



¿Se puede pensar en una impronta subjetiva al diagnosticar?

Gabriela Sainz Sosa

Liseth Satalosky

El mundo digital es un efecto, es decir, la consecuencia de la revolución mental. La columna vertebral de la revolución digital son las ruinas arqueológicas en las que podemos leer los vestigios de una civilización oculta. Hay que buscar restos fósiles de alguna vida precedente. Los códigos de la revolución mental que ha generado todo eso. Es la primera vértebra que me hace llevar a casa unos cuantos indicios.

Alejandro Baricco. *The game*

Resumen: El presente trabajo parte de una viñeta clínica de un niño de 3 años y 7 meses que ha suscitado fuertes cuestionamientos con respecto al concepto de diagnóstico. Todo ello nos condujo a pensar en la noción de la descripción como estilo de trabajo con un paciente. Tanto de lo suscitado en la clínica como así también, aquello que se registra desde la contratransferencia; con el objetivo de no generar una impronta subjetiva. Hasta el momento barajamos la siguiente hipótesis; el niño viviría en un estado mental autista debido a una desintegración sensorial. Existiría una desregulación emocional que necesita ser elaborada en conjunto con los padres a través de la creación de un medio facilitador para el desarrollo de su psiquismo.

Descriptor: Psicoanálisis, Niñez, Autismo, Diagnósticos, Regulación Emocional.



¿Los psicoanalistas diagnostican?

Cuando nos encontramos ante un caso complejo emergen un sinnúmero de cuestionamientos: ¿Es necesario establecer un diagnóstico inicial?, ¿un diagnóstico puede servir para orientar el trabajo clínico?, ¿los diagnósticos tienen límites?

El material que será presentado es un recorte de un caso clínico donde la cuestión del diagnóstico estuvo muy presente desde un inicio. Tanto por la forma en que los padres presentaron a su hijo en la primera entrevista, como así también, por las dudas generadas en la terapeuta. Era necesario encontrar una primera vértebra que llevara a la analista a unos cuantos indicios para trabajar.

A partir de allí, hubo una elaboración simbólica plasmada en esta escritura. Elaboración que continúa produciéndose.

Santolalla (2022) señala que: el analizado no es un objeto científico frente al cual el analista, desde las alturas de su sillón, puede protegerse con la objetividad del escudo teórico. Por otro lado, el psicoanalista no puede, como Ulises atado a su mástil, disfrutar del espectáculo y el bello canto de sirenas sin correr riesgos ni aceptar las consecuencias. Las palabras de un paciente, una idea nueva, una música, una poesía, las palabras que no fueron pensadas y que sin embargo brotan de manera articulada en la asociación libre, pero es una ficción extraordinariamente omnipotente concebir la escucha de manera literal y neutra. Como analista lo único que podía sostener era la interrogación y el desconcierto, juntar inquietantes fragmentos y mantenerlos de manera provisional, sin formalizarlos en un diagnóstico que congelara mi deseo en tanto analista. (p.10)

De esta manera, se hace presente la forma en que se implica el analista en el trabajo clínico, de cómo escucha y lee lo articulado o lo que sólo es mostrado en forma de fragmentos no engarzados. En este sentido, siguiendo a Santolalla no se formaliza un diagnóstico para que el analista no se confine junto con su deseo y encapsule a su paciente.

En la contratransferencia apareció un temor con respecto al deseo de analizar y comprender qué le pasaba a este niño. En pocas palabras podríamos decir que estaban siendo arrasados por sus desbordes pulsionales. Transcurría un año de tratamiento y el panorama seguía bastante igual que al principio. El cuadro clínico se presentaba desconcertante a pesar de existir avances tales como: permanecía dentro del consultorio y era él quien cerraba la puerta una vez que ingresaba cuando antes sólo deambulaba, empezaba a hacer contacto visual con la terapeuta, su juego era mayormente exploratorio e incluía más elementos. Había incorporado palabras nuevas y armaba frases cortas (colectivo rojo, colectivo blanco, vamos a casa, vamos con mamá y papá, pis, chau, vamos a comer la torta).



Ahora bien, realmente... ¿qué cambios se esperaban?, ¿los logros observados eran pocos, eran muchos, se pedía más de la cuenta?, ¿la evolución estaba estancada? Probablemente, la terapeuta tenía grandes expectativas y pretendía lograr una mayor regulación emocional en el niño durante el tiempo trabajado. En párrafos posteriores se nombrarán los avances logrados.

