

# INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS EN LA CLÍNICA DE LOS AUTISMOS INFANTILES

INTERVENÇÕES PSICANALÍTICAS  
NA CLÍNICA  
DO AUTISMO INFANTIL

PSYCHOANALYTICAL INTERVENTIONS  
IN THE CLINICAL TREATMENT  
OF CHILDHOOD AUTISM

Rafael Hernán Kröhling  
Asociación Argentina de Psiquiatría  
y Psicología de la Infancia y la Adolescencia  
ORCID: 0009-0001-8937-9576  
Correo electrónico: rafaelkrohling@hotmail.com

Fecha de recepción: 26 - 08- 2025  
Fecha de aceptación: 15-09-2025

**Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article**

Kröhling R. H. (2025) INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS  
EN LA CLÍNICA DE LOS AUTISMOS INFANTILES

Intercambio Psicoanalítico 16 (2), DOI: 10.60139/InterPsic/16.2.4

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS EN LA CLÍNICA DE LOS AUTISMOS INFANTILES

Rafael Hernán Kröhling<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Licenciado en Psicología (UCSF) y profesor en la Universidad Católica de Santa Fe. Egresado de la Escuela de Posgrado en Clínica Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia (ASAPPIA-Asociación de Psicoanálisis "Sigmund Freud" del Litoral). Actualmente cursante de la Especialización en psicoanálisis con orientación clínica en adultos (AEAPG).

**Resumen:** En el artículo se parte de las conceptualizaciones teóricas de los autismos infantiles y se analizan a partir de un modelo de constitución del psiquismo para considerar intervenciones clínicas fundamentadas en este. Se efectúa una revisión de autores psicoanalíticos clásicos y contemporáneos para arribar a una perspectiva actual del campo psicopatológico y diagnóstico de los autismos infantiles. Se establece una diferenciación entre autismos primarios y secundarios para considerar intervenciones analíticas según cada caso particular. En torno a la clínica, se consideran las intervenciones que puede efectuar el analista, el sitio que ocupa frente a los casos de niños a dominancia autística, el lugar de los adultos significativos del niño en el tratamiento y la cuestión diagnóstica.

**Palabras clave:** Autismo – Constitución Psíquica – Intervención – Psicoanálisis de niños

**Resumo:** No artigo, parte-se das conceitualizações teóricas dos autismos infantis e estas são analisadas a partir de um modelo de constituição do psiquismo, a fim de considerar intervenções clínicas fundamentadas nesse modelo. Realiza-se um levantamento de autores psicanalíticos clássicos e contemporâneos para chegar a uma perspectiva atual do campo psicopatológico e diagnóstico dos autismos infantis. Estabelece-se uma diferenciação entre autismos primários e secundários para considerar intervenções analíticas de acordo com cada caso em particular. No que se refere à clínica, são consideradas as intervenções que o analista pode realizar, o lugar que ocupa diante dos casos de crianças com dominância autística, o papel dos adultos significativos da criança no tratamento e a questão diagnóstica.

**Palavras-chave:** Autismo – Constituição psíquica – Intervenção – Psicanálise infantil

**Summary:** The article begins with theoretical conceptualizations of childhood autism and analyzes them based on a model of the constitution of the psyche in order to consider clinical interventions based on this model. A review of classical and contemporary psychoanalytic authors is conducted to arrive at a current perspective of the psychopathological field and diagnosis of childhood autism. A distinction is made between primary and secondary autism in order to consider analytical interventions according to each particular case. In terms of clinical practice, the interventions that the analyst can carry out are considered, as well as the analyst's role in cases of children with autistic dominance, the place of the child's significant adults in the treatment, and the diagnostic issue.

**Keywords:** Autism – Psychic Constitution – Intervention – Child Psychoanalysis

### **Introducción**

El objetivo principal del artículo es indagar sobre las intervenciones psicoanalíticas en la clínica de los autismos infantiles y sus efectos en la constitución psíquica. Para ello se expone sucintamente la conceptualización psicoanalítica sobre los autismos infantiles, se examinan las intervenciones clínicas y la función del analista en estos casos.

La prevalencia de patologías graves en la infancia torna necesaria una propuesta terapéutica que, desde una posición ética, dé cuenta del sufrimiento infantil y responda a sus necesidades. Desde la perspectiva teórica psicoanalítica las intervenciones clínicas son entendidas como subjetivantes, en tanto alojan el sufrimiento y buscan darle un sentido, permitiendo el advenimiento de un sujeto psíquico. De esta manera, se contraponen a aquellas intervenciones que tienen como objetivo alcanzar un adiestramiento comportamental del niño para lograr en él una conducta que se ajuste adaptativamente a la norma.

Entendiendo que las intervenciones en la clínica de niños se dan en tiempos tempranos de la vida se analizarán los objetivos de estas en el marco del trabajo terapéutico sobre un psiquismo en constitución. Para realizar esto se toma la perspectiva teórica de Silvia Bleichmar que, haciendo hincapié en la metapsicología, desde sus aportes al campo psicoanalítico introdujo un modelo exógeno de constitución psíquica que permite considerar los principales movimientos de complejización del psiquismo infantil, perspectiva teórica que traza un camino para pensar la clínica y fundamenta la elección de las intervenciones a realizar.

### **Conceptualización psicoanalítica de los autismos infantiles**

En el siguiente apartado se trabajarán las principales contribuciones para la comprensión de los autismos efectuadas desde la perspectiva psicoanalítica. Para lograr dicho objetivo se toman diversos autores que consideran la presentación clínica de los autismos desde posiciones teóricas particulares. El tema ha sido extensamente trabajado e investigado por psicoanalistas desde diversos enfoques que, debido a sus distintos contextos de producción, arriban a conceptualizaciones que presentan puntos en común, así como diferencias, marcadas por el hecho de que parten de modelos metapsicológicos diferentes para comprender la constitución psíquica y el sufrimiento infantil.

