

EN CLAVE PSICOANALÍTICA

Nº 19 · Junio 2022

*Monográfico: “Infancias y adolescencias.
Escenarios contemporáneos”*



asociación escuela de clínica psicoanalítica
con niños y adolescentes

Presentamos...

...Ocho encuentros de sesiones clínicas sobre los escenarios contemporáneos en nuestra clínica con las infancias y adolescencias. Dicho en plural para representar la particularidad que ofrece el caso por caso así como las variantes situacionales y sintomáticas propias de estos tiempos. Las nuevas formas de manifestación del malestar son desafíos renovados que exigen relanzar las reflexiones para acompañar la escucha de nuestros pequeños y jóvenes pacientes y sus padres.

Acompañamos este monográfico de textos que complementan y enriquecen este número.

Bienvenidos a su lectura y feliz verano.

Sesiones Clínicas

2.1 Guadalupe Maroño. Presenta Nuria Sánchez-Grande

¿Dónde ha quedado mi caja de juego!

Página 5

2.2 Fabio Álvarez. Presenta Ana Rivera

Adolescencia. Clínica del control.

Página 12

2.3 Ana Isabel Perales. Presentación de Tamina Orellana

Elisa. Encrucijada entre latencia y feminidad.

Página 17

2.4 Raquel Duek. Presenta Rodrigo Bilbao

Franqueando ... ¿diagnósticos? Compartiendo interrogantes sobre el proceso analítico de una adolescente.

Página 21

2.5 Ileana Fischer. Presenta Francisca Carrasco Cabrera

Hernán. Intervenciones y montaje de la transferencia en una consulta difícil.

Página 26

2.6 Eliana Tomaszewsky. Presenta Lilian Ospina

Problemáticas Adolescentes.

Página 31

2.7 Gisela Untoiglich. Presenta Beatriz Azagra

Manuel, el niño de los 5 diagnósticos.

Página 38

2.8 Luca Quagelli. Presenta Gabriel Ianni

Destruktividad y subjetivación con niños psicóticos.

Página 47

Presentación fuera de ciclo

2.9 Lilian Ospina Martínez

¡Este guion está vivo!

Página 57



Artículos

3.1 Elizabeth Jorge

Construir un nuevo espacio para Sol.

Página 63

3.2 Ileana Fischer

Cuando al abrir la puerta para ir a jugar se cierra. Avatares en la inscripción del cuerpo genital en la adolescencia.

Página 67

Psicoanálisis y cultura. Cine

Contagio, 2011 dirigida por Steven Soderbergh.
Por Virginia Mora Febres

Página 70



Psicoanálisis y cultura Libros

5.1 Incorporando experiencias.
Me muevo y pienso.

Página 75

5.2 X jornadas de intercambio
en psicoanálisis.

Página 78

5.3 Psicoanálisis y
Espiritualidad. Del diván a la
meditación.

Página 80

5.4 El principio de la vida. La
trascendencia de los primeros
meses de vida.

Página 81

Actividades permanentes AECPPNA

Página 84



AECPPNA

*¿Donde ha quedado mi caja de juego!**

Guadalupe Maroño**

*Introducción por Nuria Sánchez-Grande****

Buenos días. En nombre de la comisión directiva os doy la bienvenida un año más a nuestro querido espacio clínico.

Con alegría saludo a alumnos, profesores, socios y con mucha ilusión a todos los colegas que por primera vez se acercan a AECPNA para compartir en este espacio tan especial para nosotros.

Un espacio planteado para algo en lo que tenemos experiencia, pensar con otros. Un espacio creado para pensar juntos sobre nuestro quehacer diario en la clínica con niños, adolescentes y trabajo con padres. Un quehacer que como sabéis va acompañado de interrogantes, incertidumbres y está atravesado por los imperativos e imposiciones de la sociedad actual.

Si algo caracteriza a nuestra institución es la sensibilidad al sufrimiento y malestares de nuestra sociedad. Estamos especialmente atentos a las problemáticas que afectan y sacuden a la infancia y la adolescencia hoy. Así lo reflejan muchos de los ciclos y seminarios en los que venimos trabajando¹ y buscando respuestas desde el pensamiento psicoanalítico, y el de este año no es una excepción. Bajo el título “Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos” este curso, os invitamos a cuestionarnos sobre aspectos como el ejercicio del análisis de niños durante la pandemia, la transexualidad, las autolesiones, el sobrediagnóstico y la psicosis infantil entre otros. Encuentros en los que a partir de los materiales de los y las ponentes podamos compartir experiencias y pensamientos sobre nuestra práctica profesional. Una praxis sustentada en el psicoanálisis es una tarea profesional fuera de moda, rica, variada, apasionante e infinita. Y por eso estamos aquí, para seguir pensando lo nuevo que surge sin perder la esencia del psicoanálisis.

Hoy, Guadalupe Maroño presenta “¿Dónde ha quedado mi caja de juego?”. Un interesante trabajo que da

testimonio del análisis online con un niño de 11 años durante la pandemia. Mucho se había escrito antes de la pandemia sobre ¿cuál es la esencia del psicoanálisis? ¿qué hace que el psicoanálisis sea psicoanálisis? – ¿el diván?, ¿la presencia del cuerpo? ¿la frecuencia de las sesiones? O ¿el acceso al inconsciente y por tanto a la subjetividad del paciente?-. Como decía, se había pensado mucho sobre qué es el psicoanálisis y sobre su especificidad en la clínica con niños, pero como todo acontecimiento traumático, la pandemia y el après-coup resignificó nuestro trabajo anterior y, a mi parecer lo está enriqueciendo. Personalmente opino que el tratamiento online con niños y adolescentes vino para quedarse entre aquellos profesionales que lo deseen.

Permitirme una reflexión personal.

Antes de la pandemia había profesionales que trabajábamos a distancia con adultos, pero esta práctica, ¿era una opción con los niños? Diría que no, profesionalmente no me vi en esa situación, pero imagino que habría aceptado la interrupción y habría intentado una derivación, pero no me habría planteado seguir de forma virtual, no era una opción. Antes de la pandemia era impensable dentro del campo psicoanalítico que la tecnología que permitía trabajar con adultos facilitara el trabajo con niños.

Como decía, en AECPNA venimos trabajando en los desafíos de la clínica con niños y adolescentes.

Gracias a Gabriel Ianni, presidente de AECPNA, y su experiencia compartida con los videojuegos² en las sesiones con niños y adolescentes habíamos empezado a plantearnos la incorporación de la tecnología en los tratamientos de niños, pero ya sabemos, cuando parecía que “teníamos algunas respuestas cambiaron las preguntas”. Entonces, la realidad pandémica y sus limitaciones se impuso abruptamente. Y como también

1 Monográficos Ciclo de sábados: revista En Clave Psicoanalítica.

2 Ianni, G., (2019): ¿Play o Game? Del juego simbólico a los videojuegos: reflexiones clínicas. Revista En Clave Psicoanalítica N.º 14.

sabemos, allí donde surgen las limitaciones se moviliza el deseo. Nuestro deseo de análisis, la responsabilidad, el compromiso con los niños y adolescentes que atendíamos nos impulsó a buscar formas de continuidad e incluso de inicio de tratamientos. La pandemia irrumpió en la sociedad y por ende en las consultas y nos obligó a articular una praxis novedosa que mucho tiene de la anterior.

Bien es cierto que, ese tránsito, esa transformación no fue directa ni fácil. Aparecieron resistencias y cansancio entre los profesionales ante lo ajeno que suponía la nueva modalidad. En muchos casos se interrumpieron los tratamientos sin saber hasta cuándo o se planteó cambiar el encuadre y trabajar sólo con los padres. La situación se prolongó y se fueron superando inseguridades, resistencias ante lo ajeno, disminuyó la exigencia del yo ideal psicoanalítico, lo importante era estar, acompañar, para explorar nuevos territorios. El resultado es que hemos conquistado posibilidades que sin duda nos permitirán dar atención a niños y niñas que en otras circunstancias no eran posibles. Además de acompañar a los pacientes niños y adolescentes en momentos complejos, hemos seguido accediendo al inconsciente, abordando conflictos psíquicos, y continuado la dirección de la cura de los tratamientos. Además, la posibilidad de ejercer el análisis telemático con niños y adolescentes nos permite planteamientos que antes no: recientemente una colega me preguntaba si alguien podría atender al hijo de una paciente peruana que quedó en el país de origen.

Para aquellos profesionales a los que les ocupa y preocupa la infancia y la adolescencia el tratamiento online abre posibilidades de intervención con ellos que como decía, antes eran impensables. En mi opinión no podemos descartar las opciones de los dispositivos telemáticos con niños y adolescentes aparándonos en la no presencia del cuerpo. Si bien el cuerpo en el trabajo con niños es fundamental pues a través de él comunican lo que aún no pueden mentalizar y poner en palabras, en el dispositivo telemático accedemos a él mediante la mirada.

Gustavo Dessal escribió durante la pandemia en un artículo titulado “¿Qué has hecho tu psicoanalista durante la pandemia?”³ en el que reflexionaba sobre esta cuestión a propósito del análisis con adultos. Cito a Dessal “El argumento de que en el encuentro telemático el cuerpo no participa, es algo que sin duda carece de todo fundamento. La comunicación telemática es finalmente una prolongación técnicamente sofisticada de la voz y la mirada, dos referentes que el psicoanálisis pone de manifiesto como parte de los avatares corporales del circuito pulsional. La presencia es algo mucho más complejo que la idea simple de la

comparecencia física. Se puede perfectamente estar presente como yo real en la realidad, y no obstante estar ausente en tanto sujeto.”

La presencia en el tratamiento de niños no es lo que hace que lo califiquemos de análisis, y por lo tanto curemos, si no la posibilidad de hacer del espacio psicoterapéutico un espacio transicional de juego en el sentido winnicottiano. Es aquí donde los niños y las niñas, durante los meses más duros de la pandemia, los del confinamiento, nos han demostrado que es posible trabajar en los dispositivos telemáticos. En el dispositivo psicoterapéutico que llevamos en colaboración con Paideia⁴ hemos podido comprobar cómo era posible crear un espacio transicional a través de las pantallas. Bajo la supervisión de Freya Escarfullery y el trabajo clínico de Lilian Ospina, hemos visto gran variedad de situaciones: niños que incorporaban la pantalla a modo de taquilla, de escenario, y al otro lado estaban ellos actuando, vendiendo entradas..., los que apareciendo y desapareciendo de la vista de la analista actuaban el conflicto con los adultos, o los que con su silencio comunicaban la incomodidad con la familia. También los que a pesar de iniciar el tratamiento online establecieron una transferencia positiva y continúan su tratamiento de forma presencial.

Entiendo que lo fundamental en el tratamiento con niños, con independencia de la modalidad presencial o virtual, además de la creación del espacio transicional del juego pasa por abordar la posición subjetiva del niño, del mensaje enigmático que su síntoma esconde, y que incluye inevitablemente a los padres y su fantasmática.

Me gustaría terminar con dos ideas.

Por un lado, recordar que el propio Freud, padre del psicoanálisis, reconocía en “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”⁵ que la técnica que allí expresó era la única adecuada para él. Freud reconocía que habría otras posibilidades según la personalidad del profesional y la actitud de este para hacer frente a los pacientes y sus problemas. Tengamos en cuenta la personalidad de cada uno y la época en la que vivimos para mantener el psicoanálisis vivo y de utilidad para la sociedad.

Por otro, algo obvio que creo no debemos olvidar como psicoanalistas de niños. Los niños con los que trabajamos hoy son diferentes a los niños que fuimos nosotros. Los niños de hoy han nacido en la cibercultura, son nativos digitales. Si queremos trabajar con ellos deberemos familiarizarnos con la tecnología que usan, y como veremos hoy de la música que les gusta, de la misma manera que lo hacíamos con sus

3 Sitio web: Diván el Terrible. Psicoanálisis y sociedad. Dessal, G. ¿Qué has hecho tú, psicoanalista, durante la pandemia? - Diván el Terrible (divanelterrible.com)

4 Sánchez-Grande, N., (2017): Nuestra escucha psicoanalítica en una institución de intervención social de menores. En Clave Psicoanalítica N.º 10-11.

5 Freud, S., (1912): Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Biblioteca Nueva Ed. Tomo II.

cuentos o dibujos favoritos. Y como dice Gianni Rodari en su libro “Gramática de la fantasía⁶”, a propósito de un juego, tiene que servir a los niños, no servirse de ellos. Y añadido, si no es así, de nada les servirá y no acudirán buscando ayuda.

Sin más os dejo con Guadalupe Maroño y su marchosa presentación en la que como veréis se puede apreciar que si somos capaces de aproximarnos a los intereses de los niños y adolescentes, con independencia de la

modalidad presencial o virtual, podremos descubrir su sufrimiento y ayudarles.

Al final de su presentación contaremos con tiempo para discutir sobre todo ello.

Guadalupe es licenciada en Psicología con orientación clínica. Egresada de la Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Especializada en Psicooncología y Cuidados Paliativos y en Psicopatología. Docente de Psicología Evolutiva en la Universidad de Belgrano

6 Rodari, G., (2020): Gramática de la fantasía. Introducción al arte de contar historias. Kalandra.



Exposición de la sesión clínica

*Guadalupe Maroño***

“Estimados colegas: Ustedes saben que nunca nos enorgullecimos de poseer un saber o un poder-hacer completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros procedimientos toda vez que se los pueda sustituir por algo mejor.” (Sigmund Freud, Nuevos Caminos de la terapia psicoanalítica, 1919, Tomo XVII)

Esta alocución fue leída por Freud en el 5º Congreso Psicoanalítico Internacional, celebrado en Budapest los días 28 y 29 de setiembre de 1918, poco antes de que finalizara la Primera Guerra Mundial.

Quise comenzar por estas palabras porque leerlas me permitió re descubrir a un Freud abierto a nuevas modificaciones en el método que él había desarrollado.

Palabras esclarecedoras que nos impulsan a investigar nuevas posibilidades para desarrollar nuestra técnica. “No hay razones para suponer que el psicoanálisis haya alcanzado ya su máximo desarrollo, como que no hubiera nada nuevo y diferente para averiguar”, expresa Ricardo Carlino (APDEBA) en un trabajo presentado en 2011.

Y yo coincido plenamente con esta postura.

No debemos olvidar el espíritu investigador que dio nacimiento al método psicoanalítico.

En primer lugar, deciros que el objetivo de esta presentación no será sólo la posibilidad de reflexionar sobre aspectos clínicos del caso sino fundamentalmente compartir la experiencia de un caso de psicoanálisis infantil a distancia y escuchar cómo fluye el diálogo analítico en un marco de trabajo diferente al que estábamos usualmente acostumbrados.

La pandemia del COVID 19 y el confinamiento instaurado en diferentes países determinó profundos cambios en nuestra vida cotidiana y en nuestro modo de trabajar como psicoanalistas.

El Psicoanálisis infantil no pudo mantenerse al margen y enfrentó el desafío de implementar la modalidad a distancia para asegurar la continuidad de los tratamientos de niños/niñas y sus padres.

El psicoanálisis a distancia había sido validado en diferentes trabajos, pero siempre con adultos. Muy utilizado en el mundo anglosajón desde los años '50. Según mi experiencia personal comencé a trabajar con esta modalidad hace tiempo ya. Por circunstancias relacionadas con mi país de origen solía ser habitual que los pacientes emigraran a otros países ya sea por razones políticas o económicas, con lo cual era frecuente plantearnos continuar los tratamientos en forma telefónica, no teníamos todavía esta herramienta maravillosa de internet. También mi experiencia en Psicooncología y Cuidados paliativos me impulsó a trabajar en encuadres diferentes al del consultorio, en la “trinchera” como decía un querido profesor mío.

Pero en el caso de niños, niñas y sus padres era todavía resistido por algunos colegas en los ámbitos tradicionales del Psicoanálisis alegando razones de variada índole. Fundamentalmente la imposibilidad de instauración de la transferencia por la ausencia física del analista.

