conocido como el método ABA, de Lovaas:

¹¹ Atlas, 1990; Josefi & Ryan, 2004; Wolfberg & Schuler, 1993

¹² Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2007), página 18.

- “Todos los estudios” revisados¹³ de este método tenían “defectos metodológicos considerables”;

- “La revisión concluyó que *no* se puede establecer una relación causal entre ningún programa particular de intervención conductual intensiva y el logro de un funcionamiento normal”;

- “El programa de Lovaas *no* debe ser presentado como una intervención que conduce al funcionamiento normal”;

- “Una investigación comprensiva de literatura *no* ha encontrado ninguna evidencia de buena calidad para otras intervenciones conductuales intensivas”.

Así, según esta misma guía, la evidencia del método ABA y de otras intervenciones conductuales es claramente dudosa. Resulta difícil creerlo, pero es la misma *Aprenem* quien aporta esta guía con la cual se desacreditan sus propios argumentos.

Se puede añadir que los críticos de los estudios del método ABA afirman que estos “no son un experimento verdadero”, que “es imposible determinar el efecto” de la intervención en cuestión (Schopler *et al.*, 1989) y que hay que aborar estos estudios con “un sano escepticismo” (Gresham, MacMillan, 1998).

También se puede señalar que el método ABA implica entre 20 y 40 horas semanales de intervenciones de especialistas con participación de los padres. Con una dedicación tan excepcional, ¿qué método no daría un resultado significativo!

En definitiva, se puede decir que mientras las terapias conductuales se consideran más o menos eficaces para modificar síntomas específicos de manera muy puntual y localizada¹⁴, ellas no pueden sostenerse como un método integral ni único para tratar a un niño con autismo.

Evidencia versus ética

“Qué obra maestra es el hombre...”
W. Shakespeare

Nos gustaría, finalmente, interrogar la idea misma de la evidencia científica en su aplicación a la psicoterapia y explicar por qué los psicoanalistas desconfían de ella. La razón es bastante simple: no existe manera satisfactoria alguna de cuantificar o medir lo más propio del ser humano y su experiencia. Son cosas que no se dejan evaluar por medio de la cifra, evaden todo intento de generalización.

¹³ Bassett K, Green CJ, Kazanjian A. Autism and Lovaas treatment: A systematic review of effectiveness evidence. Vancouver (BC): BC Office of Health Technology Assessment, Centre for Health Services and Policy Research (BCOHTA); 2000. Disponible en: <http://www.chspr.ubc.ca/node/351>.

¹⁴ Véase la nota 12.

Es algo muy característico de nuestra época esperar que la ciencia dé una medida de todo. Todavía se supone, para nuestra sorpresa, que algunas cosas no pueden medirse. A nadie se le va a ocurrir, por ejemplo, establecer un criterio científico para distinguir entre una obra de arte genial y una mediocre. Tampoco se ha conseguido crear un método científico para escribir poesía o generar, por más matemáticas que sean, cantatas de Bach. Nos encontramos entonces ante una paradoja: se asume que las creaciones de la psique humana están fuera del alcance del método científico pero la psique misma y sus otras manifestaciones no.

Nosotros sostenemos, en cambio, que la psique también está de este lado – del lado de lo inefable, lo enigmático, lo singular. En cierto modo, todo síntoma es una creación y toda creación es síntoma. Así, tratar de investigar la psique con cuestionarios, pruebas y estadísticas es lo mismo que aplicar las leyes de Newton y la lógica lineal a un problema de física cuántica.

Lo mismo pasa cuando uno se pone a medir los efectos de la psicoterapia: a veces algo se capta, claro, pero lo más importante se escapa. Aquí la respuesta de los conductistas es fácil: lo que no se capta por evaluación científica, no existe. Limitan de este modo su trabajo a lo que puede captarse. Una intervención conductual puede tener por fin enseñarle al niño autista una cosa muy concreta, como decir “Hola” y “Adiós” cuando corresponde. El resultado será ni más ni menos éste, que, quizás, sin dirigirse realmente al otro, el niño dirá “Hola” y “Adiós” como le han enseñado. Por supuesto, un resultado así podrá ser evaluado y se podrá demostrar que la intervención logró lo que pretendía, sea cual sea el valor de este logro para el niño.

Por el contrario, el psicoanálisis trabaja, en primer lugar, con lo que precisamente escapa a la cuantificación. Su objetivo consiste en cambios subjetivos profundos, lo que hace casi imposible evaluar por medio de métodos científicos el alcance de sus efectos. Eso no impide que algunos de estos cambios profundos produzcan también efectos visibles que, de algún modo, podrán también ser evaluados por quienes sostienen este empeño. También el niño tratado por un psicoanalista puede llegar a decir “Hola”, pero en este caso es mucho más probable que lo haga porque quiere decirlo. Para un conductista, decir “Hola” sería un fin en sí mismo, para un analista es un efecto colateral de cambios más significativos.