Al mismo tiempo se presentaron las intervenciones de otros profesionales (psicopedagoga, estimuladora temprana y neuróloga). En una reunión virtual, se planteó la idea de realizar una entrevista domiciliaria, ya que, aparecían sospechas en relación al discurso parental. Éstos sostenían que su hijo era tranquilo. Al principio, los padres se negaron hasta que accedieron. En esa oportunidad, concurrió la estimuladora y la psicopedagoga. La casa era espaciosa y advirtieron que el niño pasaba muchas horas frente al televisor. Éste se puso muy contento con la visita, lo notaron emocionado y sus ojos le brillaban.

Primer indicio: ¿este niño tiene un nombre?

La analista presentó el caso en un grupo de supervisión y llamó la atención la ausencia de un nombre. Se refirió a él como "el niño", no pudo imaginar un nombre ficticio. Se podría hipotetizar en una no asignación de un nombre. ¿Hablamos de un niño genérico? Algo se había inmiscuido en esa dificultad pues no era posible "precisar", darle entidad, identidad, un lugar... en términos de palabras. Se estaba ante la presencia de un nombre y un espacio que no terminaba de asignarse, de implantarse. ¿Era un niño que empezaba un proceso de subjetivación? Y en este proceso se le nombró Roberto a modo de acto inaugural.

Roberto es hijo único y a los tres años de edad es derivado por la pediatra a una neuróloga, quién hace el diagnóstico: "desafío en la comunicación, lenguaje verbal y no verbal" y sugiere un tratamiento de tipo cognitivo-conductual. Es enviado a estimulación temprana (tratamiento que realiza por tres meses). A su vez, desde esta área se solicita una interconsulta con psicopedagoga y terapeuta ocupacional, finalmente la psicopedagoga, lo deriva con la psicóloga, a la que se le requiere una evaluación.

El primer encuentro fue con los padres, ambos trabajaban en una empresa de atención telefónica, el padre como supervisor y la madre como asesora. Tienen 38 y 37 años respectivamente. El horario laboral es por la mañana, luego almuerzan con el niño y suelen dormir una siesta juntos. En contraturno, asisten a todas las terapias y si queda un espacio libre, van a la plaza de juegos. Esta explicación otorgada por el discurso parental sobre la

escasez de tiempo y la concurrencia a una plaza será desmentida. No asistían a los espacios abiertos porque tenían que andar corriendo detrás del niño.

Minutos más tarde describieron un parto por cesárea. *"No hubo problemas, fue un pro...un embarazo sin problemas"* —dijeron. La madre tuvo náuseas por tres meses razón por la cual, se tomó una licencia para no provocar contracciones. *"En la semana 37 nació, fue un embarazo controlado, normal"* —añadió.

Roberto no usó mamadera ni chupete, el destete fue al año y medio. Actualmente utiliza tenedor, cuchara y plato para comer, si esos elementos no están *"se enoja mucho"* —relataron los padres—. Con respecto al control de esfínteres: controla la orina de día y de noche; con la caca hay mayores inconvenientes. Suele pedir que lo acompañen al baño o que le pongan pañal. Hasta ahora no defeca en el inodoro. Le cuesta quedarse sentado. Habitualmente transcurre una semana entera sin defecar.

De igual forma, la madre detalló que el niño lloró al nacer, *"me lo dieron a mí, es un nene tranquilo en el sueño, nace y no conozco bebé... de noche dormía de corrido, no molestaba, no lloraba, tomaba teta y se dormía, alertaba si se ensuciaba, no fue enfermizo, el primer resfrío lo tuvo antes del año, a los 11 meses y monedas"* —manifestó.

Más tarde señalaron que los primeros tres meses de vida del bebé eran sólo ellos tres, no permitían que lo visiten sus familiares, ni *"cargoseen"*, pretendían una adaptación al mundo *"lo más tranquila posible"* —informaron.

Segundo indicio: "la tuta" ¿una huella mnémica?

La primera vez, Roberto vino acompañado por sus padres hasta la puerta del consultorio. Se mostró algo dudoso al ver a la terapeuta hasta que accedió a entrar. Sus padres se retiraron, luego de eso comenzó a gritar y llorar cuando la terapeuta tomó el juguete que él tenía. Ese día desparramó todos los juguetes por el piso y hubo un nulo contacto visual. Mencionó muy pocas palabras... una de ellas fue *"tuta"* haciendo alusión a torta. No quiso prestar los juguetes, gritó, lloriqueaba frecuentemente pero siguió sin hablar, golpeó con ambas manos la mesa. Esta acción del golpeteo se repitió varias veces en la misma sesión.