La situación de pandemia y confinamiento puso de manifiesto estas resistencias, ¿personales? ¿culturales? ¿de formación? O ¿quizás relacionadas con nuestra dificultad, muchas veces silenciada, de relacionarnos con la tecnología?

Decirles además que comencé mi formación en Psicoanálisis de niños en un ambiente netamente kleiniano, en Buenos Aires, en una época abanderada por la ortodoxia clásica. Siguiendo a pie juntillas

las consideraciones técnicas dadas por Arminda Aberastury: en “Teoría y técnica del Psicoanálisis de niños” donde daba indicaciones específicas en cuanto al consultorio, con su baño anexo, el material de juego, el cajón individual, los problemas técnicos de su manejo, etc.

De ahí el título que quise darle a esta presentación clínica ya que muchas veces me pregunto cuando leo trabajos actuales donde se habla incluso de “virtualescencia”: ¿dónde ha quedado mi caja de juegos? Esa predictibilidad, casi diría cómoda, de un material organizado que nos permitía anticipar interpretaciones, diagnósticos e incluso seguir un protocolo de intervención es ahora reemplazada por pantallas que nos llevan al entorno habitual de nuestros pacientes, sus juguetes, mascotas, cuadros, posters, sonidos familiares, etc. Nuestra creatividad y libertad profesional puesta a prueba, nuestra ética y encuadre interno en turbulencia. ¿Dónde ha quedado nuestra caja de juego?

Si nos remitimos a la historia del psicoanálisis infantil podemos ver en Freud, su constante interés por la infancia y la adolescencia repasando diferentes trabajos desde Tres ensayos, el caso Juanito (¿es un psicoanálisis de niños a distancia?), la novela familiar, hasta Más Allá donde, a partir de la observación del juego de su nieto, instaura las bases para la implementación de la técnica fundamental del psicoanálisis de niños.

A pesar de que podemos considerar el caso Juanito un primer psicoanálisis de niños a distancia, no hay un abordaje directo del niño, tampoco hay comunicación directa con él, no podemos hablar de asociaciones libres, ni de la posibilidad de comunicación con él, de lograr asociaciones libres y la duda acerca de su capacidad o no de establecer una relación transferencial sobre la cual se desarrolla el proceso analítico.

Jung, Karl Abraham hicieron observaciones de sus hijos. Abraham en particular, tenía entre sus pacientes tanto a niños como a adultos.

Posteriormente a Freud los analistas de niños se dieron permiso para observar, analizar incluso a familiares y desplegar diferentes métodos de abordaje aplicables a la realidad infantil. Creatividad, libertad de pensamiento los definen a mi parecer. Incorporaron diferentes técnicas para abordar el psiquismo infantil: dibujos, títeres, juegos...

Algunos nombres: Hermine Hug-Hellmut, la pionera del psicoanálisis infantil, la precursora en implantar la técnica del juego. Su trabajo fue silenciado y olvidado hasta 1974 por diversas razones.

Anna Freud, Melanie Klein, Paula Heinman, Joan Rivière, Susan Isaacs.

Donald Winnicott.

Betty Josephs, Donald Meltzer.

Esther Bick (observación de lactantes), Sophie Morgersten.

Françoise Dolto. Mlle. Rampert (técnica de títeres).

René Spitz, Margaret Mahler, Erik Erikson, Bruno Bettelheim, Arminda Aberastury, S. Lebovici, J. Bowlby, Silvia Bleichmar.

Muchos fueron los que se animaron a desafiar el saber-hacer instaurado para investigar “nuevos procedimientos” que les permitieran acceder al mundo psíquico infantil.

Nuestro encuentro de hoy apunta a reflexionar sobre este período de pandemia y cómo cada uno pudo resolver y decidir en cuanto a su forma de trabajar, una situación impensable en otros momentos de nuestra profesión. La pandemia nos empujó no sólo a revisar nuestra forma cotidiana de vivir sino también al dilema de continuar o no con nuestro trabajo, en beneficio de nuestros pacientes, y, por qué no decirlo, en beneficio de nuestra economía.

El objetivo de esta presentación será entonces reflexionar acerca de esta modalidad, ya validada en adultos, a partir del material clínico de un púber y compartir así dudas, preguntas, posibles limitaciones y/o dificultades que surgen de esta práctica cada vez más difundida.

Hago más las preguntas de Nuria que creo que todos compartimos **“¿cuál es la esencia del psicoanálisis? ¿qué hace que el psicoanálisis sea psicoanálisis? ¿el diván?, ¿la presencia del cuerpo? ¿la frecuencia de las sesiones? O ¿el acceso al inconsciente y por tanto a la subjetividad del paciente?”**.

Mi posición es que esta forma telemática de psicoanálisis ha llegado para instalarse. Según palabras de Gustavo Dessal: “Es inútil y poco eficaz oponerse a ello en nombre de los principios analíticos, o de la presunta pureza de la técnica y el encuadre. Por el contrario, es la ocasión de reflexionar sobre qué es aquello que hace definitorio un análisis, respecto de otras formas terapéuticas no analíticas. Dicho de otro modo, cuáles son los principios teóricos y técnicos cuya modificación haría que aquello que llamamos psicoanálisis deje de serlo”.

Roberto Carlino sostenía ya en 2011 que “un tratamiento adquiere la cualidad de psicoanalítico si está a cargo de un psicoanalista trabajando en “situación analítica”, la que sólo se da dentro del encuadre de una sesión. **¿A quién definimos como psicoanalista?** a un profesional con una formación específica y un análisis personal, ambos actualizados, que permanece profesionalmente en una actitud ética y sincera de intercambio científico entre colegas y nunca en forma de aislamiento permanente. La legitimidad analítica de un diálogo se adquiere siempre y cuando esté garantizada la necesidad de auto análisis de la contratransferencia dentro de la sesión y por la reflexión elaborativa aportada por una auto y/o hetero supervisión del material clínico”. (Carlino, Ricardo (2011). Diálogo analítico telefónico. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad

de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.)

En cuanto al Psicoanálisis de niños la técnica del juego puede mantenerse tanto en forma presencial como a distancia, especialmente cuando utilizamos dispositivos que nos permiten la visualización y interacción. La actitud lúdica del analista permitirá que fluya la sesión con el despliegue correspondiente de la transferencia, la resistencia, los impulsos infantiles, la compulsión a la repetición y podremos obtener los mismos resultados que cuando utilizamos la técnica y el encuadre convencional: “alcanzar las experiencias y fijaciones reprimidas más profundas e influir así en el desarrollo de los niños.” (Melanie Klein, El Psicoanálisis de niños Obras Completas, Vol. II, 1932).

El método del juego conserva todos los principios del psicoanálisis y lleva a los mismos resultados que la técnica clásica. Y este método es factible de llevar a cabo a distancia, especialmente en nuestra época donde el manejo de los dispositivos es accesible a todos los niños y niñas desde muy temprana edad.

El analista, en el mejor de los casos, ha incorporado un “encuadre interno” (Alcira Marian Alizade, FEPAL - XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis - Montevideo, Uruguay, “Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica” - Setiembre 2002), gracias a su propio análisis, experiencia de vida y condiciones personales; una forma organizada de funcionamiento mental, un dispositivo interno que se despliega en la sesión. En la modalidad a distancia el encuadre externo se modifica, el lugar es otro, pero la consigna y la técnica sigue siendo el juego libre que incorporará materiales disponibles que nosotros mismos hemos indicado como necesarios y todos aquellos que el niño/niña quiera compartir: mascotas, objetos personales, juegos on-line, colecciones, cuadros, posters, materiales escolares, etc.

Otros elementos del encuadre: día y hora fijados para la sesión, su periodicidad, avisos de cancelación, inasistencias, pago, vacaciones se mantendrán como siempre en el acuerdo establecido con los progenitores. Coincido con otros autores que aunque no pretendemos sustituir la eficacia y el valor del encuentro personal entre analista y paciente, esta modificación de nuestro procedimiento tradicional abre “nuevos caminos” de intervención y tratamiento cuando por algún motivo (traslado, mudanza, viaje, distancia de residencia, etc.) no sea posible el encuentro presencial.

Ahora, sin más, vamos a por el material clínico que hoy nos ocupa.

Nuestro caso clínico:

Harry tiene 11 años en el momento de la consulta.

Sus padres consultan porque tiene serias dificultades para dormir y requiere atención como cuando era pequeño.

Expresa claramente que no quiere crecer. Participa a su padre de las intensas fantasías sexuales que lo atormentan, con mujeres, con su madre e incluso fantasías homosexuales con amigos y compañeros. Le pide al padre que le ayude a quitarse esos pensamientos que considera “malos” y prohibidos.

Lo describen como un niño extremadamente inteligente, realiza numerosas actividades extraescolares y destaca en colegio por su responsabilidad y capacidad de estudio. Comentan también numerosos rituales que irritan más al padre que a la madre. Lo describen como muy perfeccionista, se pone muy ansioso cuando quiere terminar una tarea y no se tranquiliza hasta que no la termina completamente.

Desde el comienzo se plantea la dificultad de la distancia a mi consulta y también los horarios que nos cuesta coordinar por el tiempo de traslado que lleva. Hablamos de la posibilidad de realizar el trabajo online, aunque la madre no está muy por la labor y yo tampoco, haciéndome cargo de mis dudas y de mi propio super-Yo psicoanalítico.

Finalmente convenimos tener algunas entrevistas presenciales durante algún tiempo y luego comenzar el trabajo a distancia.

Aquí transcribo un fragmento de una sesión on-line luego de 6 meses de iniciado el tratamiento.

H: ¡Mmmm! Hoy he pensado que podríamos hacer dos actividades en la sesión de hoy.

G: A ver...

H: ¿A ti te gusta la música?

G: Aquí en nuestro trabajo no importa lo que a mí me gusta, aquí hacemos lo que a ti te apetece, y has pensado en dos actividades... ¿cuáles son? A ver...

H: Una de escuchar música y otra de enseñarte una cosa que me gustó mucho que me trajo Papá Noel.

G: Ah...mira...vale.

H: Entonces te voy a poner unas canciones que a mí me gustan mucho y a ver si a ti te gustan...

G: Vale

H: La primera es...te voy a poner una...a mí me gusta un poquito el reguetón (con sonrisa pícara).

G: ¿Por qué un poquito...nada más?

H: Porque me gusta otro tipo de música, pero el reguetón me va gustando cada vez más.

G: Claro que sí, está buenísimo el reguetón.

H: Mira, esta es una canción que me enseñó mi prima que es chulísima, es una de mis favoritas.

G: A ver...venga

H: Se llama “A un paso de la luna”

G: “A un paso de la luna” ...qué bonito nombre.

H: Sí, mira.

G: Venga

H: Bueno, si quieres comparto pantalla...ah no...porque tú no lo escuchabas es verdad...

G: Como prefieras...

H: Es que quiero que la escuches.

G: Vale

(Se escucha la canción)

H: La escuchas entera o ¿voy cortando?

G: Como tú prefieras, pero me gustaría que me dieras la letra porque además de escuchar la música, tiene un nombre muy bonito y si te sabes la letra me gustaría que me la vayas diciendo.

H: Vale

G: Porque yo la entiendo, pero como no se escucha bien el sonido yo no la entiendo toda...

H: ¿Pero dices que la cante por así decir?

(El reguetón es música para gamberros, para adolescentes y no para nuestro púber atormentado por intensas fantasías sexuales. La música compartida permite adentrarnos en sus impulsos sexuales y permite darle voz a este “niño” pequeño que no se quiere ir, pero que si se duerme pierde el control)

Te sientes bien a un paso de la luna

Confía si te digo que no es una locura

Tan solo atrévete, vivamos nuestra historia

Parece que el destino nos ha juntado a posta

Cuando pienso en ti, yo sonrío

Tu mirada nubla mi mente

Mi vestido desciende

Y yo me pierdo completamente

Ahora contigo a solas

Y aunque sea tarde, quiero dormir

Pasar toda la noche entera, entera, oh-oh

.....

Siento

Que quiero quedarme aquí dentro

Aquí en tu camita durmiendo

Notando el calor de tu cuerpo

Y cuando despierte contento

Salir e invitarte a desayunar

.....

H: ¿Qué tal?

G: ¡Preciosa! Me encantó, cuéntame, ¿de qué va?

H: No sé...tampoco va de mucho...

G: ¿Cómo que no va de mucho?

H: No

G: ¿No entiendes la letra?

H: No sé...

G: ¡Venga, vamos!

H: Es que esta canción, pues, dice como que estás contento con quien te gusta, vamos.

G: Ajá...como que estás contento con quién te gusta...

H: “Te sientes bien a un paso de la luna

Confía si te digo que no es una locura”

H: Y luego “Tan solo atrévete, vivamos nuestra historia Parece que el destino nos ha juntado a posta”

G: “Vivamos nuestra historia” ...” parece que el destino nos ha juntado a posta”

H: También puedo poner la letra así, para que la veas.

G: No, no, no, vete diciéndomela que me encanta cuando me la dices...o sea que es una historia ¿de qué?

H: De amor...yo creo.

G: Ajá, de amor y de alguien que está y que se acuesta, ¿no? con alguien que le gusta.

H: Sí.

G: Porque dice después que a la mañana desayunan

juntos... ¿no?

H: Sí.

G: ¡Ajá...! ¡qué bonito!

H: Ahora voy a poner otra que se llama "Tú me dejaste de querer"

La sesión transcurre así con varias canciones de reguetón que H va combinando y que le permiten expresar cómo hay un adolescente abriéndose camino a pesar de la intensa represión que ha generado varios síntomas obsesivos.

El trabajo online favorece en este caso el surgimiento de asociaciones que se inscriben con el material que va compaginando de las páginas de música y letras. Este material accesible gracias a la tecnología favorece el despliegue de fantasías que quizás hubieran tardado en aparecer.

Para finalizar compartir con vosotros algunas dificultades y/o reflexiones que surgen de esta tarea:

- La conexión wifi: S expresa en una sesión toda su furia, está enfadada porque su analista no estaba disponible cuando ella creía que lo iba a estar (su madre había confundido el horario de la sesión) En medio de la sesión se corta la conexión y S no quiere arreglarlo.
- Compartir cuenta de Skype con los padres y/o hermanos. ¿Cómo cuidar la privacidad de los mensajes entre sesiones?
- Entrada de alguno de los padres para solucionar dificultades de conexión.
- Fantasías de que los padres escuchen: ¿cómo manejarse en cuanto a la privacidad, la confidencialidad del material?

- Necesidad de comunicación fuera del tiempo de la sesión: pedido de materiales, aviso de lo que está preparando. Ansiedad.
- Utilización de emojis luego de finalizada la sesión o mensajes de voz: otra dificultad cuando se usa una cuenta compartida con los padres y/o hermanos.
- La edad del niño o niña. ¿Puede manejarse solo?
- Presencia o no de algún mayor, según la edad o las particularidades del caso.
- Situaciones peligrosas en los juegos donde pensamos que puede haber riesgo para el niño. ¿Cómo debemos encuadrar estas situaciones?
- Pedido de poder ver con la cámara web el lugar donde se encuentra el analista.

Para finalizar y a modo de conclusión podemos coincidir en que la crisis que representó la pandemia nos empujó de alguna manera a los psicoanalistas de niños y niñas a utilizar recursos que hasta ahora habíamos rechazado sin mucho fundamento. La riqueza de nuestro método y la puesta en marcha de nuestra creatividad dejando de lado rigideces que obturan nuestros fines investigadores, permitieron abrir "nuevos caminos" en nuestra práctica, nuevos debates y nuevos espacios para compartir experiencias.

Bibliografía:

- De Jesús Villegas Cisneros: "Psicoanálisis a distancia con niños: Propuesta de un modelo de psicoterapia", Revista de Educación y Desarrollo, 55, octubre-diciembre de 2020.
- Dessal Gustavo: *¿Que has hecho tú, psicoanalista, durante la pandemia?*, artículo en *Diván el Terrible, Psicoanálisis y Sociedad*.
- Jill Savege Scharff "Psicoanálisis asistido con tecnología" Washington Center for Psychoanalysis, *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*- Número 18 - 2014 - Páginas 151 a 172.
- Klein, M. (1932). *El psicoanálisis de niños. Obras Completas* (Vol. II). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1985). *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa.