El autismo infantil precoz fue definido por primera vez por Leo Kanner en 1943 como un síndrome dentro del cual describía ciertas características comunes. El autor refiere entre ellas la "(...) incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de su vida" (1943, p. 28), retraso en la adquisición y uso del habla, desde mutismo hasta expresiones verbales repetitivas que no logran transmitir significados a otras personas, repetición de pronombres personales tal como se oyen, actuaciones estereotipadas y escasa realización de actividades espontáneas, insistencia en mantener el ambiente sin cambios e irritación frente a ellos, falta de interés hacia otras personas y una soledad que domina toda la conducta.

Lebovici, Diatkine y Soule (1990), en el *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, afirman que la característica esencial del síndrome corresponde a "(...) la ausencia de comunicación del niño con las personas vivas que le rodean" (p. 2). Esto aparece en conjunto con una mirada ausente, falta de gestos de llamada y respuesta a los demás, una aparente insensibilidad frente a estímulos externos, entre otros que se condicen con las características expuestas por Kanner.

Tustin (1987) fue una de las autoras que más trabajó respecto a los autismos infantiles desde el psicoanálisis. Ella denominó al autismo patológico como un estado de antipensamiento, en el que los rasgos que más destacan son la falta de relaciones sociales normales y el hecho de que estos niños se encuentran envueltos en sus propias sensaciones corporales, así como determinó que el sentido del tacto prevalece sobre la vista y el oído. Entre otras características del cuadro les atribuyó una escasa diferenciación entre sujeto y objeto y entre lo interno y lo externo; por eso mismo, el sentido de la separación corporal se encuentra disminuido y los objetos del mundo exterior se experimentan como una continuación del propio cuerpo. Con relación al lenguaje observó que los más pequeños suelen ser mudos, y los mayores, ecolálicos. También hizo mención a la dificultad para la comunicación que se presenta en estos cuadros.

Bleichmar (2010), retomando a Kanner, nombra algunos elementos comunes a tener en cuenta para arribar a un diagnóstico de autismo, entre los que aparece una respuesta selectiva a los estímulos del medio exterior, falta de intento por establecer una comunicación, preocupación por lo idéntico y por el mantenimiento del orden, mirada esquiva, falta de respuesta a las preguntas y requerimientos de los demás, entre otros. "El autista, en general, se caracteriza por su profunda indiferencia e incluso rehusamiento al otro" (Bleichmar, 1999, p. 351). Untoiglich (2015) menciona además ciertas características de estos niños en los primeros tiempos de la vida, como, por ejemplo, la carencia de placer en los encuentros con el adulto, la falta de demanda y de una mirada compartida, falta de intención comunicativa y de respuesta frente a las propuestas del adulto, entre otros.

Actualmente existe cierto consenso entre los autores psicoanalíticos en que el autismo se desdobra en dos tipos: primario (precoz severo) y el secundario (que corresponde a un modo de presentación de la psicosis infantil). En el primario los indicadores aparecerían desde el nacimiento. En estos cuadros no se trata de un proceso de constitución psíquica que se vio perturbado por un factor accidental y que condujo a la pérdida de las adquisiciones logradas hasta ese momento, sino que este no se constituyó. En el autismo secundario se describe un desarrollo normal hasta cierto momento en el que se da una retracción autista, un empeoramiento general que suele aparecer alrededor de los 2 o 3 años.

Varios autores han hecho aportes a estas nociones desde su experiencia clínica con niños autistas. Algunas teorizaciones dieron cuenta de una conceptualización más exhaustiva del autismo secundario, al hablar de la retirada autista que se da frente a una vivencia catastrófica y al focalizar en los determinantes psicógenos que llevan a dicha reacción. Entre ellos puede citarse a Mahler (1965), Bettelheim (1967) y Meltzer (1975), entre otros.

Una particularidad de los casos de autismo remite al papel de los objetos y figuras autistas, elementos que se experimentan como parte del propio cuerpo y tienen valor por la sensación que producen. Los objetos autistas y las figuras autistas de sensación que nacen de las sensaciones corporales del niño son utilizadas con una función: "Apaciguan y calman, y en consecuencia son una suerte de tranquilizante generado con el cuerpo" (Tustin, 1990, p. 117). El uso de objetos y figuras autistas no comportan una solución acabada que brinde una estabilidad continua al yo, por lo que son estos "(...) procedimientos autísticos los que fundan una y otra vez, incansablemente, una cierta definición de interioridad que no es tópica sino temporal, ya que se agota en el movimiento mismo que la instaura" (Fernández Miranda, 2019, p. 105).

En relación con las causas del autismo algunos autores han puesto el foco en su origen biológico (Kanner, Goldstein, Rimland, entre otros), aduciendo que en el autismo precoz severo hay una dificultad innata para el contacto afectivo o proponiendo una teoría propia que da cuenta de la base orgánica que lo produciría. Otros autores se han centrado en explicar su origen psicógeno (Meltzer, Maldavsky, Bettelheim) ya sea centrándose en la relación entre el bebé y su principal cuidador (estado depresivo en la madre, falla en la constitución de ritmos tempranos entre madre y bebé) o en la actividad del niño.