Dentro de ese gran desparramo... pisó casi todos los juguetes mientras recorría el consultorio hasta que quedó enganchado con unas fichas de cartón que tenían distintas imágenes. Una de ellas era una torta. Tiempo después, golpeó la mesa con una cuchara, se sentó en la silla y tomó la imagen de la torta, sopló las velitas que aparecían allí. Volvió a



deambular, agarró un cartón con dibujos y siguió deambulando... mientras tanto iba golpeando las cosas a su paso... Posteriormente sacó unas galletas de su mochila y las colocó en la mano de la terapeuta. Simultáneamente repitió: *"que los cumpla feliz... tuta"*.

Más tarde, volvió a gritar y se enojó, se tocó los genitales y parecía que con esta acción buscaba calmarse. En su contratransferencia, la terapeuta se sentía exhausta a nivel físico y mental. Al mismo tiempo, pudo observar una gran desconexión emocional en el niño.

Roberto repetía: *"que los cumplas feliz Roberto... soplá, tuta, soplá"*... acto seguido, quiso subir encima de la terapeuta para mirar por la ventana. Se notó un escaso registro del cuerpo propio y del otro, volvió a gritar *"tuta"*.

A partir de esta primera escena presentada, fueron emergiendo algunas ideas para pensar el caso. Una de ellas es que Roberto exterioriza un desarrollo psicológico detenido y un mundo emocional muy rudimentario.

Tustin (1995), elabora la siguiente teoría: parecen estar rodeados de un caparazón que evita que nos pongamos en contacto con ellos. Cuando traspasamos esta fachada defensiva, encontramos que los niños autistas están traumatizados. En cierto momento del tratamiento nos muestran que tuvieron una conciencia muy angustiante de su separación corporal con la madre que amamanta, que esta conciencia fue insoportable. Las razones para esto son distintas en cada caso, pero mi propio trabajo indica que es generalmente una interacción entre una madre que, no por culpa de ella, no pudo estar tan en contacto con el bebé como hubiese querido, y un bebé especialmente sensible que necesitaba cuidados especiales. (p. 678)

Desde el punto de vista de Duhalde et al. (2020) plantea que los infantes muestran desde que nacen una capacidad regulatoria con diferencias individuales en la constitución de su sensorialidad y en el logro de una homeostasis que, sin embargo, en esos primeros momentos es incipiente y por lo cual, necesita del ambiente para regularse. El padre y la madre construyen junto con su bebé un sistema de regulación y transformación afectiva que está sostenido por la disponibilidad que tienen éstos frente a su bebé, lo cual, les lleva a registrar cómo interacciona su bebé con el ambiente. La percepción del adulto con respecto a las manifestaciones afectivas del bebé es de suma importancia para que éste llegue a la autorregulación. El adulto necesita tener la capacidad de disposición emocional para ponerse en sintonía con su bebé en cuanto a darse cuenta de las necesidades y la manifestación de una gama de emociones que no sólo incluyan la angustia o malestar emocional. También es igual de importante visualizar cómo responde el bebé frente a la invitación del adulto y cómo se involucra, es decir, la capacidad que muestra el infante para involucrar a sus padres en una actividad o juego.



En este sentido, se percatan diferencias entre aquellos padres que detectan ciertas dificultades para conectarse con su bebé mientras otros no logran hacerlo. Entre los que no logran ponerse en sintonía, pueden hacer "intromisiones" que suponen un exceso para la capacidad que tiene el bebé para metabolizar dichas acciones.

Cuando todo va "bien", la madre y el padre o los que representan estas funciones son un mapa que marca el camino hacia una travesía llena de aventura y libertad, se preserva el lugar de la subjetividad y no existirían interrupciones en la temporalidad.

¿Y qué sucede cuando no va bien? Se eclipsa su vida ante la caída de la imagen narcisista de su Yo frente al mundo; sus pupilas se dilatan, el sufrimiento entra en escena ante la experiencia infantil que ha quedado suspendida, en un tiempo con poco o nulo movimiento donde el juego deja de ser protagonista y la angustia toma su lugar como respuesta a ese momento traumático cuya lengua perturba al estar hecha de sonidos confusos, de estados emocionales que no se pueden descifrar y que se transforman en un grito, al que no es posible darle sentido.

