



**Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Psicología
Secretaría de Estudios de Posgrado**

Maestría en Clínica Psicoanalítica con Niños
Res. Coneau: 11739/14

Tesis:

“Relación transferencia-contratransferencia en la clínica
de las psicosis infantiles”

Autora: Dolores Peyrone

Director: Mg. Jaime Fernández Miranda

Correo Electrónico: psdolorespeyrone@gmail.com

Rosario, 27 de septiembre de 2019.

ÍNDICE

RESÚMEN Y PALABRAS CLAVE	4
INTRODUCCIÓN	5
- ¿Por qué investigar la relación transferencia - contratransferencia en la clínica con niños con psicosis infantiles?	5
- Metodología.....	7
PRIMERA PARTE	
Capítulo 1: Transferencia en la clínica con niños.	12
- Los inicios: discusión Anna Freud-Melanie Klein.....	16
- François Dolto: “entrecruzamiento de transferencias”.....	24
- Maud Mannoni: “transferencias múltiples”.....	26
- Donald W. Winnicott: desarrollos acerca del espacio analítico como “espacio transicional” y el “uso” del analista.....	28
Capítulo 2: Transferencia en la clínica de las psicosis infantiles	36
- Psicosis infantiles.....	36
- Transferencia en la psicosis.....	38
- Aportes de Melanie Klein y Donald W. Winnicott sobre la transferencia en las psicosis infantiles.....	40
- Maud Mannoni: “Transferencia masiva” en la clínica de las psicosis infantiles.....	47
SEGUNDA PARTE	
Capítulo 3: La contratransferencia en la clínica con niños	52
- Conceptualizaciones acerca de la contratransferencia en Freud y Lacan.....	53
- Y entonces ¿qué lugar y qué destino para la afectación del analista?	61

Capítulo 4: Contratransferencia en la clínica de las psicosis infantiles.....	68
- Contratransferencia desde Klein, Mannoni, Winnicott y Dolto.....	70
TERCERA PARTE	
Capítulo 5: Casos clínicos.....	81
- Caso Rocío.....	82
- Caso Lucio.....	89
CONSIDERACIONES FINALES.....	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104

RESÚMEN

La presente investigación consiste en analizar teórica y clínicamente la especificidad de la transferencia y el lugar de la contratransferencia en el campo de las psicosis infantiles. Pensamos que el análisis de la emergencia de la subjetividad del analista —la forma de su contratransferencia— es un vector fundamental en la dirección de la cura, la lectura clínica del padecimiento subjetivo del paciente y sus intervenciones.

Entonces, el objetivo radica en realizar un abordaje de los conceptos de transferencia y contratransferencia en el campo del psicoanálisis con niños, puntualmente en la clínica de las psicosis infantiles. En este recorrido hemos resaltado la especificidad propia de estos términos en la psicopatología infantil, ya que el cuerpo teórico y los conceptos que se producen en la clínica con niños generan diferenciaciones fundamentales respecto de la clínica con pacientes adultos. Por otro lado, nos preguntaremos: ¿cuál es la posición del analista en la clínica de las psicosis infantiles?, ¿qué lugar para la afectación del analista, para la contratransferencia?, ¿tiene incidencia la transferencia masiva de las psicosis infantiles en la contratransferencia del analista?

Realizaremos también un desarrollo de dos casos clínicos con el objetivo de articular las teorizaciones expuestas. Se trata de una articulación que no pretende simplificar ni generalizar el caso singular en el cuerpo teórico general, sino transitar por categorías conceptuales, es decir, modelos de referencia que permiten encuadrar la práctica analítica.

A través de los casos clínicos desarrollados nos proponemos poner de manifiesto la importancia de valorizar los afectos que se movilizan en el analista en el encuentro con la transferencia de un niño para darles así un estatuto clínico a estos. Es decir, consideramos el reconocimiento y la elaboración de la contratransferencia como una herramienta clínica fundamental para pensar las intervenciones. La experiencia de análisis es un proceso que implica y afecta tanto al paciente como al analista, por lo cual la subjetividad del analista, su contratransferencia, es un vector fundamental e irreductible para analizar la forma de la transferencia del paciente.

PALABRAS CLAVE

Clínica psicoanalítica con niños - Transferencia - Contratransferencia - Psicosis Infantiles - Intervenciones.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué investigar la relación transferencia-contratransferencia en la clínica con niños con psicosis infantiles?

El tema de esta investigación consiste en analizar teórica y clínicamente la especificidad de la transferencia y el lugar de la contratransferencia en el campo de las psicosis infantiles. El área de interés de la tesis es reflexionar acerca del lugar de la contratransferencia del analista con respecto a la transferencia psicótica. Consideramos que el análisis de la emergencia de la subjetividad del analista —la forma de su contratransferencia— será un vector fundamental en la dirección de la cura, la lectura clínica del padecimiento subjetivo del paciente y las intervenciones del analista.

Esta investigación nos resulta fecunda para poder pensar la afectación y la posición del analista en la cura. Además, creemos que es un tema relevante debido a que permite revisar recursos e instrumentos clínicos en la práctica con pacientes a dominancia psicótica para especificar variantes de intervención y encuadre. Pensamos que la relevancia del tema también consiste en que en la actualidad son pocas las producciones que abordan este tema tan crucial y complejo. Esta complejidad radica en que se trata de un esfuerzo por puntualizar y rastrear diversas cuestiones que el analista se encuentra en su clínica y las diversas formas en las que interviene, es decir, los vericuetos clínicos que hacen a la subjetividad del analista, su estilo y su ética.

La transferencia, como plantea Sigmund Freud (2010) en “Fragmentos de análisis de un caso de histeria”, si bien puede convertirse en el máximo escollo para el psicoanálisis, es su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla y traducirla. Ahora bien, ¿la contratransferencia puede ser también una valiosa herramienta para el trabajo clínico? ¿Qué uso darle y cómo pensar la implicación del analista? Resulta de interés analizar este concepto debido a que es importante considerar y delimitar qué lugar darle a los “fenómenos de contratransferencia”, nombre que le dio Donald W. Winnicott (2016a) en su artículo “El odio en la contratransferencia”. Asimismo, se propone pensar la relación entre estos dos conceptos.

Al respecto, Juan Carlos Volnovich (2000), en su libro *Claves de infancia. Ética y género en la clínica psicoanalítica con niños*, establece que la clínica psicoanalítica se basa en la transferencia, esa falsa conexión que se establece entre analista y analizando. Este autor plantea que ambos esperan, aunque de modos distintos, el saber del otro, y

por lo tanto considera que la transferencia es recíproca. Expresa que el psicoanalista espera sin sugerir ni proponer nada, pero aclara que no se trata de una espera pasiva, “su espera es apasionada. <<Pasión por la alteridad>>” (p. 47). Esta pasión no es una entrega ni un amor al otro, sino una pasión que intenta mantener al otro libre de la propia pasión del analista. Pasión que nace y luego se disuelve. Más adelante, Volnovich agrega, con respecto a esta pretendida e hipócrita neutralidad que se espera del analista: “el analista es alguien, alguien implicado, involucrado, comprometido” (p. 50).

Esta idea de que el analista es alguien involucrado y comprometido está implicada en la elección del tema a investigar, es decir, supone temáticas que nos interpelan profundamente desde la práctica analítica y han despertado numerosos interrogantes que hemos trabajado en la presente investigación. Estas interrogaciones continuamente se expresan en lugares informales (conversaciones con colegas acerca de algunos casos), así como en instancias de supervisión y de análisis personal. En síntesis, ha sido un tema con el que nos hemos encontrado en diversas instancias. Sostenemos, entonces, la importancia de darle un estatuto formal y académico a estas preguntas y articulaciones que se elaboran en nuestra formación y en nuestra práctica analítica.

Es decir, nos resulta esencial en esta investigación resaltar las preguntas provenientes de la práctica para, a partir de allí, articularlas teóricamente. Estas preguntas que parten de la experiencia clínica son las que ordenan y conforman el interés de profundizar en esta temática. Se le da así una gran importancia al compromiso del analista, a sus preguntas clínicas y a su escucha singular.

El objetivo general de la siguiente tesis consiste en realizar un abordaje teórico-clínico de los conceptos de transferencia y contratransferencia en el campo del psicoanálisis con niños, puntualmente en la clínica de las psicosis infantiles. Entonces, por un lado, ¿cómo pensar la transferencia en la clínica con niños en general y con psicosis infantiles en particular? Por otro lado, con respecto a esta espera del lado del psicoanalista que propone Volnovich (una espera que, como dice él, no sugiere nada, pero no es neutra, distante ni participa como espectador prescindible) nos preguntamos: ¿cuál es la posición del analista en la clínica de las psicosis infantiles? ¿Qué lugar para la afectación del analista, para la contratransferencia?

Iniciamos la primera parte con el estudio de la transferencia en la clínica con niños, y luego profundizamos este concepto en la clínica de las psicosis infantiles. Seguido a esto, en el segundo apartado, realizamos un trabajo de profundización acerca de la contratransferencia en la clínica con niños. Si bien se trata de un tema que no es posible compactar o conceptualizar fácilmente, consideramos que su desarrollo permite enriquecer la lectura de la práctica clínica. A continuación, puntualizamos la contratransferencia en la clínica con niños con dominancia psicótica.

En este recorrido resaltamos la especificidad propia de estos términos en la psicopatología infantil, ya que partimos de la idea de que el cuerpo teórico y los conceptos que se producen en la clínica con niños generan diferenciaciones fundamentales respecto de la clínica con pacientes adultos.

Por último, en el tercer apartado, continuamos con un desarrollo clínico en el que se tomaron dos casos clínicos que permitieron articular las teorizaciones expuestas. Se trata de una articulación que no pretende simplificar ni generalizar el caso singular en el cuerpo teórico general, sino transitar por categorías conceptuales en cuanto modelos de referencia que permitan encuadrar la práctica analítica. Trabajamos desde determinado posicionamiento teórico que consideramos que subyace a nuestras lecturas diagnósticas y, por ende, a nuestras intervenciones. Por otra parte, quisiéramos aclarar que este apartado ha sido escrito en primera persona del singular debido a que se trata de casos clínicos extraídos de la práctica de la autora de esta tesis, por lo que mantener la escritura en plural nos resultaba inapropiado.

Metodología

La metodología que guió la investigación se basó en un análisis teórico y clínico, es decir, un análisis de teorizaciones acordes al tema, el cual fue interpelado desde preguntas que surgen de la práctica analítica así como de interrogantes que despierta la lectura de diversos escritos.

Cuando decidimos ceñir la tesis en la relación transferencia-contratransferencia en la clínica de las psicosis infantiles, no encontramos posiciones compactas dentro del psicoanálisis ni desarrollos específicos acerca de este recorte y relación que nos hemos propuesto abordar. Fue precisamente un gran desafío el que nos motivó a emprender esta tarea de investigación. No obstante, estamos convencidos de que este recorrido que

se realizó ha enriquecido nuestro marco teórico psicoanalítico así como nuestra práctica clínica, además de habernos brindado herramientas de trabajo.

En relación con esto, al momento de realizar una investigación psicoanalítica en torno a problemáticas clínicas, nos encontramos con una tensión entre la teoría y la práctica analítica. Con respecto a esta cuestión, Jaime Fernández Miranda (2017) expresa:

(...) la praxis psicoanalítica no es asible sin la referencia a una epistemología de la tensión entre lo singular y lo general. El procedimiento de investigación psicoanalítica transita esta tensión irreductible sin intentar jamás abolirla, delinea las fronteras inestables y define los pasajes entre dos territorios que guardan entre sí una relación de absoluta extranjería. (p. 4)

Entonces, puede considerarse que el tema elegido para investigar, lejos de funcionar como una corroboración de la teoría psicoanalítica, la interpela. La razón de esto reside en que la práctica con niños que presentan dominancia psicótica supone un profundo replanteo de los recursos clínicos y fundamentos teóricos del psicoanálisis.

Con respecto al caso clínico, Fernández Miranda plantea:

¿Qué es, entonces, un caso clínico? ¿Cómo escribirlo? (...) El caso es ese resto de experiencia que descompleta la teoría exigiendo algún tipo de “transformación metapsicológica”, y que por ende irrumpe en la linealidad de la argumentación como salto, discontinuidad, punto de inflexión. El caso clínico es, él mismo, construcción y, como tal, designa el aspecto transmisible de la experiencia analítica. Bajo ningún concepto, pues, la denominación de caso clínico intenta recubrir la ajenidad irreductible del analizante, lo que implicaría reducir la opacidad del otro cuyo reconocimiento funda la práctica del psicoanálisis. (p. 5)

En este punto, en otro texto del mismo autor (2019), sostener una epistemología de la tensión entre lo singular y lo general implica mantener la idea de que cada

analizante “carga con el potencial de hacer tambalear las edificaciones teóricas del psicoanálisis, y por ende que la práctica no es tanto un lugar donde los conceptos son validados o corroborados, sino sobre todo interpelados” (p. 152). Así, para que la teoría se deje interpelar por la práctica, es preciso que esta tensión este alojada en el cuerpo teórico. La singularidad subyace a cada concepto, es ese resto que hace que la teoría nunca devenga un sistema armónico y simplificado, es esa presencia irreductible a la generalización.

En concordancia con lo planteado, Volnovich (2000) plantea que la eficacia del análisis consiste en sostener el equilibrio, es decir, en soportar la contradicción entre “ese saber monolítico que la teoría supone, y ese no-saber de la clínica que, sin embargo, promueve y garantiza el movimiento discursivo” (p. 44). De este modo, la clínica apunta así al relieve de lo singular para fundar una capacidad de pensar que no esté sujeta al manual. Se mantiene así una tensión sin pretensiones de generalidades demasiado absolutas, taxativas o herméticas.

El modo de escritura del presente trabajo de investigación fue el de ensayo, más precisamente el ensayo psicoanalítico. Consideramos que el ensayo posibilita un modo de escritura no enciclopedista ni encasillada en conceptualizaciones puramente teóricas y lineales. Asimismo, será la práctica clínica, la singularidad del caso, la que posibilitará realizar un trabajo de desarticulación de los conceptos que se propone indagar.

Según a Theodor Adorno (1962), el propósito del ensayo no obedece a las reglas del juego de la ciencia y de la teoría organizadas, para la cual el orden de las cosas es igual al orden de las ideas. Distanciándose de este modelo, para este filósofo el ensayo no apunta a una construcción cerrada. Además, discute la idea según la cual lo cambiante y lo efímero son indignos. Al decir de Adorno, el ensayo piensa discontinuamente, debido a que la realidad es discontinua, y no intenta tapar rupturas. Esta idea de no tapar rupturas nos resulta importante de resaltar, debido a que consideramos que hay que estar dispuestos a tolerar las crisis y la ruptura con lo ya sabido. Con respecto a las objeciones que se le realizan al término ensayo, Adorno plantea:

La corriente objeción contra el ensayo, a saber, que es fragmentario y accidental, postula sin más el carácter dado de la totalidad, y con ello la identidad de sujeto y objeto, por lo que se comporta como si realmente estuviera en poder del todo. Pero el ensayo no se propone buscar lo eterno en lo perecedero y destilarlo de ello, sino más bien eternizar lo perecedero. Su debilidad da testimonio de la “no identidad” misma que él tiene que expresar, testimonio del exceso de la intención sobre la cosa, y, con ello, de aquella utopía excluida por la articulación divisoria del mundo en eterno y perecedero. En el enfático ensayo el pensamiento se libera de la idea tradicional de verdad (...) busca los contenidos de verdad como históricos en sí mismos. (p. 21)

Para este filósofo, lo que denuncia el ensayo es la ilusión de que el pensamiento pueda escaparse de la cultura para irrumpir en la naturaleza. Otra idea central en la obra de este autor es que el pensamiento no procede de manera lineal ni continua: en el ensayo coexisten elementos discretos, separados y contrapuestos.

Por su parte, Fernando Alfón (2016) realiza un recorrido por una gran variedad de intentos por clasificar qué es un ensayo. En esta tarea que se propone, da cuenta de las diversas formas que este ha adoptado. Si bien nombra muchos elementos que no son indispensables para definir en qué consiste este género literario, resalta uno que encuentra en todos los ensayos: el juicio. Establece que el ensayo es la preeminencia y despliegue de un juicio, de una opinión, de un comentario o parecer: “El ensayo es la preeminencia y despliegue del juicio de alguien (un yo, un nosotros), en torno a algo (el alma, la política, una obra de arte), bajo una forma determinada (diálogo, discurso, manifiesto), en una situación determinada” (p. 51). De este autor nos interesa remarcar que el despliegue del juicio estará siempre referido a una situación determinada. En este movimiento consideramos que se pone énfasis en el valor histórico de las verdades.

Para ir concluyendo este apartado, agregamos que en el proceso de escritura de este trabajo no se ha propuesto una estructura lineal u ordenada, sino un modo de escritura que apela continuamente a la experiencia clínica y a los interrogantes que despierta el encuentro con otro. Consideramos que esta modalidad de escritura permite estar atentos a no quedar cautivos de nuestras propias categorías conceptuales, que puedan llevar a obturar y a generar efectos de fascinación conceptual, los cuales clausuran toda posibilidad de escucha y movimiento en la cura. Lo que queremos

resaltar con esto es que la teoría psicoanalítica es interrogada permanentemente desde la clínica y encuentra en ella su fundamento y su razón de ser.

A continuación transcribiremos un texto de Laura Klein (2012) llamado “Escribir un poema” que expresa maravillosamente el proceso de escritura:

Capto un clima y lo persigo, persigo un clima. Como si supiera que ahí hay algo que quiero desplegar, una expectativa. Escribir para mí es intentar atrapar ese clima, quedar en esos restos. Escribo porque no logro atraparlo, y en ese intento, no hay la sensación de que un poema “viene”.

El verso inicial. Arrancarles a esos pocos versos perfectos pero pobres, abrirlos desde la tripa. Me siento cerca del robo. De la indigencia.

Como si estuviera cabalgando, no es garantía de que eso sirva, quiero decir, de que eso sea un poema. Cabalgó y se volvió caballo, el piel roja de Kafka. Aparece un pedacito de poema.

A veces la provocación no encuentra el poema pero es mejor que el poema. Proceso de construcción con precariedades. A veces le reconozco un poder de ser desplegado muy grande, como en *Nuestras águilas*, pero no veo venir el poema que está por venir. Tampoco es un germen. Creo que por eso lo atrapé al vuelo. No fue el año que “me” humillaron, es como el año de La seca, de La veda. “Fue que yo estuve viva el año de la humillación”. Hubo muchos otros que estuvieron vivos ese año. El proceso de escritura no es continuo, no avanza hasta terminarse. Discontinuo y accidentado, con un orden que me despierta semanas, casi meses. (s/p)

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1: TRANSFERENCIA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS.

Dejar de lado el desarrollo cognoscitivo del niño a quien estamos analizando, suponer que es igual al nuestro, creer que estamos compartiendo el mismo código por el mero hecho de usar las mismas palabras, confiar en que la comunicación inconsciente saldrá las diferencias y hará el resto es —apoyados en una visión adultomórfica— faltarle el respeto a la manera que tienen los niños y las niñas de pensar, de sentir y de darle sentido al mundo que los rodea.

(Volnovich, 2000, p.12)

Para empezar, nos resulta importante realizar un recorrido que comience puntualizando la especificidad del concepto de transferencia en la clínica con niños con el fin de, posteriormente, abordarlo en la clínica de las psicosis infantiles. En este movimiento nos encontramos con una doble especificidad.

¿Por qué se trata de una doble especificidad? Porque se considera que no es posible pensar y teorizar la clínica con niños tomando conceptos que fueron pensados para la clínica con pacientes adultos. Del mismo modo, tampoco pueden pensarse las psicosis infantiles tomando como modelo a las psicosis adultas. Esta doble operación implica un despegue del psicoanálisis en general —de la clínica con pacientes adultos— y una toma de distancia de posturas “adultocentricas”.¹ Al respecto Marisa Rodulfo (2005) plantea que fue necesario:

(...) luchar para que el psicoanálisis con niños no fuera reducido a una mera técnica que iba a reproducir la teoría instalada como teoría fundamental, para la clínica con adultos. (...) Se piensa que con las herramientas que nos da el psicoanálisis con adultos, con alguna que otra modificación uno puede trabajar en la clínica con niños. (p. 2)

En *Bocetos Psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*, Marisa Rodulfo (2016) plantea que la psicopatología infanto-juvenil tiene una especificidad propia, no reductible a la psicopatología proveniente de la clínica con adultos. El espesor teórico y los conceptos que se producen en la clínica con niños generan diferenciaciones teórico-clínicas fundamentales respecto de la clínica con

¹ Término utilizado por Marisa Rodulfo (2005) en la clase N°1 del Seminario “Clínica de niños”.

adultos. Estas diferenciaciones constituyen un movimiento que lleva a no “traspolar” conceptos del adulto hacia el niño.

En concordancia con estas ideas, en *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*, Silvia Bleichmar (2002) da cuenta de la importancia de cuestionar y replantear los fundamentos del psicoanálisis con niños a partir de someter las premisas de la clínica a un ordenamiento metapsicológico. El interés de la autora radica en intentar definir:

(...) desde los tiempos de constitución del sujeto psíquico, ciertos paradigmas que permitan el ordenamiento de un accionar clínico que no se sostenga meramente en la intuición del practicante ni, tampoco, que intente un traslado del método analítico mediante un forzamiento en el cual no se discutan las premisas de existencia del objeto que se intenta abordar. (p. 178)

En el análisis con adultos neuróticos, es decir, sujetos con su aparato psíquico constituido y en los cuales el síntoma emerge como formación de lo inconsciente, por medio de la asociación libre que se establece por las vías de lo reprimido, se busca recuperar lo reprimido mediante la interpretación. Para que esto sea posible, es necesario que los sistemas consciente, inconsciente y preconsciente se hayan diferenciado. La pregunta que se realiza Bleichmar en este escrito es la siguiente:

¿De qué modo ocurre esto, en cambio, cuando el inconsciente no ha terminado aún de constituirse? (...) Se abre acá una dimensión clínica nueva, la cual solo puede establecerse a partir de ubicar la estructura real, existente para luego definir la manera mediante la cual debe operar el psicoanálisis cuando el inconsciente no ha encontrado aún su *topos* definitivo, *cuando el sujeto se halla en constitución*. (p. 179, énfasis del original)

Entonces, la clínica con niños se constituye como un espacio singular en la medida en que envuelve en su interior los tiempos de la constitución del inconsciente, lo cual supone los tiempos de instauración de la sexualidad humana. Esto conduce, por un lado a un trabajo de reinterrogación del marco conceptual aportado por Sigmund Freud

y, por otro lado, se hace necesario encontrar los fundamentos en aquellos autores que forjaron los cimientos del mencionado campo de intervención. Debido a esto, en cuanto psiquismo en constitución, el psiquismo infantil se puede recortar como un objeto particular diferente del adulto y requiere, como plantea Bleichmar, un ajuste del método al objeto en el marco de la escena analítica.

Como mencionábamos, en este trabajo de reinterrogación del marco conceptual freudiano, nos resulta interesante situar el concepto de transferencia —más adelante situaremos el de contratransferencia— para abordar la singularidad que asume en el psicoanálisis con niños. Establecer la especificidad de los conceptos desde su surgimiento en la trama conceptual supone, siguiendo a esta autora, adentrarse en el origen de una práctica que da cuenta de los inicios de la clínica con niños.

Como veníamos planteando, en sus inicios, el psicoanálisis desarrolla su práctica y su teoría fundamentalmente en el campo de las neurosis del adulto. Con respecto a la transferencia, en “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, Freud (2010) explica que en el proceso del análisis la neoformación de síntoma se suspende, pero no así la productividad de la neurosis, debido a que se crea un tipo particular de formaciones de pensamiento llamada transferencias, las cuales son:

(...) reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico del todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico.
(p. 101)

A continuación, Freud plantea que la cura psicoanalítica no crea la transferencia, sino que solamente la revela. La transferencia es algo necesario, no hay medio alguno para eludirla y no es posible combatir esta última creación de la enfermedad como se hace con todas las anteriores. Ahora bien, así como se despiertan transferencias tiernas y amistosas que contribuyen a la curación, en el psicoanálisis también son despertadas las mociones hostiles, por lo que, si se las hace conscientes, se puede aprovechar para aniquilar la transferencia una y otra vez. De este modo: “La transferencia, destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo” (Ídem, p. 103).

Si bien no hay en la obra de Freud numerosos desarrollos acerca del trabajo con niños, este autor ha realizado algunos aportes. Con respecto al tema que estamos abordando, plantea que en relación con el manejo transferencial, en el psicoanálisis con niños la transferencia asume un papel completamente distinto. En la conferencia 34^a de las “Nuevas conferencias de Introducción al Psicoanálisis”, Freud (1991b) sostiene lo siguiente:

Se demostró que el niño es un objeto muy favorable para la terapia analítica; los éxitos son radicales y duraderos. Desde luego es preciso modificar en gran medida la técnica de tratamiento elaborada para adultos. Psicológicamente el niño es un objeto diverso del adulto, todavía no posee un superyó, no tolera mucho los métodos de la asociación libre, y la transferencia desempeña otro papel, puesto que los progenitores reales siguen presentes. Las resistencias internas que combatimos en el adulto están sustituidas en el niño, las más de las veces, por dificultades externas. Cuando los padres se erigen como portadores de la resistencia, a menudo pelagra la meta del análisis o este mismo, y por eso suele ser necesario aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores. (p. 137)

Entonces, desde esta lectura puede decirse que en la clínica con niños coexisten ambas transferencias, la de los padres “reales” y la del niño. Si bien Freud plantea que se ha ocupado muy poco de esta cuestión, considera que tiene gran importancia, está llena de posibilidades de desarrollo, pero que para su avance es necesario modificar la técnica creada por él.

A partir de esto: ¿cuál es la concepción de transferencia que presentan los autores que delimitaron la especificidad del campo clínico con niños? ¿Qué concepto de transferencia han desarrollado en sus diferentes posiciones teórico-clínicas?

Puede pensarse, siguiendo la investigación de Roxana E. Gaudio (2010), que las diferentes concepciones teórico-clínicas que dan cuenta del funcionamiento del aparato psíquico en los tiempos de su constitución delimitan diversos ejes que definen las particularidades de la noción de transferencia en el campo de la clínica psicoanalítica con niños. Es decir, para esta autora la forma de pensar el aparato psíquico delimita la noción de transferencia con la que se trabaja.

Los inicios: discusión Anna Freud–Melanie Klein

Como afirma Gaudio, el debate establecido entre Anna Freud y Melanie Klein en los inicios de la clínica analítica con niños ocurre en el marco de la disputa en torno al establecimiento de la legítima herencia respecto de una línea filiatoria teórico-clínica freudiana que en su trayecto muestra el trazado de respuestas heterogéneas acerca de las posibilidades de analizabilidad del niño. Ceñir la noción de transferencia desde las diversas propuestas de Anna Freud y de Melanie Klein nos lleva a los inicios de la conformación de un campo analítico de intervención y nos introduce en el tiempo fundacional de la clínica con niños en tanto abordaje posible y diferenciado del análisis de adultos.

Anna Freud ha encontrado ciertos obstáculos que le han impedido considerar viable la intervención analítica temprana. Por su parte, el gran interés de Klein por continuar con las líneas de investigación y sostener el dispositivo erigido por Freud genera una operatoria fundacional. Al respecto, Bleichmar (2000) considera que el gesto de Klein de constituir al juego como equivalente de la asociación libre es el acto fundacional más fuerte por generar un campo que otorgue al análisis de niños un estatuto que permita la aplicación del método.