Autores como Tustin y Jerusalinsky han optado por una posición moderada e intermedia, dadas las limitaciones de los conocimientos actuales sobre su etiología, sosteniendo la hipótesis de que habría una combinación de factores genéticos con la crianza inicial. Jerusalinsky (1988) refiere que en los cuadros de desconexión autística siempre se encuentran intensas perturbaciones en la vinculación de las madres con los hijos. Tustin (1987) hace hincapié en la incidencia de una falta total o parcial de cuidados en los primeros tiempos de la vida, de una separación física demasiado temprana o, acordando con Meltzer, el hecho de que la madre del niño se encuentre en un estado depresivo después del embarazo. Al tratar de delimitar los factores que inciden en el autismo es necesario considerar el bagaje genético, la historia libidinal traumática, las circunstancias histórico-sociales y la historia parental, factores que generan "(...) modalidades de atravesamientos de las múltiples vivencias y la transformación de estas en experiencias subjetivantes o desubjetivantes" (Untoiglich, 2015, p. 47).

### **Los autismos infantiles desde un modelo exógeno de constitución del psiquismo**

Según el modelo exógeno de constitución del psiquismo teorizado por Silvia Bleichmar, la función del adulto respecto de la cría humana se desdobra en una doble operatoria (sexualizante y narcisizante) por la cual se producen las inscripciones excitantes, pulsantes, provenientes del inconsciente del otro y que dan origen a la sexualidad, a la vez que se propicia una ligazón de ellas mediante el narcisismo trasvasante del adulto. El adulto interviene, entonces, como un doble conmutador que "(...) irrumpe brutalmente en el niño a partir del movimiento libidinizante seductor a que lo somete con su cuidado, a la vez que brinda las posibilidades de ligazón libidinal mediante la procuración de una imagen identificadora" (Bleichmar, 1984, p. 179). El narcisismo trasvasante implica que el adulto se apropia ontológicamente del niño, considerándolo como un semejante y brindándole una propuesta identificatoria. Previo al nacimiento ya se puede ver cómo los adultos que estarán a cargo del niño le atribuyen características humanas al feto. "El narcisismo trasvasante del adulto es constitutivo del narcisismo del niño, y por supuesto constitutivo del yo, en tanto el yo es el lugar donde se va a localizar el narcisismo" (Bleichmar, 2006, p. 104). En este sentido, la imaginación productiva del adulto que le supone un psiquismo al bebé es un prerrequisito para su humanización.

Mediante los cuidados el adulto introduce los elementos provenientes del orden de la sexualidad, "(...) le introduce ese parásito (...) que es un monto de energía no simbolizable, origen del placer, desligado ya de la autoconservación, pero que va a instaurar los primeros elementos de lo humano en el sujeto psíquico (Bleichmar, 2010, p. 47). Las exigencias impuestas por estas excitaciones obligan a ese psiquismo incipiente a realizar un trabajo de ligazón y descarga de dicha excitación. Los movimientos que se dan en función de dicho trabajo constituyen un motor del crecimiento psíquico.

En el trabajo clínico con niños, la reubicación de los tiempos de constitución del psiquismo posibilita considerarlos en un proceso histórico que se puede cercar, determinar, por medio de los emergentes clínicos. En el caso del autismo se puede retomar una idea que ha sido rectora en su consideración: "El autoerotismo marca el comienzo de la existencia de la vida sexual y, por ende, representacional" (Bleichmar, 1999, p. 137), cuestión fundamental a considerar para su diagnóstico. En los casos de autismo precoz puede pensarse que sus necesidades básicas fueron cubiertas sin un plus de placer concomitante. Esto se ve clínicamente en que en los casos más graves de autismo hay una ausencia de placer de órgano, autoerotismo y "(...) de conductas que den cuenta de la constitución de algún registro del placer" (Bleichmar, 1993, p. 91). "El ejercicio del placer autoerótico (...) dan cuenta, como 'datos objetivos', de la existencia de un cachorro humano que se introduce en los caminos de la libidización" (Bleichmar, 1993, p. 91).

Por lo tanto, en estos casos podría hipotetizarse una falla en el primer tiempo de constitución del psiquismo, por lo cual no se darían los movimientos fundantes que permiten que la vida psíquica se instale. Esta hipótesis no descarta que haya una predisposición genética que intervenga en el cuadro autista. Sin embargo, Bleichmar sostiene que siempre que se da este tipo de cuadro se encontraron estas determinaciones psicogenéticas operando. En todos los casos pareciera haber "(...) profundos desencuentros, más o menos ostensibles, del adulto con el niño en la situación de los orígenes" (Fernández Miranda, 2021, p. 52). Este desencuentro muchas veces remite al acontecimiento de ser criado, en los primeros tiempos de la vida, bajo un comportamiento automático, exento de placer. Para cada caso se debe tener en cuenta que lo que se da es un "(...) encuentro contingente de un adulto con un hijo singular en cierto momento de su historia" (Fernández Miranda, 2019, p. 114).

El hecho de que no se produzca la implantación pulsional puede ser cuestionado en tanto es difícil considerar que no se instale la pulsión sexual. "Resulta difícil concebir un niño cuyo psiquismo no esté articulado, del modo que sea, a partir de la sexualidad del adulto" (Fernández Miranda, 2021, p. 73). En ciertos casos puede no haber ejercicio autoerótico clásico al modo del chupeteo, pero aparecen elementos estereotipados, balanceos, aleteos, autolesiones, que dan cuenta de la inscripción sexual. La experiencia clínica demuestra que son escasos los autismos en los que no hay indicio alguno de inscripción pulsional. Sin embargo, considerar los autismos primarios bajo estas determinaciones ofrece un fundamento para las intervenciones a realizar en la clínica.