Volviendo al caso clínico compartimos interrogantes que fueron apareciendo: ¿hacer un diagnóstico inicial es pertinente?, en el caso afirmativo ¿podría considerarse como una acción violenta?, ¿clasificar los síntomas en trastornos y/o síndromes clínicos logra acallar la angustia?, ¿la angustia es del terapeuta, de las figuras parentales, del niño, de todos?

Por un lado, pensamos que puede resultar devastador y sobre todo paralizante para cualquier familia recibir estos diagnósticos. Por otro lado, un diagnóstico precoz de sufrimiento psíquico desde una perspectiva intersubjetiva no implica necesariamente establecer una etiqueta o rotulación prematura; puede ser una oportunidad para hacer una intervención en los vínculos del infante con sus padres.

Los padres de Roberto funcionaban de manera espejada. Uno hablaba y el otro completaba la frase. Estaban amalgamados. En la primera entrevista relataron que no sabían lo que tenía su hijo y decían que la neuróloga no otorgó un diagnóstico. Cuando en realidad habían ido a la consulta psicológica con una derivación médica donde estaba escrito un diagnóstico. ¿Qué era lo que realmente no sabían?, ¿qué era penoso escuchar?, ¿registraban algo de lo que le pasaba a su hijo? Estas inquietudes nos conducen a pensar lo complejo que resulta oír un diagnóstico que puede asustar, confundir y/o abrumar.

De ahí que sea necesario dar importancia al "decir" tanto del infante como el de sus padres sobre sus síntomas. Ese "decir" se convierte en un texto y de éste, se realiza una lectura que permite ir al encuentro de algunas coordenadas que lleven a vislumbrar los límites y las posibilidades.



Santolalla (2019) sugiere que la clínica psicoanalítica se desarrolla en un encuentro entre la puesta deseante, la incertidumbre y la búsqueda de indicios que permitan el despliegue subjetivo, lo cual, no será visto como tropiezos sino como una regla que marca el camino para las intervenciones que se harán en el proceso.

Se conjetura entonces que el estallido que se produjo en el consultorio con su llegada, evocaba su estado mental interno, un estado de sensaciones desbordantes. Lo único que se podría retomar sería el enganche de Roberto con la ficha de la torta. Fue el único elemento que él tomó del desparramo y el único elemento que lo rescató. En esa escena desplegada pudo efectuar un recorte y tomarlo para sí. Este sería el primer indicio a ser considerado. El sentido que se puede atribuir sería similar a un momento alegre, afectivo, sentirse especial y mirado amorosamente por sus padres... probablemente sus cumpleaños habrán sido vividos como una verdadera fiesta.

Tal era su emoción que cuando miraba la imagen de la torta, sus ojos brillaban y de vez en cuando sonreía. Desde que la encontró, no la soltó más (parecía amor a primera vista). Esta acción de tirar todas las fichas de la caja y agarrar únicamente la torta, se repitió en todas las sesiones. Dicha imagen podría considerarse como un "objeto autista" según la descripción de Tustin. No son "objetos" en un sentido objetivo, sino que son sentidos como siendo partes del propio cuerpo del sujeto. Están generados por el sentido del tacto y son apretados contra sí o estrujados fuertemente, como si de esa manera se volvieran parte de su cuerpo.

"Los objetos y las figuras autistas, son ambas 'alucinaciones táctiles' (Aulagnier, citada en Tustin 1995). Dan lugar a la ilusión de estar encapsulado en un caparazón. Surgen de la propensión a la búsqueda de objetos y formas; van en una dirección idiosincrática. Protegen contra los terrores del 'no-ser', pero bloquean el desarrollo psicológico en marcha". (p. 682)

Coincidimos con Tustin cuando señala que las sensaciones táctiles asumen una importancia predominante. En el caso de Roberto, había una preeminencia por el sentido del tacto. Todo pasaba por tocar... deslizaba las manos por las paredes y las puertas, también golpeaba la mesa, la silla y el vidrio de la ventana, agarraba y tiraba los juguetes, los lápices. De igual forma quería introducir sus dedos en la boca de la terapeuta.

En un segundo plano podría ubicarse la vía gustativa. En las primeras sesiones, tomaba de su mochila una manzana que mordía fuerte... tragaba sin masticar. Acto seguido, se atragantaba con galletitas saladas. La terapeuta notaba que estas acciones representaban instantes de calma, es decir morder, tragar y comer lo tranquilizaban. Como si fuese una forma de regularse bastante primitiva.

“El tocar tiene un significado mágico para los niños autistas. Como en los Cuentos de Hadas, el tocar puede hacer que algo entre en existencia o lo puede hacer “dejar de existir”. (Tustin, 1995, p. 686).