***Sesión Clínica presentada en Aecpna** el 12 de noviembre de 2021 dentro del ciclo "Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos."

****Sobre la autora. Guadalupe Maroño** es licenciada en Psicología con orientación clínica. Egresada de la Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Especializada en Psicooncología y Cuidados Paliativos y en Psicosomática. Docente de Psicología Evolutiva en la Universidad de Belgrano (Buenos Aires) y socia plena de AECPNA. Actualmente atiende a niños, niñas, adolescentes, adultos y parejas en la consulta privada.

*****Sobre la presentadora: Nuria Sánchez-Grande Sánchez.** Psicóloga. Psicoterapeuta acreditada por EFPA y FEAP. Miembro de la Comisión Directiva de AECPNA. Especialista en niños, adolescentes y adultos en instituciones y consulta privada.

Adolescencia. Clínica del control *

Fabio Álvarez**

Introducción por Ana Rivera***

Para nacer hay que destruir un mundo (Herman Hesse).

Todo se prepara en la infancia, pero todo se juega en la adolescencia" (Kestseberg).

Nos hablaba Fabio al principio de su exposición del temor al descontrol del adolescente y a la necesidad de control, que aparece en la paciente. Recordemos que una de las características fundamentales de la adolescencia es la desmesura, el adolescente vive en un mundo de excesos cuantitativos; es la edad de lo pasional, en gran medida comandada por la biología, por el empuje de la pubertad, la adolescencia es ruidosa. Como nos dice Gutton la pubertad constituye el momento traumático por excelencia. El empuje pulsional y hormonal con todas las transformaciones corporales genera un incremento cuantitativo de la excitación somática y junto a ésta aparece en la mente del púber nuevos contenidos, pensamientos y fantasías que desbordan la capacidad de contención del aparato psíquico.

La adolescencia implica un arduo trabajo, es una etapa de resignificaciones, de duelos, ya Aberastury nos señaló la importancia de los duelos que tiene que atravesar el adolescente: duelo por los padres perdidos de la infancia, por la identidad y el rol infantiles, por el cuerpo infantil. Sabemos que el otro trabajo príncips de la adolescencia constituye un arduo proceso de desidentificación para poder construir su propia identidad. La pregunta clave en la adolescencia es ¿quién soy yo?: es un trabajo de deconstrucción y de reconstrucción, algo tiene que morir, pero también algo nace.

Por otro lado, y como plantea Freud la separación de los padres de la infancia es uno de los trabajos más dolorosos a los que se tiene que enfrentar el ser humano.

En esta adolescente se observa un funcionamiento melancólico sin que esto implique un diagnóstico, ya que como Laufer nos advirtió de en la adolescencia se trata más bien de ver cómo cada adolescente encara su propia adolescencia y ayudarles a transitar el arduo trabajo que la adolescencia implica.

En la exposición de Fabio nos encontramos con una adolescente de 14 años en donde predomina un funcionamiento melancólico: llora sin saber por qué, en la primera etapa de la terapia predominan las conductas evitativas, evitar conflictos.

Se va creando un vínculo con el terapeuta donde aparece el deseo de sentirse mirada y reconocida. En esta primera etapa es muy importante la creación de ese espacio que ella puede ir viviendo como algo propio. Esto es muy importante teniendo en cuenta que lo que se aprecia es una **gran dificultad para permitirse tener su propio espacio, donde no sentirse invadida (traumático de cuando le ven el diario), así como poder permitirse tener un deseo propio.**

Tras una interrupción por el confinamiento, la paciente presenta claros síntomas de trastornos con la comida, considero muy adecuado el manejo de el síntoma por parte del terapeuta. Uno de los riesgos de focalizar la atención en los síntomas alimentarios es asentar una identidad que responda a la pregunta quién soy apuntalándose en el síntoma.

El analista establece unos límites (un peso mínimo) que desde mi punto de vista ayudan a contener a la paciente y a los padres. Recordemos la importancia del trabajo con los padres ya que la adolescencia del hijo reactivará el propio conflicto edípico de los padres, así como para asegurarnos la continuidad del tratamiento. Sabemos de la función defensiva del síntoma ¿De qué angustias la protege? ¿Qué se esconde tras su miedo a engordar? La paciente, a lo largo de las sesiones, va desplegando su mundo interno a través de la relación con sus pares, su hermana, su madre. De crucial importancia es ayudar al adolescente a nominar afectos, poner palabras, tomar contacto con sus emociones, la intervención de Fabio **¿Qué dirían tus lagrimas si hablaran?** apunta en esa dirección. El trabajo terapéutico trata de ayudarla poder entrar en contacto con sus necesidades emocionales sin desorganizarse, ayudando a poner palabras donde sólo había sensaciones. Fabio nombra el odio, ella se alivia.

Winnicott señala que en fantasía inconsciente el crecimiento es un acto intrínsecamente agresivo, hay

una fantasía de asesinato, supervivencia del objeto, ese odio es necesario para poder diferenciarse y discriminarse del Otro.

Estas son cuestiones de vida o muerte. Para adueñarse de deseos, ideales y puntos de vistas propios es necesario ocupar el lugar de los padres: matarlos simbólicamente. Si los adultos significativos logran sobrevivir a esos embates sin represalia el impulso destructivo tiene efectos estructurantes, permite la discriminación y diferenciación de espacios.

En ese sentido, para Winnicott, la agresión es un elemento necesario para construir la realidad externa y fundarla. El recrudecimiento de la agresión, en la adolescencia constituye un momento de reafirmación, de discriminación.

En la paciente aparece una dificultad en poner límites, podemos pensar los cortes como una manera de escenificar en el cuerpo algo de esa separación fallida, así como una retroflexión de la agresividad en el propio cuerpo.

Me pregunto si el odio hacia la hermana no representa, en parte, un desplazamiento del odio hacia la madre. Esta aparece en el relato de la paciente como desbordada frente a la hermana. Es como si Juana hubiera sentido que ante lo invasivo de la hermana le hubiera quedado muy poco espacio a ella. Su lugar parece en una primera etapa es de ser buena y brillante en los estudios. En un funcionamiento más cercano al Yo Ideal que al Ideal del Yo.

La escena en la que su hermana coge su diario expresa sus miedos más profundos, la invasión de su espacio personal. Quizás ante la patología manifiesta de la hermana tema ser como ella, apareciendo sus propios temores al descontrol, (atracones, sexualidad) a la intensidad, a no poder medir, como le ocurre a su hermana.

Se observa una fragilidad narcisista importante, como le señala el analista: él te ve linda, vos os veis fea. Nos preguntamos con qué ojos se ve ella. Asbend Ayrán recuerda la importancia de prestar mucha importancia a la autoestima y sus vicisitudes. El adolescente es muy sensible a la imagen que le envían los otros. El cuerpo adquiere una gran importancia, un cuerpo que, a menudo no se reconoce, se ve como extraño, como peligroso. Este cuerpo resexualizado se va a convertir en el espacio privilegiado para la expresión de conflictos, como vemos en el caso de Juana. Sabemos, como decía Jeammet que el adolescente utiliza el cuerpo como medio de expresión y de comunicación con el otro y que tiende a expresar su sufrimiento y sus conflictos por trastornos actuado de su conducta.

Al principio proyecta en el novio, su propio temor a la dependencia es él que quiera verla con frecuencia y ella se aísla, se protege de esta manera de su propio deseo fusional. El deseo vivido como amenazante expresa, temor a quedar atrapada en una relación fusional de la que no poder salir que conllevaría la muerte psíquica.

Brusset nos habla respecto a los trastornos alimentarios de un duelo primario no resuelto. Otros autores (Recalcati, Jeammet) coinciden en situar la patología temprana de este tipo de trastornos y la importancia de los vínculos primarios donde predomina una dificultad en la separación Yo No-Yo y donde las angustias que predominan son de invasión o abandono. Así como la experiencia de un vacío crónico que atenta contra la continuidad misma de la existencia. El funcionamiento mental estaría caracterizado por la polaridad vida-aniquilamiento: se realiza el deseo del otro o se corre el riesgo de no ser, lo que necesita y en la medida que lo necesita es lo que le amenaza.

Empiezan a aparecer sus propios deseos como aparece reflejado en el sueño que relata, mostrando la capacidad elaborativa que va desarrollando a largo de su psicoterapia.

Exposición de la sesión clínica

*Fabio Álvarez***

Hemos pesquisado en la clínica en general, y especialmente con adolescentes, que muchas veces la trama emocional de un paciente pasa por la necesidad de establecer y sostener un principio de control.

Obviamente, tal principio está asociado a una fantasía de base, cuyo guion central es: el temor al descontrol.

¿Descontrol de qué?

En los casos más benignos, el peligro fantaseado es que el descontrol sea interno, es decir, principalmente, de los

instintos. Tanto los agresivos como los sexuales. Pero veremos que también se puede temer, por ejemplo, al descontrol del amor, o en su versión más negativa, el descontrol de la necesidad de dependencia afectiva. Por ejemplo, temer volverse extremadamente dependiente de un vínculo.

También puede temerse al descontrol de los instintos biológicos: por ejemplo, y por excelencia, el hambre, tal como vemos que sucede frecuentemente en personas con trastornos de la alimentación, especialmente cuando hay una tendencia hacia el polo conductual anoréxico.

El otro posible descontrol puede estar relacionado a lo externo. Es decir que se salgan de control personas, vínculos, conductas, situaciones externas al sujeto en cuestión.

En casos más graves, el descontrol temido incumbe al propio self en sí mismo. Es decir, se teme una fragmentación, o bien una desestructuración del propio self, lo que puede estar asociado a crisis de pérdida de la realidad masivas, como puede darse en las crisis psicóticas. Esto a veces aparece en la clínica como temor a “volverse loco”.

En otros casos, el descontrol fantaseado está en relación al estado afectivo: caer en una depresión o en una angustia profunda, sin fin. Estado imaginado del cual no se podrá salir nunca, lo que es vivenciado en la fantasía como equivalente a la muerte, psíquica y física.

Cierta lógica que creemos haber inferido a partir de la clínica, nos indicaría que cuando existe una fantasía de descontrol debemos suponer, tentativamente, que de alguna u otra manera el descontrol temido ya ha sucedido. Es decir: ya tuvo lugar, en el pasado del sujeto, en algún momento y de alguna forma. Aunque es verdad que tal suceso de descontrol no necesariamente es igual al descontrol imaginado y temido.

Cuando decimos que el descontrol ya ocurrió, esto no necesariamente quiere decir que le ocurrió al sujeto. Tal vez, y como lo hemos hallado en la clínica, pudo haber sucedido que el sujeto fue testigo, directa o indirectamente, de la situación.

Hemos encontrado distintos casos en el consultorio en este sentido.

Recuerdo una adolescente de 16 años, intensamente inhibida en todos los aspectos: en lo social, en lo afectivo, en lo sexual, en la alimentación, etc. Ella había sido testigo privilegiada y padeciente de una hermana mayor con una severa adicción a las drogas, con conductas promiscuas y violentas. La severidad de la sintomatología de la hermana había, prácticamente, destruido a la familia. Ella, la hermana menor, sólo pudo ubicarse en la posición extrema opuesta de la hermana, es decir en el polo del hipercontrol. Sus fantasías y temores de descontrolarse eran permanentes.

Otro caso impactante es el de un joven de 22 años, con fantasías de descontrol tan severas que estaba sumido casi en una parálisis y un aislamiento social tan intenso que un psiquiatra lo llegó a diagnosticar como una patología del espectro autista. Después de mucho tiempo de análisis pudimos determinar que su fantasía de descontrol estaba asociada a los recuerdos de haber presenciado un brote psicótico muy violento que padeció su madre (que había incluido un intento de suicidio y de asesinato del padre), cuando él tenía cinco años. Es peculiar destacar que tal hecho, al inicio del análisis, el paciente no podía recordarlo en forma directa. Es decir, él tenía la certeza de que algo muy

grave y penoso había sucedido cuando era chico. Pero no sabía qué.

Un tercer caso a mencionar es el de un adolescente de 14 años cuyo padre era notoriamente una persona violenta y desbordada, quien en dos o tres ocasiones había sido detenido por la policía por alcoholizarse y pelearse a los puños en lugares públicos. El muchacho recuerda permanentemente los gritos e insultos del padre hacia su madre y hacia él mismo. Contrariamente, él no podía defenderse en situaciones con sus pares, hasta el punto rayano a sufrir bullying. Él nunca quería ser violento, y confundía defenderse con serlo. Hasta que en una ocasión reaccionó físicamente con un compañero que venía molestandolo desde hacía tiempo, y entre tres personas casi no pudieron contenerlo.

Esta última viñeta clínica nos da lugar a poder describir el circuito de retroalimentación que se genera cuando impera una fantasía de descontrol. Efectivamente se atestigua en la clínica que dichas fantasías generan un efecto inhibitorio muy potente porque actúan con el principio de la profecía autocumplida. Es decir, aquello que es tan intensamente temido termina tornándose, en algún sentido, real. Cuando se teme profundamente la descarga de un instinto interno, y por lo tanto se lo reprime, se lo inhibe, la potencia, la intensidad de dicha moción inconsciente aumenta exponencialmente. Y cuando se le da curso, o simplemente el sujeto no puede inhibirlo más y “se le escapa”, o “se le impone”, el instinto aparece en la realidad en forma abrupta, explosiva. Confirmando los peores temores del sujeto: tal instinto es tan peligroso que debe permanecer reprimido. Eternamente. Y con más esfuerzo. Lo cual refuerza y retroalimenta el circuito circular.

Recuerdo al respecto la viñeta de un muchacho muy inhibido, proveniente de una familia humilde, que inició su primera experiencia laboral de manera desafortunada con una jefa agresiva y maltratadora.

El muchacho, obviamente jamás pudo limitar las conductas de su jefa, ni defenderse de ninguna manera. Pero internamente comenzó a desarrollar fantasías de violencia hacia ella: “pegarle con un bate de béisbol en la cabeza, estrangularla, empujarla por las escaleras, etc.”. Tales fantasías iban en aumento hasta una ocasión en que la mujer, ante una equivocación suya, le dio una cachetada. El muchacho explotó, comenzó a arrojarle objetos y terminó a los empujones arrastrándola hasta un baño, de donde la mujer ya no osó salir. La cuestión terminó con la intervención de la policía, su despido y una demanda por lesiones. En este caso el fantasma tan temido terminó tornándose real.

Respecto del temor al descontrol de los instintos sexuales, todos debemos conocer ejemplos, tanto en el consultorio como en la vida cotidiana.

Aníbal de 24 años era virgen y llevaba una vida casta y ascética que parecía inimaginable para un joven estudiante universitario de una ciudad populosa moderna como Buenos Aires. Aníbal es estudiante

de Química, obsesivo por el estudio no permite que nada perturbe o altere sus altos promedios. Tiene rutinas rígidas e inamovibles de vida, y un orden exacto de cada uno de sus movimientos y conductas, todas supeditadas a la excelencia en el estudio de su carrera. Su propia teoría es que no se animaba a llevar a la práctica sus fantasías sexuales por el temor a la opinión de su familia, que según él era muy homofóbica (especialmente el padre). Luego de dos años de análisis irrumpió un período de promiscuidad de tal intensidad que fue preocupante por las situaciones de riesgo que incluía: desde tener sexo con varios hombres en lugares públicos, a introducir extraños en su casa, hasta contagiarse enfermedades de transmisión sexual. Finalmente comenzó a intercalar periodos de descontrol sexual (muy esporádicos) con largos periodos de rigidez y ascetismo. Nunca encontró, hasta donde lo conocí, un equilibrio en su vida instintiva.

Mara nunca estuvo de novia. Ella es una secretaria muy bonita y preocupantemente virgen de 28 años, que en una de sus primeras sesiones afirmó: “De chiquita sabía que yo iba a ser virgen o puta.” Vemos claramente como en este caso se impuso el principio activo del hipercontrol.