Para decirlo de otro modo, la terapia conductual sólo trata los síntomas superficiales, la desaparición o modificación de los cuales es fácil registrar como “éxito” de la intervención. Lo que no se registra en un estudio es que en lugar del síntoma eliminado vendrá otro nuevo, que puede ser aún peor. Porque eliminar un síntoma no significa solucionar el conflicto que en él se manifiesta – más bien esto sería como quitarle a una persona minusválida sus muletas creyendo que es por culpa de ellas que no puede caminar. Pues los psicoanalistas pretenden tratar no tanto los síntomas por separado como el conflicto subyacente. Es verdad que no sabemos la causa del autismo, pero el psicoanálisis sí que enseña sobre los

mecanismos y la lógica de formación de sus síntomas. Y es a este nivel más profundo donde actúa.

Uno puede preguntar: Si los psicoanalistas no se orientan por la evidencia científica, ¿cómo se orientan, entonces? Se orientan por la ética. Los criterios éticos les son mucho más importantes que otros. Les importan el respeto por el sujeto, por su dignidad, su libertad de elección y de respuesta, y la no imposición. Señalemos de pasada que, precisamente, estos criterios éticos son los que a menudo se dejan de lado en la búsqueda de las evidencias.

El método ABA, con sus aspiraciones de evidencia, parece tratar a los niños autistas como si fueran poco diferentes de animales para domesticar. No es sorprendente, por otra parte, pues las técnicas conductuales provienen de experimentos con animales. Tratando de alcanzar una “norma” impuesta por el método, al niño le fuerzan a hacer cosas que no quiere hacer, le dan premios si hace lo que le demandan, le castigan si no, o le quitan sin discreción “las conductas aberrantes”, que en muchos casos son las soluciones – las muletas – que el niño encontró, no el problema mismo. Por cierto, algo parecido afirma la misma guía que usa *Aprenem*: “los profesionales deben saber que algunas conductas aberrantes pueden representar la estrategia del niño para arreglárselas con sus dificultades y circunstancias individuales”¹⁵.

A modo de conclusión

Toda elección de método es en primer lugar una elección ética. *Aprenem* nos vende un método, pero el método no va solo. Junto con él vienen los valores y las elecciones éticas implícitas que ellos nos hacen aceptar por defecto. Presentan su causa como algo natural, evidente: Se supone que todo el mundo está de acuerdo que el mejor criterio para sostener una práctica terapéutica es la evidencia empírica y el único enfoque aceptable sobre el ser humano es el científico. ¿Cuáles son las elecciones que conlleva el método y de las que *Aprenem* elude hablar?

Eligen la evidencia a coste de la ética; eligen un enfoque que reduce el ser humano a lo visible, a lo fácilmente evaluable, es decir a las conductas, e ignoran lo complejo, lo profundo, lo invisible; eligen lo generalizable, lo “objetivo” en lugar de lo subjetivo y singular de cada uno; eligen el paradigma médico que afirma la existencia de la norma y la patología y la necesidad de la “corrección” de lo “anormal”, que muchos otros abordajes cuestionan; eligen aplicar a los seres humanos las técnicas que se utilizan en el entrenamiento de los animales; eligen apoyarse en las ciencias naturales y no en las humanas; eligen la filosofía positivista y pragmatista como si no existiera ninguna más.

¹⁵ Véase la nota 12.

Éstas son solo algunas de las elecciones que *Aprenem* y sus defensores hacen, quizás incluso sin darse cuenta. Si quieren hacerlas, bien, que las hagan, pero que sean conscientes de las consecuencias de lo que eligen y que respeten el derecho a hacer otro tipo de elección.