En el autismo secundario la inscripción pulsional se daría en conjunto con la ligazón de dicha excitación. Posteriormente se produciría una vivencia traumática que llevaría al niño a defenderse mediante una reacción autista. Siguiendo con el modelo expuesto, el autismo secundario sería el resultado de una falla en el segundo tiempo de la constitución psíquica, en el cual se arriba a la organización de los sistemas intrapsíquicos mediante los movimientos que dan lugar a la represión originaria. Es en este tiempo de la constitución del psiquismo cuando el niño se repliega de manera masiva para evitar el ingreso de nuevas excitaciones provenientes del exterior. En este tipo de autismo la hipótesis etiológica es psicógena, no biológica.

La importancia de diferenciar entre un autismo primario y secundario reside en comprender las determinaciones que conducen a la formación autística de cada caso particular. Este hecho plantea una diferencia que se ve reflejada en el psiquismo del infante y tiene consecuencias al momento de delimitar las intervenciones clínicas a realizar.

### **Intervenciones psicoanalíticas en la clínica con autismos**

El psicoanálisis cuenta, históricamente, con la interpretación como su intervención fundamental, la cual tiene como objetivo hacer consciente lo inconsciente. Las intervenciones clínicas en el campo de los autismos infantiles no pueden apuntar en esta misma dirección, dado que, según el modelo expuesto, aún no habría una diferenciación tópica entre sistemas intrapsíquicos y, por lo tanto, no sería consecuente realizar exclusivamente intervenciones que apunten a una traducción de los contenidos inconscientes. Puesto que en la clínica de niños se trabaja sobre los tiempos de constitución psíquica, es necesario intervenir de otros modos. Según Levín, "(...) más que interpretar el sentido de una producción infantil reprimida, procuramos producirla, crear la escena, dar lugar a un nuevo sentido, a la plasticidad, para que un pensamiento se realice" (2010, p. 81). Intervenciones de esa índole pueden "(...) motorizar la estructuración, ser disparadoras de una transformación estructurante" (Janin, 2012, p. 50).

Bleichmar diferencia entre trastornos y síntomas para considerar la patología en la clínica infantil desde una perspectiva que se asiente en fundamentos metapsicológicos. Desde esta perspectiva, los trastornos son emergentes psicopatológicos previos al clivaje tópico o productos de una falla en los procesos de constitución psíquica, específicamente de la represión originaria. Los síntomas en sentido estricto solo pueden aparecer como resultados del conflicto intrapsíquico, es decir, posteriormente a la fundación del inconsciente y al advenimiento del yo, y como efectos simbólicos del retorno de lo secundariamente reprimido. Las presentaciones autísticas son previas a —o productos de fracasos en la instalación de— la represión originaria por lo que en estos casos no habría síntomas, sino trastornos de la constitución psíquica.

Siguiendo con la diferenciación entre los autismos, expuesta previamente, se desprende que a partir de las particularidades de cada cuadro se deberán realizar intervenciones con objetivos diferentes. Si el autismo primario puede pensarse a partir de un déficit en la instalación de la sexualidad, las intervenciones psicoanalíticas deberían propiciar su inscripción con la ligazón concomitante que llevaría a inaugurar la vida psíquica. En este sentido, Jerusalinsky (1988) afirma que el primer movimiento para intentar una cura es suponer un sujeto allí donde no lo hay y que, como resultado de las intervenciones psicoanalíticas, se logren establecer nuevas condiciones para la constitución del sujeto psíquico. "Dirigirse al sujeto y no a su enfermedad. No se trata de 'curar al autismo', sino de posibilitar que un sujeto advenga allí" (Untoiglich, 2015, p. 118). En el mismo sentido, Bleichmar (1999) propone que en los casos de autismo hay que tener "convicciones delirantes", como aquellas que las madres tienen con sus hijos recién nacidos. Con esto se refiere a atribuirle pensamientos y sentimientos, moverse con convicción delirante respecto de que el niño tiene mente. Esta posición del adulto constituye una condición para la inscripción de la sexualidad a partir del ejercicio

de una pulsación que instale la vivencia de satisfacción e implante la pulsión. “En tanto interlocutores y terapeutas de niños autistas no podemos impedir atribuirles intenciones (...) incluso si no tenemos razones para atribuírselas” (Bleichmar, 1993, p. 94).

En el autismo secundario las intervenciones debieran orientarse a la producción de movimientos que permitan la organización del aparato psíquico y sus sistemas. Siguiendo a Janin (2012), hay un amplio repertorio de intervenciones, tanto no verbales (acciones, operaciones lúdicas, dibujo, modelado) como verbales (señalamientos, verbalizaciones y construcciones) para lograr avances en la diferenciación entre sistemas psíquicos, en el registro de los afectos, en posibilitar condiciones de ligazón de lo pulsional y establecer redes de pensamientos. Las intervenciones estructurantes en tanto “(...) tienen que ver con posibilitar un armado, (...) generar una posibilidad” (Janin, 2012, p. 54). Las intervenciones estructurantes pueden ir dirigidas a construir una diferencia entre el yo-no yo, entre la experiencia interna y externa del propio cuerpo, y a la posibilidad de ligar los circuitos pulsionales.

En referencia a la cuestión diagnóstica, Ferrari afirma que “(...) más que una heterogeneidad, lo que hay es una continuidad tanto a nivel clínico como metapsicológico entre las psicosis autistas y las psicosis no autistas precoces y, además, existen formas de paso entre unas y otras” (1997, p. 6). Para pensar la relación entre los autismos y las psicosis infantiles se debe evitar la lógica de inclusión-exclusión dentro de categorías cerradas. “Entre el autismo y las psicosis infantiles hay una ruptura, y al mismo tiempo una continuidad” (Fernández Miranda, 2021, p. 57). Determinar correctamente el cuadro desde el trabajo clínico es, en este sentido, indispensable para posicionarse e intervenir.