Ambas pioneras, Anna Freud y Melanie Klein, comenzaron a dedicarse y a teorizar acerca de la especificidad del psicoanálisis con niños. En “Simposium sobre análisis infantil”, Klein (2009a) presenta su discusión con Anna Freud en torno a los problemas del análisis de niños. Klein sostiene que es incompatible querer analizar a un niño y, a su vez, empeñarse en ejercer en él una influencia educativa. En este punto la autora se diferencia de Anna Freud y de la primera persona en emprender análisis sistemáticos con niños, Hermine von Hug-Hellmuth, debido a que ellas consideran que el análisis con niños no debe ser llevado muy lejos y debe tener influencias educativas. De este modo, Klein sostiene que se enfrenta con la problemática de un campo en el que sus principios fundamentales aún no han sido enunciados claramente y en el cual el manejo de la transferencia es uno de los temas que generan gran controversia.

Como vemos, la transferencia en la práctica analítica con niños ha sido objeto de debate entre ambas autoras. En el libro *Psicoanálisis del niño*, Anna Freud (1990) se pregunta si, en cuanto a la transferencia, el niño se encuentra en la misma situación que el adulto, es decir, “de qué manera y bajo qué forma se manifiestan sus tendencias

transferenciales, y en qué medida se prestan para la interpretación” (p. 53). Siguiendo sus desarrollos, se puede decir que la transferencia positiva —vinculación cariñosa— cumple una función primordial debido a que es la condición de todo el trabajo. Anna Freud considera que el niño solo cree en las personas que ama. En este sentido se diferencia del análisis con el adulto: el niño va más lejos en este punto, ya que solo hace algo por amor a alguien. También, menciona que la finalidad analítica persigue determinados objetivos pedagógicos, que solo son logrados si dependen de esta vinculación afectiva positiva y agrega:

(...) tampoco podríamos afirmar que en el análisis del niño nuestra finalidad pueda ser cumplida por el simple establecimiento de una transferencia, sea ésta de índole cariñosa u hostil. Bien sabemos que en el adulto podemos llegar muy lejos con una transferencia negativa, siempre que logremos utilizarla para nuestros fines, interpretándola consecuentemente y reduciéndola a sus orígenes. En el niño, por el contrario, estos impulsos negativos contra el analista son sumamente *incómodos*, por más esclarecedores que resulten ser en múltiples sentidos. Trataremos, pues, de *eliminarlos y atenuarlos* cuanto antes. En efecto, toda labor verdaderamente fructífera deberá realizarse siempre mediante la vinculación positiva con el analista. (p. 54, énfasis nuestro)

Para esta autora, el analista siente estas expresiones negativas cuando intenta liberar del inconsciente del niño parte del material reprimido. En este momento el analista se convierte, para el niño, en un sujeto a la vez seductor y peligroso, por ello este le dedica al analista expresiones de odio y rechazo. El analista se convierte, tal como sucede con el adulto, en blanco de impulsos tanto amorosos como hostiles. No obstante, el niño no llega a formar una “neurosis de transferencia”² como sí realiza el

² En sus trabajos sobre técnica psicoanalítica, específicamente en “Recordar, repetir y reelaborar”, Freud (2005b) introduce la noción de “neurosis de transferencia”. En este texto articula las nociones de compulsión a la repetición y resistencia con el término de transferencia. El analizante no reproduce como recuerdo lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa, repitiendo con la persona del analista sus conflictos internos como algo real y actual. Establece que mientras mayor sea la resistencia, mayor se sustituirá el recordar por el actuar (repetir). Entonces, a esta nueva forma de padecimiento Freud le da el nombre de “neurosis de transferencia” y refiere que el principal medio para transformar la repetición en recuerdo reside en el manejo de la transferencia. De este modo, en este nuevo estado se le da a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, se sustituye así su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que el paciente será curado a través del trabajo terapéutico.

neurótico adulto al sustituir sus síntomas antiguos por síntomas transferenciales dirigidos a la persona del analista. Anna Freud expresa dos razones por las cuales este proceso no sucede en los niños: una de ellas está referida a la estructura infantil y la otra tiene que ver con el analista.

La primera razón estructural se refiere a que el niño no reedita sus vínculos amorosos porque sus primitivos objetos amorosos, sus padres, todavía existen en la realidad y no solo en la fantasía. El analista comparte con los padres el amor y el odio del pequeño y representa para este un nuevo personaje no en el lugar de los padres sino al lado de ellos. Anna Freud considera que cuanto más amoroso es el vínculo del niño con su madre, más difícil es que este establezca una relación positiva con el analista y, a la inversa, cuanto más hostil es el vínculo con la madre, la relación positiva con el analista se establece con mayor rapidez. En este punto se diferencia de Melanie Klein, debido a que esta deduce una actitud ambivalente del niño frente a su madre cuando en la primera sesión este se muestra hostil y rechaza al analista.

Con respecto a la segunda razón por la cual no se articula en el niño una neurosis de transferencia del mismo modo que en el adulto, Anna Freud plantea que el analista de niños no se presenta como una “pantalla vacía” en la que el paciente desplegará todas sus fantasías transferenciales. Por el contrario, para el niño el analista es una persona interesante y atractiva. El niño sabe muy bien, de acuerdo a las finalidades pedagógicas que persigue el analista, qué aprueba y qué reprueba este. Esta personalidad tan definida del analista es un mal objeto de transferencia.

Es por estas razones que, para esta autora, el niño no desarrolla una neurosis de transferencia y sigue desplegando sus reacciones anormales en el ámbito familiar. De ahí la importancia de considerar el hogar del niño y conocer a las personas de su ambiente. Con respecto a esta idea, es posible percibir en el texto de Anna Freud un determinado compromiso con los padres del niño, que son finalmente quienes la emplean.

Melanie Klein (2009a) está situada en el extremo opuesto a estas consideraciones. En “Simposium sobre análisis infantil”, considera al niño pasible de analizabilidad y transferencia. Desde sus concepciones, encontramos al inconciente definido como universal y existente desde los orígenes. Puede así leerse en los desarrollos de Klein una postura sumamente endogenista del aparato psíquico. La meta

del análisis para esta autora consiste en liberar las fantasías obstaculizadas por la angustia para permitir una disminución de la culpa. El soporte teórico de esto es el ello, ya que sobre este concepto pivotea el concepto de analizabilidad. Se trata de un ello como bolsa de residuos fantasmáticos de la cual el analista extrae con la ilusión de llegar a agotar este ello, concebido como un puro conjunto de contenidos.

Esta autora establece la posibilidad de constitución de una verdadera neurosis de transferencia por parte del pequeño paciente, por lo que tal concepto no deviene en una noción a ser reinterrogada, sino a ser sostenida, ya que considera posible la instalación de la transferencia positiva y negativa, así como su interpretación al igual que en el análisis de adultos. En este punto, para esta autora no es necesario emplear una técnica diferente en el análisis con niños. Debido a esto, no es necesario imponer restricciones a su análisis “tanto en lo que respecta a la profundidad de su penetración como en lo que respecta al método con el que trabajamos” (Klein, 2009a, p. 175) y agrega:

Pero en el inconsciente (...) los niños no son de ninguna manera fundamentalmente distintos de los adultos. Lo único que sucede es que en los niños el yo no se ha desarrollado aún plenamente y por lo tanto los niños están mucho más gobernados por el inconsciente. (p. 176)

Acerca de la transferencia en clínica con niños, Klein señala tres cuestiones fundamentales. La primera consiste en que la transferencia negativa debe ser interpretada y trabajada igual que la transferencia amorosa, investigándola hasta su origen, como se hace con el adulto. En la situación analítica, si no se manejan lógicamente la transferencia positiva y la negativa, no se causará una neurosis de transferencia ni tampoco se podrá esperar que las reacciones del niño estén en relación con el análisis y con el analista:

Probablemente notaremos por lo general a la vez la transferencia positiva y la negativa, y se nos darán todas las oportunidades para el trabajo analítico si desde el comienzo manejamos ambos analíticamente. Al resolver la parte de la transferencia negativa obtendremos, al igual que en los adultos, un incremento de la transferencia positiva, y de acuerdo con la ambivalencia de la niñez, ésta será pronto seguida de una nueva

emergencia de la negativa. Este es ahora un verdadero trabajo analítico (...) tenemos establecida ya la base para trabajar con el niño mismo, y a menudo podemos ser en gran medida independientes del conocimiento de su ambiente. (p. 179)

En segundo lugar, Melanie Klein señala que el Edipo es más temprano de lo que se supone y, por lo tanto, la transferencia comienza antes. En este movimiento, Klein retrotrae el problema corriendo el tiempo hacia atrás. Así, evita cuestionar la discutible idea de Anna Freud de que el niño no desarrolla una neurosis de transferencia.

De este modo, Klein se diferencia de Hug-Hellmuth, en primer lugar, debido a que esta analista desaprueba la idea de analizar niños pequeños para evitar penetrar profundamente en el complejo de Edipo. El temor de fondo en esta autora es estimular tendencias e impulsos reprimidos y, además, realizar exigencias a las que por su capacidad de asimilación el niño no pueda responder. Para Hug-Hellmuth, los éxitos terapéuticos son parciales. Anna Freud sigue estos lineamientos al considerar que el análisis de niños no puede ser llevado demasiado lejos; no obstante, Anna Freud (1990) es más optimista al considerar que pueden producirse cambios y progresos significativos. Desde su perspectiva de pensamiento, “no se deben tratar las relaciones del niño con sus padres, o sea que no se debe explorar minuciosamente el complejo de Edipo” (p. 173).

Para Klein (2009a), por el contrario, incluso niños de tres años de edad han dejado atrás la parte más importante del desarrollo de su complejo de Edipo. Por lo tanto, están ya muy alejados de los objetos originarios de deseo:

Sus relaciones con ellos sufrieron distorsiones y transformaciones, por lo que los objetos amorosos actuales son ahora *imagos* de los objetos originales.

De ahí que con respecto al analista los niños pueden muy bien entrar en una nueva edición de sus relaciones amorosas en todos los puntos fundamentales y por lo tanto decisivos. (p. 186, énfasis del original)

Esta autora además agrega que, al igual que en el adulto, en la clínica con niños el analista es impersonal, indefinido, una página en blanco que evita imponer prohibiciones y permitir gratificaciones.

Tercer señalamiento de Klein (2009a) respecto de la transferencia en análisis de niños: establece que la dependencia del niño en relación con los objetos externos es naturalmente mayor que la de los adultos, no obstante, estos objetos externos no son idénticos al superyó ya desarrollado del niño, aun cuando hayan contribuido a su desarrollo, por lo cual:

(...) no debemos de ningún modo identificar los objetos reales con aquellos que el niño introyecta.

Sabemos que la formación del superyó tiene lugar sobre la base de varias identificaciones. Mi resultado muestra que este proceso, que termina con el período del complejo de Edipo, o sea con el comienzo del período de latencia, comienza a una edad muy temprana. (p. 190)

Por lo tanto, el superyó en los niños no es diferente al de los adultos, pero la diferencia radica en que el yo más maduro del adulto está más capacitado para lograr acuerdos con el superyó. De todos modos, aun en los niños, los “objetos reales” —sus padres— no son idénticos a su superyó.

Entiendo por superyó (...) la facultad que resulta de la evolución edípica a través de la introyección de los objetos edípicos, y que, con la declinación del complejo de Edipo, asume una forma duradera e inalterable. Como ya lo he explicado, esta facultad, durante su evolución y cuando ya está completamente formada, difiere fundamentalmente de aquellos objetos que realmente iniciaron su desarrollo. (...) El superyó que Anna Freud cree funciona todavía en la persona de los padres no es idéntico a este superyó interno en el verdadero sentido, aunque no discuto su influencia en sí. (Klein, 2009a, pp. 192-193).

Sobre este punto, un artículo que remarca esta diferencia y resalta el gran movimiento que realiza Klein con esta idea de superyó es “¿Hay que quemar a Melanie Klein?”, de Jean Laplanche (2010). En este texto, Laplanche plantea lúcidamente que la respuesta que Klein no explicita, con respecto a cómo Anna Freud plantea la no-

transferencia del niño, tiene que ver con el concepto de superyó. A través de este término Klein diferencia mundo interno y mundo externo.

Lo que realiza Laplanche en este escrito es un gran homenaje a Klein, considerada por muchos como la más grande creadora después de Freud. Esta autora reconoce en sus teorizaciones el carácter extraño, extranjero, hostil y angustiante de nuestro mundo interno. Laplanche plantea que existen quienes aceptan las teorizaciones de esta autora como un dogma y quienes la aíslan completamente de sus propias teorizaciones.

Este autor se pregunta cómo progresa el pensamiento y considera que los momentos novedosos son también retornos a la fuente, reafirmaciones de una exigencia originaria. Lo que hace Laplanche es recuperar y puntualizar dos momentos de ruptura que se encuentran en el pensamiento de Klein, aunque aquí trabajaremos solo el primer momento. Este momento se refiere al debate sobre el psicoanálisis de niños, que enfrenta a Ana Freud y Klein en tres puntos: la técnica del juego, el problema de la educación y la transferencia.

Con respecto a la técnica del juego, si bien Klein no la inaugura en absoluto, la hace avanzar hasta su punto máximo al sistematizarla. Para ella el juego es un equivalente de las asociaciones libres. La objeción que le realiza Anna Freud es que el juego del niño tiene más de una función, tanto en el desarrollo como en el progreso de la relación con el mundo, en el dominio de los afectos, etc. Entonces, para Anna Freud ver ahí algo puramente simbólico —el equivalente de un discurso— es un abuso injustificable.

En este punto, el gesto que resalta Laplanche en esta discusión va más allá de un problema de técnica. Establece que lo importante de la respuesta de Klein es que en el análisis no se trata del juego observado, sino que el juego “se *convierte* en el equivalente de un discurso. Como el discurso del analizando, se presta a movimientos de interpretación, de confirmación, de simbolización: en el análisis, el juego pasa a dirigirse al analista” (2010, s/p, énfasis del original). Laplanche reconoce aquí como novedoso la necesidad de realizar un corte entre lo que sucede en el marco del análisis y lo que queda fuera:

El juego, dirían los lacanianos, es un lenguaje. Pero podemos dar vuelta a su argumento, que entonces no sería decisivo: no todo lenguaje tiene lugar en el contexto de la transferencia, no todo lenguaje es un lenguaje según el amor y el odio. De modo que hace falta establecer, *en el seno* del propio lenguaje, el mismo corte que en el juego. Sea como fuere, notemos esa poca fe en el análisis por parte de Ana Freud: ella no cree en la especificidad de la situación analítica, capaz de poner de cabeza tanto al juego como al lenguaje. (s/p, énfasis del original)

En cuanto al problema de la educación, Anna Freud estaba aterrorizada por el peligro de liberar las pulsiones. Desde sus teorizaciones, las pulsiones se ubican del lado puramente biológico y las defensas y el superyó del lado social. Klein le responde planteando que ella jamás ha comprobado tal liberación de la maldad de las pulsiones y que el superyó precoz es una copia bastante poco fiel de las prohibiciones parentales, debido a que su severidad puede ser opuesta a la permisividad parental. Laplanche plantea que si esto es así, se impone una concepción mucho más dialéctica al no existir un enfrentamiento entre lo pulsional y lo educativo o el deseo y la ley. Las prohibiciones más feroces encuentran sus raíces en el ello, más precisamente en el sadismo del ello. Entonces, pensar únicamente en términos de educación es olvidar que existe el riesgo de construir las prohibiciones sobre raíces pulsionales que uno se niega a analizar.

El tercer punto en discusión aclara mejor el debate. Con respecto a la posibilidad de la transferencia en la clínica con niños, Anna Freud plantea que la relación con los padres aún está ahí, ya que los padres no han quedado atrás como en el análisis con adultos y, por lo tanto, no hay una repetición de esa situación antigua. Entonces, la transferencia es imposible, si fuera posible sería solo una sustitución efectiva.

Sobre la objeción que realiza Klein, Laplanche (2010) considera que lo que hace es aportar “una respuesta cronológica, genética, que no llega al fondo de la cuestión” (s/p). Cuando Klein toma en tratamiento a niños de entre dos años y medio o tres años, plantea que lo esencial de su inconciente ya está constituido y esa etapa ha quedado atrás. Si bien con esto no va al fondo de la cuestión porque lo que hace es correr en el tiempo el supuesto proceso del análisis de adultos, para Laplanche lo notable de la respuesta de Klein estriba en que:

(...) se trata de la afirmación del mundo interno, de las *imagos* primitivas. Esas imagos no son el recuerdo de experiencias reales más antiguas; son el sedimento introyectado de esas experiencias, pero modificado por ese mismo proceso de introyección. «En ningún caso debemos identificar a los verdaderos objetos con aquéllos que los niños introyectan». Existe entre ambos un «contraste grotesco». Así, diremos nosotros, la introyección es fundación de un mundo interior, un proceso que no tiene nada que ver con una memorización. Vemos por qué la respuesta cronológica era insuficiente.

El problema esencial de la transferencia no se resume, pues, en una relación pasado/presente; se trata de la relación entre ese mundo interno y los nuevos vínculos que se instauran. En ese sentido, no hay que temer decir que la relación con los padres reales es ella misma una transferencia. Esa es la única forma de entender y de justificar el análisis de Hans: que Freud haya confiado el rol de analista al propio padre supone, en efecto, que una transferencia *sobre el padre* era posible. (s/p, énfasis del original)

Para finalizar con estas ideas de Laplanche, este autor sostiene que Klein marca una evolución del análisis de niños en dos movimientos: por un lado, la afirmación del mundo interno que no es copia mnésica de un mundo real anterior, aunque sí tome prestadas sus representaciones, y, por el otro, la afirmación de que el análisis reitera, en el niño y en el adulto, ese corte entre el mundo adaptativo y aquel regido por el amor y el odio:

El movimiento científico es siempre profundización y, en psicoanálisis, esa profundización no ocurre sin un retorno incesante a la exigencia originaria (...) Pero, exactamente como Freud, ella *infiere* a partir de los pacientes que analiza (niños de 3 a 5 años) unas conclusiones sobre el primer año. Poco importa que el intervalo cronológico se acorte: lo esencial no es el giro hacia el pasado... sino hacia lo originario. (s/p, énfasis del original)

Françoise Dolto: “entrecruzamiento de transferencias”

Françoise Dolto (2015) ha logrado resaltar que la complejidad que implica tener que analizar a un niño y a su grupo familiar estriba en que se movilizan y despliegan una serie de entrecruzamientos transferenciales. Para Dolto, cuando un niño se encuentra en tratamiento, es necesario que los padres se asuman como responsables de

su hijo y de su castración, y afirmen su deseo autónomo de adultos. La posible regresión de los padres, ante los deseos arcaicos del niño, explica “por qué *es impensable formar psicoanalistas que sean únicamente psicoanalistas de niños. Un psicoanalista de niños debe ser obligatoriamente primero y también aún psicoanalista de adultos*” (p. 29, énfasis del original).

Sobre este punto, para esta autora es central estar formado en el trabajo con niños y adultos porque en la escucha del discurso de los padres lo que hay que evaluar en primer lugar es si efectivamente es el niño quien debe entrar en tratamiento, debido a que a veces son las angustias de los padres, o alguno de ellos, las que provocan el síndrome reactivo del niño. A veces el niño es el “reactivo” que ha alertado a la familia” (p. 30). En el caso de que el niño sí precise análisis, esta autora plantea que el analista no se ocupa directamente de la realidad sino, por el contrario, de lo que el niño percibe de ella.

En relación con esto, para Dolto el jugar, los dibujos y los moldeados de los niños, así como los sueños y los fantasmas de los adultos, son testimonios del inconciente:

Todo dibujo, toda representación del mundo es ya una expresión, una comunicación muda, un decir para sí o un decir para otro. En sesión, es una invitación a la comunicación con el analista, a lo cual conviene añadir que, cuando el niño habla en sesión (al igual que sucede con el adulto), si alude a su padre, su madre, sus hermanos, no habla de la realidad de estas personas sino de este padre en él; es decir, lisa y llanamente, de una dialéctica en su relación con estas personas reales que, en sus verbalizaciones ya están fantasmaticadas. (pp. 25-26)

Dolto piensa al niño como síntoma de los padres, teorización que se apoya en la enseñanza de Jacques Lacan.³ Los síntomas en cuanto problemas, dificultades, impedimentos o afecciones son pensados por exceso o defecto de una acción.

³En “Dos notas sobre el niño” de 1969, Lacan plantea que el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar. El síntoma es definido como el representante de la verdad, de este modo, viene a representar la verdad de la pareja familiar. Ahora bien, cuando el síntoma compete en gran medida a la subjetividad de la madre, el niño está involucrado directamente como correlativo de un fantasma; convirtiéndose así en el objeto de la madre.

Maud Mannoni: “transferencias múltiples”

Quien también se presenta como una gran impulsora de ciertos movimientos inaugurales de la práctica clínica con niños es Maud Mannoni (2007). Esta autora francesa fue discípula de Dolto y de Lacan, quien fue su analista. En *El niño, su “enfermedad” y los otros* afirma que “el psicoanálisis de niños es psicoanálisis” (p. 7), debido a que la técnica no se ve alterada, aun en casos en que el niño no habla se opera en el campo del lenguaje. De esto, entonces, se desprende la idea de igualdad entre el espacio analítico con niños y el espacio analítico de adultos. Dice Mannoni: “El psicoanálisis de niños presupone un proceder que básicamente no difiere del análisis de los neuróticos adultos” (p. 189).

No obstante, en este escrito Mannoni explica que el discurso que rige en el caso del análisis con niños abarca a los padres, al niño y al analista. Se refiere a un “discurso colectivo” que se constituye alrededor del síntoma que el niño presenta. Considera que el niño se sitúa como soporte de la pareja parental y de la problemática que subyace a la pareja parental en la medida en que el síntoma que el niño presenta da cuenta de aquello que “no marcha” en el ambiente en el cual se encuentra inserto. Entonces, esto que no marcha lo ubica en el orden de lo no-dicho.

Según Mannoni, la llegada de un hijo se entrelaza con el modo en que la madre y el padre atravesaron su propia historia edípica. Así, el niño se halla incluido en una trama discursiva y en un discurso colectivo que abarcará a los padres, al analista y a sí mismo. Por lo tanto, el campo de intervención en la clínica con niños implica establecer la cura en el marco dado por el discurso colectivo, ya que la enfermedad del niño revela un “drama familiar”.

En razón de esto, Mannoni establece que en el psicoanálisis de niños coexisten muchas transferencias: la del analista, la de los padres y la del niño. Sobre esto, afirma:

Las reacciones de los padres forman parte del síntoma del niño y, en consecuencia, de la conducción de la cura. La angustia de la analista ante la agresión o la depresión de la pareja parental le hace negar, con mucha frecuencia, toda posibilidad de neurosis de transferencia. El niño enfermo forma parte de un malestar colectivo, su enfermedad es el soporte de una angustia parental. Si se toca el síntoma del niño se corre el riesgo de poner brutalmente en descubierto aquello que en tal síntoma servía para alimentar —o,

en caso contrario— para colmar la ansiedad del adulto. Sugerirle a uno de los padres que su relación con el objeto de sus cuidados corre el riesgo de ser cambiada implica suscitar reacciones de defensa y de rechazo. Toda demanda de cura del niño —incluso cuando está motivada en el plano de la realidad— cuestiona a los padres, y es raro que un análisis de niños pueda ser conducido sin tocar para nada los problemas fundamentales de uno u otro de los padres (su posición con respecto al sexo, a la muerte, a la metáfora paterna). El analista está sensibilizado por lo que se expresa en esos registros. Y participa de la *situación* con su propia transferencia. (pp. 73-74, énfasis del original)

Esta idea de considerar la complejidad transferencial y de que el analista también participa de la situación con su transferencia nos parece destacable. De esta forma, la autora explicita que lo central no es cuestionar las posibilidades en el niño de instalación de la transferencia, sino que lo fundamental, en la conducción de la cura, resulta situar si el niño podrá asumir su propia historia para diferenciarse de la “trama de engaños” sostenida por la pareja parental. El concepto de transferencia, para Mannoni, se encuentra atravesado por la noción de discurso colectivo, ya que la transferencia involucra al niño y al medio que lo rodea. En los padres sitúa inicialmente la angustia, debido a que ellos son posibles portadores de movimientos resistenciales.

La “situación transferencial” se centra, entonces, en la articulación con el discurso colectivo y no en la singularidad propia del psiquismo infantil respecto de sus posibilidades de respuesta. Es por ello que toda demanda de cura de un niño realizada por los padres debe ser situada, en primer lugar, en el plano fantasmático de estos, en particular de la madre, debido a que es importante interpelar qué significan para ella el significante “niño” y el significante “niño enfermo”. Luego, esta demanda de curación debe ser comprendida en el nivel del niño. Es necesario preguntarse si este se siente implicado en la demanda de curación y cómo utiliza su enfermedad en sus relaciones. Mannoni (2007) plantea que el niño solo se comprometerá en el análisis si sirve a sus intereses y no al de los adultos:

La cuestión no consiste en saber si el niño puede o no transferir sobre el analista sus sentimientos hacia padres con los que todavía vive (esto implicaría reducir la transferencia a una mera experiencia afectiva), sino en lograr que el niño pueda salir de

cierta trama de engaños que va urdiendo con la complejidad de sus padres. Esto solo puede realizarse si comprendemos que el discurso que se dice es un discurso colectivo: la experiencia de la transferencia se realiza entre el analista, el niño y los padres. El niño no es una entidad en sí. (p. 100)

Desde estas lecturas, junto a lo planteado por Marisa Rodulfo (2005), el síntoma del niño no es intrasubjetivo sino intersubjetivo. Es decir, el niño es un sujeto reactivo al discurso parental y se limita a reaccionar a una estructura que tiene establecida al inicio. Marisa Rodulfo plantea que en esta perspectiva se pierde la especificidad intrapsíquica del síntoma, ya que no hay metabolización en el proceso de producción sintomática. Si bien para esta autora es valioso considerar que el síntoma se gesta en lo intersubjetivo, también hay que tener en cuenta que, una vez autonomizado, el síntoma es intrapsíquico. En el modelo estructuralista “el niño ocupa el lugar que la estructura le tiene reservado para él, el niño es un efecto, un producto de la estructura. De esta manera, tanto la espontaneidad del niño, como sus propios procesos de metabolización quedan excluidos” (p. 4).

Donald W. Winnicott: desarrollos acerca del espacio analítico como “espacio transicional” y el “uso” del analista

En el libro *Lo que falta en la verdad para ser dicha*, Mannoni (1998) resalta de sus intercambios con Donald W. Winnicott su espíritu antidogmático, debido a que, al mantenerse al margen del pensamiento analítico establecido, recupera en sus desarrollos la experiencia clínica.

Winnicott considera necesario el respeto a la experiencia singular de cada cual, y afirma que lo más importante de todo es preservar entre el analista y el paciente un espacio abierto al surgimiento de una verdad, verdad que no pertenece a nadie (...) Winnicott me alienta a hablar con él de análisis en la lengua de todos los días, centrándome al máximo en la experiencia clínica. Según él, del paciente es de quien debemos aprenderlo todo. (p. 38)

Para ahondar en las formulaciones de Winnicott (2007) acerca de la transferencia, podemos tomar algunos de los desarrollos que realiza en *Realidad y Juego* que permiten pensar de un modo original el espacio de análisis.

En este escrito, el autor realiza un análisis sumamente interesante de la conexión existente entre dos grupos de fenómenos que se encuentran separados por un intervalo de tiempo: el autoerotismo y la actividad de jugar. Observa que, por un lado, hay actividades que los recién nacidos realizan con el puño para estimular la zona erógena oral, y, por otro lado, un tiempo después los bebés encuentran placer al jugar con ositos. Este autor llama “zona intermedia de experiencia” a los “fenómenos transicionales”, y “objetos transicionales” a los que hay entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre lo subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva. Explica que hay situaciones que van complejizando la experiencia autoerótica: mientras el bebé succiona el pulgar con la otra mano puede tomar un objeto exterior, parte de la sábana, por ejemplo, e introducirlo en la boca junto con los dedos. A esto Winnicott lo denomina “fenómenos transicionales” y supone que estas experiencias van acompañadas de la formación de pensamientos o fantasías. Además, agrega que cuando algún fenómeno adquiere gran importancia para el bebé al momento de dormir ese objeto se convierte en un “objeto transicional” —primera posesión no-yo—. Plantea que en un estado de buena salud este objeto va perdiendo significación.