Es preciso en este punto aclarar que la adolescencia es una etapa altamente privilegiada para que este tipo de fantasías se catalice e intensifique, y adopte forma. ¿Por qué sucede eso? Es lógico pensar que es durante la adolescencia que la capacidad afectiva, de recursos mentales y hasta físicos, genera la posibilidad de llevar a cabo esas fantasías. Por ejemplo: un niño puede tener una fantasía edípica incestuosa muy intensa, lo que en la práctica es imposible de ser realizada. Pero anatómicamente un adolescente sí podría llevarla a cabo en la realidad. Es este hecho el que genera una fuente de angustia anticipatoria fantaseada que hace que los refuerzos de la represión y el control se vuelvan tiránicos y rígidos.

Obviamente, aunque sabemos que la adolescencia es una etapa especialmente predisponente para el surgimiento y la consolidación de este tipo de fantasías, por los múltiples motivos expuestos anteriormente, la tarea del analista será dilucidar e inferir la trama subjetiva individual, anclada en la trama personal y única de cada sujeto humano. No hay dos historias iguales.

¿Qué debemos suponer, por otra parte, de las situaciones en las que un paciente presenta una dificultad extrema en aceptar los vínculos de dependencia afectiva, al punto, por ejemplo, de no poder siquiera ser analizado? Es muy posible que allí esté operando una fantasía de descontrol de su amor, es decir de su propia necesidad de dependencia. La sensación descrita por tales pacientes es la de un creciente malestar, asociado a una angustia sin fin, y una vivencia de sentirse cada vez más débiles. Lo que no saben tales pacientes, (quienes muchas veces presentan características directamente esquizoides), es que un vínculo afectivo de dependencia sano, si

es que perdura y se consolida, los vuelve más fuertes, no más vulnerables. Obviamente el origen de esta configuración debe buscarse en algún tipo de déficit afectivo en el vínculo con alguna de las figuras de apego primarias de esa persona. Y efectivamente tal déficit probablemente haya ocasionado, en algún momento, un descontrol de la necesidad afectiva de dependencia. El envés del descontrol, y su contraparte, es la esquizoidia, y tal vez hasta algunas conductas autísticas pueden pensarse en este mismo sentido.

Otro punto bastante conocido y muy descrito en la literatura psicoanalítica, es la relación entre los distintos mecanismos obsesivos, y las fantasías de descontrol. Es lógico suponer que, claramente, la obsesividad está al servicio del mantenimiento ilusorio, o real, del control. ¿Control de qué? En el caso de los mecanismos obsesivos podemos suponer que el descontrol temido puede ser tanto de los instintos (sean agresivos y/o sexuales), como de la integridad misma del self. Esto último es evidente en los casos en que lo que está en juego es el temor a la pérdida de la cohesión del self, lo que puede evidenciarse en la clínica como miedo a padecer una crisis psicótica, o cualquier otra amenaza que pueda interpretarse como riesgo a la pérdida de cohesión del self. A veces aparece fenomenológicamente como miedo “a volverse loco”, a “derrumbarse”, a “quebrarse”, a “perder el control”. Cosa que a veces sucede.

Matías de 16 años tiene rituales y conductas obsesivas como ordenar su ropa y sus útiles durante horas. El dice que es su manera de calmarse, y que esos rituales le sirvieron muchísimo para ordenarse y “reencontrarse consigo mismo” luego de una internación psiquiátrica que se le indicó a partir de una crisis psicótica. Cada vez que en él amagan a aparecer sentimientos difusos de una crisis inminente, sus mecanismos obsesivos se intensifican.

Otro tipo de utilización de mecanismos obsesivos, similares al caso de Matías, observamos en Lara. Cuando ella tenía cinco o seis años recuerda que sus padres discutían violentamente, y hasta llegaban a agredirse físicamente en peleas interminables que duraban horas. Uno de los recuerdos indelebles más dolorosos es su madre golpeándose la cabeza contra la pared, hasta sangrar. Lara recuerda que su forma de calmarse en medio de esas tormentas era contar una y otra vez, las rayitas de un mantel. Eran 726. Esa conducta le ayudaba a aislarse de la tormenta que presenciaba. Y también la calmaba. Vemos que este tipo de mecanismos obsesivos también tiene cierta similitud con rasgos autistas de aislamiento.

Las conductas obsesivas como intentos de controlar los impulsos internos, por ejemplo la agresividad, es algo muy desarrollado en la literatura psicoanalítica. Ya Freud, en este sentido, relacionaba los síntomas obsesivos y rituales del Hombre de las Ratas como una expresión de su ambivalencia afectiva. Recordemos la secuencia en que el paciente pone y saca numerosas veces una piedra del camino, como una forma de expresar, y al mismo tiempo intentar controlar, su agresividad.

Finalmente haremos mención a un peculiar intento de control conductual que se observa especialmente en forma muy frecuente en la clínica con niños, (aunque también podemos encontrarlo, menos elocuentemente, en pacientes de cualquier edad).

El control al que nos referimos aquí no es un control interno, sino que lo que está en juego es el intento del control del objeto, en forma extrema, por parte de un niño. Esta configuración es muy común y se da cuando un niño en análisis intenta controlar al analista de cualquier forma. O bien intenta controlar aquello que para el niño representa al analista, como por ejemplo el encuadre analítico. El niño desarrollará conductas destinadas a controlar a la persona del analista, por ejemplo, intentar que no se mueva, que no hable, o que haga lo que el niño pide que haga. El intento de control puede desplegarse sobre el encuadre en forma de ataque al mismo.

Por ejemplo, intentar no respetar los horarios de la sesión (queriendo quedarse más tiempo, o yéndose antes), o intentando que la sesión se desarrolle en algún otro lugar que no sea concretamente el consultorio, etc. (Este tipo de ataques al encuadre puede observarse, a veces más o menos sutilmente, también en adolescentes y adultos). Es decir, el niño puede intentar cualquier tipo de transgresión que ataque o cuestione el encuadre. O bien puede intentar controlar, como ya dijimos, a la persona del analista. El ataque al encuadre, si es resistido por el analista, puede derivar en el intento de una agresión directa hacia la persona del mismo, lo cual es algo altamente frecuente en pacientes niños de cierta gravedad.

¿Qué es lo que el niño intenta controlar aquí con este control del objeto? Lo que el niño en estos casos no tolera es la alteridad del analista. Es decir su diferencia como sujeto. El descontrol temido es la diferencia, la alteridad del otro, y especialmente su autonomía. Si el objeto es un sujeto con una subjetividad autónoma puede, por ejemplo, abandonar al niño, ignorarlo,

criticarlo, etc. O cualquier variedad de conducta que no contemple la necesidad afectiva presente en el niño.

El principio que está en la base de esta configuración es una variedad de ansiedad de separación. Con su conducta el niño intenta borrar las diferencias, negar la autonomía de la subjetividad del otro, que no es tolerada.

Esta configuración, la del intento de control del objeto, es lo que José Valeros denomina vínculo de coerción. En verdad este tipo de vínculo está muy estudiado en la literatura psicoanalítica y ha sido desarrollado por muchos autores, aunque con distintos nombres y con diferentes matices. Margaret Mahler la denominó “simbiosis patológica”, para Melanie Klein es la “dependencia hostil”, para Harold Searles es la “simbiosis ambivalente”, J. Bowlby lo llamó “apego o aferramiento ansioso”.

Ante este tipo de configuración o intento de control lo que se recomienda (es lo que teorizó José Valeros) es que el analista defienda a ultranza el encuadre y que impida que los ataques del niño al analista sean “reales”. Es decir, en un análisis de niños podemos “jugar” a matarnos, pero no podemos agredirnos realmente.

El analista sí deberá aceptar el rol propuesto por el niño, de forma virtual o simbólica: es decir, podemos jugar a que soy su alumno, o su hijo, o su novio. Pero es un juego. Cuando termina la sesión, y el analista deja de jugar, esa defensa del encuadre actualizará la sensación del como si. Se pondrá en evidencia el carácter simbólico del juego. Esta defensa del encuadre generará la supervivencia de un estado de virtualidad, del como sí, que es la condición para que el niño vaya desarrollando, poco a poco, expresiones cada vez más simbólicas, en vez de intentos de actuaciones conductuales. Es verdad que ese proceso no puede acelerarse a voluntad. Sólo hay que tener paciencia y saber esperar.

*Para preservar la confidencialidad, el autor nos presenta una serie de reflexiones y viñetas sobre la adolescencia y la clínica del control, tema central del caso presentado en Aecpna el 11 de diciembre de 2021, dentro del ciclo “Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos.”

****Sobre el autor:** El Lic. Fabio Álvarez es psicólogo y psicoanalista. Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Ex director del Departamento de Niñez y Adolescencia de APdeBA. Director de Extensión del Instituto Universitario de Salud Mental de Buenos Aires

***** Sobre la Autora de la presentación:** Ana Rivera es psicóloga sanitaria, psicoanalista, docente de Aecpna, candidata de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), especialista en Psicodiagnóstico y Tratamiento: Psicoterapia Psicoanalítica por la Universidad Pontificia de Comillas, formada en el Postgrado de Aecpna.



*Elisa. Encrucijada entre latencia y feminidad **

Ana Isabel Perales

*Introducción por Tamina Orellana***

¿Por qué es importante presentar este caso? ¿Por qué es importante transmitirlo?

Propongo tres conceptos que han estado presentes hoy, que se relacionan entre sí y que nos van a permitir hablar de transmisión:

- El síntoma y su comprensión
- La transferencia
- El trabajo con los padres

Sabemos que el síntoma es la demanda, es la manera que tenemos para poder llegar al encuentro con un psicoanalista. Algo debemos poner en ese primer momento para dirigirnos a otro que nos ayude a entender qué nos sucede y en el caso de una hija, qué le sucede. Esta es la función del síntoma en un primer momento; nuestro billete de entrada a algo muchas veces desconocido o a veces intuitivo, pero aún sin saber.

En el caso de Elisa el síntoma es el insomnio de la niña; también está la angustia de los padres ante la aparición de este y el sufrimiento de su hija. El padre y la madre apuestan por el intento de comprensión de este antes de la medicación y se entrevistan con Ana Isabel.

Estos buenos padres son advertidos por Elisa, quien les dice que sabe por qué no duerme, pero no se los puede decir, lo que no puede decirle es que son ellos mismos, de

diferentes maneras, quienes no la han autorizado a hablar.

Para poder comenzar necesitamos conocer la situación triangular de la niña, no podemos hablar de síntoma sólo por una observación de conducta, debemos intentar comprender qué tipo de evitación está en juego, qué tipo de muerte no es aceptada, pensar cómo se juega la castración en el Edipo. Debemos pensar el síntoma en la historia del sujeto para así poder pensar por qué ahora. Pensar la historia familiar y transgeneracional, ya que esto es lo que le da un lugar determinado al sujeto en la triada y en la dinámica del deseo; esto, la cultura y la contingencia. Tenemos claro, que el deseo y la historia de los padres, y la de sus familias de origen, son una clave inequívoca para comenzar la escucha de un caso, este caso.

Pero hay una cuestión fundamental, que es que la niña no es un objeto parcial, esto Dolto no se cansa de decirlo a lo largo de toda su obra, nos dice: el Ello "...no existe sin un sujeto que ha deseado encarnarse en ese mamífero de la especie humana que está prometido a la palabra". Para ella la clave está en el "ha deseado", ya que siempre hay un deseo inscrito en él, por fuera o por dentro del deseo de los adultos, de la madre y del padre.

Lacan lo expresa de otra manera con su famosa frase "...de nuestra posición de sujeto somos siempre responsables. Llamen a esto terrorismo donde quieran". Aquí, siguiendo la lectura de Eidelsztein, podemos pensar

que no se alude a una cuestión de responsabilidad subjetiva de conocerte a ti mismo y hazte cargo; sino a que desde el psicoanálisis debemos ser responsables del sujeto con el que trabajamos, un sujeto de deseo y anudado al lenguaje. Y es ahí que como analista de niños tenemos que estar advertidos que el deseo de los padres, la historia familiar y transgeneracional es muy, muy importante, pero la niña es un sujeto de deseo y este deseo no está totalmente determinado por sus figuras parentales y sus historias; existe un deseo propio, a la vez que un punto de desconocimiento y de creación, tanto para el paciente como para el analista. La niña puede estar completamente tomada por el deseo de los padres, ser un objeto parcial para ellos, pero nosotros analistas no debemos olvidar que esa niña no es sólo eso, no es sólo un objeto parcial del deseo de los padres, ahí también reside la cuestión del trabajo analítico y es el elemento que por ejemplo, nos permite no culpabilizar a los padres de todo aquello que le ocurre a su hija; es el elemento que nos permite la doble escucha y ética de esta.

Entonces la cuestión del síntoma, que bien sabemos que no podemos atacar directamente con la paciente, es fundamental para comenzar a comprender el caso porque nos lleva directamente a la pregunta por su deseo.

En este caso, es un acto de Ana Isabel lo que permite que se movilice la dinámica del deseo, la transferencia y que el síntoma se cambie; un acto donde hay cuatro, que es lo que permite el tratamiento.

Ana soporta y se somete a un primer momento de incompreensión y desciframiento en las sesiones de entrevista con la paciente hasta que la repetición de un significante hace que se vuelva a reunir con los padres para explorar algunos aspectos de la historia familiar. Este significante es “La Matada”.

En esa sesión la madre se siente autorizada a exigirle al padre que revele su relato, madre que ha aceptado y ha sido cómplice del silencio del padre todos estos años; el padre accede y devela una parte de su historia que le ha sido imposible elaborar y resolver con ello su trama edípica que ha trasladado a su hija. Ante este secreto, Ana contextualiza la importancia de su comunicación a sus hijas, especialmente, la paciente, y los padres responden y cumplen.

La confesión que la paciente escucha de sus padres hace que el síntoma por el que se consulta desaparezca y salgan a la superficie las ideas obsesivas, la niña se siente también autorizada, a partir del relato del padre en presencia de la madre, a revelar su conflicto psíquico a la analista, esto va a permitir que comience su análisis como tal.

Dice Dolto: “El niño que no ha sido castrado en el plano de su palabra; es decir que, en el triángulo edípico, no ha sido confrontado al hecho de que la palabra del cónyuge tiene más valor que la suya para el otro padre, cuando el cónyuge se encuentra presente.

Es ahí donde se ve cómo se juega el narcisismo secundario que proviene, justamente, del Edipo y que protege al niño.

Es por este narcisismo secundario por el que él se protege del incesto; en ocasiones por su silencio”.

Estas ideas obsesivas que dan cuenta del conflicto psíquico, podemos pensarlo como síntoma de base o el síntoma verdadero o podemos pensarlo como el intento de una respuesta adaptativa o también podemos pensarlo como una respuesta defensiva; todo esto nos llevaría a preguntarnos cuándo comienza un síntoma. Para ello lo que necesitamos conocer es el origen, el cómo, desde cuándo y por qué de la psiquiatría clásica pero infaltables en nuestro trabajo que intenta comprender algo.

Sabemos en términos teóricos que una idea obsesiva es una resistencia a un deseo, un deseo que se estrella a una prohibición superyoica y por ello este síntoma nos habla de un deseo prohibido, ser el objeto del amor del padre por identificación con la tía, lo que la hace rivalizar, entrar en competencia con la madre. También sabemos que estas ideas al ser repetitivas nos hablan de la pulsión de muerte, de una vuelta al estado anal.

El significante la matada adquiere toda su relevancia y gira como una ruleta rusa, a veces, con su mismo peligro. Lo que sabemos es que esta mujer, es matada para la paciente, no se ha muerto o ha tenido un accidente; por lo que es necesario preguntar ¿quién la mata?

Hacer el trabajo de este significante, es decir, comprender las versiones que tiene para la paciente, es lo que nos permite comprender el síntoma y su conflicto.

Comienza la serie con: Mi tía se mató; Mi tía es matada por su novio.