Más tarde agrega: “El tacto es el modo de percepción en el que el sujeto debe estar muy próximo a los objetos. Así, los objetos que son tocados pueden parecer “ser” parte del cuerpo del sujeto y no causar la perturbadora sensación de separación. No es que los niños autistas no puedan ver ni oír, sino que su atención ha sido apartada de lo visual y los sonidos, para permanecer clavada a las sensaciones táctiles. (p. 688)”. Los niños en este estado no poseen el suficiente sentido de la separación corporal y por ende, de su identidad individual, lo cual, no les permite la capacidad de identificarse con otra persona más bien se sienten como “cosas” más que como seres humanos. Roberto se mostraba exaltado y excitado sin una impresión sensorial elemental, no había imaginación, ni proyección, sólo percepción.

“El darse cuenta de su cuerpo de carne y hueso los expone al miedo de ser lastimados (anteriormente, el daño era percibido en términos de agujeros en el caparazón más que de lastimaduras). Su cuerpo de carne y hueso parece amenazado por la catástrofe.” (Tustin, 1995, p.885). El ser tocados aparece como una intrusión que amenaza con exprimirles la vida (se ponen rígidos) a su vez los niños estrujan las cualidades de los objetos como la altura, dureza e impenetrabilidad siendo sentidos como partes de su cuerpo.

Dos terapeutas en búsqueda de la brújula analítica

La terapeuta no sabía con precisión cuál sería su función principal. Si habría que ayudar a regular el desborde pulsional, calmar las ansiedades arcaicas, contener las emociones y ponerle nombres o un poco de cada cosa.

“Cuando se trata de niños con autismo se efectúa con elementos de la técnica muy distintos de la cura analítica clásica: “la meta del analista no es interpretar los fantasmas del inconsciente ya constituido de un sujeto, sino permitir el advenimiento de tal sujeto”. (Santolalla, 2019, p.1)

En esos primeros encuentros con Roberto, daba la impresión que fuera un animalito, como si no hubiese ingresado a la cultura. No podía jugar simbólicamente. Su cuerpo estaba en constante movimiento y muy inquieto. De igual manera, se volvía verborrágico y repetitivo con algunas palabras o frases cortas. ¿Como si existiese algo del orden maníaco en esas repeticiones?



Cardenal & Galeano da Costa (2020) desarrollan las siguientes ideas: Bion postula que para el desarrollo de la mente humana se necesita de un objeto continente (la madre o quien cumpliera esa función materna), que permita metabolizar las ansiedades primitivas, y le devuelva desintoxicada estas ansiedades, esto permite lentamente introyectar el objeto contenedor dentro del mundo interno, y de esa manera tolerar la espera, la ausencia y la frustración. A este proceso lo denomina "reverie".

La posibilidad de transformar las experiencias somático-sensoriales en pensamientos es lo que permite el desarrollo emocional del infante. Pero ¿qué sucede si no se logra este proceso psíquico? Si el infante no encuentra un continente disponible para sus emociones primitivas, se reintroyecta un terror sin nombre, y sus salidas serán descargas en el cuerpo, en el campo perceptual o en los actos.

Desde otra línea teórica, Winnicott, rescata la función materna como fundamental para la maduración del Yo, si no se dan estas funciones el Yo queda necesariamente distorsionado en ciertos aspectos vitales. El infante humano está al borde de una angustia inconcebible. Esta angustia se mantiene a raya con la función materna. La angustia inconcebible se expresa a través de: fragmentarse, caer interminablemente, no tener ninguna relación con el cuerpo.

Benchouam (2020) señala lo que sigue: Bion nos muestra que los componentes mentales también desarrollan un proceso similar a la digestión. La personalidad del lactante es incapaz de utilizar los datos de los sentidos y tiene que evacuar esos elementos en la madre y confiar. Si la Identificación Proyectiva es moderada y encuentra un medio materno receptivo, las emociones serán digeridas y la experiencia de alimentación y contacto irán construyendo una experiencia emocional. A esta actividad de digestión, Bion le dará el nombre de una incipiente Función Alfa.

A partir de lo anterior podemos hipotetizar acerca de los comienzos de Roberto. Probablemente hubo una madre con poca disponibilidad emocional para metabolizar el torbellino emocional del niño. Además de ello se puede inferir algo del orden del exceso y del pegoteo desde los padres hacia Roberto y viceversa.