Para este autor, una madre bastante buena comienza con una adaptación casi total de las necesidades de su hijo y, a medida que pasa el tiempo, comienza a retirarse. Pero al comienzo, cuando la adaptación es casi total, el bebé tiene la ilusión de que el pecho de la madre es parte de él. Winnicott plantea que este es un momento de gran omnipotencia y que la tarea posterior de la madre consiste en desilusionar al bebé en forma gradual. Considera que en la infancia la zona intermedia es importante para que tenga lugar la relación entre el niño y el mundo; además esta zona se conserva a lo largo de toda la vida en las experiencias culturales, en la vida imaginativa y en la labor científica-creadora.

Winnicott realiza una secuencia de las relaciones vinculadas con el proceso del desarrollo y busca dónde comienza el juego. En un primer momento el niño y el objeto se encuentran fusionados: aquí la visión del objeto es subjetiva y la madre hace real lo que el niño está dispuesto a encontrar. En un segundo momento, el objeto es repudiado, reaceptado y percibido en forma objetiva. Este proceso depende de que exista una figura

materna dispuesta a participar y devolver lo que se le ofrece. En este punto, la madre oscila entre un “ir y venir”, entre ser lo que el niño tiene la capacidad de encontrar y ser ella misma, a la espera de que el niño la encuentre. En el estado de confianza que se genera si la madre hace bien este movimiento, el niño goza de experiencias de omnipotencia de los procesos intrapsíquicos. La confianza en la madre constituye un campo de juegos intermedio en el que se origina la idea de lo mágico. Este campo de juego es un “espacio potencial” que existe entre la madre y el hijo. La tercera etapa consiste en encontrarse solo en presencia de alguien: el niño juega sobre el supuesto de que la persona que ama y a quien tiene confianza está cerca y sigue estándolo cuando se la recuerda. Por último, en la cuarta etapa, el niño permite una superposición de dos zonas de juego y disfruta de ella. De este modo, se va allanando el camino para un jugar juntos dentro en una relación.

Por lo tanto, este es el eje de la teorización de Winnicott (2007): jugar es hacer algo para dominar lo que está afuera y el lugar del juego es un “espacio potencial” entre el bebé y la madre. Para Winnicott, el juego es una actividad terapéutica por sí misma, ya que es una actividad autocurativa que el aparato psíquico tiene a su disposición. En relación con esto, la tesis de Winnicott es que la psicoterapia:

(...) se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo. (p. 61)

Este autor considera que es en la zona de superposición entre el juego del niño y de otra persona donde es posible producir enriquecimientos. De esta manera, el juego se utiliza terapéuticamente. Además, plantea que el juego, en cuanto experiencia creadora, necesita espacio y tiempo para desarrollarse.

En este punto, Winnicott introduce una variante interesante con respecto a la modalidad de intervenir en la clínica con niños. Considera que puede efectuarse una psicoterapia de tipo profundo sin necesidad de una labor de interpretación. Dice que lo importante no es el momento de la inteligente interpretación, sino que es cuando el niño se sorprende a sí mismo con su respuesta. Considera que en el juego el niño se produce

a sí mismo como sujeto, ya que produce algo nuevo. Por lo tanto, resalta aquí el trabajo que realiza el paciente y el hecho esencial de que el analista no se anticipe o perturbe ese trabajo.

Esta idea de Winnicott (2007) viene a polemizar con el uso que Klein, a lo largo de su enseñanza, hace de la interpretación, en tanto traducción del inconsciente siguiendo un código universal. Según esta lectura, este uso que se hace de la interpretación lleva a la idea de un analista omnipotente. Winnicott sostiene que si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con gran júbilo. El uso que hace de la interpretación este autor es para que los pacientes conozcan los límites de su comprensión como analista. Este planteo winnicottiano tiene que ver con el manejo de la transferencia en la clínica:

(...) solo en los últimos años me fue posible esperar y seguir esperando la evolución natural de la transferencia que proviene de la creciente confianza del paciente en la técnica y marco analíticos, y evitar la ruptura de ese proceso natural con interpretaciones. (p. 117)

Además, Winnicott le concede un lugar fundamental al factor ambiental, otorgándole consecuentemente un lugar a la madre y a la pareja parental en el espacio terapéutico. De esta forma, incluye la idea de la madre y su función, la cual, en cuanto madre suficientemente buena, debe contar con la posibilidad de adaptarse a las necesidades del bebé ilusionándolo para posteriormente poder desilusionarlo. Tal pasaje, en su conceptualización, contiene la idea de sostén que, en el tránsito terapéutico y en virtud de delimitar el concepto de transferencia, introduce de la siguiente manera:

(...) el paciente necesitaba fases de regresión a la dependencia, en la transferencia, pues proporcionaban a la experiencia el efecto total de la adaptación a las necesidades, que en rigor se basa en la capacidad del analista (de la madre) para identificarse con el paciente (su bebé). A lo largo de este tipo de *experiencia* se produce una proporción suficiente de fusión con el analista (con la madre) como para permitir que el paciente viva y se relacione sin necesidad de los mecanismos de identificación proyectivos e introyectivos. Luego viene un penoso proceso por medio del cual el objeto es disociado del sujeto y el analista queda separado y colocado fuera del control omnipotente del

paciente. La supervivencia del analista a la destructividad que corresponde a este cambio y lo sigue permite que suceda algo nuevo, a saber, el *uso* del analista por el paciente y la iniciación de una nueva relación basada en identificaciones cruzadas. (p. 177, énfasis del original)

Para la instalación de la neurosis de transferencia, dice Winnicott, se necesita contar con un yo que tenga la posibilidad de instaurar defensas ante la angustia. La transferencia podrá establecerse, se trate de un niño o de un adulto, a partir de la confianza del paciente en el encuadre y la técnica analítica, lo cual se vincula a las posibilidades del uso del objeto, es decir, aspectos que remiten a los primeros tiempos del desarrollo emocional del bebé.

Winnicott expresa que para usar un objeto es necesario que el sujeto haya desarrollado una capacidad que le permita usarlos —el principio de realidad—. Esta capacidad, que implica un proceso de maduración y depende de un ambiente facilitador, no supone una aptitud innata. En consecuencia, primero existe la relación de objeto y luego su uso, y la parte intermedia de este proceso es la ubicación del objeto por parte del sujeto fuera de la zona de su control omnipotente, es decir, la percepción del objeto como algo exterior, una entidad con derecho propio y no una entidad proyectiva. Este paso de la relación al uso implica que el sujeto destruye al objeto. Entonces, luego de que el sujeto se relacione con el objeto, el sujeto destruye el objeto, este se vuelve exterior y luego sobrevive a la destrucción. El objeto cobra valor por haber sobrevivido a la destrucción. La destrucción del objeto sucede porque este se encuentra fuera de la zona de control omnipotente y, asimismo, es la destrucción la que lo coloca fuera de la zona de control omnipotente del sujeto. Así, es el impulso destructivo el que crea la exterioridad (hay alegría frente a la supervivencia del objeto) y, a partir de este momento, el objeto siempre será destruido en la fantasía. Por lo tanto, es posible ubicar aquí el valor positivo de la destructividad, la cual permite crear un mundo de realidad compartida, debido a que ubica al objeto fuera de la zona creada por los mecanismos mentales proyectivos del sujeto.

Con respecto a esta idea, Winnicott (2007) remarca que si esto ocurre en el espacio del análisis, tanto el analista como la técnica y el marco analítico aparecen como sobrevivientes o no de los ataques destructivos del paciente:

Esta actividad destructiva es el intento de este, de ubicar al analista fuera de la zona de control omnipotente, es decir, en el mundo exterior. Sin la experiencia de la máxima destructividad (objeto no protegido) el sujeto nunca coloca al analista afuera, y por lo tanto jamás puede hacer otra cosa que experimentar una especie de autoanálisis, usando al analista como una proyección de una parte de la persona. (p. 123)

Este autor agrega que en el análisis los cambios que se producen en esta zona suelen ser muy profundos, lo cual depende de la supervivencia del analista a los ataques. Winnicott expresa lo difícil que puede resultarle al analista soportar tales ataques; antes que interpretar, es más conveniente esperar a que la fase haya terminado y luego sí trabajar con el paciente lo sucedido. En síntesis, el analista pasa por estas fases en la transferencia:

Muchos de nuestros pacientes se presentan con este problema ya resuelto: pueden usar los objetos, a nosotros y el análisis, tal como usaron a sus padres y hermanos en el hogar. Pero existen muchos que necesitan que sepamos darles la capacidad de usarlos. Para ellos, esa es la tarea analítica. Para satisfacer esa necesidad tendremos que conocer lo que digo aquí sobre nuestra supervivencia a su destructividad. Se ha levantado un telón de fondo para la destrucción inconsciente del analista, y nosotros sobrevivimos a ella o de lo contrario nos hallamos ante otro análisis interminable. (p. 126)

Con respecto a estas ideas, el autor, en vinculación al pasaje dado entre lo subjetivo y lo objetivo, da cuenta de la existencia de una tercera zona: el espacio potencial de experiencia. Un espacio en el que, si objeto transicional pierde su significación, se ubicará el juego y, como su extensión, la experiencia cultural. Winnicott plantea que la psicoterapia sucede en la superposición de dos zonas de juego, la del paciente y la del analista, y sostiene que la creación de significación en el trayecto terapéutico se constituirá en esta intersección. Entonces, si la psicoterapia es eficaz en la superposición, es esta zona de superposición donde la transferencia encuentra su asiento.

Resulta fundamental resaltar el gesto de Winnicott, debido a que sus teorizaciones revolucionan:

(...) el concepto de transferencia, pensada como un espacio transicional, como ese lugar entre, específico de la clínica psicoanalítica y que no se halla interferido como pensaba Anna Freud, por la dependencia del niño a sus padres; con lo cual el concepto de transferencia queda desabrochado de la formulación annafreudiana y de la inhabilitación para trabajar con niños. (Rodulfo, 2005, p. 2)

Para finalizar este capítulo, nos resulta fundamental resaltar, de las teorizaciones winnicottianas, que una descripción emocional de una subjetividad no puede realizarse solo en términos del sujeto: la conducta del ambiente es una parte fundamental en el desarrollo del sujeto y es por ello que hay que incluirla.

Para Marisa Rodulfo (2016), preguntarse qué es un niño conduce a la prehistoria, lo cual le da importancia no solo a los primeros años de la vida —historia singular—, sino también a todo lo que precede al nacimiento —mito familiar—. ⁴ Allí donde Klein ubicaba el principio —en la fantasía—, con Winnicott podemos pensar que el principio está en la función materna, ya que para este autor no existen los bebés, sino que lo que existe es la pareja de crianza.

En este punto, siguiendo a Marisa y Ricardo Rodulfo, los aportes de Winnicott para pensar la clínica con niños son sumamente valiosos debido a que en el trabajo con niños se opera con el discurso familiar a fin de detectar todo lo que se pueda sobre los mitos que determinan la posición subjetiva del paciente.

En esta línea, Carlos Eduardo Tkach (2011) también resalta el gesto formidable de Mannoni al hablar de “transferencias múltiples”, ya que permiten considerar una modalidad singular de transferencia con la que nos encontramos cuando trabajamos con niños. En esta modalidad, la instalación de la transferencia en los padres ocupa un lugar central, la cual “implica que nosotros seamos sujetos de supuesto saber para los padres sobre el inconciente del niño, sobre lo que no se sabe de él, no sujeto supuesto saber sobre el inconciente de cada uno de los padres” (s/p). Tkach establece que por la vía del niño se abre una transferencia con los padres en la cual ellos nos pueden contar toda su historia como padres para el niño, lo cual es muy singular, además de ser un modo

⁴ Por mito familiar estos autores plantean que es trans-individual y que “Más que como un texto “limpio” en su estructuración, conviene escucharlo como un *collage*, un *racimo* de pedazos de mitos bien o mal pegados, un *cuerpo abigarrado*” (Rodulfo, 2006, p. 111, énfasis del original).

específico de la transferencia. En este sentido, el tipo de transferencia que ocurre en el psicoanálisis de niños tiene una especificidad.

En concordancia con estas ideas en relación al saber, Volnovich (2000) establece que el análisis, y por tanto la transferencia, son un espacio de ilusión que se abre para que el deseo sea desplegado frente a otro que hace de soporte. Se trata de un acuerdo en la creencia del saber del otro: el paciente ubica el saber en el analista y el analista ubica el saber en el inconsciente del paciente. La transferencia es esa ilusión, esa ficción. Entonces, a medida que el niño va descubriendo el interés del analista por sus producciones, aquel se va convirtiendo en el destinatario de sus producciones. Entonces, Volnovich afirma:

(...) el juego, el dibujo, la verbalización y el gesto, de lenguajes se convierten en escritura. Y la escritura devela, siempre, algo del inconsciente: revela y oculta. La escritura lleva impresa —al igual que la voz— la marca singular del sujeto. Psicoanalizar a un niño es justamente eso: enfrentarse con el enigma de la escritura vehiculizada por una multitud de lenguajes. (p. 17)

CAPÍTULO 2: TRANSFERENCIA EN LA CLÍNICA DE LAS PSICÓSIS INFANTILES

Si queremos entender la transferencia en el psicótico y al psicótico mismo, tenemos que descubrir la forma específica de transferencia que le corresponde.

(Etchegoyen, 1986, p. 178)

Psicosis infantiles

Así como ya no se discute la existencia de la transferencia en la psicosis adulta, es importante repensar la especificidad con la que nos encontramos en la práctica de las psicosis infantiles, debido a que la transferencia asume un carácter diverso y no es posible pensarla tomando las teorizaciones ya conocidas de la psicosis en el adulto.

Podemos plantear que son diversos los modos de presentación clínica que asumen las psicosis infantiles con respecto a la psicosis adulta. Una de las principales diferenciaciones es que la psicosis infantil no es una psicosis que se ha desencadenado antes, por lo que no se trata de una desestructuración psíquica sino de un modo diverso de estructuración. Entonces, atentos a las intervenciones precoces para aliviar el sufrimiento del niño, resulta fundamental detenerse en el análisis de las estructuras de base que participan en dichos cuadros clínicos.

Tomando los desarrollos de Silvia Bleichmar (2002), por psicosis infantiles entendemos modos severos de fracasos de las estructuras que operan en los procesos de subjetivación. No obstante, resulta fundamental tener presente que las organizaciones psicóticas en la infancia no pueden ser pensadas como estructuras fijas. Para esta autora, se trata de un corte en el devenir de un sujeto destinado al *après-coup* y por determinaciones en las cuales el azar también juega un papel importante.

A partir de esto, ¿cómo repensar lo originario en estas patologías? Con respecto a esta preocupación por lo originario, Bleichmar (2002) resalta, en relación a las psicosis infantiles, el gesto de sumergirse en los movimientos que fundan al sujeto psíquico. Concebidas como un fracaso de los procesos de constitución del aparato psíquico, esta autora señala que las psicosis infantiles, a diferencia de la psicosis adulta, se presentan de modo polimorfo. En este sentido, sostiene que existen “las psicosis” así como existen diversas variables que conducen al desenlace psicótico. Destaca la función constituyente del vínculo materno en tanto función fundante del psiquismo.

Con respecto a esta idea, quien en el año 1930 popularizó el concepto de psicosis infantil fue Melanie Klein (2009). Esta autora plantea que los rasgos diagnosticables de las psicosis en la infancia son diferentes de la psicosis clásica. Sostiene que, como las manifestaciones son menos evidentes que en el adulto, muchos casos son clasificados bajo títulos imprecisos: “detención del desarrollo”, “estado psicopático”, “tendencia asocial”. Esta idea de Klein de que las psicosis infantiles comprometen el desarrollo intelectual, motriz y del habla es retomada por diversos autores.

Por su parte, Mannoni (2009) en *El niño retardado y su madre* también expresa que la estructura psicótica se presenta en ocasiones como una “aparente debilidad”, “detrás de la máscara de debilidad mental se disimula a veces una evolución psicótica (...) Pero lo que nos engaña es la influencia de una familia que trata de mantener el lugar que le ha asignado al niño” (p. 51), negándose a que pueda tener un sentido y una historia. Es por esto que esta autora sostiene que el estudio del psicótico no se limita al sujeto, sino que se inicia con la familia.

Asimismo, Bleichmar (2002) establece que gran parte de los trastornos, que en la primera infancia son diagnosticados como “trastornos madurativos”, “trastornos del desarrollo” o como “déficit intelectual de origen funcional”, tienden a evolucionar hacia formas psicóticas francas, productivas o con dominancia a deterioro. Con respecto a esta idea de no coagular al niño en el lugar vacío que supone un déficit, esta autora considera que es fundamental sumergirse en los movimientos originarios del sujeto psíquico en tanto se hace necesario pensar en intervenciones precoces:

Desde la teoría, por su parte, algunos ordenamientos básicos se hacen necesarios. En principio, es necesario que nuestra psicopatología sea definida desde una propuesta metapsicológica, que pueda transformar los síntomas —tomados como entidades en sí mismas— en indicios que den cuenta de la estructuración psíquica. (p. 168)

Siguiendo estos postulados, el modo en que se presentan en la clínica síntomas y trastornos son indicios claves para dar cuenta de con qué estructuración psíquica nos encontramos. Entonces, surgen las siguientes preguntas: ¿qué formas clínicas dan cuenta del fracaso en la constitución subjetiva?, ¿qué formas clínicas asume este

abrochamiento madre/hijo?, ¿cómo pensar metapsicológicamente las regresiones que se hacen presentes en la clínica de las psicosis infantiles?, ¿qué angustias despliegan estos modos de regresión?

En este punto resulta fundamental realizar una diferenciación entre síntoma y trastorno. Por síntoma, siguiendo a Bleichmar (2002) entendemos una formación de lo inconciente, producto transaccional entre los sistemas psíquicos resultante de una insatisfacción pulsional. En cambio, en el trastorno, el conflicto entre los sistemas psíquicos no está funcionando, sea por su no constitución o por su fracaso —parcial o total— como sucede en las psicosis.

Se considera esencial pasar por estas preguntas, debido a que al tratarse de niños que están en proceso de constitución subjetiva, las intervenciones que se realicen tanto con el pequeño como con sus padres serán fundamentales y fundantes para desarticular circuitos y fallas que, de lo contrario, pueden cristalizarse en una constitución definitiva del aparato psíquico. En casos graves en donde está comprometida la subjetividad del niño, las intervenciones que se realicen tanto con el niño como con sus padres son apremiantes.

Transferencia en la psicosis

Teniendo en cuenta el despliegue masivo que asume la transferencia en la práctica analítica con pacientes psicóticos, cabe preguntarse: ¿qué características asume la transferencia en casos en donde aún no hay un yo instaurado y, más aún, cuando este yo se ve seriamente comprometido? ¿Cómo pensar la transferencia cuando la diferenciación presente-pasado asume otras características?

Para comenzar con el desarrollo de este apartado, se tomará la diferenciación que Freud realiza en torno a la neurosis y psicosis con respecto al término que nos ocupa: la transferencia.

En “Introducción del narcisismo” de 1914, Freud (2006b) realiza una diferenciación entre las “neurosis de transferencia” y las “neurosis narcisistas”. En estas últimas ubica a los parafrénicos. Las primeras neurosis se caracterizan por el hecho de que la libido se desplaza siempre hacia los objetos en vez de estar retirada sobre el yo. Si bien el neurótico también resigna su vínculo con la realidad —personas y cosas—, no hay una cancelación total de la libido debido a que la conservan en la

fantasía. Freud le llama a este estado “introversión de la libido”. Por el contrario, en las “neurosis narcisistas” los parafrénicos retiran su libido de las personas y cosas del mundo exterior, pero no las sustituyen por otras en la fantasía, sino que la libido es conducida al yo, de lo cual surge un estado al que Freud llama narcisismo. De aquí que para Freud no haya transferencia en la psicosis, ya que el extrañamiento de su interés hacia el mundo exterior hace a los psicóticos inmunes al psicoanálisis.

En la conferencia 27^a de las “Conferencias de introducción al psicoanálisis”, Freud (1991a) menciona que la transferencia tiene una gran importancia en la cura de las “neurosis de transferencias” (histerias, histerias de angustia y neurosis obsesiva). Cuando comenzó a incluir a la transferencia, Freud se convenció acerca del significado de los síntomas en cuanto satisfacciones libidinales. Con esto se refiere a la capacidad de dirigir la investidura libidinal de objeto hacia personas: “La inclinación a la transferencia en el llamado neurótico no es sino un extraordinario acrecentamiento de esta propiedad universal” (p. 405).

Ahora bien, como ya hemos mencionado, respecto de las llamadas “neurosis narcisistas”, Freud plantea que el empeño terapéutico no tiene resultado alguno:

La observación permite conocer que los que adolecen de neurosis narcisistas no tienen ninguna capacidad de transferencia o solo unos restos insuficientes de ella. Rechazan al médico, no con hostilidad, sino con indiferencia. Por eso este no puede influirlos; lo que dice los deja fríos, no les causa ninguna impresión, y entonces no puede establecerse en ellos el mecanismo de curación que implantamos en los otros, a saber, la renovación del conflicto patógeno y la superación de la resistencia de la represión. Permanecen tal cual son. (...) No muestran transferencia alguna y por eso son inaccesibles para nuestro empeño; no podemos curarlos. (pp. 406-407)

En diferentes textos Freud ha puntualizado la diferenciación en la contracción y en los conflictos presentes en la neurosis y la psicosis. En líneas generales, si bien el creador del psicoanálisis ha considerado incurables a los pacientes psicóticos, en su trabajo acerca del caso Schreber ha tomado el escrito del sujeto mismo y de ese modo señaló un camino que retomarán diversos autores. Entonces, en relación a la psicosis, Freud dejó esbozados ciertos problemas teóricos y clínicos para compartir los obstáculos con los que se encontró.

R. Horacio Etchegoyen (1986) en su libro *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* sostiene al respecto que:

Dejando de lado la influencia que la opinión del Freud tuvo en todos los investigadores, si se tardó tanto en comprender (o en ver) los fenómenos transferenciales de la psicosis es porque responden a un modelo distinto, extremo y, aunque parezca paradójico, mucho más inmediato y visible. No es que la transferencia no exista (...) al contrario, es tan abrumadora que nos arredra y nos envuelve por completo. (p. 148)

Este autor resalta que fue en la década del treinta cuando comenzaron a desarrollarse estudios acerca de la transferencia en la psicosis. Una de las principales pensadoras que ha estudiado la psicosis y la posibilidad de su tratamiento ha sido Klein y quien también ha realizado importantísimos aportes fue Winnicott. Puede pensarse que estos autores postulan dos teorías diversas y, por lo tanto, dos formas diferentes de conducirse en la práctica. A grandes rasgos, en Klein la relación de objeto se establece de entrada; en cambio en Winnicott el desarrollo parte de un momento en el que sujeto y objeto no están diferenciados, ya que existe una etapa de narcisismo primario. De esto se desprende que, según la primera teoría —Klein— la psicosis de transferencia debe ser interpretada, mientras que para la otra —Winnicott— los fenómenos pertenecientes al narcisismo primario no responden a la técnica interpretativa clásica y es mejor entonces dejar que se desarrollen en el tratamiento para que cumplan etapas no alcanzadas en el desarrollo temprano.

Aportes de Melanie Klein y Donald W. Winnicott sobre la transferencia en las psicosis infantiles

Para continuar, se profundizará en dos autores que ya se han mencionado para explicar la transferencia en la clínica con niños, pero aquí se tomarán sus teorizaciones en cuanto aportes para pensar la transferencia en las psicosis infantiles.

Klein (2009b) sostiene que es posible tratar pacientes psicóticos utilizando la técnica clásica y dejando que se desarrolle una “psicosis de transferencia” para luego analizarla. En el caso Dick, un niño de 4 años, esta autora ha empleado con este

paciente —diagnosticado por otro profesional como una demencia precoz— la técnica del juego a fin de interpretar sus fantasías sádicas.

En su artículo de 1930 “La psicoterapia de las psicosis”, esta autora expresa que para el psicótico el mundo es todavía un vientre poblado de objetos peligrosos. Establece que los rasgos diagnósticos en la psicosis en la infancia son diferentes de los de la psicosis clásica. Pueden encontrarse casos en los que los sistemas de fantasía estén aumentados, lo cual genera una fijación que provoca una detención del desarrollo. En los niños, Klein establece que la esquizofrenia es menos evidente que en los adultos y suele expresarse como tendencia asocial, detención del desarrollo, estado psicopático, etc. Debido a que, en menor grado, estos rasgos son normales en la infancia pasan desapercibidos. También establece que pueden observarse estereotipias, obediencia automática, falta de rapport emocional y falta de concentración.

Frente a esta estructura, Klein (2009c) sostiene que el concepto de psicosis infantil debe ser ampliado y que es importante que los analistas descubran las psicosis infantiles para curarlas. En el artículo “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”, Klein (2009b) desarrolla el material clínico de un niño psicótico de cuatro años (Dick) y resalta que es el primer informe publicado sobre el análisis de un caso de psicosis infantil, con lo cual demuestra que es posible establecer un tratamiento psicoanalítico aun en el caso de un niño que no habla, no manifiesta emociones y posee un simbolismo rudimentario. Luego de un tiempo de trabajo con el niño, Klein dice que “junto con el aumento de intereses y el establecimiento de una transferencia cada vez más *intensa* hacia mí, había aparecido la relación del objeto que hasta entonces faltaba” (p. 274, énfasis nuestro). Además, agrega lo siguiente:

Quisiera subrayar que en el caso de Dick he modificado mi técnica habitual. En general, no interpreto el material hasta tanto éste no ha sido expresado a través de varias representaciones, pero en este caso, en que la capacidad de expresión por medio de representaciones casi no existía, me vi obligada a interpretar sobre la base de mis conocimientos generales, pues en la conducta de Dick las representaciones eran relativamente vagas. Al lograr por este medio acceso a su inconsciente, pude movilizar angustia y otros afectos. Las representaciones se tornaron entonces más completas y pronto conseguí bases más sólidas para el análisis, pudiendo entonces pasar

paulatinamente a la técnica que utilizo generalmente en el análisis de niños pequeños. (p. 274)

Por lo tanto, lo que hace Klein es, mediante interpretaciones, buscar modificar factores fundamentales en el desarrollo de Dick para disminuir sus dificultades inconcientes y abrir camino al desarrollo de su yo.

Con respecto a este modo de intervenir, quisiéramos hacer un paréntesis. Lacan (2006a) en *El Seminario I* analiza la intervención que realiza Klein con Dick de un modo que arroja toda una línea de orientación clínica para la dirección de la cura en sujetos organizados por la holofrase: “¡Hay que ver con que brutalidad Melanie Klein le enchufa al pequeño Dick el simbolismo!... Le suelta una verbalización brutal del mito edípico” (p. 112). Más adelante dice: “(...) se atreve a hablarle: hablar a un ser que (...) en el sentido simbólico del término, no responde” (pp. 113-114).

En el desarrollo que Pablo Peusner (2015) realiza en torno a este tema, dice que no es necesario que la palabra sea del niño: como el sujeto no coincide con ninguna persona, no importa quién habla. En este punto, Peusner resalta el gesto formidable de Klein de sostener el lazo y el intercambio. Con respecto a la brutalidad con que enchufa lo simbólico, Peusner resalta de estas intervenciones que siempre son brutales los primeros encuentros con lo simbólico en el sentido de que “todos somos arrojados de cabeza en ese mundo del lenguaje que humaniza” (p. 103).