A partir del relato en voz del padre adquiere el significante cuerpo activo: Mi padre la ha matado para mí; Yo he matado a mi tía y ocupó su lugar; y se desplaza a: Yo puedo matar a todas las mujeres guapas; para terminar en: Yo puedo matar a mi madre, mi madre es matada por mí para quedarme en su lugar junto a papá.

Este es el conflicto psíquico que nos trae la paciente. El padre ha matado a su hermana en la palabra, en el discurso transgeneracional lo que ha permitido un vacío en las posiciones y donde Elisa es puesta por el éste como objeto de amor edípico, como una serie que se inicia, hasta donde sepamos, con su propia madre de mujeres bellas y chispeantes. (Esto no es menor porque la pólvora puede o su destino es explotar y provocar daño, y esto es lo que le ha ocurrido a estas mujeres, están muertas, así comienza la serie propuesta por el padre: las que son así se matan.

Ellas no se han matado pero la transmisión del padre es que, si lo han hecho, y la paciente lo ha tomado en su versión. No podemos saber qué ocurrirá, pero quisiera pensar que gracias al trabajo analítico esta serie no se volverá sobre ella misma, Yo me mato. Uno no puede hacer profilaxis, pero este es un tema interesante a pensar, porque esa también es una identificación posible ante los destinos propuestos. Lo podemos hablar luego pero no veo yo que estemos ante ese escenario).

Si bien el padre la ha ubicado en ese lugar amoroso de manera inconsciente y con efectos en la realidad fáctica y psíquica de la niña, ella también se ha dejado ubicar aquí y ha disfrutado de ese lugar que no es cualquier lugar, es el lugar de las Polvorillas, don del que su madre está desprovista.

El conflicto es como decíamos, el choque de este deseo con la prohibición. Este choque se ha hecho esperar en su manifestación. Sólo podemos saber de él hasta que Elisa aparece como una niña insomne que no puede dormir hasta que reciba la noticia que necesita para descansar, en su caso, la develación de un secreto, ya sabido por ella en lo inconsciente, que le permita poder en marcha el trabajo psíquico que necesita hacer.

Este acto analítico permite entonces, no sólo la revelación de un secreto, sino que saca a la niña de la inhibición en la que estaba entrando e incluso la aleja de la formación de una fobia.

Este acto la relanza a la dinámica del deseo y sus avatares, que no son menores, pero que están enfocados a poder salir de la conflictiva edípica de una manera determinada, reubicándose ella en la dinámica familiar con la figura del padre y la madre; y a dar paso al periodo de latencia en posición de hija mujer, una vez que se va desenredando del deseo paterno y reubicándose en relación al deseo materno.

Una vez que se ha hecho este trabajo, la paciente puede comenzar a reconocerse como sujeto autónomo que intenta buscar sus propias identificaciones. ¡Nada menos que de esto va el tratamiento!

Pero qué otra consecuencia tiene el trabajo de Ana Isabel en las entrevistas con la niña y con los padres luego de éstas, el giro en la transferencia. La paciente sabe que sólo hay una razón por la que sus padres hablan de esta parte dolorosa de la historia del padre y que la incumbe directamente a ella, ella sabe que hay alguien que sabe qué se debe decir y esto posibilita el paso de una transferencia suspicaz y de desconfianza, a posicionar a la analista en el lugar del saber; esto es lo que permite la entrada en análisis de Elisa.

La paciente sabe que es Ana quien le ha permitido a la madre aparecer y poner límite al padre y quien le ha dicho al padre que hable, ella sabe que es la analista quien ha puesto orden en su dinámica familiar y eso tiene un carácter terapéutico para ella porque ahora ella tiene un lugar dicho, incómodo, pero dicho. Saber que ahora las cosas se pueden decir, le permite dormir.

El síntoma, articulado al significante, en tanto somos seres hablantes y de deseo, y a la transferencia, nos puede permitir una transmisión psicoanalítica. Lacan dice en 1978, “Tal como ahora lo pienso, el psicoanálisis es intransmisible. Es muy molesto. Es muy molesto que cada psicoanalista esté obligado -puesto que está obligado a ello- a reinventar el psicoanálisis”. Y es verdad que es muy molesto porque es claro que otro analista habría elegido otros puntos para comentar y aunque fueran los mismos lo haría de otra manera.

Por eso he intentado ser rigurosa y leer a través del síntoma, el significante y la transferencia una pequeña parte del caso que nos presenta Ana Isabel hoy. Para terminar, quiero leer esta cita que me parece muy atingente para iniciar la conversación ya que nos plantea la cuestión ética en nuestro quehacer psicoanalítico, nos recuerda que no somos omnipotentes y debemos soportar y someternos a la castración durante nuestro trabajo, también. Nos invita a pensar, o a mi al menos, qué hacer con un caso, cómo enfrentarlo, hasta donde llegar y cuándo parar; a la vez que nos invita a la acción, al uso de la palabra y el acto.

En una conferencia publicada en 1988 le preguntan a Dolto por su experiencia clínica y el “impacto psicoanalítico sobre el destino de los niños”, y ella responde: “La palabra “destino” para un psicoanalista, atañe tanto a la transferencia, como a lo imaginario y a la historia del sujeto. Pero es también una palabra que recuerda la parte desconocida en la vida del sujeto, desconocida para el psicoanalista.

Es al menos la cuestión de “¿Cómo vive?” “¿Cómo marcha?” Yo misma como psicoanalista, no sé lo que es un destino; como todo el mundo, sé lo que es una historia a través de lo que se revela en tal o cual caso; pero la historia de un sujeto está vinculada a desconocimientos.

El psicoanálisis puede explicar teóricamente los efectos del encuentro de un niño (o un adulto) con un psicoanalista, y las resonancias que este encuentro produce en el inconsciente de uno y otro. Esto no impide que subsista un desconocimiento en cuanto al futuro del paciente.

Es por esto por lo que doy testimonio de mi práctica. Porque lo que no se entiende, no hay que callarlo. Probablemente de esta manera, las generaciones siguientes entiendan mejor que nosotros... Es tener humildad ante nuestro trabajo... porque hay una parte del deseo sobre la que el psicoanalista no puede pretender tener ninguna clase de dominio”.

Bibliografía:

- Dolto, F. (2000). *Diálogo preliminar entre Françoise Dolto y Jean-François de Saurezac. Seminario de psicoanálisis de niños 3. Inconsciente y destinos*. Siglo veintiuno editores.
- Dolto, F. (2000). *Síntomas obsesivos. Un desarrollo acerca del narcisismo. Seminario de psicoanálisis de niños 3. Inconsciente y destinos*. Siglo veintiuno editores.
- Dolto, F. (2000). *La ausencia de un nombre dentro del otro. Seminario de psicoanálisis de niños 3. Inconsciente y destinos*. Siglo veintiuno editores.
- Eidelsztein, A. (2015). *La responsabilidad subjetiva en psicoanálisis. El rey está desnudo. Revista para el psicoanálisis por venir*. Véase :<https://elreyestadesnudo.com.ar/wp-content/uploads/2015/09/La-responsabilidad-subjetiva.pdf>
- Lacan, J. (2010). *La ciencia y la verdad. Escritos 2*. Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (1979). 9 e Congrès de l'École Freudienne de Paris sur « La transmission » . *Parues dans les Lettres de l'École*. N° 25. Vol. II. Véase: <https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1978-07-09.pdf>

***Sesión Clínica presentada en Aecpna** dentro del ciclo “Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos” el 15 de enero de 2022. La autora declina su publicación por motivos de confidencialidad. Sin embargo, presentamos las reflexiones y comentarios de Tamina Orellana Godoy sobre dicha sesión clínica.

****Sobre la presentadora:** Tamina Orellana Godoy es psicoanalista y psicoterapeuta. Especialista en adultos, adolescentes, niños y niñas. Miembro de Feap y Aecpna. Mail: ta_og@yahoo.com.

*Franqueando... ¿diagnósticos? Compartiendo interrogantes sobre el proceso analítico de una adolescente**

Raquel Duek**



La presentación de este material clínico ofrece la posibilidad de reflexionar acerca de un proceso analítico que podría especularse equivocadamente o no como un fracaso de la paciente... y de la analista. Alude a relaciones terapéuticas difíciles que solemos encontrar en los límites de nuestro trabajo. ¿Solemos? ¿O es mucho más habitual de lo que creemos?

Sabemos como analistas que en un proceso terapéutico tendemos a “perdernos” en la experiencia interna del material del paciente. Es un perdernos para encontrarnos. Encontrarnos con las fantasías, pensamientos, emociones, sentimientos y sueños de su mundo interior y del nuestro. Pero “perdernos” toma otro sentido cuando alude a un extraviarse o confundirse.

En el caso al que me refiero, ¿podemos hablar de proceso cuando mi percepción casi continua es de frustración? ¿Cuando la paciente manifiesta un insistente oposicionismo a cualquier señalamiento o interpretación que pudiera vincularla con la fuerza de la vida?

Se suma la trabajosa tarea de **franquear** el obstáculo que la paciente interpone con su apelación constante a etiquetarse con diagnósticos. Franquear es **abrir el camino**, el paso, quitar ese impedimento que le traba el curso de su vida. También franquear es **ser franca**, debo

poner en claro lo que desde mi contratransferencia voy percibiendo.

De ahí, el título de la presentación: Franqueando... ¿diagnósticos?

La recurrencia a diagnósticos dan inteligibilidad y significados consensuados para no caer en un abismo de sin sentido. Al mismo tiempo, las referencias teóricas como megalomanía, autosuficiencia narcisista, depresión nos enredan como analistas con el riesgo de quedar adheridos a ellas. Lo que sería funcional al deseo de la paciente. Personalmente me doy cuenta de que no siempre ayudan cuando poco dicen de la vida de las personas.

La paciente, Juana, es una adolescente que se describe a sí misma con manifestaciones histéricas, obsesivas, fóbicas, border.

Se presenta con un mosaico de identidades diversas lo que le genera la ilusión de una identidad, aunque sea negativa, una forma de ser y actuar, un anclaje identificatorio desde un puro imaginario. Como una manera de dar coherencia a un Yo difuso y ficticio. Una respuesta a su necesidad de llenar su estar y percibirse vacía. Oscila entre creerse particularmente bella, inteligente y única a sentirse

insignificante, insegura, inútil, miedosa, anormal y, sobre todo, mala. No hay interlocutores válidos, nadie aplica, descalifica, son superficiales. Agrede con arrogancia y desprecio. No puede reconocer y catectizar la presencia, la existencia de otros. Aun así, cuando alguien de su entorno hiere sus sentimientos y la rechaza, se siente triste y desilusionada de sí misma.

Me fue derivada por su psiquiatra hace muchos años para una psicoterapia de orientación psicoanalítica con un diagnóstico de psicosis presunta. La medicó para atenuar sus pensamientos suicidas. Su prescripción, según me dijo, cubría tanto un trastorno obsesivo-compulsivo, como pánico y fobia social. Indicó también un antipsicótico por sus trastornos de la ansiedad.

Tenía 16 años. Había tenido una serie de entrevistas con una psicóloga con quien no tuvo empatía por ser de una obra social calificada como “barata”.

El motivo de consulta manifiesto se vincula a un aparente ataque de pánico repentino; **aparente** porque suele ser pensada como mentirosa y exagerada. Que distorsiona. “Sentía cosquillitas en la boca, un temblor, sudor, me puse toda dura, se me cerraban las manos, quería vomitar, no quería escuchar a nadie, no podía dormir a la noche”.

Este episodio acentúa una relación de extrema dependencia hacia sus padres quienes la asisten día y noche. Tal dependencia genera en ella sentimientos intensos y simultáneos de amor y odio, sufrientes, dolidos, desesperanzados, frágiles.

Concurre a las sesiones acompañada hasta la puerta del consultorio. Por varios meses llega aferrada a un bolso. En su interior están sus medicamentos y una carpeta con dibujos realizados por ella en los que, o bien su figura ocupa el centro de los mismos, o bien refieren a situaciones sin salida, como la de un auto que transita por una calle que no conduce a ningún sitio. Entiendo que trae allí, dentro de su carpeta, un pasado al que considera traumático y del que no puede o no quiere desprenderse. Y la omnipresencia de los psicofármacos para recordar su patología.

Una intensa demanda de atención surge de sus fuentes más profundas e infantiles. Le hago notar lo paradójico de su reclamo: “¿te das cuenta de algo? quisieras que todos te miren, te escuchen, se compadezcan y crees conseguirlo contando y usando tus problemas, lo que produce el rechazo de los demás”.

A raíz del episodio, el ataque de pánico, la cursada se interrumpe y, sin rendir las materias, se las dan todas por aprobadas. El argumento de las autoridades del colegio es el haber sido una alumna estudiosa y aplicada durante el primer año. En realidad, en sus palabras, ella no había sido aplicada sino una “enferma obsesiva por el estudio”. Esta resolución, hablando de diagnósticos, tiene un carácter de diagnóstico social, como si se hubiera vislumbrado que no tendría cura, que había que dejarla pasar.

Uno de sus problemas son los traumas, otro... ser mala. Tengo pensamientos que me dicen “soy mala”. “Nadie

quiere hacerse daño a sí mismo, pero yo sí lo voy a hacer”. “No te vas a permitir estar bien Juana, vos querés estar loca”, se decía. “¿Puedo lograr yo conseguir una psicosis? ¿Puedo vomitar? “Vomitá, vomitá”!! Desde chiquita me imagino que me voy a tirar, “dejáte caer”, es un impulso y después no hay vuelta atrás. Nada me importa, quiero morir. En realidad, desaparecer, dormir”. Mira las tijeras e imagina que se corta. Estas son retiradas y escondidas como cualquier objeto cortante a la hora de comer. La comida se lleva troceada a la mesa.

Su referencia diagnóstica obsesiva la vincula con la micción. Permanece un promedio de dos horas en el baño cada noche, antes de ir a dormir, con el objetivo de vaciar por completo la vejiga, la pretensión es expulsar la última gota de orina. Un esfuerzo infructuoso que me recuerda el mito de Sísifo, el que alude a la idea del “hombre absurdo” y a la futilidad de la vida. En ella, a un incesante accionar irracional al finalizar cada día.

Juana asiste dos veces por semana, no hay disponibilidad y no es solo por una cuestión económica. Los padres se alternan en la casa para no dejarla sola. Duerme con ellos en la misma cama. Ocupa todo el tiempo de la sesión con relatos interminables como yo podría hacerlo ahora ante una necesidad de escribir y recontar detalles de su análisis.

Falta en los primeros tiempos con frecuencia alegando sentirse mal. Pide tener la sesión por celular. Recibo mensajes continuos entre sesiones: “Realmente estoy desesperada por hablar”. “Realmente estoy teniendo días de angustia, llanto y obsesión las 24 horas”. “No llego, estoy en lo del médico, que mal que no podemos tener sesión”.

¿Quién soy yo para ella? Solo se detiene en como estoy vestida, si combino los colores, si me pinto o no los labios y hace comentarios al respecto. Por mi vida personal ninguna curiosidad, parece que soy una gran oreja, escuchándola, no importa si hablo o no. Estar con ella es una aventura, una exploración sin rumbo, un tratar de hacer comprensible sus dificultades en encuentros tediosos. El psiquiatra solía decirme: “me enoja mucho, ¿cómo puedes tener tanta paciencia!?” Juana sabe de su enojo, porque el doctor se lo expresa.

Patologías psiquiátricas de ambas familias se implantan en Juana como “Trasplantes extraños”, en el decir de Ferenczi. Tíos/as sintomáticos. Relata que el padre cuando ella era chica solía hacer movimientos extraños al caminar mientras movía la boca como si hablara solo. Debido a violentas peleas conyugales ella lo consideraba un “destructor de la familia”. “Yo pensaba que la iba a ahorcar, filme para mostrarle a la policía”. “Machista de mierda, no quiero verle la jeta”.