Los progenitores otorgaban un sinnúmero de explicaciones a las acciones del niño. Impresionaba que pretendían justificar sus conductas, por ejemplo; si Roberto llegaba al consultorio más inquieto de lo habitual, si venía comiendo una manzana, etc. Especialmente, se observaba a una mamá que hablaba mucho y escuchaba poco.

Las sesiones no finalizaban al cerrar la puerta del consultorio, continuaban en la sala de espera. Allí estaban ambos padres esperando la llegada del niño con su terapeuta para saber cómo le había ido a su hijo. Aprovechaban ese espacio para comentar lo ocurrido en el día. Mientras tanto, Roberto corría sin parar por el patio. Generalmente, el padre iba a

atajarlo y la madre seguía explicando. Hacían pocas preguntas y daban muchas respuestas. A todo esto, la terapeuta sentía en el cuerpo una gran extenuación y sensación de aturdimiento mental. Se sentía llena, como empachada de tantos contenidos internos.

A nivel contratransferencial, la terapeuta sentía que el tiempo se detenía. El clima analítico era tenso y difícil de sobrellevar. Por parte de la terapeuta, predominaba un silencio angustiante. Por el lado de Roberto, dominaba el ruido a nivel físico (inquietud psicomotora) y verbal (ecolalias). La palabra no sería la vía principal de comunicación sino más bien las manifestaciones no verbales. Era un niño que no se mostraba desesperado por no saber cómo comunicarse.

Recapitulando todo el material expuesto hasta aquí nos preguntamos: ¿qué es lo más importante con este niño?... ¿que los padres tengan un diagnóstico particular o más bien plantear que su desarrollo psíquico está detenido? Por consiguiente, el interés por encontrar los "indicios" es de suma relevancia en pos de comprender cómo ayudarlo junto con la construcción de la relación terapéutica. Tales indicios podrían funcionar a modo de una brújula.

Es así que, retomando la pregunta inicial acerca de la viabilidad del psicoanalista en diagnosticar; es factible indicar que puede hacerlo pero... *¿para quién se diagnostica?* Desde la perspectiva sostenida en este trabajo coincidimos en que resulta más significativo describir el funcionamiento psíquico del paciente. En esta oportunidad, notamos que aún no se encontraría desarrollada la regulación emocional.

Roberto tenía un lenguaje sensorio-motriz. ¿Qué rol juega la sensorialidad en el proceso de subjetivación? ¿Cómo escuchar su sensorialidad y traducirla a palabras, imágenes?, ¿cómo hacer para que se apropie de su subjetividad?

Meltzer et al. (1979) refiere que los estados autistas son una forma especial de disociación a la que nombra como "desmantelamiento" que se proyecta en una singular forma del uso del espacio y el tiempo en la que se producen acciones obsesivas arcaicas como muestra de la suspensión inmediata y transitoria de la actividad mental llamada desmentalización, la cual, se compone de "hechos" (o eventos), pero no de "experiencias". Así también se suspende de momento las transacciones transferenciales.

Cómo hemos mencionado, Roberto funcionaba mediante la repetición de acciones obsesivas. La secuencia solía ser: llegar al consultorio tomado de la mano de ambos padres como si vinieran sujetándolo para que no se escape. Entraba corriendo por el pasillo sin saludar ni mirar a la terapeuta y empezaba a desparramar las fichas por el piso. Si venía exaltado, golpeaba con sus manos la mesa y los estantes. A veces incorporaba el zapateo con sus pies. Luego se recostaba en el piso y hacía rodar cuatro autos.



Paulatinamente, tiraba las fichas al piso y las colocaba dentro de un camión. También las pasaba a una camioneta. Se notaba su esfuerzo para que todas pudieran caber dentro. Si alguna se caía, se enojaba un poco pero volvía a intentar. Estas acciones se repitieron durante un largo período. A posteriori pudo incorporar unas "manitos" con las cuales golpeaba la mesa y los estantes. Asimismo, dejó de comer en las sesiones y empezó a nombrar palabras nuevas y frases cortas.

Otro punto importante a destacar, es la categoría del tiempo. Al principio hemos señalado que el ritmo de las sesiones era vertiginoso y acelerado. Del lado de la terapeuta eran sesiones suspendidas en el tiempo pero a la vez, un tanto agitadas internamente. En relación al espacio, lentamente comenzaba a existir un uso mayor del mismo personificado tanto en los juguetes como en el consultorio.

Recordemos también que primariamente la terapeuta parecía no existir para Roberto. Sin embargo, con el transcurrir de los encuentros empezó a ser interpelada.