Por su parte, Winnicott (2016b) realiza importantes aportes para la clínica con pacientes psicóticos. Si bien no son específicos de la clínica con niños, sus desarrollos aportan cuestiones fundamentales para el análisis con niños con dominancia psicótica.

En el escrito de 1954 “Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico”, este autor agrupa tres tipos de casos de acuerdo al equipamiento técnico que requieran del analista. En primer lugar, ubica a pacientes con personalidad completa, cuyas dificultades están centradas en fenómenos interrelacionales. La técnica que utiliza en ellos es la del psicoanálisis tal como fue desarrollada por Freud. En segundo lugar, están los pacientes cuya personalidad no está del todo completa y cuyo análisis se centra en su estado de ánimo (posición depresiva). Aquí la idea de supervivencia del analista cobra importancia, además de las técnicas clásicas. Por último, Winnicott menciona aquellos casos de pacientes que en su análisis

deben enfrentarse con las primeras fases del desarrollo emocional antes de la instauración y hasta la instauración de la personalidad como entidad, es decir, el momento en que la madre debe literalmente sostener al pequeño. La estructura personal de estos pacientes todavía no está firmemente asentada. Con respecto a este grupo, “el énfasis recae en la dirección o control y a veces, durante largos períodos, hay que postergar la labor analítica corriente en beneficio del control” (p. 372).

En estos últimos casos es necesario realizar un diagnóstico que tenga en cuenta el desarrollo precoz de un self falso. Entonces, Winnicott expresa que, para que sea eficaz, el análisis debe producir una regresión en busca del self verdadero. Al dejar que la regresión siga su curso, cuando se alcanza su profundidad, se inicia el progreso del desarrollo emocional.

Con respecto a un caso clínico agrupado en esta tercera categoría, que nos interesa profundizar, Winnicott (2016b) expresa:

El tratamiento y dirección de este caso ha exigido la participación de cuanto poseo en mi calidad de ser humano, de analista y de pediatra. He tenido que efectuar un crecimiento personal en el curso de este tratamiento, crecimiento que resultó penoso y que gustosamente hubiera esquivado. En especial he tenido que aprender a examinar mi propia técnica siempre que surgían dificultades y siempre, en la docena aproximada de fases de resistencia, ha resultado que la causa estaba en un fenómeno de contratransferencia que hacía necesario un mayor análisis de analista. (p. 374)

La idea principal que transmite aquí Winnicott es el lugar fundamental que le otorga a la contratransferencia en el análisis de pacientes psicóticos. Se trata de una presencia poderosa a tener en cuenta como instrumento de trabajo. Por otro lado, también transmite la necesidad, en estos casos, de reexaminar su técnica. De este modo, considera el tratamiento como una experiencia en la cual la situación de fracaso que ha quedado congelada —congelación de la situación de fracaso— puede ser descongelada y reexperimentada con el paciente en estado de regresión y dentro de un medio adecuado. Por lo tanto, la regresión forma parte del proceso curativo. En casos extremos Winnicott plantea que el analista debe presentarle al paciente una buena maternalización.

Es importante tener en cuenta que en los dos primeros grupos de casos nos encontramos con pacientes que fueron adecuadamente cuidados en la primera infancia, es decir, pacientes psiconeuróticos. Winnicott menciona que Freud ha escogido teorizar casos que dan por sentada la situación de maternalización precoz, interesándose así en angustias propias de las relaciones interpersonales. Es desde aquí que el material presentado por el paciente debe ser entendido e interpretado. Al decir de Winnicott, esto es lo que acontece en la situación analítica cuando la regresión no es necesaria y cuando se da por sentada la labor hecha por la madre. En estos casos, cabe resaltar, con respecto al marco en el cual se lleva a cabo la terapia, que hay una clara distinción entre realidad y fantasía, de manera que el analista no recibe ningún daño a causa de, por ejemplo, algún sueño regresivo.

Ahora bien, con respecto al tercer grupo, sobre el cual Winnicott (2016b) profundiza y realiza importantísimos aportes, su idea es que, en etapas de regresión del paciente, en el encuadre⁵ analítico solo intervienen dos personas, representando así el encuadre analítico a la madre y siendo el paciente un niño pequeño.

El diván y los cojines están ahí para que el paciente los utilice. Aparecerán en ideas y sueños y representarán el cuerpo del analista, pecho, brazos, manos, etc., en una variedad infinita de formas. En la medida en que el paciente esté en regresión (sea momentáneamente, durante una hora, o durante un largo período de tiempo) el diván *es* el analista, los cojines *son* pechos, el analista *es* la madre en un determinado momento del pasado. En el extremo ya no resulta acertado decir que el diván representa al analista. (p. 383, énfasis del original)

La tesis de este autor es que la psicosis está relacionada con un fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo. Entonces, los sentimientos de irrealidad y futilidad son propios del desarrollo de un self falso que se desarrolla como protección del self verdadero. En este punto, el encuadre del análisis reproduce las técnicas de maternalización más tempranas e invita a la regresión por su confiabilidad. La regresión es un retorno a la dependencia precoz: en este momento paciente y encuadre se funden en la situación originaria de narcisismo primario. Esto genera una

⁵ El término en inglés es “set-up”, si bien en la traducción castellana de este libro ha sido traducido como “marco”, se trata en verdad de aquello que en español llamamos “encuadre”.

descongelación de la situación de fracaso ambiental. Luego puede ubicarse un retorno de la regresión y un progreso de la dependencia a la independencia. Con respecto a este proceso que se repite una y otra vez, Winnicott (2016b) plantea que “la enfermedad psicótica solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente” (p. 381).

Siguiendo con las teorizaciones de Winnicott (2016c) acerca de la transferencia, en “Variedades clínicas de la transferencia” distingue dos variedades clínicas de la transferencia. Por un lado, encontramos la clásica “neurosis de transferencia” en la cual se reproducen situaciones del pasado en el presente. En estos casos hubo un cuidado infantil suficiente, lo que permitió al yo comenzar a existir. Winnicott menciona que en casos en los que el medio ambiente se adapta con éxito a las necesidades del infans, este no es reconocido como tal ni es registrado. Entonces, el trabajo del analista, cuando se encuentra frente a un yo intacto, da por sentado los detalles del cuidado infantil. En este punto “el marco del análisis carece de importancia en relación con la labor interpretativa” (pp. 393-394).

Al contrario, en casos límite o en casos o momentos psicóticos de personas neuróticas el trabajo que debe llevarse a cabo *amplía* el concepto de transferencia, ya que al analizar estas fases primitivas, el yo aún no puede suponerse como entidad instaurada, por lo que no se da una “neurosis de transferencia” debido a que la neurosis de transferencia requiere de un yo intacto que mantenga defensas contra la angustia. Este tipo de casos nos encontramos con una “transferencia temprana” que corresponde, como venimos desarrollando, al desarrollo emocional primitivo.

Entonces, en casos severos, el encuadre, el control y el comportamiento del analista cobran mayor importancia que la interpretación. Aquí, el comportamiento del analista —representado por el encuadre— es percibido como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda empezar a experimentar la vida, lo cual implica una oportunidad para el desarrollo del yo. En este modo de transferencia hay que tener en cuenta la presencia del pasado en el paciente: no es que el pasado venga hasta el presente, sino que el presente retrocede al pasado, es decir, es el pasado.

Mientras que en la neurosis de transferencia el pasado penetra en el consultorio, en esta tarea es más acertado decir que el presente se remonta o retrocede al pasado y *es* el

pasado. Así, el analista se enfrenta con el proceso primario del paciente en el marco en el que tuvo su validez originaria. (Winnicott, 2016c, p. 394, énfasis del original)

Entonces, siguiendo con los desarrollos de este autor, es posible brindarle al paciente la oportunidad de volver al punto de partida e iniciar un verdadero desarrollo de su self verdadero. En esto plantea que es decisiva la comprensión del analista y la capacidad de no interferir en el proceso de regresión. Agrega que si nos prestamos a acompañar al paciente en este difícil tránsito hacia las fuentes debemos estar dispuestos a equivocarnos debido a que por más competente que sea, no hay analista que no interfiera. Cuando esto ocurra el paciente percibirá nuestro error y entonces, por primera vez, se enojará. El paciente hace, de este modo, uso de los fracasos del analista. Winnicott considera que estos fracasos son necesarios en tanto no es posible brindar una adaptación perfecta y plantea que es solo empleando sus propias equivocaciones que el analista podrá llevar a cabo la parte más importante de su trabajo, la que habilita al paciente a enojarse por primera vez por los fracasos de adaptación. Este trabajo es el que libera al paciente de la dependencia del analista.

La clave reside en que el fracaso de analista se utiliza y debe ser tratado como fracaso *pasado*, un fracaso que el paciente es capaz de percibir y encuadrar y sentir ira sobre él. El analista necesita poder utilizar sus fracasos en términos de lo que significan para el paciente y, si es posible, debe explicar cada uno de ellos aunque esto signifique el estudio de su contratransferencia inconsciente. (Winnicott, 2016c, p. 395, énfasis del original)

En este sentido, este autor establece que la transferencia de los estadios tempranos del desarrollo tiene paradójicamente un significado real. El analizado está reaccionando por algo que le pasó, enojándose por un error “real” que cometió el analista, quien debe respetar ese enojo, que es cierto y justificado. Es real porque se refiere a un error que cometió el analista en su tarea, y lo que hay que hacer es admitirlo.

Entonces, el paciente que presenta fallas en su desarrollo emocional primitivo tiene que pasar por la experiencia de ser perturbado y reaccionar con justificada ira.

Para esto usa las fallas del analista, quien tiene que estar alerta y tiene que saber, además, que solo usando sus propios errores puede prestar su mejor servicio al paciente en esta fase del análisis, esto es, darle la oportunidad de que se enoje por primera vez sobre los detalles y faltas de adaptación que produjeron la perturbación de su desarrollo.

Desde estas postulaciones, Winnicott sostiene que la transferencia negativa del análisis con pacientes neuróticos queda, en estos casos, reemplazada por la “ira objetiva” sobre las fallas del analista. Esto marca una diferencia significativa entre la clínica con neuróticos y con psicóticos.

Para cerrar con estas teorizaciones, se tomarán otras ideas del desarrollo de este autor que nos permitan comprender mejor cierta singularidad de la transferencia en las psicosis. Winnicott (2009) en un artículo de 1963, “El miedo al derrumbe”, establece que la agonía que se hace presente en la clínica de las psicosis es un miedo al derrumbe, un miedo que ya ha sido experimentado; no obstante, expresa que la experiencia original de agonía no puede convertirse en tiempo pasado a menos que el yo pueda recogerla dentro de su experiencia presente:

(...) si el paciente está en condiciones de aceptar de algún modo esta extraña especie de verdad –que eso que todavía no ha sido experimentado sucedió, empero, en el pasado– queda abierto el camino para experimentar la agonía en la transferencia, como reacción frente a las fallas y errores del analista. (p. 118)

Además de tener presente esta modalidad transferencial, es importante tener en cuenta que el marco del consultorio no tiene el mismo sentido en un paciente neurótico, para el cual una habitación templada puede simbolizar el amor materno, que en un paciente psicótico. En este último, refiere este autor, las condiciones ambientales del consultorio componen la expresión física del amor del analista.

Maud Mannoni: “Transferencia masiva” en la clínica de las psicosis infantiles

Por último, podemos ubicar a Maud Mannoni (2007), quien realiza aportes sumamente interesantes respecto de este tema. En el caso de niños psicóticos, esta

autora manifiesta que en el tratamiento surge de un modo intenso y continuo la angustia de uno de los padres. Esta angustia se acentúa en cada progreso o en cada regresión del niño, debido a que despierta su propio problema edípico.

Como veíamos en el capítulo anterior, respecto del trabajo con niños neuróticos, Mannoni expresaba que toda demanda de curación de un niño realizada por los padres debía ser situada primero en el plano fantasmático de estos y luego comprendida en el nivel del niño, para que este pueda comprometerse en el análisis. Esta autora plantea que, en el caso de las psicosis infantiles, esto sucede de diferente manera, debido a que cuando madre y niño se encuentran en una situación dual “es en la transferencia donde se puede llegar a estudiar lo que está en juego en esta relación, e interpretar de qué modo, por ejemplo, las necesidades del niño son pensadas por la madre” (p. 82). De este modo llegan a analizarse posiciones fundamentales de la madre.

Esta autora considera que para el analista la transferencia en el análisis de niños psicóticos implica un peso particular debido a que “la transferencia masiva de la madre (integrada tanto por una confianza total como por una desconfianza absoluta) cuestiona profundamente al analista” (p. 101). Mannoni plantea que en la dirección de la cura con niños psicóticos se amplía considerablemente la relación imaginaria que cada uno de los padres establece con el analista. Es por medio de esta relación imaginaria que la madre logra recatetizarse como madre de un niño, reconociéndolo como un tercero distinto de ella y posibilitándole al niño ubicarse como sujeto.

Mannoni (2007) plantea que en estos casos de psicosis en donde los padres, en un grado más intenso, están implicados en el síntoma del niño, se encuentra una resistencia que tiene que ver con un anhelo inconciente de que nada cambie. Frente a esto, sostiene que el niño responde mediante un deseo de que nada se mueva, perdiéndose como sujeto en este movimiento. Afirma que, en el análisis de esta situación dual, el adulto puede sentirse cuestionado en la cura de su hijo. Los padres pueden sentirse cuestionados o burlados por el analista y entonces hieren al hijo. En muchos casos sucede que la evolución del hijo cuestiona la relación del adulto con su propio problema fundamental. Con esta idea de problema fundamental Mannoni se refiere a fantasmas preexistentes: “Se trata de una situación muy precoz de angustia, vuelta a vivir en la transferencia” (p. 84).

Esta autora manifiesta qué sucede cuando se minimiza el carácter masivo de la transferencia de uno de los padres hacia el analista. Tomando un caso clínico, el caso Christiane, comenta que no considerar este carácter masivo lleva a cometer ciertos errores en la conducción de la cura. En este punto, resulta fundamental resaltar el valor que le otorga Mannoni (2007) a la transferencia en la dirección de la cura de pacientes niños psicóticos: “El éxito del análisis depende de la comprensión de los mecanismos psicóticos en situación transferencial” (p. 122).

Mannoni plantea que el destino de las psicosis depende de cómo el sujeto fue excluido, por uno de los padres, de una posibilidad de entrada en una estructura triangular. Esto hace que el niño ocupe el puesto de un objeto parcial, sin llegar a asumir una identidad propia, debido a que le niegan su condición de alteridad. En este punto es importante analizar el discurso del niño psicótico junto con el discurso del padre patógeno para dilucidar el puesto que ocupa el niño en el fantasma del padre. Teniendo presente que la mirada del Otro es la que devuelve al niño la imagen de lo que él es, cuando en la mirada de este Otro subyace un deseo inconciente de muerte, el niño presenta severas dificultades para establecer una relación imaginaria, por lo cual pierde puntos de referencia identificatorios. Esto lleva a que el niño no pueda asumir ninguna identidad.

Es por esto que, cuando se trabaja con un niño atrapado en los deseos de muerte de los padres, es ante todo la palabra de estos últimos la que debe destrabarse, es decir, es necesario que el sistema del lenguaje dentro del cual se encuentra atrapado el niño sea modificado. Entonces, la cura supone entrar en un drama a través de la interacción del discurso de los padres y del discurso del niño. No se trata, al decir de Mannoni, de analizar a los padres, sino localizar qué de sus palabras ha marcado al niño.

Se trata, además, de la escucha de un solo discurso: el del niño y el de su familia. Cuando la palabra alienante del adulto pueda liberarse del curso impersonal, se hará posible el nacimiento de una palabra diferente del adulto hacia el niño. No obstante, esta tarea es sumamente difícil de emprender frente a discursos cerrados y solidificados en donde no hay posibilidad de que los padres se cuestionen. Algo distinto sucede en discursos más dramáticos, en los que los padres logran formular pedidos de ayuda:

Mi acción se vincula con los efectos, en el discurso, de las tensiones, compromisos, malentendidos, etc., cuya significación en la historia individual de cada uno pueda aclararse por referencia al drama edípico y a la experiencia de la castración. (...) Su advenimiento en cuanto sujeto depende del deseo parental de dejarlo o no nacer al estado de deseante. En la transferencia que se constituye, padres y niños se encuentran en un momento dado frente a lo que creen que es el deseo del analista.

La evolución de una cura implica el descubrimiento de lo que está en juego en la experiencia de la separación niño-padre. Esta separación es vivida por referencia al análisis, a través del deseo de muerte, y entonces el niño y el padre se firman como objeto que le falta al otro. (...) El analista tiene que poder situarse dentro del discurso que se pronuncia, para que pueda situar una dialéctica. Y entonces es cuando habrá de surgir una palabra verdadera desde el deseo de muerte. Nuevamente a partir de la muerte, de la división, de la alienación, se constituirá en el análisis del sujeto, como sujeto que habla, es decir como sujeto nacido de un drama, marcado y modelado por este. (Mannoni, 2007, pp. 194-195)

Además de esta característica en la transferencia con los padres, Mannoni resalta cómo los niños psicóticos viven episodios regresivos en la transferencia. No se trata de un retorno a un estado evolutivo anterior, sino una manera que tiene el sujeto para hacerse reconocer colocándose ciertas insignias.

Para finalizar este primer apartado acerca de la transferencia, nos resulta importante destacar los aportes para la clínica de las psicosis infantiles que han realizado los autores arriba desarrollados. Es importante diferenciar dos modos de transferencia, según se trabaje con niños dentro del campo de las neurosis infantiles de niños donde encontramos un fracaso en su estructuración. Para estos segundos casos, el concepto de “transferencia temprana” de Winnicott (2016c), así como la idea de la “transferencia masiva” de Mannoni (2007) que suele ocurrir con los padres o uno de los padres del paciente a dominancia psicótica, nos resulta fundamental. Consideramos que ambos autores especifican y amplían el concepto de transferencia y puntualizan la complejidad con la que nos encontramos en la clínica.

La idea de “uso del analista”, uso de sus fallas y errores, según Winnicott (2009), así como la idea de Mannoni (2007) de la participación de la transferencia del

analista como vector fundamental a tener en cuenta en la cura nos llevan a interrogarnos por el lugar del analista y por su contratransferencia.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 3: LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS.

Mas, ¿no podría decirse, siendo más radical, que la contratransferencia es la necesidad que tiene el analista de la alteridad del otro (...)?

(Roustang, 1990, p. 79)

La transferencia, como plantea Sigmund Freud (2010), si bien puede convertirse en el máximo escollo para el psicoanálisis, es su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla y traducirla. ¿Puede ser pensado del mismo modo el concepto de contratransferencia? ¿Puede pensarse la contratransferencia como una valiosa herramienta para el trabajo clínico? ¿Qué uso darle a la contratransferencia? Por lo tanto, ¿cómo pensar la implicación del analista?

Con respecto a la pregunta acerca de qué uso darle a la contratransferencia, nos resulta de gran interés analizar este concepto debido a que es importante considerar y delimitar qué lugar darle a los “fenómenos de contratransferencia”, nombre que le dio Winnicott (2016a), en la clínica con niños. Asimismo, al igual que con el concepto de transferencia, respecto del término contratransferencia el objetivo es analizar su especificidad en la clínica con niños en primer lugar y, luego, en la clínica de las psicosis infantiles. En este análisis que se llevará a cabo, nos proponemos pensar la “relación” entre estos dos conceptos, debido a que un término no implica ni incluye al otro *per se*.

Para realizar este apartado comenzaremos con puntualizaciones de Freud y Lacan para luego, a través de otros autores, repensar el uso de la contratransferencia en la clínica con niños. Cabe mencionar que no se realizará un trabajo exhaustivo de los trabajos que ubican a la contratransferencia como reflejo directo del paciente, así como aquellos trabajos que borran la contratransferencia de sus postulados y transmiten un borramiento de la subjetividad del analista. Consideramos, siguiendo a Jaime Fernández Miranda (2019) que ambas posturas —opuestas entre sí— llevan a un aniquilamiento de la subjetividad del analista.

Conceptualizaciones acerca de la contratransferencia en Freud y Lacan

Como es sabido, Freud desarrolla en mayor grado la transferencia, pero en pocos pasajes aborda el tema de la contratransferencia. En “Fragmentos de análisis de un caso de histeria”, Freud (2010) establece que la transferencia, destinada a ser el máximo escollo del psicoanálisis, se convierte en un factor imprescindible y necesario. Es por esto que no puede ser eludida sino, por el contrario, utilizada para sortear todos los obstáculos que hacen inaccesible el material de la cura. Sobre la contratransferencia, en líneas generales, Freud dice que consiste en la influencia del paciente en los sentimientos inconcientes del analista y señala que es necesario detectarla para dominarla.

Nos hemos servido del desarrollo que realiza Cecilia Greca (2018), en un libro sumamente interesante acerca de la contratransferencia, para el desarrollo de este término. La primera vez que Freud menciona el término contratransferencia es en 1909 en una carta a Jung, en la cual plantea este término de un modo diverso a como lo realizará el año siguiente. “Freud le dice a Jung que la contratransferencia, lejos de provocar un perjuicio, brinda al analista el recurso de “endurecerle la piel” ya que se trata de una cuestión permanentemente presente que él debe aprender a manejar” (Greca, 2018, p. 107). La caracteriza como una bendición disfrazada, debido a que enseña mucho al analista. De todos modos, no vacila respecto de la necesidad de controlar estos fenómenos y la dificultad propia que conlleva esta tarea.

En “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” Freud (2006a) hace la primera mención pública de la noción de contratransferencia. En este artículo le resulta de interés demostrar que sus aportes de nuevos medios contra las neurosis no han terminado aún, y que su intervención terapéutica ha de ampliar considerablemente su campo de acción en el futuro. Establece que este avance se obtendrá de un progreso interno, un aumento de autoridad y el efecto universal del trabajo. Por progreso interno se refiere tanto a ampliar conocimientos como a las innovaciones en cuanto a la técnica. Con respecto a este último punto dice:

Otras innovaciones de la técnica atañen a la persona del propio médico. Nos hemos visto llevados a prestar atención a la «contratransferencia» que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de

exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista solo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de la aptitud para analizar enfermos. (p. 136)

Al respecto, Etchegoyen (1986) plantea que esta definición está realizada en función del analizado, es decir, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico. Además, remarca que la solución que brinda Freud para superar los puntos ciegos de la contratransferencia es el autoanálisis. En este escrito, Freud considera a la contratransferencia como un obstáculo que puede provocar una distorsión en la escucha del analista. Así, las emociones originadas en la contratransferencia requieren ser vencidas y removidas a través de un intenso trabajo de autoanálisis que localice los puntos ciegos del analista. No obstante, Etchegoyen plantea:

Se ha dicho siempre que Freud consideró la contratransferencia solo como un obstáculo; pero si la introdujo pensando en el porvenir era porque suponía que el conocimiento de la contratransferencia se ligaba al futuro del psicoanálisis. Se puede sostener, pues, que Freud presumía que la comprensión de la contratransferencia significaría un gran progreso para la técnica psicoanalítica. (p. 237)

En “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, Freud (2005a) vuelve al tema de la escucha del analista planteando que no alcanza con que el analista sea un hombre normal: “es lícito exigirle, más bien, que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece” (p. 115). Además, agrega que “cualquier represión no solucionada en el médico corresponde (...) a un ‘punto ciego’ en su percepción analítica” (p. 115).

A partir de esto, puede pensarse que la contratransferencia es teorizada como una fuente de peligros para el proceso analítico. Lo que transmite Freud es, por un lado,

reconocer los afectos que se ponen en juego y, por otro lado, sugiere tomar distancia para evitar la participación en la cura de estas emociones, debido a que conllevan peligros. Esta toma de distancia supone para el analista una exigencia de frialdad de sentimientos, es decir, debe tomar el “modelo del cirujano”.

Como hemos mencionado, además de algunas puntualizaciones, Freud no volvió a trabajar el tema de la contratransferencia. A partir de aquí, y a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, la escuela inglesa realizó muchas contribuciones sobre el uso de la contratransferencia en el análisis. Las corrientes freudianas, en cambio, mantuvieron la contratransferencia bajo sospecha y sostuvieron la neutralidad afectiva del analista. Nos alejamos de esta discusión, ya que nuestro interés reside en tomar distancia de las teorizaciones que limitan y circunscriben la cuestión de la contratransferencia a la supuesta insuficiencia del análisis personal del analista. Es por ello que nos preguntamos: ¿de qué modo afecta la palabra del paciente al analista?

Resulta fundamental tomar aquí las consideraciones que realiza Lacan (2007b) respecto de este tema. Este autor trabaja este concepto en varios artículos, por ejemplo, en el año 1951 define a la contratransferencia como “la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las dificultades, incluso de la insuficiente información del analista en determinado momento del proceso dialéctico” (p. 219).

Ahora bien, esta no será la postura definitiva de Lacan con respecto a este tema. En *El seminario I. Los escritos técnicos de Freud*, Lacan (2006a) hace referencia a la importancia que tiene la contratransferencia y afirma que esto “implica el reconocimiento de que, en el análisis, no solo está el paciente. Hay dos; y no solamente dos” (p. 13). En este seminario, Lacan establece el análisis como una relación interhumana y una interacción imaginaria entre analizado y analista. Pero, al mismo tiempo, afirma que quedarse en ese punto nos lleva a un callejón sin salida; debemos hacer intervenir un tercer elemento, ya que la experiencia analítica es una relación de a tres en la que la palabra se encuentra en el lugar central.

En este seminario dice que, al igual que en 1951, “la contratransferencia no es sino la función del ego del analista, lo que denominaba la suma de los prejuicios del analista” (p. 43). Más adelante agrega: “Nunca dijimos que el analista jamás debe experimentar sentimientos frente a su paciente. Pero debe saber, no solo no ceder a

ellos, ponerlos en su lugar, sino usarlos adecuadamente en su técnica” (p. 57). Retomando el recorrido que Greca realiza al respecto,

Esto implica, tal como aclara a continuación, comprender que la contratransferencia se plantea en el terreno de la relación de yo a yo, lo cual no implica que sea falsa (...) pero sí implica que hacer de ella la guía de la interpretación obtura la posibilidad de un análisis. (2018, pp. 250-251)

En *El seminario 4. La relación de objeto*, Lacan (2005) toma el caso Dora y el caso de la joven homosexual para plantear que la dificultad freudiana tiene lugar en el campo de la contratransferencia. En este seminario, siguiendo a Freud, Lacan considera a la contratransferencia como una resistencia del analista. De todos modos, Lacan articula esto con la dificultad de Freud para llegar a una formulación depurada de la transferencia. Siguiendo a Greca, Freud no distingue entre la transferencia simbólica y la imaginaria quedando capturado en esta última. La reflexión que realiza Lacan es que “su contratransferencia [la de Freud], de algún modo, hubiera podido servirle, pero a condición de no creérsela, de no estar implicado” (p. 110).

Continuando con Greca, “podemos decir que Freud no logró domeñar la contratransferencia, pero fundamentalmente, no logró *servirse de ella*” (p. 256, énfasis del original). A partir de aquí, se hace necesario, al igual que lo hace Greca en su recorrido, preguntarse de qué se trata este servirse de ella.

En *El seminario 8. La transferencia* la contratransferencia aparece vinculada al amor y se lee en Lacan (2006b) una mayor apertura de la que le han atribuido las lecturas más clásicas, plantea que el analista podría servirse de la contratransferencia a modo de un artificio. Lacan expresa que, desde la opinión generalizada, desde el abordaje más común y más antiguo de la cuestión:

Sobre la cuestión de la contratransferencia (...) todo lo que en el analista representa su inconsciente en cuanto, diremos nosotros, no analizado, ha sido considerado nocivo para su función y su operar como analista.