La madre tierna a veces, aunque demasiado pendiente de patrones estéticos corporales de esta época, se vuelve gruñona y agresiva con facilidad. “Perdí a mi mamá cuando mi abuela tuvo un ACV”. Madre deprimida y poco disponible. ¿Green y el Complejo de la madre muerta? La paciente se apoya en una singular causalidad interpretada, “verdades-razones” para dar cuenta de

sus trastornos: “el trabajo de mi parto fue difícil para mi mamá. ¡Ella gritaba, esto no es para mí! ... fui una inútil desde la panza, no podía salir”. “Yo no tuve infancia, todo el tiempo entre mamá y papá”. “Tengo problemas que me dejan traumas”.

No puede evitar desilusionarme y hacerme sentir por momentos vencida. Tampoco sé si se da cuenta. Toda vez que le señalo un logro se ocupa de decirme: “¡no te lo creas!” Llegue a decirle: “¡pucha!, ¡otra vez pise el palito!” No deja de sorprenderme, como cuando me dijo: “Estoy mal porque ayer me había sentido bien”. O cuando le pide al psiquiatra que no le baje la medicación para seguir enferma.

Owen Renik, psicoanalista relacional, dice que el analista puede sentirse derrotado por un paciente, pero eso no significa que el paciente estuviera tratando de derrotar al analista. Algunos pacientes terminan haciendo que el tratamiento sea imposible con un analista detrás de otro. Pero esto no significa que los pacientes querrieran que sus tratamientos fallaran.

En mí cabe una conjetura: no mejorar ¿es para no contentar a sus padres a quienes acusa de haberla hecho vivir una infancia desdichada por la violencia en la relación? ¿Es eso? ¿Por qué no puede reconocer en ellos signos amorosos, presentes también en esa historia? Su teoría es que ella no fue deseada a partir de la frase de la madre. Tengo que revisar el “deseo de hijo” de Piera Aulagnier para relajar los determinismos. Los padres hicieron lo que pudieron, algo no salió bien, hay una suerte de discapacidad que pone límite.

Juana admite que copia y adopta las formas de los demás. Desconfía de sus percepciones. Se allana al deseo del otro. Toma como certezas las opiniones de su padre, las respuestas cerradas de la madre y se apoya en las lecturas religiosas de la escuela con una interpretación del mundo basada en un pensamiento binario sobre el bien y el mal.

Estas apreciaciones reemplazan la ausencia de pensamientos propios y la enfrentan a un Psicoanálisis que, a diferencia de la fe, plantea dudas y admite pruebas del inconsciente.

6 meses después

Retoma la escuela, viaja sola, los elementos cortantes se reincorporan a la vida funcional de la casa. Duerme sola en su cuarto. Se regularizan los períodos menstruales que habían sido discontinuos. Se pelea con la madre quien le reclama que “no le doy pelota, porque no le hablo.” “Tengo una buena psicóloga ahora. ¡Pregúntale a ella por qué no hablo! ¡Me dice que es normal, que soy una adolescente!” Pero este comentario respecto a su “normalidad” es tomado como propio de la psicóloga anterior. Pienso con cierto entusiasmo si este “ser adolescente” se acerca a un intento saludable de querer integrarse a un grupo, si asoma un deseo de pertenencia.

Las lucecitas son fugaces.

Aunque atenuadas, las obsesiones permanecen. Continúa

haciendo de sus trastornos un baluarte, se cuelga el estigma de “rara”, problemática. De esa manera trata de convocar la atención de sus compañeros/as, nadie como ella había tenido la peor infancia, los peores padres.

Al mismo tiempo continúa insistiendo en que es una diosa, y en que todos/as son mediocres, básicos. Pero, anticipando que se iba a quedar muy sola con esa actitud, finge atención y se erige como erudita en resolver conflictos. Aun así, el rechazo del grupo se va instalando tanto en las redes como en la relación con sus padres. Comenzó a decirles que le daban asco, solo de rozarlos con la piel.

Años después

En los primeros años de su análisis, solía interrumpir sus extensos relatos diciendo “me dan ganas de llorar”. Me parecía entonces que sus lágrimas eran de agua insípida, sin sal. No me la creía. Veía un esfuerzo teatralizado de su llorar. Con el transcurrir de la terapia sus lágrimas se hacen llanto y me conmueven.

La maldad toma forma en el afuera. Prevalece un Yo desarmado, proyectivo, expulsivo. De lidiar con acusaciones de ella hacia ella misma, busca en esos cargos las voces de su mamá sentenciándola. Luego, es la sociedad la “hija de puta, son todos unos pelotudos. No les doy pelota, no valen la pena. Uno más idiota que el otro, son mierda, quieren el mal. Hacen bullying”. Me pregunto, ¿qué es mejor? ¿tomar conciencia de sí o proyectar?

Termina el secundario, se va de viaje con compañeros/as pidiendo a los padres que se alojen en algún hotel cercano por si los necesita, lo que convenimos en una entrevista que no era conveniente. Lo pasa mal, no se integra, pero surge alguna expectativa. “¿Cómo se yo que es amor o que es otra cosa? hasta que yo no sepa qué es no voy a hacer lo que hace fulanita. En el viaje me voy a terminar comiendo a “pelo rubio”. No me tira onda, sé que no gusta de mí. Pero yo estoy en la lista de las “follables” porque estoy en la categoría de las lindas. Pero no va a pasar nada”.

Sin embargo... sí pasó. Luego de este viaje tiene la primera de una serie corta de relaciones con algunos chicos. Se desata un descontrol sexual y un control posesivo con ribetes violentos. Ella no sabe quién es ni qué desea. No se reconoce como existente para sí misma y cree lograr ese sentimiento desde la mirada de los otros. Se ofrece como objeto de placer usando un cuerpo no erotizado, sin las trazas de sus zonas erógenas. No siente, simula, solo le complace ver el goce provocado en el otro con posturas ensayadas ante el espejo y miradas seductoras. Cuando “su chico” descubre su manipuleo, huye por un camino en el que es intrusivamente perseguido por Juana. Se confunde. Se pregunta si le ocurre esto porque en realidad le gustan las chicas.

Intenta emprender algún estudio formal. No puede leer una página, no tiene problemas de comprensión, pero no se puede concentrar. Es lenta. “Le da paja”, una paja mental obsesiva. Come sola los restos fríos que quedan

de los almuerzos o cenas que poco comparte con sus padres. Restos fríos porque los tiempos de cocción la ponen ansiosa.

La madre la estimula a aprender a salir de compras. Se siente incapaz de elegir algún producto, no se da cuenta si una lechuga es fresca. Se agobia al pagar porque no tiene noción acerca del valor del dinero.

La recomiendan para cuidar niños/as, pero se empeña en afirmar que no sabe jugar y que no puede empatizar. Cuando relata lo que me parecen intercambios creativos vuelve a insistir con la necesidad de minimizarlos y denigrarlos. O me dice, “no son auténticos”. Intercambia como si siguiera las consignas de un tutorial.

Intenta tener entrevistas de trabajo para tareas simples, cuando la convocan para una segunda evaluación más detenida se asusta y desiste, o cuestiona la cantidad de horas requeridas con alegatos querellantes acerca de la explotación laboral.

Realiza y aprueba un curso como manicura, pero no puede trabajar como tal porque el contacto estrecho de las manos le da repugnancia.

En esta alternancia de intentos logrados que celebramos y fallidos que lamentamos, la evidencia de la edad y el tiempo que no se recupera comienzan a presionarla.

La paciente hoy

Los intentos fallidos, en que insiste con el “todo me da paja”, la conectan con la desesperación. Cuando esto ocurre, nos vemos inmersas en una suerte de parálisis en el procesamiento psíquico. El desaliento es radical, fallan los recursos sublimatorios, queda a merced de un superyó que la tortura y la obliga a sufrir.

Intentamos, en acuerdo con el psiquiatra, los padres y ella misma, orientarla hacia una terapia grupal. Con reparos. ¿Podría integrarse? Escuchar el dolor de otros, ¿aunque sean pares? Con mucha resistencia de su parte ella se ocupa de llamar y averiguar.

No hay cupo en una institución, no se formó un grupo en otra, solo se hace por zoom en una tercera, le dicen –luego de una entrevista- que le van a contestar y no la vuelven a llamar. Mientras, se aferra cada vez más a nuestros encuentros y a los que mantiene con el psiquiatra con el comentario de que es lo único con lo que cuenta.

Se pregunta si tendría que cambiar de analista, pero manteniendo nuestra relación para pasar a decir que no tiene interés en interrumpir el tratamiento y buscar otro/a profesional.

Incluyo el fragmento de una sesión próxima a la redacción de este escrito como cierre y apertura que induzca a nuevos pensamientos. (Contexto: la nueva oleada de contagios masivos por el Covid 19 que obligan al aislamiento).

P. Me da miedo salir, por el Covid y porque me quedé

adentro del útero de mi madre.

A: Demasiado tiempo dentro del útero, eso no es posible. Llega un momento en que la beba necesita salir y la madre la ayuda pujando. Hacen fuerza juntas.

P: Entonces no puedo quedarme adentro, pero tampoco puedo estar afuera, trabajando, estudiando, con amigos. Cada vez estoy más sola.

A: Entonces, ¿Dónde estás? Tal vez en un lugar intermedio. Mira... es como el bebé canguro que después del parto se mueve sobre el vientre de la mamá canguro para meterse en una bolsa que ella tiene en su cuerpo. Se queda ahí hasta estar en condiciones de salir por sus propios medios. No está adentro pero tampoco afuera.

P. Sí, sí, pero de ahí también tiene que salir en algún momento y yo no puedo, no puedo...

Al querer decirle algo, se me escapa un “Juana”. Es su nombre de fantasía para esta presentación.

P: ¿Quién es Juana? ¿Por qué te pusiste sería?

A: Porque te dije algo que puede ser brutal para vos, que yo nombre por equivocación a otra persona. También fue desagradable para mí. Pero que bueno que me preguntaste quién es Juana, y que te hayas molestado e interesado.

Nos habíamos pasado de la hora y le sugerí que lo siguiéramos pensando juntas en la próxima sesión.

Fue oportuno que el encuentro terminara. Tuve un lapsus importante, habló mi inconsciente. Se transformó en un elemento de culpa, aunque luego pensé – como suele ocurrir cuando nos ocurre – que seguramente podría ayudarme a aprender algo más de la paciente.

Lo que implica exponer un caso clínico ante colegas o dejarlo por escrito ingresó en la sesión. Así concibo la situación analítica, rizomática, una experiencia que atiende la multiplicidad de variables presentes en el “entre” de la diada analítica.

A la siguiente sesión, en un momento adecuado, retomo el episodio anterior. Y no sin cierta sorpresa me responde que no sabe de qué le hablo, que no se acuerda de nada. Es cierto que esto le sucede habitualmente entre una sesión y otra, como si no metabolizara. Por eso, la ayudo a reconstruir el final de la sesión. Reconstruir pensamiento es una de las herramientas que utilizo con ella.

A: Hacia el final de la sesión se me ocurrió hablarte de la mamá canguro ... del bebé canguro ... Y en un momento te nombré con otro nombre ... ¡Y vos reaccionaste feo porque te molestó!

Juana sonríe, como recuperando el recuerdo. ¿Realmente se olvidó?

P. Ah, sí ... pero ni idea de cómo me llamaste, ¿así que me molesté?

A: ¡Y sí! Es que tal vez lo que más quisieras es ser única para mí. Es cierto que aquí en el consultorio pareciera que solo existimos vos y yo. Pero hay otras personas...

Me interrumpe...

P: Yo pienso como mis papás, que vos no estás casada, que no tuviste hijos, no podrías trabajar tanto si tuvieras familia.

El episodio no corrió el destino de la represión exitosa. El olvido no fue tal. Juana, la otra, fue desmentida, en ese doble movimiento del mecanismo de defensa, registro y rechazo de una realidad angustiante. Un movimiento que produjo un devenir en transferencia.

Tarea del Psicoanálisis. Reflexiones

Estas patologías graves – o acaso ¿formas nuevas de subjetividad contemporánea de la adolescencia? – implican abordajes terapéuticos flexibles e intuitivos.

¿Cómo intervenir – sin ser intrusiva pero tampoco distante – en largos monólogos que parasitan el trabajo analítico?

La presencia de la analista es necesaria para que la paciente se muestre en sus aspectos contradictorios.

Un lazo necesario para generar en mí la misma frustración que siente por ella misma.

Aun comprendiendo el “sin memoria y sin deseo”, inevitablemente nos guían ciertas expectativas y aspiraciones sobre el proceso de los análisis de nuestros pacientes. En este caso, lograr una autonomía necesaria

para su funcionamiento psíquico, que se interese por algo, sacudir su deseo de no deseo, que sienta empatía, que tenga alguna iniciativa, promover cambios, pocos, algunos, ¡uno!, salir del aislamiento e integrarse socialmente, disfrutar su sexualidad sin entregarse como mero objeto de irresistible deseo. Soy consciente en que debo resignarlas con una espera activa.

Desde un vínculo diferenciado, eludir las teorías cerradas y poner empeño, no tanto en la interpretación, sino en encontrarle algún sentido a esa facilidad verbal expresiva, omnipotente que le es propia y solo le produce confusión. No es que el psicoanálisis no sirva, es que no alcanza. ¿Qué puede el psicoanálisis en este caso? Tal vez, solo hacer una vida posible y vivible.

Admito que no terminé de entender ese desasimiento de la vida, pero aún así, la sigo escuchando con interés, viendo qué se me ocurre y qué inventamos juntas. El límite debe ser aceptado, en todo caso, velar para evitar más daño.

***Sesión Clínica presentada en Aecpna** el 5 de febrero de 2022 dentro del ciclo “Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos.”

****Sobre la presentadora:** La Lic. Raquel Duek es psicoanalista, miembro titular de APdeBA, analista de niños y adolescentes reconocida por la IPA.



*Hernán. Intervenciones y montaje de la transferencia en una consulta difícil**

*Lic. Ileana Fischer***

*Introducción por Francisca Carrasco Cabrera****

En el marco del Ciclo de Sesiones Clínicas de Aecpna, tengo el agrado de comentar el caso clínico presentado por Ileana Fischer, titulado Hernán. Intervenciones y montaje de la transferencia en una consulta difícil.

Hernán es un adolescente sufriente, en plena neurosis de adolescencia que, gracias a la escucha y el hacer analítico logra desplegar una transferencia que poco a poco le irá permitiendo encontrarse con las dificultades de la vida con menos sufrimiento inconsciente y con una mirada dirigida a los objetos exogámicos y al encuentro con su deseo.

El sufrimiento inconsciente de un adolescente se manifiesta de distintas formas, el camino que ha de hacer todo adolescente, en el caso de Hernán presenta escollos, su sufrimiento inconsciente no es moderado y su tristeza, su angustia y su rebeldía le tienen sumido en un desencanto absoluto que da lugar a un comportamiento peligroso: está deprimido, aislado y negándose a vivir, bajándose poco a poco de la vida, tanto que la madre entiende y teme

que pueda hacer un pasaje al acto (quitándose la vida). Ileana también escucha la profundidad del sufrimiento y por tanto el riesgo de vida que conlleva, por eso realiza la indicación de la interconsulta con psiquiatría.

Como casi siempre en las neurosis de adolescencia, los lugares y las representaciones parentales son protagonistas, el padre de Hernán juega un papel fundamental en la dificultad que tiene el paciente para no solucionar su neurosis. Vemos a un padre que se siente portador de la ley, él es la ley, sabe de todo, en una actitud perversa siente al hijo como una parte de él mismo; él sabe lo que le pasa, a él también le pasó, sabe cómo hacer que su hijo reaccione (en palabras de este padre). Las opiniones profesionales son innecesarias, no tienen validez, su hijo es suyo y no puede oír que Hernán sufre.

Frente a esta negación de la individualidad de Hernán, él quiere desaparecer, porque no puede hacerle frente a la rabia que la humillación de la prepotencia paterna le produce y la vuelca sobre sí mismo. Antes la rabia la

había tramitado con actuaciones rebeldes y recurrentes como el consumo de porros, etc.... pero alguien le quitó a la novia y vuelve su fragilidad.