Tomando como punto de partida, las ideas de Meltzer et al. (1979) el desmantelamiento es un proceso ante todo pasivo, el cual se efectúa a través de una momentánea suspensión de la atención, simplemente los sentidos "vagan y se adscriben, versátiles, a los estímulos más llamativos del momento." (p. 12). "Lo que llama la atención en el comportamiento del niño en el cuarto de juego (en la transferencia) es que no puede adquirir la experiencia de estar dentro y fuera del objeto, porque el objeto (madre) es plano, bidimensional, sin espesor ni interior." (p. 13). Se muestra la carencia de un espacio interno dentro de la mente y por ende, no hay un lugar para la fantasía como una acción de ensayo para crear un pensamiento experimental o como Botella (2003) lo comenta que en estos estados autistas hay "un papel conceptual a la experiencia de ausencia de representación" (p. 41).

Esto hace necesario que la analista necesite hacer una construcción a partir de los elementos que se despliegan en Roberto —la voz, el ruido, el canto de la terapeuta, el tacto y el gusto (huellas sensoriales)—. Como tentativa de acercamiento, la terapeuta utilizó estos elementos para entrar en contacto con él, buscando lograr una mayor proximidad.

Se enfatiza igualmente que el momento de la comida era análogo a un acto sagrado, de gran regulación interna. Mordía con mucha fuerza la manzana (literalmente se la devoraba), tragaba bocados sin masticarlos (como en su mente). Se advertía una gran descarga de su agresividad. Era la única ocasión donde podía mantenerse sentado en la silla y con los brazos apoyados en la mesa.

Botella (2003) habla que los elementos sensoriales no representados en el psiquismo llevan al analista a utilizar construcciones de formas figuradas a manera de recuerdo. Este

trabajo generará en el niño el sentimiento de existir, de durar. En este sentido, el analista hace un trabajo onírico.

La imagen preponderante en la mente del analista era equivalente a un terreno completamente infértil, como si no hubiese posibilidad de germinar una semilla. A la terapeuta se le hacía muy difícil recurrir a la capacidad para pensar. La mente impresionaba cómo una computadora bloqueada. De manera que, inferimos que el analista hace evocaciones figurativas, las cuales, cumplen la función de continente de un desamparo no-representado. No son relatos en imágenes, no son escenificaciones psicodramáticas sino a título de flashbacks fugaces del analista, una figurabilidad que da un sentido al desasosiego de este niño. En dicha figurabilidad el analista recoge los elementos autísticos presentes en las sesiones: sensación de una mente desmantelada, vacía, ausente, del orden de lo catastrófico, lo traumático, prácticamente sin recursos para construir un mundo interno.

Junto a ello se suma la figurabilidad en relación a los padres. La analista tenía en su mente una sensación de estar abarrotada junto con un aturdimiento, pesadez y mareo mental. Ahora bien, hecho este detallismo puntilloso es posible considerar que el niño se sentiría indigestado, ¿como si vomitaran sobre su mente?

El trabajo psíquico en el analista se produce a través de los elementos sensoriales que primero provocarán sensaciones en el terapeuta como inquietud y extrañeza. El analista no formula un contenido latente que habría descubierto en un contenido manifiesto, sino que en ausencia de ambos hace formaciones preconscientes susceptibles de atraer en otros momentos nuevas representaciones y de ahí que surja un esbozo del mundo representacional.

Por tanto, las representaciones van a ser vehiculizadas por el analista despertando la figurabilidad en el niño a manera de un cuento. Éste funcionará como puente para disminuir la presión desorganizadora pulsional y conducir la intensidad de sus vivencias fugitivas e inestables que no han sido representables en alguna relación con sus objetos reales. Del terror sin nombre marcado por una no representación (pesadilla) a la construcción de un cuento, una historia, una narración.

Conclusiones

En este sentido, concluimos que la disponibilidad del analista no sólo es para con Roberto sino también para con sus padres. Nos inclinamos a pensar la idea de crear un medio facilitador para el desarrollo psíquico de este niño, lo cual, se vuelve más relevante que la idea de trabajar con un diagnóstico fijo.

La capacidad atencional representaría el hilo rojo que mantiene los sentidos unidos en consensualidad. ¿Cómo movilizar la atención suspendida en Roberto? Por eso el analista juega con su voz, su atención, su postura con una permisividad con respecto al contacto físico: tocar, mirar, oler, gustar, oír... es lo que vendría siendo la disponibilidad corporal directa del analista.