En la opinión que se suelen forjar, si algo se convierte en la fuente de respuestas no controladas y, sobre todo, respuestas a ciegas, es porque algo ha permanecido en las

sombras. Por eso se insiste en la necesidad de un análisis didáctico que se lleve muy lejos (...) porque, como está escrito en alguna parte, si se descuidara cierto rincón del inconsciente del analista, de ello resultarían verdaderas manchas ciegas. (p. 210)

Este es un discurso, considera Lacan, que se toma como admitido. A esta opinión se la puede confrontar con la idea de que habría que confiar en la comunicación de inconcientes. De todos modos, tomando la noción de contratransferencia como lo no analizado en el analista, Lacan admite que “en nadie se da una elucidación exhaustiva de lo inconciente, por lejos que se lleve un análisis” (p. 211), ya que se trata de una imposibilidad. Lacan lleva las cosas más lejos al decir que “en cuanto al reconocimiento del inconciente, no tenemos forma de plantear que por sí mismo deje al analista fuera del alcance de las pasiones” (p. 213).

Lacan (2006b) plantea que la exigencia de cierta apatía como condición del psicoanálisis no es infundada. Aquí se abre la vía para pensar el lugar del “deseo del analista”. Lacan considera que si el analista muestra una imagen de apatía es porque está poseído por un deseo más fuerte. Ubica del lado del analista una mutación en la economía de su deseo. Ahora bien, además expresa que “Desde hace algún tiempo, se admite efectivamente en la práctica que el analista ha de tener en cuenta, en su información y en su maniobra, los sentimientos, no que él inspira, sino que experimenta en el análisis, es decir, lo que se llama su contratransferencia” (p. 217). Lacan admite que hay que tener en cuenta la contratransferencia, pero resalta que lo que está en discusión es qué hacer con ella. Sostiene que se trata de “los sentimientos experimentados por el analista en el análisis, que están determinados en cada momento por sus relaciones con el analizado” (p. 218).

En este punto, Lacan discute con la concepción que sostiene el círculo kleiniano, desde el cual la contratransferencia ya no es considerada una imperfección. Algunos analistas consideran que este sentimiento que experimenta el analista permite comprender mejor y llegar más lejos en el análisis. Desde estas lecturas, se ponen en primer plano los sentimientos experimentados por el analista como medios de información y de intervención en el análisis. Se admite la normalidad de la introyección por parte del analista del discurso del analizado y la proyección sobre el analizado de lo que se produce como efecto imaginario de respuesta a esta introyección. De este modo, el efecto de la contratransferencia es llamado normal en la medida en que la demanda

introyectada es perfectamente comprendida. Es cuando el analista no comprende el momento en que se genera la desviación de la normal contratransferencia.

Frente a esto, Lacan (2006b) establece de un modo muy lúcido que en esta perspectiva se está en el plano del malentendido, de la simetría absoluta y de una situación de especularidad entre analista y analizado. Siguiendo a Greca (2018, p. 264), Lacan no avala este modo de proceder, pero no deja de reconocer cierta eficacia en los relatos clínicos de los autores que menciona. Entonces, articula esto con sus propias categorías y establece que, más allá de la legitimidad o no del modo de proceder del círculo kleiniano, lo que él desarrolla es su modo de comprender lo que sucede. Plantea que, en la relación de la experiencia de amor (relación de deseo), el objeto parcial, el *a* o el *ágalma* funciona en el otro:

De ello se deriva que lo que nos presentan en esta ocasión como contratransferencia, normal o no, no hay verdaderamente ninguna razón para calificarlo así en particular. Aquí se trata tan solo de un efecto irreductible de la situación de transferencia, sencillamente por sí misma. Por el solo hecho de que hay transferencia, estamos implicados en la posición de ser aquel que contiene el *ágalma*, el objeto fundamental que está en juego en el análisis del sujeto (...). (Lacan, 2006b, pp. 222-223, énfasis del original)

Lacan agrega:

Es un efecto legítimo de la transferencia. No por ello es preciso hacer intervenir la contratransferencia, como si se tratara del algo que sería la parte propia y, todavía más, la parte culpable del analista. Solo que, para reconocerlo, es preciso que el analista sepa ciertas cosas. Es preciso que sepa, en particular, que el criterio de su posición correcta no es que comprenda o no comprenda. (p. 223)

De este modo, Lacan se distancia de los autores del círculo kleiniano, debido a que remarca que no es esencial que el analista comprenda y agrega que siempre se debe poner en duda lo que se comprende demasiado rápido, ya que lo que se trata de alcanzar es, en principio, lo que no se comprende. Recordemos que para los analistas de este

círculo la comprensión del paciente es el eje de la conducción de la cura y la clave de la utilidad de la contratransferencia como herramienta clínica. Aquí la contratransferencia está ligada a lo imaginario. Ahora bien, Lacan establece que el analista, en la medida en que sabe qué es el deseo pero no lo que desea el sujeto, solo así está en posición de tener el objeto de dicho deseo.

Siguiendo la lectura de Greca (2018, p. 267), aquí es donde se plantea la cuestión del deseo del analista y la de su responsabilidad. La comprensión se plantea en el plano de la respuesta a la demanda, y hace ya tiempo que Lacan ha diferenciado el plano de la demanda del plano del deseo, aquello de lo que verdaderamente se trata en un análisis. Lacan (2006b) agregará que la comprensión siempre conlleva tropiezos y nos introduce inevitablemente en el malentendido. En relación con esto, Lacan afirma que lo importante de comprender en la demanda que realiza el analizado “es lo que está más allá de esta demanda. El margen del deseo es el de lo incomprensible. En la medida en que todo esto no es percibido, un análisis se cierra prematuramente y, por decirlo todo, está malogrado” (p. 239).

En este mismo seminario Lacan realiza una articulación de ambos términos: transferencia y contratransferencia. Plantea que no le da a la contratransferencia el sentido que corrientemente se le otorga, es decir, el de una imperfección de la purificación del analista en la relación con el analizado. No obstante, aclara que la posición de analista-analizado no es equivalente, estamos frente a una “disparidad subjetiva”. De este modo entiende la contratransferencia como la “implicación necesaria del analista en la situación de la transferencia, y por eso debemos desconfiar de este término impropio” (p. 227). En este punto, la implicación de la que habla Lacan no remite a la persona total del analista sino a su deseo.

En *El seminario 10. La angustia*, Lacan (2007a) va a diferenciar el *a* como objeto de deseo, que estaría adelante del deseo como señuelo —objeto en el fantasma—, y el objeto *a* como causa del deseo, resto, residuo y vacío que ningún objeto puede venir a colmar. Lacan desarrollará la cuestión del deseo del analista, es decir, la posición del analista en la cura. Lacan nos presenta al deseo del analista como una función necesaria que estaría en la base de toda posibilidad de posicionarse de manera correcta respecto de la contratransferencia. Es decir, en este seminario podemos pensar la contratransferencia como referida al posicionamiento del analista respecto del objeto *a*. Por lo tanto, se abre

la posibilidad de no quedar coagulado en la posición de ser la sede del objeto parcial y percibir que el analista no contiene aquello que el paciente busca.

De este modo, lo que podemos articular a través de los aportes de Lacan a la temática es el despegue que realiza —vía deseo del analista y de su compromiso— entre los sentimientos y emociones del analizante y los del analista. En este punto, consideramos fundamental sus conceptualizaciones, debido a que, más que no tomar en cuenta la contratransferencia, Lacan apuesta a darle un estatuto diverso para enriquecerla, complejizarla y distanciarla de la ilusión y obstáculo que genera pensar en un espejismo —captura imaginaria— analizante/analista.

En relación con esto, a partir del libro *La contratransferencia. ¿Asunto superado o asunto clausurado? Un recorrido desde Freud y Lacan* de Cecilia Greca (2018), puede indicarse que la función que Lacan le da al deseo del analista es la de designar el carácter de ese compromiso del analista, lo cual es del todo esencial en su posibilidad de posicionarse en la relación transferencial y de participar en la transferencia, sentido que Lacan le otorga a la contratransferencia.

Desde la lectura de esta autora, puede pensarse que, con el correr de los años, Lacan se aleja de la condena de la contratransferencia y de su asimilación a una falla del analista:

Aunque Lacan sometió a crítica el término, fundamentalmente por la carga de sentido que resultaba del tratamiento que había recibido a lo largo de las décadas, este le permitió —quizás por esta misma razón— una fecunda interrogación de la clínica y una problematización de la posición del analista. (p. 298)

En este libro, la autora aborda este concepto fundamentalmente a partir de Freud y Lacan a fin de reflexionar e interrogarse críticamente acerca del lugar que tiene en la actualidad en el psicoanálisis. A finales de la década de 1940 y principios de 1950, los psicoanalistas posfreudianos retomaron esta noción de la contratransferencia como “correlato” de la transferencia. En este momento histórico, Lacan propuso su “retorno a Freud, en el que realizó una relectura en diversos escritos del tema de la contratransferencia, la cual denominó como un “término impropio”:

(...) a partir de entonces se le atribuye el haber desvanecido esta cuestión de la teoría y la reflexión clínica. Quizás por esto podemos plantear que la noción se ha visto significativamente relegada en el trabajo analítico (tanto teórico como clínico) de orientación lacaniana, mientras que analistas de diversa orientación, como por ejemplo aquellos miembros de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) y su componente argentino (APA), continúan dando al concepto un lugar de importancia. (pp. 22-23)

Entonces, si seguimos este lúcido trabajo de Greca, este término encierra —a nivel institucional— grandes polémicas y controversias debido a que su condena marcaba la pertenencia a la enseñanza de Lacan y aquellos que la reconocían eran llamados “autores contratransferencialistas”.⁶ Esta autora encuentra dos destinos diversos para este concepto dentro del psicoanálisis. En una línea que puede ubicarse como más ligada a autores ingleses y filiada en la Asociación Psicoanalítica Internacional, la contratransferencia se sigue considerando un término legítimo y vigente. Del lado opuesto, ubicamos la línea inscripta en la enseñanza de Lacan que considera este término en desuso.

Ahora bien, Greca se pregunta, de un modo crítico, si el concepto de contratransferencia puede considerarse como un término válido en psicoanálisis estando atravesada y referenciada en la enseñanza de Lacan. Desde este punto Greca se interroga si, por efecto de la enseñanza de Lacan, es un asunto superado y reemplazado por otros conceptos más pertinentes o si ha sido un asunto clausurado por cierto efecto de escuela. A partir de su vasto recorrido, esta autora resalta la contratransferencia como “la implicación del analista en la transferencia, su participación en ella” (2018, p. 308) enriqueciendo así la complejidad de la función analítica junto con el término deseo del analista.

Y entonces, ¿qué lugar y qué destino para la afectación del analista?

A partir de aquí, podemos preguntarnos qué lugar existe para la implicación y la afectación del analista en la escucha analítica. Tomamos distancia así de la idea de analista como sujeto neutral y desafectado en su escucha analítica. Esto no nos lleva a

⁶Noción que Greca toma del libro “Lacan y el debate sobre la contratransferencia” (2009) de Alberto Cabral.

considerar que debamos intervenir desde nuestra propia subjetividad. Entonces, ¿cómo situar la subjetividad del analista en la dirección de la cura?

Tomaremos dos trabajos actuales que de un modo muy claro y novedoso abordan la complejidad de la escucha analítica. Se trata de una publicación reciente de Jaime Fernández Miranda y de un escrito de Juan Carlos Volnovich. Ambos autores realizan una lectura profunda y comprometida de los afectos del analista. Consideramos que son dos trabajos en los que se articula claramente la subjetividad del analista, es decir, su implicancia, sin renegarla ni considerarla una fuente de peligro.

En un lúcido escrito, Fernández Miranda (2019) pone a trabajar la contratransferencia a través de la discusión Freud-Ferenczi. Para este autor, la argumentación freudiana en “Análisis terminable e interminable” (2001) está articulada a una “discusión póstuma con Ferenczi donde se enmarañan concepciones de la cura y de la formación, problemas institucionales, transferencias y contratransferencias mal analizadas” (p. 162). Para Fernández Miranda, la querrela con Ferenczi está en el trasfondo de este escrito freudiano, debido a que puede leerse una superposición entre la función del analista con la del maestro. De este modo, teniendo en cuenta el par normalidad-neurosis, “la ‘medida más alta de normalidad’ insta una ‘superioridad’ que habilita al analista a devenir ‘maestro’ y ‘modelo’ del analizante” (p. 163). Así, con la idea de normalidad ya no hablamos de asimetría sino de superioridad del analista-maestro. De este modo, el recurso a la normalidad inmuniza al analista contra la emergencia de su subjetividad en el trabajo con sus analizantes.

En el mismo trabajo de Fernández Miranda, esta idea reniega de que no hay análisis del analista, por más profundo que sea, capaz de evitar que el analista sea afectado por la palabra del paciente:

(...) la normalidad es el nombre de una desmentida de la contratransferencia que nos presenta al analista como alguien que, en su función de analista, haciendo gala de su normalidad, está exento de las pasiones y las miserias humanas. Ahí, justamente, reside su “superioridad” respecto del paciente. Bajo los auspicios de la normalidad, entonces, el lugar del analista está definido por una figura de la excepción. (pp. 163-164)

El autor plantea que actualmente se transmite esta idea e ideal de excepcionalidad en la formación de analistas. Por tal motivo, “en la formación actual la contratransferencia, así como cualquier noción que balice la complejidad psíquica del analista, ha desaparecido por completo, y una neutralidad petulante se ha instalado como yo-ideal y como impostura en la formación de los jóvenes analistas” (p. 168).

Fernández Miranda se pregunta de modo pertinente si es realmente deseable la supresión de la contratransferencia y si existe escucha analítica sin algún tipo de afectación del analista. Afirma que “no hay escucha sin la resonancia que la palabra del paciente produce en el analista, pero al mismo tiempo (...) tampoco hay escucha analítica sin un profundo reconocimiento de la insondable alteridad del analizante” (p. 174).

Esta concepción de escucha es tomada de Sándor Ferenczi (2009), para quien la compleja tarea que se impone al analista en la cura tiene que ver con que este:

Tiene que permitir a las asociaciones libres del paciente que actúen sobre él; simultáneamente pone en libertad su propia fantasía, para que esta trabaje con el material asociado por el paciente; de tanto en tanto compara las nuevas conexiones que surgen con los resultados anteriores del análisis, y no debe abandonar, ni por un solo momento, la vigilancia y la crítica necesarias en relación con sus propios rasgos subjetivos. (p. 98)

De este modo, Ferenczi le otorga a la contratransferencia un lugar central en la escucha analítica. La tensión ubicada aquí por Fernández Miranda permite darle a la escucha analítica su propio estatuto, además de concebir en la posición del analista limitaciones de su propio saber. Según Ferenczi, no hay nada más dañino para el analizante que el analista ocupe el lugar del maestro, y plantea que todo lo que se le diga al paciente debe ser en forma de sugerencia y a título condicional debido a que siempre existe la posibilidad de estar en un error. Además, la confianza que se tiene en las teorías con las que se trabaja también debe ser condicional, ya que la clínica puede presentar excepciones a las reglas o llevar a reвер las teorías con las que se trabaja.

Para Fernández Miranda (2019) esto supone concebir a la contratransferencia no como un simple correlato directo de la transferencia o como una respuesta del analista a

la transferencia del analizado, sino como las diferentes formas en que el analista es afectado por la palabra del paciente. Es por ello que plantea que la subjetividad del analista es ineludiblemente invocada por el discurso del paciente.

Para el mismo autor, es necesario situar la contratransferencia al interior de la cura con el fin de darle lugar a la tensión que supone la escucha en cuanto afectación del analista por parte del paciente, lo cual tiene, como contrapartida, un profundo reconocimiento de la radical alteridad del analizante:

La escucha analítica supone un innegociable reconocimiento de la alteridad del analizante, la exigencia de dejar vacío el lugar del otro y no ceder a la tentación de rellenarlo con los propios fantasmas, teorías, etc. Esta renuncia a saturar el espacio del otro pone al analista en una relación sui generis respecto de la alteridad, ya que, en todo otro lazo, sea cual fuere, el sitio de lo ajeno es siempre, de uno u otro modo, recubierto de sentido, y esto es tanto más trabajoso cuanto que la posición de escucha impone al analista, al mismo tiempo, una enorme porosidad psíquica también ausente en todo otro lazo. (p. 174)

En suma, siempre se realizan lecturas del caso y las intervenciones del analista llevan las marcas de estas lecturas. Fernández Miranda considera que estas lecturas no son ajenas a su subjetividad y que “La urdimbre de estas lecturas, la materia que compone este saber del analista en la cura es la contratransferencia” (p. 175). Ahora bien, estas lecturas son inestables, ya que se reformulan, se reinventan y se desploman. Estas lecturas trazan sus propios límites y es “en el movimiento de desfallecimiento constante del saber del analista que va emergiendo lo intraducible, la extranjería irreductible del analizante” (p. 175). Además, según el autor:

El método psicoanalítico es aquello que encuadra, posibilita y sostiene la escucha. Y es por este motivo que el análisis del analista es un pilar ineludible de su formación. En el análisis del analista no se trata, pues, de que este devenga capaz de eliminar, reducir o dominar la contratransferencia, sino más bien de situar el lugar de ésta en la cura. En otros términos, el análisis del analista tiene por función poner a alguien en posición de escuchar, es decir, situarlo en ese lazo sui generis con la alteridad en que un sujeto puede soportar ser afectado contratransferencialmente por otro reconociendo, al mismo

tiempo, la absoluta opacidad de este otro –reconocimiento cuyo guardián es la atención libremente flotante. (p. 178)

Estos desarrollos nos resultan sumamente fecundos y novedosos para pensar el tema que nos convoca. Consideramos que pone de relieve una práctica que da lugar a la alteridad y a la diferenciación, además pensamos que este movimiento implica una apuesta a la alteridad del analizado. Al respecto, François Roustang (1990) habla de una “pasión por la alteridad del otro” (p. 80). Podemos pensar que esto requiere de determinada “disposición analítica”, que será diferente, creemos, según se trate de una neurosis infantil o de casos de dominancia psicótica.

Quien ha desplegado el lugar de la subjetividad del analista en la clínica con niños en tanto instrumento de trabajo, ha sido Juan Carlos Volnovich (2000) en *Claves de Infancia. Ética y género en la clínica psicoanalítica con niños*. Este autor habla del “genuino interés del analista”. Para él, en la clínica con niños es central la interpretación que se realiza de la transferencia y de la contratransferencia. Plantea que:

(...) a medida que el niño descubre el genuino interés del analista por sus propias ideas y sus propios sentidos, sobre aquello que hace, sobre lo que le pasa y sobre lo que piensa acerca de lo que le pasa, el analista se va convirtiendo, progresivamente, en el destinatario de su producción; en otro a quien dirigirse para mostrarle sus creaciones y sus convicciones. (p. 12)

Es decir, lo que los niños realizan en análisis implica al analista, debido a que el niño proyecta en sus dichos, dibujos y juegos algo de su inconsciente. En relación con esto, los niños se despliegan en varios registros, por lo que al analizarlos nos enfrentamos con una multitud de lenguajes: lúdico, verbal, gestual y figural.

Con respecto a la posición del analista, Volnovich sostiene una postura sumamente lúcida respecto a la contratransferencia: no considera que sea un impedimento a sortear sino más bien un instrumento de trabajo. En sus palabras:

El silencio de la escucha, la transparencia de la mirada, se apoyan en la suspensión de la comprensión y del juicio. Pero, la suspensión de la comprensión y del juicio no exige

(ni supone) una actitud pasiva, neutra, o poco imaginativa, por parte del analista. Por el contrario, la atención flotante —que en la práctica con niños adquiere una característica enteramente diferente a la que tiene en el análisis con adultos— libera el inconsciente del analista, al tiempo que bloquea el pasaje al acto de un prejuicio cuya formulación explícita interrumpiría el proceso de regresión infinita, literalmente condicionado por los significantes del discurso del otro. Que la mirada o escucha deban estar vaciadas de prejuicios no supone al analista como “pantalla en blanco”. Tampoco la riqueza de los fantasmas propios disparados por el juego del niño —por el juego de la transferencia— deben entenderse siempre, solo, como contratransferencia (Esto es, como aquello que impide al analista sostener el proceso analítico; aquello que le niega la posibilidad de resistir a la tentación de hacer cualquier cosa que no sea interpretar). El psicoanalista interpreta con su propio, florido, inconsciente; y, más aún, si el inconsciente es transindividual, puede manifestarse tanto en uno como en otro. (pp. 18-19)

Esta última idea nos parece fundamental, es decir, la de que aquellos pensamientos y fantasmas que despierta el juego del niño no son un impedimento, sino que son un valioso material para poner a trabajar a favor del proceso analítico. Siguiendo a este autor, esto no implica una formulación explícita. Muchas veces la interpretación y comprensión surgen justamente del deseo del analista, de su inconsciente, en otras palabras, de la relación transferencial. Además, nos resulta muy interesante su planteo de que en la clínica con niños la atención flotante adquiere una característica específica y diversa a la que se tiene en el análisis con adultos, debido a que la atención flotante no supone a un analista neutro, despersonalizado, o como “pantalla en blanco”.

Con respecto a estos desarrollos, Volnovich toma la idea de la técnica del “análisis mutuo” de Ferenczi (2008), quien desarrolla la idea de inconsciente transindividual y plantea que es el inconsciente el que analiza tanto al analista como al paciente. El análisis mutuo es el resultado de la crítica que Ferenczi realiza a la frialdad e hipocresía del analista en su trato con el paciente. Con estas ideas, Ferenczi le da gran valor a la espontaneidad del analista y logra desarmar la rigidez técnica que muchas veces entorpece la consecución del proceso analítico. Establece que muchas veces el paciente puede entender esta rigidez como desinterés. Para este autor, esta relajación y espontaneidad se revelan en la transferencia como herramientas clínicas sumamente eficaces.

Siguiendo con sus ideas, Volnovich (2000) dice que la transferencia analítica es equivalente al inconciente, es decir, son homeomorfos, una sola y la misma cosa: “No hay manera de interpretar —de hablar del inconciente— sin que el que habla deje de estar afectado por su propio inconciente” (p. 20). Para el autor, si el inconciente supone un lenguaje discontinuo y con fallas, no es posible, de parte del analista, construir interpretaciones perfectas —sin fallas—, debido a que sus palabras siempre estarán afectadas por su inconciente.

Ahora bien, esto no implica que la interpretación quede librada a la espontaneidad del inconciente del analista ni que se le pueda decir cualquier cosa al niño. Es central, dice Volnovich, saber lo que uno hace cuando interpreta y cuando realiza otras intervenciones. Asimismo, es importante tomar en cuenta los gestos, la entonación que se utiliza, el juego o el dibujo que uno realiza, ya que estos también están afectados por lo inconciente. Queremos agregar que, en este punto, cobra valor la idea de este autor del análisis de niños como análisis tridimensional —a diferencia del análisis con adultos que es bidimensional— en el sentido de que se pone en juego el cuerpo del analista debido a que está incluido en una escena y participa de ella.

El mismo autor plantea que la transferencia es un juego —una realidad hecha de ficción— en el cual el niño despliega sus juegos ante un analista que le ha propuesto una escena en la que:

El amor y el odio, la culpa y la envidia, la venganza, la adoración y la vergüenza se jugaran en la transferencia, entonces, de verdad y de mentira. La transferencia abre ese espacio de ilusión para que el deseo se despliegue ante la creencia del otro que oficia de soporte. (p. 39)

Con respecto a este despliegue del niño, “una actitud inmóvil, calcada sobre la del analista de adultos, es difícil de soportar por un niño” (p. 23), debido a que el niño tomará esta actitud como rechazo, lo cual no será beneficioso para el proceso terapéutico. Resulta importante que el niño perciba de parte del analista consideración en su juego, así como en la producción que realice.

CAPÍTULO 4: LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA CLÍNICA DE LAS PSICOSIS INFANTILES.

Sucedee que el psicoanalista que se enfrenta con el niño participa de la cura con sus propios prejuicios (su contratransferencia).

(Mannoni, 2007, p. 8)

Teniendo en cuenta que el interés de este trabajo de tesis reside en poner a trabajar la implicación y el posicionamiento del analista, y que la contratransferencia es un concepto que puede pensarse como próximo a la experiencia, entonces podemos preguntarnos: ¿tiene incidencia la transferencia masiva de las psicosis infantiles en la contratransferencia del analista?, ¿qué lugar tiene la subjetividad del analista en la práctica de las psicosis infantiles?, ¿qué papel asume la contratransferencia en la dirección de la cura?

A partir de lo desarrollado arriba, podemos decir que en la práctica psicoanalítica con niños con psicosis son muy diferentes los grados y tipos de tensión con los que trabaja un analista. Además, en estas patologías en las que el encuadre y las técnicas propias del psicoanálisis tienden a flexibilizarse y repensarse, la transferencia y contratransferencia no son una excepción. El trabajo con niños que presentan patologías a dominancia psicótica demanda un exhaustivo replanteo de los recursos clínicos y de los fundamentos teóricos.

A continuación, situaremos algunos trabajos de autores que han desarrollado teorizaciones en torno a la temática que nos convoca. Estos trabajos ponen de relieve la importancia de la experiencia clínica y permiten, en este movimiento, un ensanchamiento y ampliación de los límites de la clínica en el psicoanálisis de las psicosis infantiles.

En la revista *Diarios Clínicos 2. En los bordes de la Psicosis*, de 1990, varios autores —María Teresa Cena, Silvia Bleichmar, Cristina R. de Hornstein, Horacio Etchegoyen, Ricardo Rodulfo, Mario Wasserman, Juan Carlos Volnovich, Federico Urman, entre otros— realizan un abordaje sumamente interesante de casos que se encuentran en los bordes de la psicosis y de casos de psicosis infantil. Al trabajar cuestiones relativas al diagnóstico, la intensidad transferencial con la que se encuentran y la experiencia del analista, describen casos en los cuales el desarrollo emocional del

niño se presenta tortuoso, precario, desparejo y en los que determinados aspectos de la personalidad están detenidos.

En un artículo de esta revista, algunos de estos autores (Cena, Miravent, Podetti, Wasserman y Zambianchi, 1990) resaltan que hay algo en el vínculo que estos niños establecen con el ambiente que no es posible de ubicar en nuestro código común y mencionan cuál es el efecto contratransferencial que esto conlleva. Aluden que frente a una falta de integración de la experiencia, los analistas sienten que están frente a un hueco o un vacío en el cual tienden a sentir un agotamiento de sus recursos.