Las corrientes teóricas actuales que componen un cuadro típico del autismo mediante una descripción meramente conductual hacen ingresar a la categoría “autismo” un gran número de casos en los que bajo los parámetros psicoanalíticos aquí desarrollados serían considerados de un modo diverso. Estas perspectivas obturan la posibilidad de considerar los determinantes psíquicos que intervienen en el caso particular.

En cuanto a la función del analista en la clínica de los autismos, Bettelheim considera que esta consiste en ayudar al niño a reconocer que existen formas de relación que no son destructivas. “El niño con características autistas intenta armar un mundo sin recurrir al otro, porque no confía en que el otro pueda sostenerlo” (Untoiglich, 2015, p. 118). El tratamiento no busca obligar al niño a que vea el mundo como realmente es. Se trata de crear “(...) un mundo diferente del que abandonó en su desesperación. Un mundo en el que pueda entrar ahora mismo, tal como él es” (Bettelheim, 1967, p. 28). Para Tustin (1987) esto consiste en “(...) aprender su ‘idioma’ y penetrar en su mundo, si lo que deseamos es comunicarnos con ellos” (p. 101). Siguiendo a Janin (2012), en estos casos el analista tendrá una función estructurante en la que intentará sostener el vínculo y despertar al otro que está en un estado de somnolencia, abrumamiento o desconexión.

“El trabajo eficaz con estos niños depende de que sean ‘amparados’ (psicológicamente) por un terapeuta que tenga algún barrunto del mundo especial en que ellos ‘viven y andan’” (Tustin, 1990, p. 49). Tendlarz lo explica de la siguiente manera: “Se trata de captar el modo sutil con que el niño permite que se aproxime a él de modo tal de ampliar su mundo dentro del funcionamiento que lo particulariza” (2016, p. 151). En este sentido, no se trata de domesticar al niño, ni de modificarlo: se trata de entrar en sintonía con él. La enseñanza de hábitos como único modo de trabajo es una forma de deshumanizar al niño que se encuentra en tratamiento. Las tendencias clasificatorias en el campo de la psicología han llevado a la creación de un gran número de terapias específicas para cada cuadro particular, en las que se le da más importancia al hecho de lograr con el niño una conducta funcional o que se ajuste a la norma que a aliviar su sufrimiento psíquico. Esta tendencia a homogeneizar es propia de terapias que “(...) califican el desvío en el comportamiento del niño, como algo que debe ser rectificado mediante un ajuste de conducta” (Manzotti, Teggi, Iuale & Gorosito, 2005, p. 116). Para estos modelos, “(...) los resultados esperados son las modificaciones de la conducta, donde lo evaluado será la presencia o ausencia de un patrón de respuesta, a situaciones previsibles y tipificadas previamente por los terapeutas” (Manzotti et al, 2005, p. 116). Este tipo de intervenciones procuran “(...) la ilusión provisional de una mejor inserción social pero que no permite al niño enfrentarse a situaciones nuevas con creatividad (...) contribuye a la asfixia y negación de su propia vida psíquica” (Ferrari, 1997, p. 21).

Esta marcada tendencia dentro del abanico de posibilidades de tratamientos ha llevado en muchos casos a otorgarle rápidamente un rótulo a lo que le pasa al niño, preguntándose poco por sus condiciones singulares. En la actualidad el autismo es diagnosticado en mayor medida que antaño: nos encontramos con una concientización respecto a este cuadro y lo que implica, lo que lleva en muchos casos a una etiqueta temprana y un recorrido por tratamientos que desembocan en la patologización. En el contexto sociocultural e histórico actual, los síntomas son leídos para constatar la presencia o no de autismo en el niño, entendiéndolo como parte del TEA (Trastorno del espectro autista) o TGD (Trastorno generalizado del desarrollo), lo que lleva a una fuerte patologización de la constitución psíquica y de la vida cotidiana. Los diagnósticos realizados a partir de clasificaciones que se basan en descripciones sintomáticas tienden a “(...) la imposición de un isomorfismo de la categoría nosográfica con el sujeto” (Fernández Miranda, 2019, p. 147), lo que deja poco lugar para pensar en la singularidad del paciente.

El beneficio que comporta esta mayor visibilidad del autismo es que muchas veces gracias a esto se pueden realizar intervenciones tempranas que realmente ayuden al niño a que no se intensifique el repliegue autista. Si el profesional que lo recibe brinda una mirada atenta a su padecimiento y a las inquietudes de los adultos a cargo, esto puede dar resultados positivos en el proceso de constitución psíquica del niño. Se debe tener en cuenta que el mismo diagnóstico en dos niños diferentes

no implica una igualdad de condiciones, la evolución de cada uno será distinta y para esto es necesario a su vez tener en cuenta el contexto social y familiar del niño. Las respuestas no son generales de cada patología, sino de cada historia particular. Es útil considerar el diagnóstico como una herramienta: en la infancia los diagnósticos tienen que ser flexibles y transitorios y pensarse como algo móvil, ocupando el lugar de una hipótesis.

Así como es imposible homologar a dos sujetos mediante un encasillamiento en una categoría psicopatológica, no se pueden realizar intervenciones idénticas para ellos. "No existe un tratamiento, una cura 'tipo' del autismo, como tampoco lo existe para cualquier ser hablante por fuera del diagnóstico y de la psicopatología. El psicoanálisis se dirige a sujetos, no a clases" (Tendlarz, 2013, p. 141). El diagnóstico debe ser pensado desde una perspectiva en la que se puedan evaluar a partir de él las posibilidades de tratamiento. "En ningún caso resulta viable diagnosticar a un niño pequeño como autista, hipostasia apresurada que desconoce la enorme plasticidad que presenta el psiquismo en tiempos de estructuración" (Fernández Miranda, 2021, p. 41). Cerrar definitivamente un diagnóstico de autismo a una edad muy temprana es desconocer que las formaciones autísticas se van constituyendo y que en algunos casos probablemente estos modos de funcionamiento aún no se han terminado de organizar.