Barcelona, 3 de abril de 2016

Referencias

- 1) Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Article No. CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
- 2) Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 1–13.
- 3) Ansermet F, Giacobino A. Autisme, à chacun son génome. Navarin, 2012.
- 4) Atlas, J. Play in assessment and intervention in the childhood psychoses. *Child Psychiatry and Human Development*, December 1990, Volume 21, Issue 2, pp 119-133.
- 5) Álvarez, A. (1992) *Live Company: Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children*, London and New York: Tavistock/Routledge.
- 6) Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71–83.
- 7) Alonim H. The Mifne Method - ISRAEL. Early intervention in the treatment of autism/PDD: A therapeutic programme for the nuclear family and their child. *J Child Adolesc Ment Health*. 2004 Jul 1;16(1): 39-43. doi: 10.2989/17280580409486562.
- 8) Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, 2007).
- 9) Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631– 638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- 10) Carbonell, N. e Ruíz, I. No todo sobre el autismo. Gredos, 2013
- 11) Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S. L., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504. doi:10.1037/0022-006X.64.3.497
- 12) Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2005). Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 78, 235–248.
- 13) Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- 14) de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17:1-23.
- 15) de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & de Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562–572. Egge, M. *El tratamiento del niño autista*. Gredos, 2008
- 16) Fonagy, P. Target, M. Predictors of Outcome in Child Psychoanalysis: A Retrospective Study of 763 Cases at the Anna Freud Centre *J Am Psychoanal Assoc* February 1996 vol. 44 no. 1 27-77. doi: 10.1177/000306519604400104
- 17) Gaskin, C. (2012), *The Effectiveness of psychodynamic psychotherapy: A systematic review of recent international and Australian research*. Melbourne: PACFA.
- 18) Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- 19) Gresham, F. & MacMillan, D. (1998). Early Intervention Project: Can its claims be substantiated and its effects replicated? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(1), 5-13.
- 20) Haag, G., Tordjman, S., Duprat, A., Urwand, S., Jardin, F., Clément, M.C., Cukierman, A., Druon, C., Maufrais du Chatellier, A., Tricaud, J., Dumont, A.M. (2005). Psychodynamic assessment of changes in children with autism under psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoanal.* 86, 335-352.

- 21) Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 623–627. doi:10.1037/0022-006X.64.3.623
- 22) Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 417–422.
- 23) Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 306–316.
- 24) Josefi, O., Ryan, V. (2004) Non-directive play therapy for young children with autism: a case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9*(4), pp. 533-551;
- 25) Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27.
- 26) Knekt, P. Lindfor, O., Harkanen, T., Valikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C., Helsinki Psychotherapy Study Group (2008). Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3- year follow-up. *Psychological Medicine, 38*: 689–703.
- 27) Laurent E. La batalla del autismo. De la clínica a la política. Grama-Navarin, 2013
- 28) Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1027–1040.
- 29) Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21*, 401–419.
- 30) Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis, 86*, 841–868.
- 31) Leichsenring, F. & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1223–1232.
- 32) Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 300*, 1551–1565.
- 33) Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 61*, 1208–1216.
- 34) Lingardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: A case study. *Journal of Personality Assessment, 86*, 23–32
- 35) Maleval, J.-C. El autista y su voz. Gredos, 2011
- 36) Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., . . . Shear, M. K. (2007). A randomized control trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*, 265–272.
- 37) Midgley N., Kennedy E. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base - *Journal of Child Psychotherapy, 2011* - Taylor & Francis.
- 38) Neale B.M. *et al.* (2012) Patterns and rates of exonic de novo mutations in autism spectrum disorders. *Nature, Apr 4; 485(7397): 242-5.*
- 39) Roseborough, D. Psychodynamic Psychotherapy: a study of effectiveness. *Research on Social Work Practice, March 2006 vol. 16 no. 2 166-175*
- 40) Schachter, A., & Target, M. (2009). The adult outcome of child psychoanalysis: the Anna Freud Centre long-term follow-up study. In N. Midgley *et al.* (Eds.), *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*. London: Routledge.
- 41) Schopler E, Short A, Mesibov G. Relation of behavioral treatment to "normal functioning": comment on Lovaas. *J Consult Clin Psychol. 1989 Feb;57(1):162-4.*
- 42) Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol. 2010; 65:98 -109.* – Disponible online en: <http://www.psychiatrytimes.com/psychotherapy/psychodynamic-psychotherapy#sthash.gEPomMQK.dpuf>
- 43) State M.W., Levitt P. The conundrums of understanding genetic risks for autism spectrum disorders. (2011) *Nature Neuroscience, Oct 30; 14(12): 1499-506.*
- 44) Windaus, E. (2006) 'The position and outcome of research in Europe in child and adolescent section'. Paper presented at the European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy Conference, Berlin.
- 45) Winkelmann, K., Hartmann, M., Neumann, K., Hennch, C., Reck, C., Victor, D., Horn, H., Uebel, T. & Kronmueller, K.T. (2000) 'Stability of therapeutic outcome after child and adolescent psychoanalytical therapy'. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 49*: 315–28.
- 46) Wolfberg, P. J. & Schuler A.L. (1993). 'Integrated Play Groups: A Model for Promoting the Social and Cognitive Dimensions of Play in Children with Autism.' *Journal of Autism and Developmental Disorders, 23*:467–89