De igual forma, pensamos que la forma en que se puede nombrar lo sucedido en Roberto es a través de la descripción de sus conductas como la falta de integración sensorial. En consecuencia, ausencia de regulación emocional.

Gabriela Sainz Sosa: Licenciada en Psicología. Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, México. Cuenta con una maestría en Psicoterapia Psicoanalítica orientada por el Centro Eleia. Actividades Psicológicas de la Ciudad de México, México. Brinda acompañamiento psicoterapéutico a mujeres y niñxs que han experimentado violencia. Asimismo, cuenta con experiencia en el trabajo con la diversidad sexual.

Liseth Satalosky: Licenciada en Psicología. Universidad de la Cuenca del Plata de Corrientes, Argentina. Especialista en Psicología Clínica de niños y adolescentes (IUSAM). Diplomada en sexualidad y género (IUSAM). Profesora Universitaria (UNNE). Integrante del claustro de graduados del IUSAM (desde 2020 hasta la fecha y con continuidad). Actualmente trabaja en consultorio particular con niños, adolescentes y adultos.

¿Você consegue pensar em uma impressão subjetiva ao diagnosticar?

Resumo: Este trabalho é baseado em uma vinheta clínica de uma criança de 3 anos e 7 meses de idade que tem levantado fortes questões sobre o conceito de diagnóstico. Tudo isso nos levou a pensar na noção de descrição como um estilo de trabalhar com o paciente. Tanto o que é levantado na clínica quanto o que é registrado a partir da contratransferência; com o objetivo de não gerar uma impressão subjetiva. Até agora estamos considerando a seguinte hipótese; a criança viveria em um estado mental autista devido à desintegração sensorial. Haveria uma desregulação emocional que precisa ser elaborada junto aos pais através da criação de um ambiente facilitador para o desenvolvimento de seu psiquismo.

Descritores: Psicanálise, Infância, Autismo, Diagnóstico, Regulação Emocional.

¿Can you think of a subjective impression when diagnosing?

Abstract: This work is based on a clinical vignette of a 3-year-old and 7-month-old child that has raised strong questions regarding the concept of diagnosis. All of this led us to think about the notion of description as a style of working with a patient. Both of what is raised in the clinic as well as what is registered from the countertransference; with the aim of not generating a subjective imprint. So far we are considering the following hypothesis;



the child would live in an autistic mental state due to sensory disintegration. There would be an emotional dysregulation that needs to be elaborated together with the parents through the creation of a facilitating environment for the development of their psyche.

Descriptors: Psychoanalysis, Childhood, Autism, Diagnostics, Emotional Regulation.

REFERENCIAS

- Baricco, A. (2019). *The game*. Anagrama.
- Botella, C. & Botella, S. (2003). Thomas y el lobo. En *La figurabilidad Psíquica* (pp. 41-46). Amorrortu.
- _____. (2003). Figurabilidad y trabajo de figurabilidad. En *La figurabilidad Psíquica* (pp.63-70). Amorrortu.
- Cardenal, M. & Galeano Da Costa, J. (2020). El mundo emocional del autista: una mirada psicoanalítica. En *Simposio virtual de APdeBA: Ideas en juego* (p. 43). Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Benchoham, B. (2020). Acercamiento a Bion. En *Simposio de APdeBA: Ideas en juego*. (pp. 41). Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Duhalde, C., Huerin, V., Maurette, M., Schejtman, C; Vardy, I. & Vernengo, M. (2020). Regulación afectiva y disponibilidad emocional diádica en la relación adulto-infante. *Anuario de Investigaciones*, 27. <https://www.redalyc.org/journal/3691/369166429058/369166429058.pdf>
- Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddell, D. & Wittenberg, I (1979). *Exploración del Autismo. Un estudio psicoanalítico*. Paidós.
- Santolalla, M. (2019). L'odorat comme le fil rouge dans le parcours analytique avec un enfant autiste. El niño del dulce de leche. En Amy, M; Barral, A & Golse Bernard. *Des troubles sensoriels aux stratégies thérapeutiques Autismes et psychanalyse*. IV. (pp 321-336) Toulouse: Eres. (Trabajo original publicado 2022)
- Santolalla, M. (2022, 24 de noviembre). *Pasión por el Psicoanálisis*. Trabajo presentado en el seminario de niños y psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Córdoba, Argentina.
- Tustin, F. (1995). Ser o no ser: un estudio acerca del autismo. *Psicoanálisis*, 18(3). 3. <https://psicanalisedownload.files.wordpress.com/2012/08/tustin1.pdf>