Por un lado, se encuentran las intervenciones que son pensadas en términos de adiestramiento comportamental, en las que "(...) se los trata con técnicas y métodos tendientes a lograr un aprendizaje condicionado y mecanizado de lo que 'debe' hacer, decir y sentir" (Levín, 2010, p. 68) en las que "(...) no importa el deseo, sino que se adapte y se domestique (...) como la única propuesta 'científica' para el tratamiento de los niños con TGD en general" (Levín, 2010, p. 69). Por otro lado, están aquellas que son realizadas en torno al sujeto, en las que "(...) la meta es entonces abrir posibilidades creativas, de transformación permanente, meta opuesta a la constitución de un niño-robot, personalidad 'como sí' que se arma a pedazos, con sostenes múltiples, suponiéndolo un conjunto de piezas que se encajan" (Janin, 2013, p. 71).

El analista está en un lugar de acogida del sufrimiento y de la soledad para transformarlos e "(...) inventar sentidos donde no los había previamente" (Untoiglich, 2015, p. 118). La función del analista "(...) supone una capacidad real para acoger, contener, vivir las emociones primitivas aun no organizadas del niño, verbalizarlas y darles un sentido para devolvérselas de una forma asimilable por él" (Ferrari, 1997, p. 13). El analista, en una posición activa, oferta elementos para el advenimiento subjetivo: "Para que el adulto pueda ingresar en ese mundo sin que el niño se sienta desintegrado, tendrá que entrar en su ritmo y desde ahí armar pequeñísimas diferencias" (Untoiglich, 2015, p. 124). Mediante estos ligeros movimientos se perturba el sistema autístico del niño, lo cual es necesario para permitir que se den influencias externas. Ir armando paulatinamente un juego conjunto solo será posible si el analista

comienza este espacio lúdico tomando aquello en lo que el niño logre interesarse. En esta interacción que se da entre el analista y el paciente se busca disminuir el sufrimiento del niño, tratando de encontrar otros modos de funcionamiento que sean menos sufrientes.

Encontrar un punto de placer es un lugar para comenzar a trabajar. A partir de encontrarlo, este se podrá ampliar e intentar generar sustitutos que vayan rompiendo paulatinamente el automatismo en el que se encuentra el niño a dominancia autística. El juego es un modo de empezar a ampliar las experiencias que comportan placer para el niño; las variaciones dentro de este, un intento por complejizar esas vías de búsqueda de placer. Las intervenciones de esta índole forman parte de las oportunidades subjetivantes que se dan en el marco de la clínica, las cuales requieren tiempo y un otro que se encuentre disponible. Si en el tratamiento con un niño jugar no es posible, es necesario que el analista realice intervenciones que apunten a abrir un espacio lúdico. Se intenta armar un campo intermedio entre el niño y el analista donde se quite al niño de su indiferencia, generando la posibilidad de inaugurar un acercamiento lúdico.

El respeto por los modos de funcionamiento del niño en el momento de la consulta debe ser total. Una intromisión directa que busque quitar al niño de su estado, sin miramiento por la constitución subjetiva que ha alcanzado, solo puede generar rechazo y conducir a un repliegue aún mayor. Además, es importante revisar la representación que los adultos tienen sobre el niño, ya que las consideraciones y los saberes previos ligados a la categoría de autismo pueden entorpecer la posibilidad de conocer al infante en su singularidad. El diagnóstico de autismo puede provocar una desconexión de las personas cercanas con el niño. En lugar de conectarse con este, los padres se encuentran preocupados por la patología y sus características, lo que puede reforzar el retraimiento del niño. Es importante realizar un trabajo de deconstrucción de dichas categorías, planteando que el diagnóstico sirve para conducir el proceso terapéutico, pero que no nos dirá todo lo que debemos saber sobre el niño en particular. La inclusión de los adultos en el proceso analítico de un niño está definida por el modelo teórico con el que se trabaja: si se considera que los otros adultos intervienen activamente en la constitución psíquica del niño, es necesario incluirlos en el análisis. Mediante el trabajo conjunto el analista y los adultos pueden indagar sobre los modos de funcionamiento del niño de manera coordinada, pensar juntos sobre el trabajo terapéutico y plantearse mutuamente consultas que permitan ampliar la perspectiva que se tiene sobre el caso. Cuanto menor es el niño, hay mayor posibilidad de que los padres sitúen los puntos en los que ha habido un desencuentro con él y los puedan modificar. Esto puede derivar en efectos importantes en el proceso de constitución subjetiva.

El establecimiento del encuadre reviste fundamental importancia en los casos de autismo debido a que mínimos cambios en el ambiente pueden generar una crisis de excitación (Tendlarz, 2013, p. 82). "La vida del niño, que emerge de su soledad, se ritualiza en comportamientos que implican al otro, y cualquier fallo en el ritual desencadena la angustia a veces acompañada de cóleras" (Lebovici et al, 1990, p. 8). Tustin (1990), quien centró parte de su investigación sobre el autismo en las características que adopta el repliegue y caparazón autista, alerta sobre el peligro de inmiscuirse con estos niños sin comprender la función protectora que las sensaciones generadas por medio de los objetos y figuras autistas tienen para ellos. Para evitar una intrusión excesiva es necesario "(...) tomar como premisa el carácter perentorio de la regularidad mecánica para, desde allí, ir instilando delicadamente elementos novedosos que abran el juego hacia otras escenas" (Fernández Miranda, 2021, p. 81).