En esta misma revista, Etchegoyen (1990) considera que, en estos casos severos, la transferencia se vuelve más intensa y la contratransferencia toma un lugar más visible. Resalta la importancia de analizar esta cuestión para que no sean un obstáculo sino instrumento de trabajo. Este autor establece que en la psicosis:

(...) la intensidad y la rapidez con que se despliega la transferencia psicótica hace que no se la advierta fácilmente. Cuesta aprehenderla, paradójicamente, porque es demasiado evidente; pero esta paradoja deja de ser tal en cuanto tomamos en cuenta la enorme sobrecarga que supone para nuestra contratransferencia. (p. 44)

Este autor toma de Rosenfeld el término “psicosis de transferencia” para transmitir cómo las manifestaciones del psicótico están en relación con el vínculo que mantienen con el analista. En esta línea de pensamiento, quien también realiza aportes sumamente interesantes en esta revista es Federico R. Urman (1990). Este autor menciona que un elemento en el que todos los autores coinciden al trabajar con estos niños —al borde de la psicosis o pre o post-psicóticos— es el fuerte impacto contratransferencial que presiona sobre el analista, en particular, en los momentos en que la transferencia se hace más intensa. Urman afirma:

El contacto con estos pacientes nos deja preocupados, perplejos, confundidos, paralizados, susceptibles; interrogamos, con culpabilidad y rabia a nuestra memoria, tratando, inútilmente a veces, de localizar errores técnicos; presionados y exigidos, apelamos compulsivamente a interpretaciones rutinarias, etc. La movilización de los impulsos agresivos es tan intensa, que me descubrí varias veces (...) con la idea de

romper su historial, sentimiento muy poco frecuente en mí. Es que la integración de la hostilidad es una tarea que debe darse tanto en nosotros como en estos pacientes. El reconocimiento de las cicatrices yoicas debiera comenzar en nosotros. (p. 70)

Urman relata sesiones en las que el clima emocional es sumamente intenso, debido a que se evocan y actúan en transferencia momentos primitivos del analizado. Respecto de estas situaciones, manifiesta que se hace difícil mantener el método de interpretación. Al desarrollar un caso clínico en el que la sesión era el receptáculo de situaciones conflictivas, el autor dice:

(...) era indudable que recibía, sobre todo, la transferencia de un objeto no confiable y amenazante, y mis palabras eran recibidas con odio y temor, como una reintroyección desorganizante y vengativa. Por ello [el paciente] procuraba controlarme, criticaba mi proceder y empleaba procedimientos sádicos retaliativos, lo que llegaba a la interrupción del juego por excitación, angustia o violencia. Esta transferencia primitiva y caótica intentaba forzar en mí los aspectos que él no podía contener y elaborar, como su impotencia, dolor y desesperación, la abrumadora rabia oral, sus confusiones, la sensación de vulnerabilidad, sus intensas angustias, etcétera. (p. 75, aclaración nuestra)

Contratransferencia desde Klein, Mannoni, Winnicott y Dolto

Volveremos a autores ya mencionados, debido a que resulta fundamental vislumbrar el lugar que ocupa en el marco teórico de cada uno de ellos el concepto de contratransferencia.

Según el análisis que realiza Bleichmar (2002), la concepción de inconciente de Melanie Klein no la lleva nunca a homologar su inconciente con el del paciente: “Klein no interpreta desde la contratransferencia: cree en la existencia de premisas universales del funcionamiento psíquico, de los fantasmas originarios, y en ellas se sostiene para hacer progresar el análisis” (p. 187). Resulta relevante considerar que Klein fue tajante al respecto, debido a que refutó el uso de la contratransferencia para la interpretación. Dice Bleichmar:

La introducción al psicoanálisis de Richard, con ese conmovedor sinceramiento de sus sentimientos contratransferenciales, pone de relieve que es el conocimiento de su propio inconsciente por parte del analista el que evitará que este se entremezcle en sus observaciones clínicas del paciente. Variable por aislar, al igual que en el laboratorio, para que no determine sus intervenciones. (p. 187)

En el caso de Mannoni (2009), por el contrario, en su texto *El niño retardado y su madre* encontramos una gran importancia de los sentimientos contratransferenciales para la clínica tanto con psicóticos como con niños débiles mentales. Si bien menciona específicamente a los débiles mentales, más adelante extiende lo planteado también para casos de psicosis infantiles: “No se puede abordar el psicoanálisis de los débiles mentales sin mencionar el lugar que en él ocupan los sentimientos contratransferenciales del analista” (p. 53). Agrega que estos sentimientos son “una puesta a prueba desde el primer momento. Esta puesta a prueba siempre <<imprevista>>, que no recuerda en absoluto la situación analítica tal como se presenta en el neurótico” (p. 53).

En este libro, esta autora trabaja un caso de un niño con estructura psicótica: se trata de Eduardo, de siete años. La historia familiar es la siguiente: la madre es universitaria y el padre, sin empleo, se posiciona como “el bebé” de su mujer. Eduardo nace luego de algunos abortos naturales y llega como un intruso a correr a su padre del lugar de hijo único. El padre siente a su hijo como un rival, lo cual lo lleva a hostigar a Eduardo. Su madre presencia esta situación de un modo pasivo. Según Mannoni: “Eduardo se transformó en un asocial, destructivo, peligroso para los demás, sin que jamás su familia se conmoviera” (p. 48).

Cuando Eduardo ingresa a la escuela, su maestra solicita que lo evalúen. El primer diagnóstico que le realizan es el de una “debilidad mental profunda” con la aclaración de que no tiene apariencia de oligofrénico. Luego comienza un tratamiento psicoanalítico con Mannoni. El niño dice haber perdido la cabeza y la memoria, a la vez, continuaban las agresiones a la cuales se suman conductas de autodestrucción. Un día, llorando, le declara a la analista: “No hay un jefe en casa. Papá se ha ido; está enfermo; no es cómodo tener una mamá que ha elegido un papá como este” (p. 48). Luego de esto, aparecieron actitudes regresivas, cuasi fetales, el niño se replegaba sobre sí mismo diciendo con rabia: “Yo no he nacido” (p. 48).

La autora sostiene que aquí la debilidad funcionaba como una máscara que escondía cierta confusión entre lo real y lo simbólico que le impedía al niño el acceso a lo imaginario. El reclamo que realizaba Eduardo nunca había sido simbolizado por otro. El niño se había estructurado como un gorila y primaba en él una satisfacción inmediata de sus pulsiones. El conflicto que se presentaba era que su madre, bajo el diagnóstico de debilidad que le había realizado un médico en un primer momento, solo demandaba una reeducación. Aquí la familia intenta mantener el lugar que se le ha asignado al hijo.

En este punto, Mannoni (2009) resalta que la cura de los psicóticos, al igual que la de los débiles mentales, se diferencia de la cura de los neuróticos en que la familia entra en juego de forma masiva en relación con del tratamiento. “Por eso el estudio del débil mental, como el del psicótico, no se limita al sujeto, sino que comienza por la familia” (p. 51). Además, agrega, teniendo en cuenta que en este artículo también trabaja casos de debilidad mental de estructura psicótica, que:

El fracaso de las terapias en los débiles nos enseña por lo menos tanto, si no más, que los éxitos. Pero el analista no puede estudiar esos fracasos sino cuestionándose también él ante ese tipo tan especial de enfermos. Porque es por el desvío de la *contratransferencia* que se abre el camino que conduce a la comprensión de los débiles mentales. (p. 51, énfasis del original)

Por su parte, Winnicott (2016a), en un escrito titulado “El odio en la contratransferencia” de 1947, establece que la tarea del analista que trabaja con pacientes psicóticos se ve seriamente influida por el fenómeno de la contratransferencia, debido a que “la dirección del caso de un psicótico resulta pesada por fuerza” (p. 263), es decir, los grados y tipos de tensión que soporta el analista son más intensos en comparación al análisis ordinario. El autor sostiene que el análisis de los psicóticos se hace imposible a menos que el odio del propio analista sea conciente y bien delimitado. Ahora bien, si bien en este punto Winnicott establece que el analista debe someterse a análisis él mismo y también aclara que el análisis con psicóticos es por naturaleza “molesto” en comparación con el análisis de neuróticos.

Por este motivo, para este autor es importante analizar no solo las fases primitivas del desarrollo individual del paciente, sino también la naturaleza de la carga

emocional que el analista sobrelleva en su tarea para establecer qué uso darle a la contratransferencia.

Winnicott articula aquí la cuestión de la contratransferencia con el odio y el temor que el analista siente en este tipo de casos, y afirma que “cuanto mejor sepa de esto, menor será la incidencia del odio y el temor en su conducta respecto de los pacientes” (p. 264). Además, establece una clasificación de los fenómenos contratransferenciales. Se refiere con este término a:

1. Anormalidad en los sentimientos de contratransferencia, y relaciones e identificaciones fijas que se hallan bajo represión en el analista.
2. Las identificaciones y las tendencias correspondientes a las experiencias personales del analista y a su desarrollo personal y que aportan el marco positivo para su labor analítica y que hacen que la índole de su trabajo difiera del de cualquier otro analista.
3. De estas dos distingo la contratransferencia verdaderamente objetiva o, si esto resulta difícil, el amor y el odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente, contratransferencia basada en la observación objetiva. (p. 264)

En este momento de su teorización, para Winnicott hay dos tipos de contratransferencia. Una tiene que ver con el analista como sujeto y en esta resaltan la anormalidad, la fijeza y el mecanismo de la represión. La otra es la contratransferencia objetiva, originada y justificada por las características del paciente. Es esta última la que Winnicott reivindicará, en ocasiones, como importante para un análisis: “Sugiero que si un analista debe analizar a psicóticos o antisociales, debe ser capaz de ser tan plenamente consciente de la contratransferencia como para separar y estudiar sus reacciones *objetivas* ante el paciente” (p. 264, énfasis del original).

En este sentido Winnicott diferencia dos tipos de odio: “el odio justificado en el presente” y “el odio que es solamente justificado en otro marco pero que es incitado por algún acto del paciente” (p. 271), es decir, el odio que se articula con los dos primeros puntos que menciona el autor.

Por otro lado, Winnicott resalta la importancia de tolerar ese odio y mantenerlo en reserva. Al respecto, la tesis en este artículo del autor es que el paciente solo puede

apreciar en el analista lo que aquel es capaz de sentir. Entonces, si un psicótico presenta un estado en donde coinciden amor y odio, estará convencido de que el analista también experimenta el mismo estado brutal y peligroso. Este autor sostiene que la coincidencia odio-amor implica que en la historia del paciente se produjo un fallo ambiental en el momento en que aparecieron los primeros impulsos instintivos en busca del objeto. Es por ello que:

Si al analista se le van a imputar una serie de sentimientos en bruto, entonces lo mejor es prevenirle para que se disponga a ello, ya que debe tolerar que se le coloque en aquella posición. Ante todo, no debe negar un odio que realmente existe en él mismo. El odio *que está justificado* en el marco existente debe ser separado y mantenido en reserva, disponible para una eventual interpretación. (p. 265, énfasis del original)

Por otra parte, Winnicott plantea que se debe estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que el analista está haciendo, quizás durante un largo tiempo. Para esto, el analista tiene que asumir sus propios temores y odios, con el fin de, más adelante, ser capaz de decirle al paciente lo que él ha experimentado.

Este autor delimita una gran diferencia en el modo de transferir, según sus pacientes hayan vivido experiencias satisfactorias en la primera infancia —experiencias que pueden descubrirse en la transferencia— o hayan tenido experiencias deficientes. En los pacientes de este segundo tipo, Winnicott resalta que, en ocasiones, el analista es la primera persona en la vida del paciente que aporta elementos ambientales importantes. Es decir, en estos casos severos todo lo que hace a la técnica analítica y al medio ambiente aportado en la sesión se vuelve esencial. Como dice el autor:

(...) la aportación y mantenimiento de un medio ambiente normal puede ser por sí misma algo de importancia vital en el análisis de un psicótico; a decir verdad, a veces puede ser aún más importante que las interpretaciones verbales, que también deben hacerse. Para el neurótico, el sofá, la habitación caldeada, la comodidad pueden *simbolizar* el amor materno; para el psicótico, sería mejor decir que estas cosas *constituyen* la expresión física del amor del analista. El sofá *es* el regazo o el vientre del analista, la temperatura de la habitación *es* el calor vivo del cuerpo del analista, y así sucesivamente”. (p. 269, énfasis del original)

Según sus postulaciones con respecto al manejo del odio, Winnicott explica que el odio del analista debe ser latente y, para que lo sea, es necesario ser consciente de ello. Ahora bien, a veces sucede que, cuando en ciertas etapas los pacientes buscan el odio del analista, necesitan encontrar un odio objetivo, de lo contrario será imposible que estos se crean capaces de hallar un amor objetivo. Winnicott afirma que un análisis es incompleto si, incluso cerca del final, el analista no ha podido decirle al paciente lo que él experimentaba.

La tesis de este autor es que la enfermedad psicótica está relacionada con un fracaso ambiental en una fase precoz. Para él, el marco del análisis reproduce las técnicas maternas tempranas, lo cual invita a un estado de regresión. En este punto, un marco seguro de análisis se vuelve capital para el paciente.

Consideramos que estos aportes que realiza este autor son sumamente valiosos para quienes trabajamos en la clínica con pacientes psicóticos, además útiles para pensar la dirección de la cura. Respecto de lo anterior, el concepto de “relación profesional” que Winnicott (1996) conceptualiza en el artículo “La contratransferencia” es clave. En este artículo Winnicott retoma las conceptualizaciones que había realizado en 1947 en “El odio de la contratransferencia” y establece una nueva distinción. Plantea que el significado de este término puede ampliarse y extenderse. De este modo, diferencia el trabajo profesional de la vida corriente.

Retomando a Greca (2018, pp. 157-158), en este texto de Winnicott —“La contratransferencia”—, el autor relaciona la necesidad del análisis del analista con el reconocimiento de aquella tensión de la que hablaba en su texto del año 1947. El análisis personal del analista, no apunta a eliminar la neurosis del analista, sino que apunta a incrementar su capacidad de mantener la relación profesional. Esto no significa que el analista se encuentre en una posición distante, apática y rígida respecto del paciente; si bien se habla de una necesaria distancia entre ambos, el autor nos dice que el analista “debe seguir siendo vulnerable y, sin embargo, no abandonar su rol profesional en sus sesiones de trabajo reales” (Winnicott, 1996, p. 210). La importancia del análisis del analista consiste en fortalecer su yo de modo tal de mantenerse “*profesionalmente* involucrado” (p. 212, énfasis del original) sin mucha tensión.

Así, Winnicott establece una distinción clara entre la persona que es el analista y la función que cumple, es decir, el lugar que ocupa:

Seguramente lo que el paciente encuentra es la actitud profesional del analista, y no los hombres y mujeres inconfiables que somos en la vida privada (...) Deseo dejar establecido que el trabajo del analista es un estado especial, es decir, que su actitud es profesional. (p. 211)

La actitud del analista designa lo que hace a su función y a cómo debe ejercerla en el marco de la cura. En este nuevo contexto, el autor propone una definición posible de contratransferencia, la cual “puede designar los rasgos neuróticos que *malogran la actitud profesional* y perturban el curso del proceso analítico tal como lo determina el paciente” (p. 212, énfasis del original). No obstante, plantea que, si bien esto es así, en determinados casos graves debe pensarse de un modo distinto este tema y también el rol del analista. Considera que en estos casos se modifica la actitud profesional del analista.

Hay casos en las que el vínculo estrictamente profesional es franqueado. Winnicott los reconoce y habla de las “reacciones” del analista, que muestran al paciente algo de lo que es como persona. Se trata aquí de rupturas de esta barrera profesional, incitadas por las características de algunos pacientes. El autor hace mención aquí, aunque no de modo excluyente, a los pacientes psicóticos y a los llamados “casos fronterizos”. Winnicott destaca el valor clínico de estos momentos.

Es posible pensar que estas consideraciones develan un lado más humano del analista: Winnicott habla de dificultades de las que generalmente no se dice nada. Desde las teorizaciones de este autor, el sostén del paciente en determinados casos no es solamente metafórico sino también literal, ya que a veces se trata de sostenerlo al en momentos de desborde. En estos momentos críticos de determinados tratamientos, puede pensarse que franquear esa barrera profesional para entrar en la experiencia y compartir con el paciente lo que lo hace sentir su malestar utilizando su expresión emocional es una herramienta más de intervención.

Al final de este escrito de 1960, Winnicott (1996) se pregunta: “¿No sería mejor en este punto *permitir que el término contratransferencia recobre su significado* y designe lo que esperamos eliminar mediante la selección, el análisis y la formación de los analistas?” (p. 215, énfasis del original). Así, tomando a Greca (2018), el autor “da

lugar a las reacciones conscientes e inconscientes del analista frente a sus pacientes, y piensa para ellas un empleo posible en el curso de la cura” (p. 160). De todos modos, dice la autora, Winnicott se mantiene firme en no extender el campo de significación del concepto de contratransferencia hasta no haber abarcado todos los fenómenos que involucran al analista y advierte que, de no cubrir ese campo, esto generaría confusiones.

Antes de finalizar con los aportes de este autor, quisiéramos retomar algunas cuestiones que él había resaltado años antes, debido a que están en consonancia con esto que venimos desarrollando. En “Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico”, Winnicott (2016b) plantea que, en el desarrollo precoz del ser humano, el medio ambiente que realiza una adaptación activa suficiente da lugar al crecimiento personal. De este modo, los procesos del self siguen activos. En cambio, si el medio ambiente no se comporta bien, aparecen en el individuo reacciones ante los ataques y se interrumpen los procesos del self. Winnicott plantea que si este estado alcanza un límite cuantitativo, el self es incapaz de seguir progresando y empieza a ser protegido. Entonces, con el self verdadero protegido, se desarrolla un falso self en cuanto organización de defensa, lo que da como resultado sentimientos de futilidad.

Al respecto, en cuanto a la técnica, el autor considera que la técnica de adaptación que debe satisfacer la regresión —en los casos del segundo tipo— a menudo es señalada como una “tranquilización”. Si bien la enseñanza psicoanalítica no considera este término como válido (incluso este autor menciona que se habla en contra de la tranquilización) considera que no hay que pecar de simplistas: “¿Qué podría resultar más tranquilizador que encontrarse uno mismo bien analizado, que hallarse en un marco seguro a cargo de una persona madura, capaz de hacer interpretaciones penetrantes y exactas, y ver cómo se respeta el proceso personal?” (p. 388). De este modo, el autor resalta la presencia de la tranquilización en la situación analítica:

Todo el marco en el que desarrolla el psicoanálisis constituye una enorme tranquilización, especialmente en lo que respecta a la objetividad y comportamiento del analista y a las interpretaciones transferenciales que, en lugar de explotar banalmente la pasión de un momento, las utilizan constructivamente.

Es mucho mejor hablar de esta cuestión de la tranquilización en términos de *contratransferencia*. (p. 388, énfasis del original)

Con respecto a esta función tranquilizadora que aporta el análisis, los desarrollos de Françoise Dolto (2014) también resultan interesantes de abordar. Los trabajos de esta psicoanalista han permitido ampliar considerablemente los límites de la clínica al compartir su experiencia de trabajo con niños psicóticos. En estos casos, ella analiza en profundidad la relación transferencial niño-analista y resalta diferencias cruciales a tener en cuenta. Esta autora pone de relieve, en el *Seminario de psicoanálisis de niños 1*, que en los casos de psicosis infantil nos encontramos con una transferencia que presenta dificultades para el analista y que, para el avance del tratamiento, es importante la formulación de sus sentimientos por parte de este. En este punto, esta autora hace referencia a las enseñanzas de Winnicott. Con respecto a los afectos del analista, Dolto dice:

Los psicóticos nos cuestionan hasta un punto en que no habíamos imaginado poder serlo. Todos nos plantean preguntas acerca del sentido de nuestra vida. Cada psicótico es diferente, pero es ahí, en regiones inimaginables, donde se entregan a su transferencia. Porque para muchos de ellos, nosotros tenemos que asumir la transferencia del cordón umbilical, de la placenta, de la corriente sanguínea, de las cosas que no son representaciones humanas, sino cosas indispensables para la vida, pero no sabemos cuál. Entonces perdemos toda señal. ¿Qué hacer?, ¿qué decir? Se convierten en nuestras ansiosas interrogaciones. Creo que es necesario decirles nuestra confusión, verbalizarla, para hacer surgir algo que existía y cuya existencia no percibíamos por el estado de desamparo en que estaban ellos. (p. 79)

En relación con esto, Dolto plantea que cuando el analista logra pronunciar lo que experimenta se vuelve alguien, se vuelve un otro diferente del paciente. Esta autora, además, resalta la función tranquilizadora que ejercen las palabras envolventes y afectuosas en casos de desborde pulsional.

En *Seminario de psicoanálisis de niños 2*, Dolto (2011) trabaja la contratransferencia para ubicar el adormecimiento del analista en la sesión. Establece que la razón de su adormecimiento está en la persona que la adormece y que esto suele sucederle con niños psicóticos. Dolto les enuncia su estado: “¿te has dado cuenta? Me

he dormido” (p. 142). Considera que la formulación de su estado genera en estos niños muchos progresos. Resalta que, de este modo, ubica los *efectos de la transferencia*, de los que muy poco suelen hablar los analistas, además de que esta conducta de adormecimiento es efecto de una relación transferencial y contratransferencial:

Al sumirnos así en la libido del sujeto, en una contratransferencia, se lo deja dueño de la situación. Él tiene necesidad de que abandonemos nuestro estado de vigilia durante un momento. Para el niño, es una manera de castrar al psicoanalista y es algo excelente para él. No responde con palabras; responde con su libido, que adquiere presencia y fuerza; más aún establece un orden (...) cuando han adormecido al psicoanalista, nunca cometen depredaciones (...) Pero el sueño del analista no es una depredación, es una relación, que permite al niño ser el dueño de la situación (...) Que uno se sienta somnoliento es pues muy importante para ellos, porque esto significa que nuestro inconsciente está en comunicación con el suyo. Además, cuando uno duerme cerca de alguien, está verdaderamente con esta persona, más que en el estado de vigilia. Dejarse vencer por el sueño quiere decir que tenemos confianza en la otra persona y en nuestro inconsciente. Los niños psicóticos sienten que así se les tiene confianza. (pp. 142-143)

La autora sostiene que los psicóticos encuentran regresivamente en esto una vida vegetativa, tranquila, y un lugar donde desean refugiarse. Este deseo narcisista y fusional se transfiere a quien acepte este encuentro. Así el otro se convierte en alguien deseado y peligroso a la vez, y al adormecerse el analista, el psicótico se siente aceptado y más presente. Dolto dice que esta situación es el resultado de una transferencia fusional y que se produce en un momento de contratransferencia aceptado por el analista. Esta autora utiliza la somnolencia como búsqueda para comprender a estos pacientes y entra en un estado en el que abandona su posición de sujeto de deseo. Dice que el niño, mediante este proceso, se siente vivo y reconocido como sujeto. Dolto encuentra la prueba de esto en las producciones del niño, quien, una vez acaecido lo anterior, realiza actividades con calma y ya no de modo ansioso: “Al aceptar el psicoanalista hacerse objeto a través del sueño, el otro puede convertirse en sujeto” (p. 145).

Los interrogantes que se formula esta autora son: “¿Qué espera encontrar, aquí y ahora, en esta relación con el analista que soy yo? ¿En lugar de quién me coloca? ¿En

lugar de qué?” (p.147). El papel que Dolto dice que sus pacientes le hacen ocupar es el que ellos tenían como bebés, es decir, se remiten a momentos de fusión y de seguridad. En el aquí y ahora es el analista quien hace de bebé y el niño de madre ocupada.

En los dos primeros apartados de esta tesis se han presentado cuestiones teóricas, interrogantes y reflexiones alrededor de la transferencia y la contratransferencia en el espacio psicoanalítico con el paciente niño y, específicamente, en casos de psicosis infantiles. En el próximo apartado se trabajarán dos casos clínicos en los que analizaremos el entramado transferencial y contratransferencial con el objetivo de articular algunos de los conceptos desarrollados.

TERCERA PARTE

CAPÍTULO 5: CASOS CLÍNICOS⁷

La vida, sin nombre, sin memoria, estaba sola. Tenía manos, pero no tenía a quién tocar. Tenía boca, pero no tenía con quién hablar. La vida era una, y siendo una era ninguna. Entonces el deseo disparó su arco. Y la flecha del deseo partió la vida al medio, y la vida fue dos. Los dos se encontraron y se rieron. Les daba risa verse, y tocarse también.

(Galeano, 2008, p. 1)

En este apartado tomaré dos casos clínicos que me permitirán articular algunas de las conceptualizaciones desarrolladas en los capítulos precedentes. En cuanto al diagnóstico, se trata de dos casos que los he pensado desde el concepto de “dominancia psicótica”. Quisiera aclarar que leer ambos casos como “dominancia” o “predominio” no me permite encuadrar el caso en determinados cuadros clínicos, sino más bien pensarlos desde categorías psicopatológicas que, lejos de funcionar como entidades estancas, operan como “*modelos teóricos* cuya eficacia reside, como la de todo modelo, en su capacidad para leer lo real de la experiencia y en el consecuente ensanchamiento de la potencia transformadora de la práctica analítica” (Fernández Miranda, 2019, p. 150, énfasis del original).

Estos casos que desarrollaré a continuación me han interpelado debido a que las modalidades de intervención han sido diferentes a las que recurrimos cuando trabajamos con niños con neurosis infantiles, en cuyos casos el desciframiento de lo inconsciente a través de interpretaciones ocupa un lugar clínico importante. En los casos que se desarrollarán, las intervenciones han sido subjetivantes y estructurantes, en cuanto han permitido recomponer, contener y ligar para que algo nuevo se construya. Considero que, en estos casos, la disposición y la actitud analítica que he mantenido consistió, siguiendo a Fernández Miranda (2019), en mesurar notablemente el modo de actuar, de mirar, de hablar y de dirigirme a estos pacientes. Asimismo, han sido muchos los momentos en los que me he sentido desconcertada y asombrada. En estos momentos me he interrogado y cuestionado la función analítica. Durante estos períodos, los espacios de análisis personal, supervisión e interlocución con colegas han sido fundamentales para reflexionar acerca del vínculo transferencial que estaba construyendo con estos pacientes y repensar mi posición en la cura.

⁷ Al ser casos clínicos propios, este capítulo será escrito en primera persona del singular.

Entonces, el objetivo de desarrollar los siguientes casos clínicos es re-pensar y revisar la disposición subjetiva del analista, disposición que tiene su especificidad debido a que no da lo mismo trabajar con un niño que está dentro del campo del trastorno —emergencia en lo manifiesto de un conflicto intersubjetivo, en el interior de las relaciones primordiales con el semejante— que con un niño que está dentro del campo de la neurosis —con síntomas ya conformados en cuanto formaciones de lo inconciente —.

Caso Rocío

Expondré un caso clínico de una paciente de nueve años, a quien llamaré Rocío. La demanda de tratamiento surge a partir de una sugerencia por parte de la escuela, la cual plantea que Rocío “no encaja con el resto de sus compañeros”, y además se muestra notablemente agresiva con pares y adultos. Su madre, en los primeros encuentros, manifiesta que estos episodios suceden en el ámbito escolar pero no en su casa. Con el transcurrir del tratamiento estas escenas que comienzan a desplegarse en el espacio analítico son, en entrevistas con su familia, historizadas y articuladas a su entramado familiar. Además de esta articulación, se ha considerado el modo específico de respuesta de la paciente frente a conflictos intersubjetivos.

Los padres de Rocío están separados, la niña ve a su padre esporádicamente. La relación y separación de sus padres ha sido conflictiva y traumática para ella. La madre de Rocío, al momento de la consulta, expresa el temor de que su hija presente alguna patología orgánica, aunque ya había realizado consultas con un neurólogo y un pediatra y los estudios habían dado bien. Expresa no saber cómo contener las crisis de su hija, si poner límites o no a los episodios de agresividad, debido a que si existiera una patología orgánica no es algo que ella pueda manejar.

En varias entrevistas, esta madre comienza a manifestar no saber cómo tratar y contener a Rocío; al respecto, relata una situación que suele repetirse: su hija la llama y al acercarse la rechaza. Aquí puede pensarse en un lazo que muestra un no poder estar con el otro y un no poder estar sin el otro, situación que la niña repite en la escuela con su maestra y con sus compañeros. En la escuela Rocío llora y cuando está angustiada se torna “agresiva”. En el transcurso de las entrevistas con su madre se comienza a escuchar la cuestión de la dificultad que hay en ella para proyectar en su hija algún

deseo que la unifique y le suponga atributos positivos. Al momento de hablar de su hija esta madre habla de la mala relación que ella misma tiene con su ex pareja (padre de Rocío), y como esto afectó a la niña.