El posicionamiento de la analista permite que este joven pueda verla no como portadora de la ley, porque ya desde el primer momento ella le dice, no puedo con todo (con la indicación de la interconsulta), acepta no tener todas las soluciones para el sufrimiento de él; pero además Hernán puede ver que no se somete como su madre a la voluntad del padre. Esto dinamita la potencia paterna e instaura el primer conato de transferencia.

El primer contacto con Hernán inaugura algo muy importante que es el interés que la analista le muestra por saber ¿qué piensa?, ¿qué quiere?, ¿por qué quiere dormir tanto? Él la mira, la reconoce, y ella le hace que mire lo que él quiere (su banda de música) y le marca que la imposibilidad de hacerse cargo de su deseo es lo que le hace sentirse débil y sometido.

La acogida de la analista, su interés por él, por su tratamiento y no tanto por completar una historia clínica sino instaurar la transferencia, hace posible que Hernán hable de sus temores, ¿será ella como su padre? Rígida y estricta, que va a decirle lo que tiene que hacer y decir, ¿le interesará él o su dinero?

Estar sentada en el sillón del analista le permite a Ileana mostrar el deseo del analista con claridad, de inconsciente a inconsciente parece que Hernán lo capta y este pasaje

es lo que le facilita darle un saber a ella que rompe el saber inconmensurable del padre. ¿Tú sabes qué me pasa? Pregunta Hernán, otorgándole un saber que es fundamental que el paciente conceda al analista, y a esto se suma la cuestión sobre qué tiene él que ver con todo esto que le pasa: no hago nada para conseguir mi banda, no hago caso a mi deseo.

Es sabido que el concepto de transferencia es el que comanda la cura, y aquí la posición de la analista tiene que ver con su deseo por el tratamiento de Hernán, y no por conseguir el bien del paciente y hacer que estudie. Lo que le interesa a la analista es el cambio de posición subjetiva, es decir que el sujeto, que está sujetado a un fantasma inconsciente de sumisión pueda reconocer su propio deseo (no someterse al que piensa que es el deseo del otro).

Si pensamos que la adolescencia es una neurosis de crecimiento al modo de la histeria, que en principio se resuelve sola, la posición del padre ha entorpecido su desarrollo psíquico y de él se defiende como puede.

Tal vez pueda a través de la transferencia cambiar algo de su posición, e interpretar lo real desde otras claves con menos síntomas. Seguramente el padre sigue siendo como es, pero Hernán ha podido asumir una posición diferente frente a los requerimientos paternos y a la sumisión materna. En la transmisión del caso se pone de manifiesto los cambios subjetivos que la cura le ha procurado.

Exposición de la sesión clínica

*Lic. Ileana Fischer***

Introducción

La adolescencia como segundo tiempo de la constitución de la subjetividad requiere de un trabajo psíquico de triple articulación y resignificación entre pasado, presente y futuro. Esta tarea de complejización historizante no se realiza exclusivamente en solitario e intrapsíquicamente, sino que también tiene lugar en lo inter y transubjetivo, y su importancia radica en la posibilidad de reelaboración de lo vivenciado de modo tal que sea posible una reescritura y un reposicionamiento subjetivo.

El proceso de historización no sucede sin la puesta en marcha de interrogantes sobre aquello instituido en la historia de cada sujeto. Proyectarse a un tiempo futuro caracterizado por la autonomía deseante es un modo de repensarse. Siguiendo esta senda es que cada adolescente

podrá enunciar su “proyecto identificador” (Aulagnier, p. 1975) como construcción de una imagen ideal de sí que promueve el compromiso a la acción que inviste.

En el campo del psicoanálisis, consideramos la adolescencia como un tiempo de transformación subjetivante en el que ocurren procesos psíquicos complejos. Un tiempo turbulento en el que tienen lugar los duelos del modo de funcionamiento de la infancia y la reedición edípica, la transformación de la economía libidinal y la refundación del narcisismo, la complejización del pensamiento, los procesamientos identificatorios de remodelización, la búsqueda de nuevos referentes pares y adultos en lo extrafamiliar, el proceso de hallazgo de objeto, la confrontación generacional y la autonomía son algunas de la operatorias que caracterizan al complejo¹

adolescente en un discurrir rizomático.²

Piera Aulagnier³ nos acerca los conceptos de historización y proyecto identificador, como fue previamente indicado, para pensar a la adolescencia como un tiempo de separación, reelaboración y encuentro. La autora plantea que la salida del tiempo de la infancia implica concluir la alianza con el Yo parental, como único referente identificador; y que de esta manera el adolescente se inicia en el camino de la reorganización de las estructuras psíquicas que involucran su relación con la realidad, relación entre sus deseos y los de los otros, y entre el que quiere ser y sus ideales.

Esta breve introducción ha tenido como objetivo compartir con ustedes algunas de las coordenadas teóricas que orientan mi tarea como analista con adolescentes y que estarán presentes en el material clínico de este encuentro.

Para esta presentación tomaré algunos pasajes de las primeras entrevistas a un joven y a sus padres para pensar los tiempos de montaje de la transferencia e intervenciones del analista en su articulación con las operatorias de historización y subjetivación en relación con el comienzo de un proyecto de análisis.

Primeras movidas. Inicio del juego.

“Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que solo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de movidas que siguen a la apertura”.

(Freud, S. Sobre la iniciación del tratamiento. 1913)

La madre de Hernán se comunica telefónicamente para solicitar una entrevista. En ese primer contacto refiere la fuente de derivación, aclara que su hijo tiene dieciocho años (recién cumplidos) y que ella está muy preocupada por él ya que lo nota desde hace tiempo muy desanimado. En efecto la escucho muy intranquila. Le propongo recibirla en una entrevista y luego pautar con Hernán. Le pregunto cómo está conformada la familia y me comenta que está separada del padre del joven hace algunos años. Le consulto si le parece posible una entrevista en conjunto con el padre y me responde que no porque tienen una relación conflictiva. Tomo lo que me manifiesta y le doy un horario. Decido citar en otro momento al padre.

Recibo a Marta en mi consultorio. Su impronta transmite aflicción y temor. Habla bajo.

Inicia comentando que su hijo necesita ayuda y que tiene miedo a que se suicide. Relata que su hijo no tiene intereses referidos al estudio y trabajo y que permanece en la cama casi todo el día. Comenta que las dificultades comenzaron con el ingreso a la escolaridad secundaria.

Agrega que su hijo consume marihuana en cantidad desde ese momento. Adicionalmente agrega las discrepancias con el padre del joven sobre su estado emocional y el posible tratamiento psicoterapéutico.

Concluida la entrevista y dados los indicadores de riesgo, le propongo verlo a Hernán y dejar para luego la entrevista con el padre.

En el primer encuentro Hernán refiere que es pesimista y que está agobiado por la rutina y que sólo quiere dormir todo el día y tocar el bajo. Finaliza su relato diciendo que estos son los motivos por los cuales la madre se puso en contacto conmigo. En ese momento intervengo con sorpresa en búsqueda de algún efecto: “¡Porque querés dormir todo el día...!”. Se sonríe. Me mira por primera vez. Continúa describiendo su vida gris y lo agobiante de ir a la casa del padre.

En determinado momento le comento: “Dijiste que lo único que querías era dormir todo el día, sin embargo, parece que hay otra cosa que querés: tocar el bajo”. Hace una pausa y se produce un cambio en su expresión.

Tiene un aspecto desolador, habla bajo y lentamente, y su vestimenta está sucia. Le pregunto cómo se siente ahora en sesión. Contratransferencialmente percibo angustia y también algo de rabia. No puedo precisar exactamente. Hernán responde a mi pregunta con llanto. Dice que siempre fue pacífico, pero que hace un tiempo tiene bronca porque se encontró en la calle con el hombre que le “robó” a la novia. Continúa este relato y finaliza diciendo que no sabe cómo explicar lo que siente y que no tiene sentido hacer nada porque “total nos vamos a morir”.

Segunda entrevista con Hernán: “Me sentí mejor, creo que necesitaba llorar un poco”. Comenta que a veces tiene altibajos en el ánimo, que está disconforme con su imagen corporal, que se ha realizado autolesiones y que sería mejor si no estuviera en el mundo. En esta entrevista hizo al persistente consumo de marihuana, a que pasa días sin bañarse, que duerme con la misma ropa del día y que hay veces que no come.

Luego de esta entrevista decido hablar e intercambiar ideas con una psiquiatra con la que trabajo en equipo en algunas ocasiones y ambas coincidimos en que, preventivamente, era indicado solicitar una interconsulta.

Pido una entrevista con el padre. Acepta. Cuando llega me encuentro con un hombre muy alto y corpulento, con un semblante de superioridad y un aire despreocupado. Se sienta como abarcando todo el espacio del sillón. Contrasta con el pequeño lugar que utiliza Hernán al sentarse. Comienza diciendo que lo que le sucede a su hijo es normal y que es parte de la adolescencia y que no hay que exagerar.

no lineal con tendencia al desorden y el caos, que luego llega a cierto orden en el que juega un lugar central el principio de incertidumbre.

2 Un rizoma es un concepto planteado por los filósofos franceses Deleuze y Guattari (a partir del rizoma botánico) como un modelo epistemológico en el que los elementos se conectan entre sí sin jerarquías, donde cualquier punto puede conectarse con cualquier otro, prescindiendo de una instancia superior que organice y unifique. Esto hace que no sea posible determinar el centro.

3 Aulagnier, P. Cuerpo, historia, interpretación, p. 225-6.

Se describe como exigente y que quiere que su hijo se esfuerce y salga de la comodidad que le brinda la madre. Detalla conflictos con la madre de Hernán y discrepancias en los criterios de crianza. Promediando el tiempo de la entrevista le pregunto si ha notado el aspecto físico del hijo y si está enterado de la desazón que siente desde hace tiempo. Dice que sí, y reitera que no hay que exagerar. Le informo que estoy considerando que realicen una interconsulta con psiquiatría y explico los motivos: un estado depresivo ligado a ciertas ideas de muerte, desesperanza, la sensación de vacío y el deseo de dormir todo el día.

Tercera entrevista con Hernán: llega, se sienta y me dice que estuvo a punto de entregarle a un chico de la calle el dinero de los honorarios, porque los iba a aprovechar más que él. “Soy un caso perdido”, dijo. Le pregunto qué es lo que lo había detenido. Me responde que no sabía. A continuación, dice: “Ya está...no creo que te importe lo que me pasa, es por dinero. Es un trabajo”. En ese momento me interrogo acerca de a qué me convoca Hernán con este relato y hallo que esta es una oportunidad para realizar una intervención que funde un movimiento.

De todas las líneas que se me ocurren, decido poner énfasis en aquella que considero un llamado a mi posición de analista como una analista vital. Las palabras de Hernán apuntan a mi deseo. Entonces respondo: “Entiendo tu duda, parece que cuando hay dinero de por medio algunas cosas parecen confusas, pero hay algo que te puedo decir: el interés por el sufrimiento de las personas y el deseo de ayudarlas no tiene que ver con el dinero”. Hernán responde a esta intervención con una pregunta: “¿Vos qué pensás que me pasa?”.

Al finalizar la entrevista pautamos algunos aspectos del encuadre inicial que consisten en la interconsulta de evaluación y que le propondré las entrevistas en función de cómo se den los acontecimientos, además de que, por el momento, no fijaremos el día. Está de acuerdo. Respecto de la interconsulta, le comento a él y a su madre la perentoriedad de su realización.

Segundos movimientos. Intervenciones del analista

Llega Hernán a la consulta y dice que le gustó pensar sobre su vida y que hace unos días no consume marihuana.

Dado que aún no solicita el turno para la interconsulta, le recuerdo su importancia, y que si no la realiza interrumpiremos las entrevistas. Lo mismo le informo a la familia junto a la indicación de que Hernán debe ir acompañado a la cita con la profesional.

Cuando asiste a la quinta entrevista informa que sacó turno con la psiquiatra, pero no concurrió. Decido –como maniobra– suspender los encuentros.

Transcurridos un par de días me comunico telefónicamente con él. En la conversación retomo algunas de las cuestiones trabajadas y reitero la importancia de hacer la interconsulta. Al día siguiente, Hernán me comunica que

solicitó el turno para psiquiatría y que irá acompañado por su madre. La psiquiatra realiza la evaluación e indica medicación, la cual será administrada por la madre.

Hernán comenta que su padre no está de acuerdo con la medicación y que él no está muy convencido pero que la tomará porque entiende que es una condición para continuar con las entrevistas psicológicas en esta primera etapa.

Dice que su problema es de la cabeza, no del cuerpo haciendo referencia a la exigencia del padre por un cambio de alimentación y el inicio de actividad física. Agrega que no sabe por qué no tiene ganas de nada.

Una de las tareas del adolescente es “des sujetarse” de los lazos de amor infantil y buscar modelos extrafamiliares. En “Tres ensayos de teoría sexual” (1905) se plantea que el desasimiento de la autoridad de los progenitores⁴ en la adolescencia es uno de los logros psíquicos más importantes y dolorosos. Hacerse un lugar en el más allá de lo familiar es un pasaje que, en muchas ocasiones, encuentra en el análisis el “apuntalamiento” y un espacio, como transicionalidad (Kaes, 1979)⁵. Kaes toma el concepto de transicionalidad para designar una zona de pasaje entre dos estados subjetivos que van desde la ruptura de la continuidad al restablecimiento de la continuidad, la confianza y la integridad propia y del entorno.

Tiempo de maniobras.

En una entrevista posterior, el padre transmite su disconformidad con la medicación y su posición respecto de que el cuerpo se cura solo. Refiere que ya que investigó en Internet y cree que no es la medicación indicada, ni el diagnóstico correspondiente. Planteo la idea de sufrimiento psíquico y de la situación de riesgo en la que se encuentra su hijo desde hace tiempo. Le indico que se comunique con la psiquiatra y solicite una entrevista para conversar acerca de esta preocupación y de sus opiniones. Dos semanas más tarde, el padre insiste con el desacuerdo y le reitero que debe comunicarse con la psiquiatra dado que no es mi área de incumbencia.

Tres días después, la familia tiene una entrevista con la profesional en la que acuerdan que Hernán tomará la medicación.

Al día siguiente de esa consulta, Hernán concurre al consultorio y me informa que sus padres decidieron, la noche anterior, que no tome la medicación. El joven manifiesta su desconcierto porque ese mismo día se acordó lo contrario. Aclara que el que presiona más es el padre y que la madre tiene dificultades para confrontarlo. Trabajo con Hernán algunos aspectos vinculados a la trama familiar e intento situar su propio punto de vista respecto del proceso que se estaba realizando. En este punto tengo la hipótesis de que estas maniobras son centrales para producir un movimiento singular de Hernán y la posibilidad de hacer oír su voz.

Al día siguiente la madre me solicita una entrevista

4 Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. T VII. P. 207

5 Kaes, R (1979). Crisis, Ruptura y superación. P. 61-3

conjunta con el padre, mediante un mensaje telefónico. Se les ofrecen diversas opciones. El padre no acepta ninguna de ellas. Argumenta que a ellos les bastan cinco minutos para informar telefónicamente la decisión de que su hijo no tome la medicación y que no van a discutir sobre ese tema. Le respondo que me doy por informada y ofrezco una entrevista para realizar una devolución del proceso diagnóstico del hijo y las indicaciones terapéuticas.

Realizo la entrevista conjunta. Allí el padre insiste en su desacuerdo con la medicación y el proceso terapéutico. A la madre la observo pasiva, angustiada, agobiada y en desacuerdo con el padre de Hernán, sin embargo, solo puede decirlo muy sutilmente y con temor. Les comunico la situación clínica y de riesgo en la que se encuentra Hernán y explico las estrategias terapéuticas iniciales para continuar: dos sesiones semanales y las consultas con la psiquiatra dado que considero que este es un tratamiento que requiere un trabajo interdisciplinario en primera fase y que, si bien Hernán es mayor de edad, en esta situación en particular, es relevante el consentimiento familiar para posibilitar el acompañamiento necesario.