En los primeros encuentros entre el analista y el niño aún no habrá un contacto que pueda definirse como transferencial. Sin embargo, "(...) la clínica sostenida en los principios de la práctica psicoanalítica muestra que el trabajo con el autista logra introducir variaciones en esa condición que inicialmente parece impenetrable" (González Flórez, 2009, p. 18). El analista debe observar las señales que realiza el niño a dominancia autística. Hay momentos en los que este requiere de la presencia del otro y momentos en que dicha presencia puede resultar muy agobiante. La posición del analista es de cautela, respetando los ritmos del niño y esperando a ser aceptado como una alteridad soportable por él. Mediante el trabajo paulatino con el niño se comienza a abrir la oportunidad de establecer un contacto. Conocer y adentrarse en la experiencia del autismo es posible mediante el interés en sus objetos y sus modos de experimentar el mundo. Se lo acompaña en la construcción de una experiencia del mundo y una relación con el otro que sea menos angustiante.

En la clínica es necesario atender al detalle, para que no se pierda la novedad que puede acontecer entre las conductas rígidas o estereotipadas del niño. Una vez que el analista es aceptado por el niño, esto permite trabajar de otra manera. Se establece la transferencia y se comienza a perturbar un poco la comodidad autística. Cuando esto se hace posible, la transferencia toma otras características, en la que el paciente ya no se relaciona únicamente por medio de los objetos o figuras autísticas, sino que toma al analista como otro humano. Cuando el enfoque terapéutico busca perturbar el modo de funcionamiento autístico e intervenir activamente de inicio, la respuesta del niño puede ser o bien un estallido de angustia de aniquilamiento o un refuerzo del retraimiento. Por esto se hace necesario establecer el encuadre con el niño autista e intervenir gradualmente.

El tratamiento debe establecerse desde una perspectiva que contemple lo humano, respetando al otro en tanto ser sufriente y adoptando una posición ética y comprometida con el niño en proceso de constitución psíquica. La transferencia en la clínica de niños no implica solo una repetición de contenidos previos, sino que "(...) también es un lugar de surgimiento de nuevas posibilidades" (Bleichmar, 1984, p. 185).

La posibilidad de desplegar la aptitud simbolizante del niño se dará solo si logra diferenciar el mundo exterior y los objetos del sí mismo. El objeto autista otorga una interioridad en el momento mismo en el cual es aferrado. La relación de los niños a dominancia autística con los objetos, tanto animados como inanimados, responde a una "(...) operatoria sobre el mundo que intenta mitigar o abolir, precisamente, el carácter arrasador que tiene para el niño la presencia del otro vivo: una operatoria que podríamos llamar cosificación" (Fernández Miranda, 2021, p. 74). El autor refiere que esto no se trata de un déficit en la capacidad de registrar al otro humano, sino de una operatoria activa que el niño realiza para reducir a cosa toda forma de alteridad que le sea amenazante. Entonces, operar sobre el objeto material es una vía de trabajo con el niño a dominancia autística. Si es por medio de la experiencia corporal con el otro que brinda los cuidados en los primeros tiempos de la vida como emergen los primeros indicadores de vida psíquica, es necesario pensar cómo utilizar la sensorialidad con los niños a dominancia autística como una vía de trabajo para acceder al terreno de la representación. Mediante estos objetos y el juego, el analista puede tener un acercamiento progresivo al niño en el que pueda inscribirse una experiencia de placer al nivel del cuerpo. Una intervención de esta índole ayuda a que el niño pueda reconocer los bordes de su propio cuerpo, sus partes, teniendo como objetivo la posibilidad de representarse a sí mismo. Muchas veces estos niños rechazan el contacto corporal, por lo que el acercamiento debe ser pausado, respetando su tiempo y estando atravesado por lo lúdico. De lograrse un juego que retome el par presencia-ausencia, y realizando los movimientos tendientes a la constitución del yo, será posible pensar en un juego simbólico, del orden del "como sí", una vez que se hayan establecido las condiciones para este. Luego de propiciar en el análisis una relación entre el niño y el analista, de lograr que se instale la transferencia y que el paciente a dominancia autística atienda al analista, las intervenciones realizadas dentro del espacio analítico pueden aportar construcciones que propicien los procesos de simbolización del infante. Mediante estas intervenciones se le propone al paciente un enlace faltante, "(...) un puente sobre el cual empezar a pensar" (Bleichmar, 2009, p. 415). En este sentido se encuentran las intervenciones simbolizantes que apuntan a producir una simbolización ausente o faltante. Ellas se caracterizan por el empleo de "auto-transplantes psíquicos" en las que el analista adopta una posición activa, brindando simbolizaciones para algo que no tiene dicho estatuto. Tustin (1987) postula que en el trabajo terapéutico con los niños a dominancia autística el analista actúa como si estuviera diciendo: "En vez de darte mi mano, como si fuera parte de tu propio cuerpo, te daré mis 'pensamientos' que te ayudarán a ir diferenciando gradualmente tu cuerpo del mío y a desarrollar 'pensamientos' propios" (p. 133-134).

Actuar precozmente sobre las determinaciones del sufrimiento infantil permite introducir modificaciones importantes en el proceso de constitución psíquica. "Cuando se interviene en momentos estructurantes del funcionamiento psíquico (...) se inaugura un proceso de neogénesis: algo que no estaba preformado, y que no hubiera llegado a instalarse por sí mismo, se produce en virtud de la intervención analítica" (Bleichmar, 1999, p. 37). Como fue referido previamente, la posibilidad de diferenciar entre un autismo primario y secundario resulta determinante en la elección de las intervenciones clínicas a realizar. En los casos de autismo precoz las intervenciones del analista deben ir dirigidas a lograr un proceso de neogénesis, abriendo la posibilidad de una implantación pulsional que no se dio o lo hizo de manera deficitaria, permitiendo que aparezcan los primeros indicios de vida psíquica. En el autismo secundario las intervenciones tendrán como objetivo una estructuración de la tópica psíquica, buscando lograr una organización yoica a la vez que respetando el armado subjetivo que el niño construyó hasta el momento de la consulta.