Esta madre pone en juego una omnipotencia con la que hay que maniobrar continuamente, ya que pone en cuestión a la escuela y al equipo interviniente sosteniendo que ella como madre es la que decide qué intervenciones son pertinentes para su hija. En este punto, tal como se ha desarrollado, Mannoni (2007) ha hecho hincapié en que los analistas trabajamos con transferencias múltiples: en cuanto está la transferencia con el niño y además la transferencia con los padres, que en casos de dominancia psicótica se hace muy visible debido a que suele ser masiva. En este caso, por momentos se hacía visible una desconfianza absoluta de esta madre hacia el equipo terapéutico, así como enojos intensos dirigidos a la escuela debido a que “nadie sabe cómo tratarla”. Aun cuando se la ponía al tanto de movimientos significativos de su hija, la madre mostraba disgusto. Frente a esta omnipotencia, mis intervenciones siempre estuvieron dirigidas a apelar a una terceridad, y evité realizar intervenciones en nombre propio. Cuestión que funcionó luego de atravesar momentos en los que al sugerir alguna propuesta la madre planteaba que iba a ser ella la que iba a decidir, cuestionando de un modo defensivo todo tipo de intervención.

Con respecto a esta omnipotencia materna, Piera Aulagnier (1994) plantea en relación con las madres de pacientes con dominancia psicótica que es posible encontrar su propia ahistoricidad o exclusión a la ley, ya que ellas son la ley. No obstante, para no hacer de esta característica una causalidad, quiero remarcar una posición sumamente interesante y ética de esta autora que me ha permitido pensar algunas cuestiones clínicas: la idea de “condiciones necesarias” en la psicosis, la cual no es equivalente a condiciones suficientes. Si bien Aulagnier encuentra con frecuencia en la clínica las condiciones necesarias, no las declara como suficientes debido a que no es posible armar un modelo o un manual que detalle la causalidad psicótica. Ella resalta el gesto de pensar el caso por caso. Además, en “este intervalo que separa a lo necesario de lo suficiente se sitúa, no solo lo que escapa a nuestro saber, sino también lo que convierte a la psicosis en un destino en el que el sujeto tiene un rol propio y que no es un accidente sufrido en forma pasiva” (2010, p. 191). No obstante, las explicaciones que esta autora realiza acerca del deseo, el discurso y la locura de los otros instauran ciertas condiciones que hacen posible la psicosis.

A partir de la lectura de Aulagnier, podemos decir que, en estos casos, desde los primeros encuentros del niño con su madre aparece una fisura, una discordancia, un exceso o una falta que testimonian el conflicto que la llegada del hijo reactivó y reactualiza. Entonces, en el momento en que el niño se encuentra con lo exterior a la psique va a predominar todo tipo de representación asociada al rechazo y al odio. A esto se le suman experiencias que se inscriben en las vivencias corporales del niño y que refuerzan en este la percepción de la hostilidad y de la amenaza del medio. Aulagnier llama “pictograma de rechazo” a toda representación que forja lo originario con respecto a todo aquello que es fuente de displacer. Esto constituye un “fondo representativo” que se repite a lo largo de la existencia.

A partir de aquí, resulta capital en la obra de Aulagnier (2010) la distancia que se toma con respecto a una concepción que define la relación del psicótico con el discurso mediante una serie de carencias. La autora modifica este modelo interrogando “su antes” y valorizando el plus del cual da testimonio la creación psicótica. “La psicosis se caracteriza por la fuerza de atracción ejercida por lo originario, atracción a la que se contrapone el ‘suplemento’ representado por la creación de una interpretación ‘delirante’ que hace ‘decibles’ los efectos de esta violencia” (p. 18).

En concordancia con estas ideas, como ya hemos mencionado en el primer capítulo, Klein (2009a) ha teorizado lo originario, lo cual posibilitó repensar este mundo interno en la transferencia. Puede considerarse entonces que lo que se pone en juego en la transferencia no es el pasado sino algo de este mundo interno. De este modo, con niños no es posible pensar la transferencia en cuanto repetición del pasado en el presente, sino como repetición de su mundo interno en el presente. En este sentido, Rocío presentaba en transferencia una notable dificultad para construir un vínculo de confianza. Al comienzo del tratamiento se mostraba desconfiada y me ubicaba a mí y al entorno como alteridades amenazantes, lo cual me generaba en ocasiones una gran tensión. Considero que en su modo de transferencia podía leerse este “pictograma de rechazo” (atracción de lo originario) teorizado por Aulagnier, en cuanto fuente de displacer que se experimenta en el presente. Su transferencia era masiva, intensa, y rápidamente se desplegaban impulsos hostiles de parte de ella. Cualquier detalle era tenido en cuenta, en algunas ocasiones en que la llamé por su nombre completo le generó ira, lo sentía como persecutorio y como un rechazo hacia ella. En este punto era

fundamental llamarla “Ro”, en diminutivo, dulcemente, y modular notoriamente mi voz y mis palabras al dirigirme a ella.

Además, Rocío también sentía de modo persecutorio cualquier límite que se le pusiera. En momentos en los que en su modo de vincularse aparecía abruptamente su cuerpo, precozmente sexualizado, yo intervenía siempre a través de bromas y chistes que ella podía captar y reírse conmigo. En ocasiones en las que se sentaba muy pegada a mí, yo sentía mucha incomodidad y frente a esto le decía: “Ro, qué cerquita te sentaste al lado mío, no me puedo ni mover”. O frente a sus pedidos de que la ayudara a peinarse: “No tengo idea cómo hacer para que un rodete quede así tan perfecto como lo querés vos, ¡mirá mis rulos y lo despeinado que tengo yo el pelo!”. En ocasiones, ante el rechazo que me producía su pedido gozoso y excesivo de que la ayude a abrocharse el pantalón luego de venir del baño, le decía: “Nooooo Ro, eso es algo íntimo, ¿a vos te parece?!”. En estas situaciones el énfasis estaba puesto en sostener el encuadre de trabajo y en tomar estas escenas para construir otras que le permitieran a ella resignificar y ligar los excesos pulsionales que se presentaban en estos pedidos.

Es decir, frente a su transferencia masiva, a su sexualidad desbordada, mis afectos —mi incomodidad y mi rechazo— eran utilizados para construir intervenciones que acotaran su exceso. Estas intervenciones consistieron en trabajar a través de chistes para articular mi incomodidad y el señalamiento de lo íntimo para articular el rechazo que yo había sentido. Lo que realicé fue apostar a que Rocío pudiera tomar algo de lo que yo estaba elaborando sin enfurecerse, debido a que consideraba que si marcaba determinados límites sin una cuota de humor esta escena la llevaría directamente a representaciones y pictogramas originarios de rechazo y odio.

Con respecto al cuerpo de Rocío, ya en el primer encuentro pude observar un pobre armado del cuerpo: los excesos predominaban en su encuentro con el cuerpo del otro y una torpeza característica invadía sus movimientos. Esta niña se mostraba movедiza, torpe, y actuaba ruidosamente, sin saber cómo controlar su fuerza y en algunos momentos se aceleraba y parecía “chocar” con el otro. Frente a la tensión que me hacía sentir, lo que hacía era proponerle realizar juntas aquellas actividades en las que se desorganizaba, como guardar, ordenar, dibujar o recortar. A veces sucedía que por no poder cerrar una caja terminaba muy enojada tirando y rompiendo las cosas, entonces en esos momentos lo que se me ocurría era que realicemos juntas la actividad. Tomaba la caja y le decía: “Capaz va de este modo la tapa, girémosla a ver si cierra”.

Este modo de intervención tenía relación con lo que me sucedía a mí. Sus momentos de desborde, sus episodios de agresión y furia generaban en mí una intensa tensión sostenida por un afecto difuso que ingresaba en el espectro del odio. Esto se debía, en parte, a que consideraba que su desborde llevaría a que yo tuviese que contenerla físicamente, pero, a la vez, el reconocimiento y la elaboración de esta tensión que vehiculizaba una sensación vaga de odio que me permitían articular una intervención que apostara a sostenerla y acompañarla, ligando y transformando así su agresión en realizar con otro una actividad conjunta. En este caso se trataba de hacer juntas una actividad para buscar modos de tranquilizarla y de contener ese odio que se empezaba a hacer presente transferencialmente. La contención de su odio transferencial era viabilizada por la elaboración de mi odio contratransferencial, lo cual fue también un modo de proponer una consecución del proceso analítico, ya que consideraba que lo que estábamos realizando podía ser interrumpido por un fuerte episodio de enojo.

Asimismo, de algún modo sentía que detrás de estas escenas había un profundo malestar que había que alojar en el espacio analítico, un malestar que me conmovía, una combinación imprecisa y potente de odio y compasión me embargaba. Mis intervenciones clínicas tomaban como herramienta mi propio afecto, esa mezcla confusa de odio y compasión; todo transcurría como si mis intervenciones se nutrieran de la elaboración y mitigación de esa experiencia contratransferencial intensa, sin la cual hubieran sido puramente defensivas e ineficaces. Había algo que consideraba que había que integrar. Luego de estas escenas me preguntaba: “¿por qué hice eso?”, buscando teorizar y repensar metapsicológicamente la posición de la niña y mi propia actitud analítica para darle así un valor clínico para repensar y replantear coordenadas de trabajo.

Por otra parte, en la escuela relataban que Rocío, en algunos momentos de ansiedad o por algún enojo, se escondía y seguido a esto se desencadenaban fuertes crisis. En las sesiones también aparecieron estas escenas en las que se escondía con una expresión en su cara de espanto, de terror. Pude pensar que estas escenas remiten a momentos pasados que continúan siendo actuales, presentes. En estos momentos se ponían en juego fuertes regresiones que se repitieron en el transcurso del análisis. Desde Winnicott (2016b) es posible pensar estas etapas regresivas como modos que tiene el niño de descongelar situaciones de falla ambiental, lo cual posibilita progresos para el

desarrollo del yo. Este autor plantea que de este modo se amplía notoriamente el concepto de transferencia en cuanto nos topamos con una “transferencia temprana”.

El trabajo con Rocío estuvo centrado en ligar cuestiones mortíferas, es decir, ligar excesos de real y, siguiendo a Fernández Miranda (2019), ficcionar y modular gestos, miradas y modos de recibirla en el consultorio, ya que ella siempre estaba muy atenta a todo detalle, cambio y a cada palabra que yo decía. En estos momentos, interpretar fortalecía sus pensamientos persecutorios: en algunas oportunidades, frente a algunas preguntas y construcciones erróneas mías, ella me planteaba enojada cómo yo sabía eso que le estaba diciendo. Entonces, las intervenciones estuvieron dirigidas en primer lugar a ficcionar a través del juego.

En estas intervenciones, ¿cómo se pone en juego o en escena el cuerpo del analista? Aquí me resulta interesante detenerme en una sesión en particular. En medio del despliegue de un juego en la sesión, la niña, muy molesta, interrumpe la escena y, con una expresión tensa, alza su voz notablemente y dice: “Te voy a matar” mientras se para dirigiéndome una mirada furiosa. En ese momento, le sostengo la mirada y dulcemente le digo: “¿Pero Rocío... por qué en vez de matarme no me das un abrazo?”. Rocío sonrío, se relaja y cambiando su postura dice: “Sí, quiero un abrazo bien fuerte y un beso así (realiza el gesto de un beso intenso)”. Luego de este puro acto desligado de la palabra y el pensamiento, el trabajo consistió en ponerle palabras y sentido a lo sucedido para que lo que había provocado su enojo pudiese entrar en un registro que le permitiera a esta niña recuperar lo actuado desde una palabra que la detuviese. Al rato de esta escena, pudo decir que su enojo tenía que ver con que cuando ella sorprendida me había dicho: “¡Tenés una tijera en la cartuchera!” yo le respondí que sí, que estaba allí para recortar papeles. A ella en la escuela estos elementos le eran privados y no disponía en su cartuchera de una tijera.

Entonces, cabe preguntarse: ¿qué devuelve nuestra mirada —la que sustenta nuestras prácticas— en el encuentro con un sujeto? Aquí quisiera apelar a la idea de Volnovich (2000) de espacio analítico en la clínica con niños como espacio tridimensional, en el que se pone en juego el cuerpo del analista. Con Rocío fue importante el armado de una escena —de otra escena— a partir de una mirada habilitante. En ese abrazo que la alojó de otro modo, la imagen del cuerpo se puso en juego y algo del orden del placer en el encuentro con el otro se puso de manifiesto. Allí

algo se produjo: un lazo diferente a partir de sostener otra escena en la cual Rocío es mirada y se mira de modo diferente.

El abrazo fue una intervención en la que se desplegó mi propia subjetividad y mi contratransferencia en el encuentro con la paciente. En un primer momento, ante su transferencia masiva me sentí paralizada sin saber qué hacer, además de sentir temor frente a la posibilidad de que se lastimara o me lastimase. Pero rápidamente reconocí que mi temor y mi sensación de parálisis no eran sino una respuesta a una sensación más violenta, una suerte de agresividad arcaica que me asaltaba. La agresión desanudada de la niña puso en juego mi propia agresividad infantil, lo cual me producía el temor de que esta agresividad contratransferencial se desanudara en el acto de tomar a la niña de las manos para evitar su agresión sobre mi cuerpo. Quise, entonces, utilizar mi cuerpo y mis manos de otro modo para ligar ese odio —el suyo y el mío— en un abrazo. Intenté así no quedar inmovilizada por la intensidad contratransferencial y busqué elaborar la profunda tensión que se había generado en mí a través de un abrazo envolvente que contuviera a la niña. Pero, además, percibía que su ira transferencial, masiva y desenfrenada, me había colocado a mí en la serie de los objetos amenazantes. Por lo cual, mi reacción espontánea de abrazarla se nutrió también de una experiencia contratransferencial compasiva frente al intenso sufrimiento que despuntaba detrás de la ira de la niña. Nuevamente, fue la elaboración esa combinación de odio arcaico y compasión —una experiencia que es completamente ajena tanto a mi vida cotidiana como a mi práctica como analista de niños y adultos neuróticos— lo que sostuvo mi intervención. Mi abrazo contuvo a la niña, ella se tranquilizó y entonces pudimos continuar con la actividad y hablar de lo sucedido.

Fue recién en un segundo momento que pude repensar esta escena y leer mi intervención interpretando el lugar que había ocupado yo misma en una escena cuyo centro de gravedad era una compleja articulación transferencia-contratransferencia. La ira arcaica de la niña había movilizó en mí una mezcla del mismo afecto y compasión. La contratransferencia no fue actuada ni rechazada, sino reconocida y elaborada *in situ*. Finalmente, es esta articulación entre transferencia y contratransferencia, esta incidencia de la transferencia del paciente en la contratransferencia del analista, lo que considero que ha sido en muchas situaciones un instrumento de trabajo que me ha ayudado a maniobrar en escenas complejas y difíciles de transitar, propias del análisis con niños psicóticos.

Por otro lado, quisiera remarcar que en las intervenciones siempre se trabajó teniendo en cuenta que había algo del pasado de Rocío que no había pasado y no estaba inscripto en la cadena simbólica, en el sentido de que no había ligadura ni historización posible. Aquí, hacer una construcción que remitiera a la causalidad no tenía sentido, yo no podía decir “Te pasa esto porque viviste estas cosas en el pasado”. Todo está en el presente, por lo tanto, la gran dificultad aquí, siguiendo a Françoise Davoine (2018), es el tiempo. Esta autora plantea que en los análisis muchas veces, en momentos de progresos, se vuelve al casillero de partida en un intento de simbolización, y cada vez que se vuelve es para ir un poco más lejos. Sostiene además que en estos momentos la transferencia es distinta y que el analista, lejos de quedarse en la neutralidad y en el silencio —al callarnos duplicamos la ausencia de palabras—, debe trabajar con sus historias y su propio estilo. Frente a esta herida en la alteridad: “Nuestro trabajo es sostener un lugar embrionario del otro” (s/p).

Davoine considera que el analista no trabaja puntualmente con las teorías, sino que trabaja con sus historias y su personalidad. En este trabajo se cometen errores, sí, pero estos instalan el embrión de la alteridad. Es decir, se trata de un trabajo que debe poseer la capacidad de ser un espacio embrionario de la subjetividad del paciente.

Caso Lucio

Del siguiente recorte clínico, quisiera mencionar que fue un paciente al que he pensado desde una dominancia esquizofrénica. En este caso, el valor del juego en cuanto experiencia constituyente del sujeto fue clave para las intervenciones que llevé a cabo. Al comienzo me encontré con una imposibilidad en el advenimiento del deseo de jugar en Lucio; como sabemos, este deseo de jugar no es innato ni espontáneo. Me interesa poner a trabajar la llegada de este niño a análisis, el trabajo con sus padres y el reconocimiento de situaciones de experiencias subjetivantes en la clínica para poner a funcionar, a través de estos momentos, la relación transferencial.

Lucio es un niño de tres años y medio, llega derivado por su fonoaudióloga, con quien había comenzado un tratamiento hacía muy poco tiempo. Su madre asiste a la primera entrevista y relata ciertos comportamientos que le preocupan de su hijo: Lucio no presenta un lenguaje comunicativo; si bien habla, tiende a repetir todas las propagandas que ve en la televisión, tiene muchísima memoria, pero no logra establecer

una comunicación con ella y su marido. Por otra parte, agrega que es muy inquieto, que corre todo el tiempo y que no se detiene en ningún juego. Ella relata que no salen con su hijo y, además, ellos mismos dejaron de salir, debido a que su hijo no lograba adaptarse a ningún espacio. Asimismo, les da miedo que pueda sucederle algo en la calle. Ella trabaja y el padre cuida todo el día a su hijo. Su madre menciona dificultades para quedarse sola con Lucio, no sabe qué es lo que quiere ni cómo marcarle límites.

Por otra parte, la madre menciona preocupación porque su hijo come muy poco, duerme mal y parece no saber manejar su cuerpo: “no sabe cómo caminar”. Además, en su rutina diaria no ha habido un progreso en torno a quitarle pañales, mamadera, coche, cuna y bañera. Ella plantea que el padre dice que Lucio “es chico” y sostiene estas actividades de crianza porque, si bien no está de acuerdo, prefiere no generar un conflicto con su pareja por estos temas. Ahora bien, aunque ella evita conflictos, a la vez resalta que en su casa se vive en un clima constante de desacuerdos y malestares respecto de qué hacer con Lucio. Por su parte, su padre no se muestra preocupado, sostiene que Lucio es sumamente lúcido por la memoria que tiene y que ya va a aprender. Además, menciona que él de chico era igual de inquieto.

Luego de un par de encuentros con sus padres, decido conocer a Lucio. El niño llega en coche a la primera sesión, su padre manifiesta que si no lo trae así su hijo se niega a caminar por la calle. Veo pálido a Lucio, su rostro se mantiene inexpresivo detrás de su cabello largo que le cubre el rostro. Ingresa al consultorio, toca todo lo que ve, abre juegos, cajones y mueve muebles. Acompaña esta actividad con una repetición de propagandas, por momentos visualiza alguna marca de algún producto cuya publicidad conoce y la repite varias veces. En algunos momentos me toma de la mano y me quiere sentar. Lee todo lo que encuentra, su voz es neutra y sin entonación, despersonalizada. Luego de algunos encuentros, se me ha ocurrido cantar, pero Lucio me tapaba la boca. Quizás mi intención de cantarle tenía que ver con el intento de generar un encuentro a través de la musicalidad de la palabra, lo cual a él lo invadía y excedía. En estos primeros encuentros me sentía algo perpleja, ya que no lograba generar ningún tipo de vínculo con él. Como me sucedería luego con otros niños de características similares a Lucio, experimentaba una profunda desazón, su distancia me dejaba fuera de juego. Paulatinamente, fui reconociendo detrás de mi desánimo la angustia que me producía la distancia insalvable que él había instalado entre nosotros, la mecanización del lazo transferencial o, más precisamente, la sensación de que no se

había instalado ni podría ser instalado un vínculo libidinal con el analista. Esto me permitió percibir algo que no había captado en el niño: se trataba menos de una desafección que de un tenaz rechazo a la alteridad amenazante del analista cuyo centro de gravedad era la voz del otro. Comencé entonces a filtrarme a través de la voz, a hablarle y cantarle a Lucio. La elaboración de esa contratransferencia angustiosa me permitió comenzar a apostar a un movimiento que tendiese a mitigar, a través de mi voz, ese lugar de alteridad amenazante en el que el niño me había ubicado en la transferencia.

Luego de estos primeros encuentros, decido tomarlo en tratamiento. Les propongo a sus padres trabajar tanto con su hijo como con ellos, ya que la posición de este niño tocaba indudablemente la posición de sus padres. La madre se muestra desconcertada y se culpabiliza por la situación en la que se encuentra actualmente su hijo, pero el padre no logra sentirse interpelado. Esta situación me llevó a preguntarme por los vericuetos del deseo en este entramado familiar, los cuales fueron interrogantes que me permitieron analizar las posiciones subjetivas puestas en juego.

Si bien no realizaré un relato exhaustivo de los primeros encuentros con los padres de mi paciente, en las primeras entrevistas se trabajó en torno al motivo de consulta, el armado y despliegue de ciertas problemáticas familiares, así como la historización acerca del entramado familiar de Lucio. Desde un principio encontré muchos obstáculos que impedían la correcta constitución subjetiva de Lucio, ya que no lograba leer una posición infantil ni un deseo que circule. Me encontré con un fracaso de la posición infantil. Es decir, un fracaso en cuanto Lucio no lograba transitar escenas de juego que le posibilitaran crecer y apropiarse de su historia.

Con respecto a la constelación familiar y a la transferencia en la clínica con niños, es sumamente importante reflexionar en torno al lugar que los padres le dan a Lucio. Es decir, qué representa este chico para el deseo de los padres, qué se le demanda, qué esperan de él. Es importante rastrear cómo este niño está posicionado en la estructura familiar. Transferencialmente, estos padres depositaban desde un inicio una actitud de confianza y saber en el espacio analítico. Siguiendo en esto a Pablo Peusner (2015), en este caso era esencial no buscar respuestas anticipadas, ser paciente y tomarse un tiempo para delimitar el “asunto” a través del trabajo con los padres y el niño. Este autor sostiene la importancia de considerar el terreno en que la consulta se

organiza y los textos que configuran las posiciones discursivas desde las que se establece el asunto del que el niño participa. Desde este posicionamiento, resulta capital explotar al máximo el potencial de la situación.

Diversos autores consideran que aunar al análisis de niños un “influjo analítico” sobre los progenitores significa intervenir teniendo presente esa presencia real de los padres en la transferencia compartida y prestando especial importancia a qué significa para estos padres el niño en cuestión, sea que demanden ellos mismos el tratamiento o que soliciten la consulta porque alguien los manda. Entonces, si se descuida esta dimensión, los padres pueden interrumpir el análisis de su hijo a causa de la omisión del trabajo analítico con ellos. Teniendo presente esta idea resulta esencial, en las entrevistas con los padres, trabajar con el discurso familiar —llamado discurso colectivo por Mannoni— a fin de detectar todo lo que se pueda sobre los mitos que determinan la posición subjetiva de dicho paciente.

Volviendo al caso presentado, en el discurso de estos padres encuentro que no logran construir cierto saber acerca de Lucio. Su madre se muestra destituida de esta función, mientras su padre más bien presenta en su discurso fuertes certezas. Hallo aquí algunas problemáticas familiares que son desestructurantes para la psique del niño. A su vez, es una familia con muy poco lazo extrafamiliar, factor que también interviene en la catectización de este hijo por parte de la pareja. Sigo en esto a Aulagnier (2010), quien establece que “la relación que mantiene la pareja parental con el niño lleva siempre la huella de la relación de la pareja con el medio social que lo rodea” (p. 160).

La orientación del análisis con este niño y sus padres apuntó a habilitar la pregunta por el deseo. En este punto, fue importante indagar si jugaban con él y qué actividades realizaban juntos. Su madre manifestaba que a Lucio le han sido negadas muchas cuestiones centrales en la infancia, como estar con otros niños, ir a parques, plazas, jugar en la ducha y con la comida. Toda manifestación de satisfacción pulsional, por ejemplo, tirar cosas, era sancionada por ellos. Este placer por arrojar cosas no lograba desplegarse en este niño.

Quiero relatar un fragmento de una sesión con Lucio que considero importante en su análisis. Él tomaba siempre un librito y lo abría; si bien yo intentaba leerse, él pasaba rápidamente las páginas, lo dejaba y tomaba otro objeto. Los objetos en sus manos circulaban rápidamente. El movimiento mecánico de Lucio me dejaba fuera de la

escena. No parecía haber forma de establecer algún contacto con él a través del libro. Esto, como he dicho, me producía un intenso desánimo detrás del cual fui reconociendo una experiencia angustiosa arcaica basada en la sensación de no existir para el otro. La elaboración de esta experiencia contratransferencial me permitió leer su aparente desafectación como un rechazo y un modo de resguardarse frente a una alteridad amenazante. Detrás del abismo transferencial insalvable que Lucio instalaba entre nosotros, había un niño que se protegía de mi presencia porque toda alteridad le resultaba terrorífica. Lo invité, entonces, a sentarse y me dispuse a leerle un cuento. Accedió, nos sentamos uno al lado de otro y comencé a leerle el cuento pausadamente, remarcando las entonaciones propias del cuento, actuando algunas escenas y señalando las imágenes de la historia a medida que iba leyendo para que él le prestara más atención a las imágenes que a las letras, en las que quedaba capturado. En una parte del cuento aparece un ratón que prueba un limón y hace cara de asco por lo agrio que era. En esas partes yo tocaba el limón, “lo probaba” y le decía: “Sí... es muy agrio este limón”. Frente a esto, Lucio se reía. Escuchó todo el cuento hasta el final, mostrándose interesado mientras intercambiábamos miradas cada tanto. Esto para mí tuvo el valor de una experiencia de placer en una actividad compartida, placer de ambos y disposición, algo que hasta ese momento no había ocurrido. Se trató de acompañar y de cuidar este experimentar de un modo para nada “neutral” ni “pasivo” de mi parte.

En la siguiente sesión, también sucedió algo en su ingreso al consultorio. Cuando me vio, me dijo contento: “¡Hola, Dolores!”. Yo lo saludé también enfáticamente y le pedí que me esperara, ya que iba a buscar agua porque hacía mucho calor (Lucio había llegado todo transpirado). Cuando me retiré del consultorio, habiendo dejado la puerta abierta, su padre ingresa al consultorio para que Lucio no esté solo, pero él le dice: “Papá, chau”. Leímos el cuento mencionado varias veces más: su asombro y placer al leerlo se iba incrementando. Él llegó a “probar” el limón haciendo caras y riéndose. Comienzan a suceder cosas que permiten marcar un espacio propio para el paciente, en donde empieza a circular la satisfacción en determinadas actividades.

También en este caso la elaboración de mi propia contratransferencia fue uno de los más importantes instrumentos de trabajo clínico. Detrás del desánimo y la parálisis inicial, fui reconociendo una angustia arcaica, la angustia de no existir para el otro, la angustia de ser invisible y de no ser reconocido por el otro como semejante. Entonces la

desafectación del niño devino aparente y pude leer su transferencia como un modo de protegerse frente a una alteridad amenazante. Esto me impulsó a intentar diversos modos de intervenir y me fui situando como una alteridad no intrusiva pero bien presente y disponible. Para ello, mi intervención consistía en intentar ponerme en contacto con mis experiencias infantiles, experiencias de asombro placentero, de sorpresa ingenua y espontánea. En la escena del cuento, dejé desplegar todas mis fantasías infantiles en el encuentro y en la lectura del texto. De este modo, utilizaba mi propio y genuino asombro al leer el cuento y ponía énfasis en remarcar con diversas entonaciones las expresiones que presentaba la historia, así como las fantasías que se ponían en juego en mí al leerlo. Yo misma había disfrutado de leerlo de ese modo, de invitar a Lucio a “probar” el limón y de “probarlo” yo misma. Hacía uso de mis fantasías e imaginación.

Su padre me relata, paralelamente a estos movimientos que comienza a realizar Lucio, que lo observa más inquieto cuando sale con él y que la madre se queda en su casa. Plantea que se debe a que Lucio quiere que salgan los tres y cuenta que él toma de la mano a su madre con la intención de que ella también vaya con ellos. Hay algo respecto al deseo materno que comienza a circular de otro modo, porque su madre a la vez comienza a estar más con su hijo a solas, comienza a bañarlo y a jugar con él.

Este niño comienza, por sugerencia de la fonoaudióloga y mía, a asistir a un jardín: son los primeros encuentros que mantiene con pares. Para nosotras era importante para su constitución el desarrollo de escenarios de juegos. También comienzan a llevarlo a parques y a tomar un helado. Es decir, pueden comenzar a identificarse con su hijo, a desear cosas para él. No obstante, hay muchísimas cosas a las que todavía se resisten: todo lo que implique cambio y crecimiento subjetivo es vivido con temor y como un abandono. En este punto, tomo a Winnicott (2007) cuando plantea que un indicador para tomar a un niño en tratamiento es si se corrobora que no está creciendo, en el sentido de que no está teniendo experiencias. La experiencia infantil por excelencia es el juego.

La idea central que quiero resaltar con esto es que el jugar es constituyente para el sujeto, debido a que, si no hay juego, lo infantil se torna imposible. Me resulta esencial poder pensar en que hay veces que los adultos limitan estos juegos infantiles: “Tira todo, desordena” eran quejas que manifestaban los padres de Lucio.

Retomando algunas de las ideas desarrolladas, resulta capital fundamentar la clínica con niños como una “experiencia” en la que lo principal es jugar con el niño. Quiero retomar aquí el pensamiento de Winnicott (2007): la psicoterapia

(...) se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo. (p. 61)

Este autor considera que en la zona de superposición entre el juego del niño y de otra persona es posible producir enriquecimientos. Además, sostiene que “los chicos juegan con mayor facilidad cuando la otra persona puede y sabe ser juguetona” (p. 69).

Esta última cita me lleva a pensar en la especificidad de la actitud del analista en el trabajo con niños, en este caso a dominancia psicótica. Se trata de una actitud o disposición que se amplía considerablemente en casos severos y en donde uno, como sujeto, hace uso, como ya he mencionado, de su propio estilo para jugar, utilizando como instrumento lo que a uno lo moviliza el encuentro con un otro.

Después de un tiempo, Lucio aún encuentra dificultades en el encuentro con su cuerpo. Ha quedado atrás, de todos modos, ese tiempo en el que Lucio, inmerso en repeticiones verbales y sin expresión, permanecía en soledad sin poder estar con otro. Siguiendo a Levin (2001), “para apropiarse del cuerpo, un niño tendrá que realizar sucesivamente importantes conquistas, en relación con su espacio, sus movimientos, sus posturas, sus gestos, sus tiempos (...)” (p. 16).

Vuelvo a realizar la misma pregunta: ¿Qué devuelve nuestra mirada —la que sustenta nuestras prácticas— en el encuentro con un sujeto?, ¿qué sucede cuando el cuerpo de un sujeto no revela más que su organicidad? La tarea, en esos momentos, es prestar una mirada, una voz y un cuerpo. Se trata de un vínculo transferencial que nos involucra y nos afecta, debido a que, como planteaba Winnicott (2007), algunos pacientes necesitan que sepamos darles la capacidad de usarnos y para ellos esa es la tarea analítica.

Con Lucio ocurren progresos, pero también fuertes escenas de transferencia hostil, que generan fuertes regresiones. Frente a una mudanza de consultorio, la cual quizás yo no había anticipado lo suficiente, Lucio se enfurece, durante un tiempo no quiere ingresar al nuevo espacio y en esos enojos tira todo, rompe lo que encuentra, me golpea a mí y a su padre. Estos momentos han sido sumamente difíciles de transitar, ya que el paciente presentaba una ira muy intensa, además de gestos de terror. En esas ocasiones la transferencia asumía otras características en cuanto yo recibía masivamente la transferencia de un objeto de su mundo interno amenazante. Contratransferencialmente esto me hacía sentir una tensión difusa del orden del odio y pensaba, quizás ganada por el desánimo, que el paciente no iba a volver a estar bien en el espacio de consultorio. En un punto, por el odio que me generaba el hecho de que Lucio destruyera todo, yo tampoco quería que ingrese en esas condiciones. Me pregunté qué hacer y pensé, tomando lo que el niño estaba manifestando con su transferencia, en ofrecerle por un tiempo un espacio diverso de trabajo. Realizamos, por un tiempo, las sesiones en una plaza que tenía enfrente, y luego fui invitando al nuevo consultorio, hasta que un día accedió y logró volver a este, pero de un modo diferente, debido a que estaba más conectado en el juego conmigo y hablaba, en muchos momentos, en nombre propio. En la plaza, lo que le proponía era darle de comer a las palomas, también nos acercábamos a los perros y los acariciábamos. Yo lo invitaba al sector de juegos, pero no él quería entrar, hasta que un día ingresó y exploró los juegos que había en ese sector. En otros momentos corría alrededor de la plaza sin poder parar, sin detenerse. Esto último al padre le generaba el terror de que algo le sucediera a Lucio, que se lastime, por ejemplo.

La contratransferencia ha sido intensa, cómo no sentirse afectado e implicado en momentos así. Se trata de estar inmersa y predispuesta a vivenciar algo de lo que aún no sabemos nada, ya que nos movemos dentro de un terreno de incertidumbres e interrogantes, que requiere de nosotros cierta capacidad de perdernos en el ambiente que el paciente despliega. Son momentos en los que se expresan aspectos no integrados y no simbolizados. El modo en que intervine fue, entonces, leer mi contratransferencia en ese momento. Consideré que así no se podía estar dentro del consultorio, ya que el niño se desbordaba, yo me encontraba muchas veces tomándolo de las manos para que no se lastimara y para que no me golpeará. Fueron momentos de mucha tensión los que me

movilizaron de gran manera: a partir de aquí tomé mi enojo por su destructividad, intenté elaborarlo e invitar a Lucio por un tiempo a un nuevo espacio de trabajo.

Posteriormente esta situación me llevó a pensar en que el niño reaccionaba a una falla del encuadre analítico y que el cambio de consultorio había generado en él una ira que era necesario alojar. Lo acompañé en ese tránsito.

Para finalizar este apartado clínico, quisiera resaltar que en ambos casos cuando apareció mi propia subjetividad me serví de ella y de mis afectos para usarlos y darle forma a las intervenciones realizadas, como en la escena del abrazo con Rocío y en la escena del cuento con Lucio. Considero que aquello que me ocurrió contratransferencialmente fue un instrumento de trabajo, ya que me permitió leer la situación clínica y establecer coordenadas de trabajo.

Quisiera hacer hincapié en que he trabajado con la convicción de que nuestro compromiso y desafío en el encuentro con un sujeto no puede ser anónimo. Me alejo así de la difusión y reproducción de respuestas verdaderas y únicas (desafectadas), y tomo posición y distancia frente a una cantidad de discursos que brindan recetas y técnicas que lejos están de admitir la complejidad en el campo del análisis con niños a dominancia psicótica. He intentado, por lo tanto, dar lugar para que un acontecimiento —siempre del orden de lo imprevisto, de lo inesperado— suceda. Somos sensibles al otro y, como escribe Esteban Levin (2014), “Dar lugar no es ocupar un espacio que ya estaba constituido, sino crearlo e inventarlo en la experiencia del ‘entre dos’” (p. 111).

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de los desarrollos realizados hemos pretendido desplegar un tema que continúa generando interrogantes teórico-clínicos. Como ya ha quedado plasmado en la introducción, el tema de este ensayo surgió de preguntas acerca de la práctica con pacientes a dominancia psicótica, específicamente su modo de transferencia, la emergencia de la subjetividad del analista —la forma de su contratransferencia— y su lugar en la cura. Entonces, de acuerdo a los dos casos clínicos presentados, quisiéramos concluir resaltando la importancia de analizar y articular la relación transferencia-contratransferencia, debido a que el análisis de esta relación es un vector fundamental para pensar la lectura clínica del padecimiento subjetivo del paciente, la dirección de la cura y, por lo tanto, las intervenciones. Además, consideramos que abordar esta relación ha aportado elementos que permiten profundizar en la especificidad y complejidad de la práctica analítica de las psicosis infantiles.

Entonces, nos propusimos, en los capítulos previos, poner de manifiesto la importancia de analizar la especificidad de los conceptos de transferencia y contratransferencia en la clínica con niños, específicamente en la clínica de las psicosis infantiles, con el objetivo de valorizar y otorgarle un estatuto clínico a los afectos que se movilizan en el analista en el encuentro con la transferencia de un niño. Puntualmente, en los casos clínicos desplegados, respecto a las escenas del abrazo con Rocío y del cuento con Lucio, la analista, frente a la incidencia de la transferencia de ambos pacientes, se ha servido de la elaboración de su contratransferencia —de la combinación difusa de odio y compasión en el caso de Rocío, y de la angustia de no existir para el otro en el caso de Lucio— como herramienta clínica para construir e inventar intervenciones que han apostado al armado de escenas que les permitieron a ambos niños elaborar su sufrimiento en un lazo con un otro disponible.

En este punto, ante los episodios de enojo en Rocío o de desenfreno en Lucio, lo cual no le permitía detenerse y estar con otros, los sentires y afectos que ha atravesado la analista —su incomodidad, rechazo, odio, compasión, angustia y temor— han sido un material fecundo que ha posibilitado analizar y abordar la transferencia de ambos pacientes no a través de interpretaciones, sino a partir del armado de escenas que permitían ficcionar un real que se hacía abrumador. Además, en el caso de la pregunta que la analista le realiza a Rocío de por qué mejor no le da un abrazo, se ha apuntado a ofrecerle a la niña, en el espacio de análisis, otro modo de tramitar esa ira que sentía,

presentándole un espacio de confianza en el cual pueda sentirse segura. En el caso de Lucio, fue también el interés y el deseo de la analista de realizar una actividad compartida a través del disfrute lo que la llevó a proponerle la lectura de un cuento.

De este modo, nos hemos distanciado de la idea de pensar la contratransferencia como fuente de peligros, como así también de la pretendida exigencia de una purificación psicoanalítica. Del mismo modo tomamos distancia de la idea, sostenida por el círculo kleiniano, de introyección, por parte del analista, del discurso del analizado y la proyección sobre el analizado de lo que se produce como efecto imaginario de respuesta a esta introyección (comunicación de inconcientes). En este sentido, nos ha resultado pertinente sostener y darle valor clínico a la participación del analista en la cura, a su implicación a partir del discurso del paciente y también del reconocimiento de la alteridad de este.

Volviendo a las preguntas que hemos formulado a lo largo de este ensayo — ¿Tiene incidencia la transferencia masiva de las psicosis infantiles en la contratransferencia del analista?, ¿puede pensarse la contratransferencia como una valiosa herramienta para el trabajo clínico?, ¿cómo pensar la implicación del analista? — nos es sumamente importante reconocer los afectos que nos movilizan los pacientes al trabajar con ellos. No solo al trabajar con niños debemos considerar la transferencia con ellos, sino también es necesario tomar en cuenta el manejo transferencial con sus padres y con las instituciones a las que asisten. Es importante poder poner en palabras los sentimientos que generan los encuentros con estos niños, no para actuarlos, sino para, en primer lugar, descifrarlos, darles nombre y enunciarlos para nosotros mismos. Es necesario reconocer y elaborar, entonces, los sentimientos que nos despiertan estas transferencias masivas para poder utilizarlos como instrumento para la cura.

Quisiéramos remarcar que no concebimos la contratransferencia como un simple correlato de la transferencia del analizante, sino que pensamos que está referida, siguiendo a Fernández Miranda (2019), a las diversas formas en que el analista es afectado por la palabra del analizante. En este sentido, la postura de Lacan nos resulta fecunda: la contratransferencia es un efecto irreductible de la situación de la transferencia, en cuanto estamos implicados en ella. Entonces, el objetivo perseguido ha sido profundizar en la especificidad de estos términos y de esta implicancia cuando trabajamos con niños a dominancia psicótica. No se trata, entonces, de domeñar la contratransferencia, sino de poder servirse de ella en la práctica analítica.

Con niños a dominancia psicótica, servirse del reconocimiento y la elaboración de la contratransferencia, que suele ser muy intensa y, al mismo tiempo, difusa, en la práctica analítica implica, ante todo, considerar el modo de transferencia propio de las psicosis infantiles para estar advertidos de la importancia que adquiere el encuadre de trabajo, cada detalle del espacio del consultorio y nuestra propia actitud y afectación como materiales para las intervenciones. Poder pensar también en el lugar de quién el paciente nos coloca con su transferencia masiva. En esto seguimos a Winnicott (2016b) y su idea de que en esos momentos de regresiones uno no “representa” a un otro primordial para el niño, sino que “es” ese otro, con toda la carga emocional que ello conlleva.

Entendemos la contratransferencia, en sentido extensivo, como la forma en que la subjetividad del analista se pone en juego en la situación clínica. De este modo, reflexionar en torno a los usos de la contratransferencia en la clínica con niños con dominancia psicótica es esencial para relanzar el análisis. Esto supone una apuesta continua, una pasión por sostener el lazo social. Peusner (2015) dice, con respecto al deseo del analista que no retrocede ante los niños, que hay que tener presente que como analistas hay que prestarse a acompañar el testimonio del paciente e inventar sin cesar diversos modos de intervenir. En este punto, cuando hablamos de la pasión por el lazo social, sostenemos que no deben dejarse de lado las pasiones que genera la contratransferencia, es decir, la capacidad de sorprendernos, el absurdo y el sin sentido. Eliminar lo inesperado y tapar nuestras propias dudas genera un proceso de rigidización de nuestra práctica.

En consonancia con esto, Beatriz Janin (2003) afirma:

Me parece que una de las cuestiones a tener en cuenta cuando se trabaja con niños con patologías graves es el tema de las vicisitudes del analista en este trabajo.

Es frecuente que sea el analista el que quede ganado por el desánimo, por la sensación de que nada es posible y que él es inoperante, por la pérdida de sentido de su quehacer... La pulsión de vida, el deseo de curar, debe ser sostenida por un analista que se siente solo, desamparado, frente al abismo. Hay veces que de lo que se trata no es del desciframiento, o por lo menos no con el niño mismo. En estos casos no hay una historia a develar sino a construir (...)

Y es entonces cuando entiendo que hay intervenciones que son estructurantes, o mejor dicho, que motorizan la estructuración. (pp. 31-32)

En relación con esta aseveración, consideramos que el término contratransferencia articula perfectamente las vicisitudes con las que nos encontramos inmersos cuando trabajamos con niños con dominancia psicótica. En el caso Lucio, el hecho de que el niño no lograba ingresar al nuevo consultorio había generado en la analista esta sensación de desánimo que menciona Janin, además de bronca por los destrozos e ira del paciente. Sensación que tuvo que ser elaborada por la analista, repensando otras intervenciones que permitiesen, en primer lugar, relanzar el trabajo a través de sostener y contener estos momentos, pero con la perspectiva de posibilitar una mayor recomposición subjetiva.

De este modo, la contratransferencia, como ya hemos planteado, es un vector clave para pensar las intervenciones: en la clínica con niños a dominancia psicótica, como hemos insistido, la interpretación no es la herramienta más apropiada. Siguiendo en esta idea a Bleichmar (2002), los analistas de niños en casos de psicosis infantiles empleamos la construcción, es decir, “intervenciones estructurantes que no se dirigen a contenidos inconcientes, sino a propiciar modos de recomposición psíquica poniendo de manifiesto las determinantes que rigen el funcionamiento habitual” (p. 142). Con respecto a la interpretación, esta autora plantea:

Los analistas sabemos que la dificultad para el empleo de la interpretación en aquellos casos en los cuales la fuga de ideas y la excitación motriz generan la sensación de que aquellas palabras que podamos dirigir a nuestros pacientes parecerían no encontrar anclajes en los cuales entramarse. (p. 157)

Entonces, enlazar no solo mediante la palabra, sino fundamentalmente mediante la mirada y el cuerpo, permitió ligar y detener algo del desenfreno que se ponía en juego en estos pacientes referidos en el capítulo clínico. Se ha tratado de “tolerar junto al otro, para que la disminución del sufrimiento sea posible, el compromiso de una labor común que posibilite exhumar lo inconciente para permitir la elaboración y ligazón de aquello que desde el externo-interno ataca al sujeto” (Bleichmar, 2002, p. 185). Nos

preguntamos: ¿Es posible sostener, en este “tolerar junto al otro”, una actitud neutral? Esta dureza clínica que muchas veces circula en cuanto ideal contrasta con la actitud analítica que hemos expuesto y desde la cual intervenimos. Recalcamos de esta cita también la idea del “compromiso de una labor común”. Entonces, ¿cómo participar de la escena analítica sin nuestra propia contratransferencia?, ¿es posible?, ¿es deseable?

Por otra parte, además de ser la contratransferencia un vector fundamental para determinar qué intervenciones son necesarias, esta también posibilita realizar una lectura clínica del padecimiento subjetivo del paciente a través del análisis del modo específico de transferencia de pacientes con dominancia psicótica. Es necesario, entonces, realizar una lectura metapsicológica del padecimiento subjetivo del paciente a fin de delinear un camino para la dirección de la cura. Esta lectura puede pensarse como una aproximación diagnóstica que en la infancia, como sabemos, no es definitiva. Además, como sostiene Marisa Punta Rodulfo (2016), es necesario realizar un diagnóstico preciso que luego debemos olvidar y modificar. Diagnóstico preciso en cuanto atendemos a la singularidad de cada caso, sin generalizaciones, aunque se trabaje desde determinadas “categorías generales”. Pero, como dice esta autora, “es en este conflicto que debemos movernos” (p. 36).

En este sentido, resulta relevante mencionar que trabajamos desde determinado posicionamiento teórico que consideramos que subyace a nuestras lecturas diagnósticas y, por ende, a nuestras intervenciones. Cuando trabajamos tomando como instrumento nuestro propio afecto no por ello intervenimos sin sustento teórico. Debemos contar con “un bagaje teórico para poder operar efectivamente (...) para luego ponerlos entre paréntesis, dejando que estos funcionen en el inconsciente del proceso terapéutico” (Punta Rodulfo, 2016, p. 40). Es necesario en principio saber en qué momento subjetivo está quien tenemos en frente para trazar ciertos objetivos.

Para finalizar, quisiéramos hacer mención de las ideas de “experiencia analítica” y de “acontecimiento” que consideramos que están en relación con lo que hemos desplegado. Siguiendo a Marisa Rodulfo, cuando recibimos a un niño en tratamiento, es importante considerar su espontaneidad y sus propios procesos de metabolización. En el momento en que algo de esto se pone en juego en su constitución subjetiva es cuando estamos frente a un niño “severamente perturbado” (Punta Rodulfo, 2016, p. 25). En este sentido, el trabajo con un niño —niño que es diferente al adulto— se basa en una interrelación y en un proceso dialéctico en el cual la imprevisibilidad del paciente

siempre tiene que estar presente. Al estar frente a un compromiso de esta espontaneidad e imprevisibilidad es cuando se hace necesario intervenciones que apuesten a experiencias subjetivantes.

Al respecto, Ricardo Rodulfo (2015) plantea que la función analítica consiste en cuidar del *holding* para posibilitar que la experiencia pueda desplegarse y desenvolverse para potenciar procesos embrionarios de la subjetividad. Con experiencia este autor se refiere a experimentar: “el tener-lugar de la experiencia, jugar y sentirse real” (p. 60).

En relación con esto, en el tema que hemos desarrollado subyace algo que se escapa a la técnica y está más ligado, como plantea Ricardo Rodulfo (2008), a la experiencia, al jugar, al acontecimiento y a experiencias que posibiliten cambios en la subjetividad de un niño a través del “uso” del analista. Pero en este encuentro, el analista no puede ser neutral, sino que debe cuidar y ampliar el encuadre analítico para que algo nuevo se genere. Con respecto a la experiencia, este autor sostiene que:

(...) antes que una teoría o una práctica codificada o realizada desde una teoría, *antes que eso —en un sentido no solo temporal—, el psicoanálisis es una experiencia*, una experiencia que pasa por el cuerpo, por lo tanto por la subjetividad de alguien, y es una experiencia de la *singularidad*. Una experiencia tanto desde la posición de paciente como desde la posición de analista (...). (Rodulfo, 2008, p. 14, énfasis del original)

Resaltamos, para concluir, esta idea de que la experiencia de análisis es un proceso que implica y afecta tanto al paciente como al analista, por lo tanto, la subjetividad del analista, su contratransferencia, es un vector fundamental e irreductible para analizar la forma de la transferencia del paciente y para delimitar las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno, T. W. (1962). El ensayo como forma. En *Notas de literatura*. Barcelona: Ariel.
- Alfón, F. (2016). ¿Qué es el ensayo? En *El ensayo y la escritura en las ciencias sociales*. Cuaderno de Cátedra. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Periodismo y Comunicación social. La plata: EPC.
- Bleichmar, S. (2002). *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cabral, A. (2009). *Lacan y el debate sobre la contratransferencia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Castoriadis Aulagnier, P. (1994). Observaciones sobre la estructura psicótica. En *Un intérprete en busca de sentido*. México D.F.: Siglo veintiuno editores.
- (2010). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cena, M. T.; Miravent, I.; Podetti, R.F.B.; Zambianchi, B. y Wasserman, M. (1990) Niños de difícil diagnóstico. En *Diarios Clínicos 2. En los bordes de las psicosis*. Buenos Aires: Diarios Clínicos.
- Davoine, F. [La Masotta]. (2018, 31 de marzo). La transferencia como interferencia [archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=utzW9ZsSLUE>
- Dolto, F. (2011). Sobre el tratamiento de los psicóticos. En *Seminario de psicoanálisis de niños 2*. México, D.F.: Siglo XXI.
- (2014). El psicótico en busca del doble o de objeto sexual —Todo ser humano es útil a otro— Las inimaginables transferencias de los psicóticos. En

Seminario de psicoanálisis de niños 1. México, D.F.: Siglo veintiuno editores.

Etchegoyen, R. H. (1986) Segunda parte. De la transferencia y la contratransferencia. En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica.* Buenos Aires: Amorrortu.

(1990). Psicosis de transferencia. En *Diarios Clínicos 2. En los bordes de las psicosis.* Buenos Aires: Diarios Clínicos.

Ferenczi, S. (2008). *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932.* Buenos Aires: Amorrortu.

(2009). La elasticidad de la técnica psicoanalítica. En *Problemas y métodos del psicoanálisis.* Buenos Aires: Hormé.

Fernández Miranda, J. (2017) El ensayo psicoanalítico. Procedimiento y escritura. Inédito.

(2019). *El trabajo de lo ficcional. Problemáticas actuales en la clínica psicoanalítica con niños.* Buenos Aires: Letra Viva.

Freud, A. (1990). *Psicoanálisis del niño.* Buenos Aires: Hormé.

Freud, S. (1991a). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III (1916-1917). 27^a conferencia: La transferencia. En *Obras Completas.* T. XVI. Buenos Aires: Amorrortu.

(1991b). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (1933 [1932]). 34^a conferencia: Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En *Obras Completas.* T. XXII. Buenos Aires: Amorrortu.

- (1991c). Construcciones en el análisis (1937). En *Obras Completas*. T. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu
- (2001). Análisis terminable e interminable (1937). En *Obras Completas*. T. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2005a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras Completas*. T. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2005b). Recordar, repetir y reelaborar. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II (1914). En *Obras Completas*. T. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2006a). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica (1910). En *Obras Completas*. T. XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2006b). Introducción del narcisismo (1914). En *Obras Completas*. T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2010). Fragmentos de Análisis de un caso de histeria (1905-[1901]). *Obras Completas*. T. VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galeano, E. (2008). De deseo somos. En *Espejos. Una historia casi universal*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gaudio, R. E. (2010). La transferencia en la clínica con niños: continuidades y rupturas. Recuperado de <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/download/1087/1029/>
- Greca, C. (2018). *La contratransferencia ¿Asunto superado o asunto clausurado? Un Recorrido desde Freud y Lacan*. Rosario: Laborde.

- Janin, B. (2003). El psicoanalista ante las patologías “graves” en niños: entre la urgencia y la cronicidad. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/handle/123456789/281/E_l_psicoanalista_ante_las_patolog%C3%ADas.pdf?sequence=1
- Klein, L. (2012). Escribir un poema. Recuperado de <http://www.escritoresdelmundo.com/2012/05/escribir-un-poema-por-laura-klein.html>
- Klein, M. (2009a). Simposium sobre análisis infantil (1927). En *Amor culpa y reparación y otros trabajos*. Buenos Aires: Aguilar.
- (2009b). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo (1930). En *Amor culpa y reparación, y otros trabajos*. Buenos Aires: Aguilar.
- (2009c). La psicoterapia de las psicosis (1930). En *Amor culpa y reparación y otros trabajos*. Buenos Aires: Aguilar.
- Lacan, J. (1991). Dos notas sobre el niño (1969). En *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial.
- (2005). *La relación de objeto (1956-1957)*. Lacan. *El Seminario 4*. Buenos Aires: Paidós.
- (2006a). *Los Escritos Técnicos de Freud (1953-1954)*. Lacan. *El Seminario 1*. Buenos Aires: Paidós.
- (2006b). *La Transferencia (1960-1961)*. Lacan. *El Seminario 8*. Buenos Aires: Paidós.

- (2007a). *La Angustia (1962-1963)*. Lacan. *El Seminario 10*. Buenos Aires: Paidós.
- (2007b). Intervención sobre la transferencia (1951). En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2013). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (1958). En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Laplanche, J. (2010). ¿Hay que quemar a Melanie Klein? Recuperado de <https://revistaalter.com/revista/hay-que-quemar-melanie-klein/488/>
- Levin, E. (2011). *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- (2014). Los asesinos apresan a Pinocho y, para obtener las monedas, lo ahorcan. Pablo no es el funesto diagnóstico. En *Pinochos: marionetas o niños de verdad. Las desventuras del deseo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mannoni, M. (1998). *Lo que falta en la verdad para ser dicha*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- (2007). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- (2009). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Aguilar.
- Peusner, P. (2015). *Huir para adelante. El deseo del analista que no retrocede ante los niños*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Punta Rodulfo, M. (2016). *Bocetos Psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*. Buenos Aires: Paidós.

(2005). Seminario de niños, Clase N° 1. Recuperado de Clase www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/...ninos.../clases.../Seminario_1.doc

Rodulfo, M. y Rodulfo R. (2016). *Clínica psicoanalítica en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Lugar.

Rodulfo, R. (2008). *Futuro porvenir. Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Noveduc.

(2015). *Padres e hijos en tiempos de la retirada de las oposiciones*. Buenos Aires: Paidós.

Roustang, F. (1990). La eficacia del psicoanálisis. En *Diarios Clínicos 1. Psicosis en la infancia*. Buenos Aires: Diarios Clínicos.

Tkach, C. (2011). Seminario de niños, Facultad de Psicología UBA. Recuperado de: www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../teorico_tkach_11_4_11.pdf

Urman, F. R. (1990). La contratransferencia con niños gravemente perturbados o analista al borde de un ataque de nervios. En *Diarios clínicos 2. En los bordes de las Psicosis*. Buenos Aires: Diarios Clínicos.

Volnovich, J.C. (2000). *Claves de Infancia. Ética y género en la clínica psicoanalítica con niños*. Rosario: Homo Sapiens.

Winnicott, D. W. (1996). La contratransferencia. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

(2007) *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

(2009). El miedo al derrumbe (1963). En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Aguilar.

(2016a). El odio en la Contratransferencia (1947). En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.

(2016b). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico (1954). En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.

(2016c). Variedades clínicas de la transferencia (1955-1956). En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.