Las intervenciones clínicas propuestas están basadas en que se considera que existe "(...) la posibilidad de que se produzcan a través de la práctica psicoanalítica nuevas constelaciones simbólicas que permiten la fundación de instancias" (Bleichmar, 1999, p. 62). En estos casos las intervenciones que se dan de manera temprana "(...) tienen la potencia para evitar que se cristalice una dominancia autística en niños cuyo derrotero parece ir conduciéndolos en ese sentido" (Fernández Miranda, 2021, p. 41). En algunos casos la situación se puede modificar mediante un cambio en la posición de los otros significativos que conforman la red libidinal en la cual el niño se va constituyendo. Por esto es que conocer la historia del niño, armarla en conjunto con sus adultos a cargo, permite pensar intervenciones en las que emplazar al niño en su propia historia. A modo de síntesis y como conclusión, se considera que para alcanzar dichos objetivos en la clínica se busca ir proponiendo al niño a dominancia autística modos de proceder distintos a aquellos en los que hay un imperio de la autosensorialidad, de la estereotipia y del repliegue que lo caracteriza. El analista se posiciona como un acompañante dócil que va permitiendo su despliegue según los intereses propios que el niño va demostrando a lo largo del trabajo terapéutico. El niño podrá soportar y eventualmente aceptar la presencia del otro humano mediante un acercamiento paulatino que permita luego abrir escenarios compartidos, que desde una perspectiva lúdica le brinden placer. La perspectiva del tratamiento será la de contener, acompañar y propiciar recomposiciones y neogénesis de sus procesos de constitución psíquica, buscando lograr cierta flexibilidad en los procesos autísticos en la medida en que esto sea posible y siempre respetando el armado subjetivo del paciente.

#### Referencias bibliográficas

- BETTELHEIM, B. (1967). La fortaleza vacía. Autismo infantil y nacimiento del yo. Paidós.
- BLEICHMAR, S. (1984). En los orígenes del sujeto psíquico. Amorrortu.
- BLEICHMAR, S. (1993). La fundación de lo inconciente. Amorrortu.
- BLEICHMAR, S. (1999). Clínica psicoanalítica y neogénesis. Amorrortu.
- BLEICHMAR, S. (2006). El estatuto del narcisismo en psicoanálisis. 3º Jornada anual y seminario: El narcisismo y sus patologías. Sociedad Psicoanalítica de Paraná.
- BLEICHMAR, S. (2009). Inteligencia y simbolización. Paidós.
- BLEICHMAR, S. (2010). El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo. Topía.
- BLEICHMAR, S. (2010). Psicoanálisis extramuros. Entreideas.
- FERNÁNDEZ MIRANDA, J. (2019). El trabajo de lo ficcional. Problemáticas actuales en clínica psicoanalítica con niños. Letra Viva.
- FERNÁNDEZ MIRANDA, J. (2021). Una vuelta en torno al autismo en psicoanálisis. Letra Viva.
- FERRARI, P. (1997). Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces. En Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente. Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes.
- GONZÁLEZ FLÓREZ, L. (2009). El autismo y la creación de la transferencia. Editorial Universidad de Antioquia.
- JANIN, B. (2012). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 53, 49-56.
- JANIN, B. (2013). Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños. Noveduc.
- JERUSALINSKY, A. (1988). Psicoanálisis del autismo. Nueva Visión.
- Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. Revista Española de Discapacidad Intelectual Siglo Cero, 149. [www.feaps.org](http://www.feaps.org)
- LAPLANCHE, J. (1987). La cubeta. Trascendencia de la transferencia. Problemáticas V. Amorrortu.
- LAPLANCHE, J., BLEICHMAR, S, et al. (1993). Bulimia – Anorexia – Autismo. N/A Psicoanálisis con niños y adolescentes, 5.
- LEBOVICI, S., DIATKINE, R., SOULE, M. (1990). Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente. Biblioteca Nueva.
- LEVIN, E. (2010). La experiencia de ser niño. Nueva Visión.
- MALDAVSKY, D. (1994). Pesadillas en vigilia: sobre neurosis tóxicas y traumáticas. Amorrortu.
- MANZOTTI, R., TEGGI, D., IUALE, M., GOROSITO M. (2005). Autismo infantil: resultados terapéuticos del psicoanálisis. En XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, UBA.
- MELTZER, D. (1975). Exploración del autismo. Paidós.
- TENDLARZ, S. (2012). Niños autistas. Revista Virtualia, 25. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/278/estudios/ninos-autistas>
- TENDLARZ, S., BAYÓN, P. (2013). ¿Qué es el autismo? Colección Diva.
- TENDLARZ, S. (2016). Clínica del autismo y de la psicosis en la infancia. Colección Diva.
- TENDLARZ, S. (2018). ¿Qué se le propone al sujeto autista? Foro internacional sobre autismo. Centro internacional de convenciones de Barcelona (CCIB).
- TUSTIN, F. (1981). Estados autísticos en los niños. Paidós.
- TUSTIN, F. (1987). Autismo y psicosis infantiles. Paidós.
- TUSTIN, F. (1990). El cascarón protector en niños y adultos. Amorrortu.
- UNTOIGLICH, G., et al. (2015). Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. Noveduc.