El padre se niega a esta modalidad y la madre no está dispuesta a contradecirlo, aunque su opinión es opuesta. Como estrategia les solicito que firmen el no consentimiento con el tratamiento para poder cerrar la historia clínica. La madre, muy angustiada, firma; y el padre se niega y exige que le entregue, en ese momento, un informe diagnóstico para ser presentado a otro psiquiatra. Le digo que se lo entregaré en un par de días ya que no puedo confeccionarlo en ese momento.

A la mañana siguiente, la madre informa telefónicamente que Hernán le dijo al padre que va a seguir con el tratamiento y la medicación, y que no le importa lo que él opine, a lo que el padre le respondió que hiciera lo que quisiera, que no se interpondría.

El proceso de subjetivación consiste en la desalineación, deconstrucción de los enunciados identifiantes infantiles propuestos desde los otros y de las alianzas inconscientes que se sujetan en aras de la construcción de lo por venir. En el análisis con adolescentes, no somos solo la “luna del espejo”, sino que también somos personas que interactuamos. Hay un tiempo durante las primeras entrevistas en el que considero que los adolescentes nos ponen a prueba: ¿de qué lado estás?, ¿serás capaz de resistir el embate?

Desde esta perspectiva, la función analítica con adolescentes no está solo orientada a la reelaboración y construcción, sino que también es fundante.

Hernán se comunica y asiste a una entrevista. Afirma: “Mis padres están preocupados por ellos. Lo que me gustó de vos es que no le tenés miedo a mi papá. Mi papá siempre quiere hacer las cosas como le parece. Si se le mete algo en la cabeza, pone ficha y ficha. Ellos son un círculo y creo que a él no le gusta que yo esté en otro círculo con ustedes. Quiero intentarlo porque quiero una banda”.

Hernán continuó en tratamiento por cuatro años.

Bibliografía:

- Aberasturi, A. *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Paidós. Buenos Aires. 1992.
- Aulagnier, P. (1975): *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu. Buenos Aires. 1993.
- Aulagnier, P. (1979): *Los destinos del placer. Alienación, amor y pasión*. Paidós. Buenos Aires. 1994.
- Cao, M.L.: *Planeta adolescente*. Buenos Aires. 1997
- Freud, S. (1905): *Tres ensayos de teoría sexual*. T. VII. OC. Amorrortu. Buenos Aires. 1998.
- Freud, S. (1912): *Sobre dinámica de la transferencia*. T.XII. OC. Amorrortu. Buenos Aires. 1998.
- Freud, S. (1912): *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Óp. cit.
- Freud, S. (1912): *Sobre la iniciación del tratamiento*. Óp. cit.
- Freud, S. (1912): *Recordar, repetir y reelaborar*. Óp. cit.
- Kaes, R. (1979): *Crisis, Ruptura y superación*. Cinco. Buenos Aires. 1979.
- Hornstein, L. y otros: *Cuerpo, historia, interpretación*. Paidós. Buenos Aires. 1991.
- Millar, J.A. (1984): *C.S.T. en Clínica bajo transferencia*. Manantial. Buenos Aires. 1993.
- Stermbach, S.: *Mesa Redonda. Revista Psicoanálisis: ayer y hoy*. No. 5. Disponible en www.elp psicoanalisis.org.ar

*Este escrito es una revisión del material presentado en la Sesión Clínica de AECPPNA el 5 de marzo de 2022, dentro del ciclo “Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos.” Se han conservado las apreciaciones teóricas y lo sustancial del material clínico para preservar la confidencialidad del caso.”

****Sobre la autora.** Lic. en Psicología. Psicoanalista. Miembro de la AEAPG. Prof. titular de las carreras de Maestría y Especialización en Psicoanálisis de AEAPG/UNLAM. Coordinadora del seminario de Inicios de la Práctica Profesional de AEAPG. Exdirectora de la Revista Digital Psicoanálisis Ayer y Hoy (AEAPG) y miembro del Consejo Directivo (2017 – 2021). Supervisora clínica. Prof. de seminarios en la Fundación Buenos Aires.

Compiladora de los libros *Primeras entrevistas y Psicoanálisis. Encuadre e intervenciones en la clínica actual*, Ed. Ricardo Vergara (2019) y de *De vínculos, subjetividades y malestares contemporáneos*, Ed. Entreideas (2020). Coautora de *Psicoanálisis con Niños*, Ed. Ricardo Vergara (2019), *Supervisión en psicoanálisis*, Ed. Ricardo Vergara (2019) y *Clínica con adolescentes. Problemáticas contemporáneas*, Ed. Entreideas (2020).

*****Sobre la presentadora:** Lic. Francisca Carrasco Cabrera. Psicóloga, Psicoanalista, miembro docente de Aecppna, miembro de la Comisión Directiva de Aecppna (hasta 2017). Profesora y coordinadora del Máster Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense de Madrid (U.C.M) desde 1997 hasta 2017, Miembro Didacta de la Asociación Madrileña de Psicoterapia Psicoanalítica (AMPP) perteneciente a la Federación Europea de Psicoterapia Psicoanalítica, Miembro y Supervisor acreditado por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas).



*Problemáticas adolescentes**

*Lic. Eliana Tomaszewski***

*Introducción de la sesión clínica “Adolescentes perturbados. Riesgos y complejidades actuales.” Por Lilian Ospina Martínez****

En AECPNA abogamos por distintos espacios de debate y reflexión. Las sesiones clínicas, en el marco de la actividad científica, son en sí mismas un espacio de investigación y creación que tiene el propósito de facilitar la escucha y la comprensión del sufrimiento psíquico.

En la necesidad de abordar los desafíos de la clínica de hoy, hemos convocado en nuestros espacios de formación y diálogo a personas que físicamente se encuentran lejos pero que en el intercambio percibimos cercanas porque nos une nuestro deseo de entender y ayudar a nuestros infantes y adolescentes. La idea es mantener vivo el pensamiento y la práctica psicoanalítica en cada uno de nosotros y en relación con el tiempo histórico y social que nos toca vivir. Es una realidad que en la clínica actual vemos adolescentes severamente perturbados con más frecuencia de lo que desearíamos y no queremos dar la espalda a esta preocupante realidad. Es nuestra obligación pensar en ellos como el psicoanálisis lo hace y pensarnos también como responsables del entramado

social en el que están inmersos nuestros niños, latentes, púberes y adolescentes.

Contemplamos con estupor patologías nuevas mucho más primitivas ontológicamente hablando, son patologías o disfunciones procedentes de estadios muy precoces: trastornos de la alimentación o del sueño, dificultades en la constitución subjetiva, procesos psíquicos que no llegan a desarrollarse y que ponen en cuestión el crecimiento mismo.

Carencias relacionales precoces que dificultan o impiden la estructuración del narcisismo primario y que ponen en peligro la estructuración psíquica y por ende, la subjetividad misma se halla amenazada. Los fallos en la función para excitante materna, contenedora y ligadora de lo pulsional, junto a las deficiencias en la función paterna dificultan la diferenciación y separación de los objetos primarios, imprescindibles para su representación en el mundo interno, origen del proceso de simbolización

que posibilita la renuncia a la satisfacción pulsional directa, instala la represión primaria y que posibilita la constitución del yo. Teniendo en cuenta que estos fallos suceden en momentos precoces del desarrollo, antes del acceso al lenguaje, difícilmente van a ser expresados a través de palabras e imposibilitará el proceso de resignificación psíquica que se produce durante la adolescencia, por lo que el cuerpo se constituirá en el escenario para expresar los antiguos dramas precisamente porque quedan como no representados y tienen su origen en la primera infancia como veremos en los distintos relatos clínicos de hoy, dificultad para recordar, imposibilidad para historizar, incapacidad para pensarse, problemas en la identidad...

Veremos en los casos que hoy nos presentan, como el cuerpo es depositario del sufrimiento, del vacío imposible de sostener y ser representado, de la pérdida, de la ausencia, del abuso... dolor que deja marca en el cuerpo y que pretende diluirlo o mitigarlo, un dolor que, a pesar de todo, se hace más soportable que el sufrimiento psíquico, nosotros los psicoanalistas, abogamos por comprenderlo.

Si el síntoma es una formación psíquica de gran complejidad, una respuesta psíquica muy elaborada, ¿qué pasa cuando falla la represión? Si no hay represión, no hay separación entre lo consciente y lo inconsciente. En este sentido dice Recalcati: «Ciertas prácticas de goce parecen suplir al mismo inconsciente, la droga o la privación-sacrificio de la anoréxica o el vómito de la bulímica están representando al propio inconsciente».

En la clínica de hoy, vemos que los adolescentes convierten su cuerpo en un cuerpo para gozar o para ser gozado, en un escaparate que se exhibe en las redes. Un cuerpo que se tatúa, se agujerea, un cuerpo que sufre la falta de contención, de simbolización, de palabra, un cuerpo que ya no es continente.

Nos estamos encontrando con grandes problemas en la constitución del sujeto. Niños y adolescentes que tienen problemas en representarse la presencia-ausencia del objeto. Pero ¿por qué cada vez hay más casos que podemos enmarcar en la denominada clínica de los bordes? La organización border-line descrita por Otto Kernberg no es algo a medio camino entre la neurosis y la psicosis, sino una organización pulsional donde el vacío no pudo ser nombrado por fallos en la simbolización, entonces surge una importante pregunta ¿podremos abordarlo con la palabra?

La palabra es un campo de regulación para el goce. Hay dos registros de la experiencia humana, el del deseo y el del goce, el deseo pertenece al campo del principio del placer y el goce esta fuera del bienestar y sometido al cuerpo. Aunque la pulsión de muerte es muda, silenciosa y no se puede representar, aflora como lo hace lo traumático y la repetición, fuera del sentido y de lo simbólico de la palabra.

En la clínica de hoy vemos sujetos atravesados por la hemorragia, el desbordamiento, perturbaciones en el cuerpo, cortes, trastornos en la alimentación y sentimos la impotencia de la palabra para contener ese exceso. Exceso que se pone en el cuerpo a modo de adicciones,

intentos de suicidio y acting out. Vemos en nuestras consultas la problemática que supone para los niños ocupar el lugar de satisfacción de sus padres ya que, si el otro solo goza de mí, no logro subjetivarme en el campo del deseo y se interrumpe o se perturba gravemente su desarrollo infantil y el devenir de la adolescencia o como diría Freud, la metamorfosis de la pubertad. Veremos en las viñetas clínicas a continuación, estas manifestaciones y de nuevo la pregunta: ¿Podrán ser abordados a través de la palabra?

Dentro del proceso adolescente, los movimientos de desinversión derivados de la decepción respecto a los ideales infantiles y de desidentificación en relación a las figuras parentales, especialmente cuando no es posible el desplazamiento libidinal hacia otros objetos, pueden dar lugar a un repliegue narcisista consecuencia de la vulnerabilidad del yo, que caracteriza este momento de reorganización psíquica, o a una regresión narcisista severa de carácter melancólico con un alto componente autodestructivo.

Esta vertiente autodestructiva está presente en las variadas manifestaciones clínicas que encontramos a diario en nuestra práctica con adolescentes.

Numerosas expresiones clínicas vehiculizan estos trastornos narcisistas a través de ataques autodestructivos contra el cuerpo por su reactivación ante la investidura que el nuevo cuerpo genital adquiere en este momento de adolescencia. A todo ello hay que sumarle los efectos de la Pandemia sobre nuestros púberes y adolescentes como nos mostrarán las viñetas clínicas que hoy nos traen nuestras colegas de argentina.

La extraordinaria fluidez y movimiento del funcionamiento psíquico hace que la adolescencia constituya un momento privilegiado y único de posible paso de una línea narcisista a otro más objetual y edípica, la transformación del yo ideal en ideal del yo y de acceso al superyó edípico, en su doble función protectora y prohibidora.

Sin embargo, a pesar de esta posible reversibilidad se pueden producir complicaciones muy graves y se hace necesaria una intervención analítica para intentar impedir que este funcionamiento se convierta en patología adulta, abortando el proceso adolescente. Es decir, como planteaba anteriormente: cuando no es posible el desplazamiento libidinal hacia otros objetos, puede dar lugar a, o bien un repliegue narcisista, o a una regresión narcisista severa de carácter melancólico y autodestructiva.

Ojalá solo tuviéramos que explicar a nuestros adolescentes en las consultas que, llegada la pubertad, tal como escribió en "Final de juego" Julio Cortázar, "los veranos ya no serán los mismos a la hora de la siesta".

Sin más dilación quiero dar paso a nuestras invitadas de hoy; la pandemia nos ha puesto contra las cuerdas y su efecto demoledor es el que nos ha abierto las puertas para saborear un rico y fructífero encuentro con el Otro y con estas otras (en minúsculas) del otro lado del Atlántico.

Problemáticas adolescentes*

Lic. Eliana Tomaszewski**

En términos generales la adolescencia es posible concebirla como un proceso psicológico según el tipo de sociedad y la época ya que son una construcción histórica/cultural. Los aportes de Freud permitieron reconocer a la pubertad como hito importante por el desarrollo de los órganos genitales, la aparición de la menarca o de las erecciones con eyaculación, y la posibilidad de mantener relaciones sexuales. Freud la ha descrito como una organización sexual definitiva.

La insistencia en las transformaciones físicas de la pubertad ha llevado a describir un proceso psíquico denominado “puberal” que sería en relación a la psique lo mismo que la pubertad es en relación con el cuerpo. [Guttmann, b, 1991]. La experiencia puberal se la puede imaginar como una pantalla capaz de recibir la transformación de la pulsión en fantasías. La masturbación es un ensayo y despliega la capacidad de búsqueda y de encuentro de una relación gratificante con otro.

Lo “puberal” se define como un proceso que refleja la presión que ejerce la realidad biológica de la pubertad sobre las tres instancias psíquicas (yo, superyó, ello). Es así como surgen los procesos que llevan al cambio en el “statu quo” de la latencia. Estos procesos podrían agruparse en: endógenos -cambios corporales y hormonales, y cambios psicológicos en el desarrollo del yo. Los exógenos, medio social y la barra de amigos. Estos diversos factores se influyen mutuamente.

Dichos cambios descritos del proceso normal son los que producen el aflojamiento de las tensiones reprimidas de la latencia. Se actualiza la dimensión edípica y afloran las características del estadio polimorfo, tales como la voracidad, crueldad, cinismo, etc. Los padres son objeto de ataque debido a que han perdido su valor de omnipotencia y omnisciencia por la pérdida de la investidura libidinal.

Desde la dimensión de la identidad, los procesos disociativos obsesivos que habilitaron la organización del yo [escolaridad, etc.] y del ideal del yo del latente [identificación con la imagen idealizada de los padres] sufren un proceso de disolución, o sea un proceso similar a la desidentificación, y la **estructuración de la identidad** tiende a replantearse.

La identidad padece entonces los efectos de no contar con una imagen estable sobre la cual apoyar el revestimiento narcisístico. Los jóvenes pueden, para aliviar esas vivencias de incertidumbre, transitar por instancias subjetivadoras, tales como la “**experiencia cultural**” entendida ésta como un espacio vincular donde se constituyen recorridos habilitados para una experiencia inédita y común. Por ej.: la participación con pares en deportes, política, música con lo concomitante

idealización de algún personaje, que sirven de soporte al narcisismo y a posteriores identificaciones que pueden enriquecer el ideal del yo.

Sin embargo, también observamos casos en que dichas situaciones se transforman en refugios que dificultan el desarrollo de lo propio de cada quién.

En estos casos, podemos inferir un exceso del funcionamiento de identificación. Proyectivamente de los aspectos aspiracionales del yo. El yo se debilita y anula sus propias potencialidades. El objeto o sujeto idealizado se transforma en el ideal del yo y el vínculo que se entabla es de extrema dependencia, por ej.: la claustrofobia: la forma de ser es habitar en el otro. También lo observamos en las conductas de dependencia que incluye las conductas de carácter adictivo manifiesto.

A veces se observa depresión subyacente y búsqueda de sensaciones como antidotos. En estos casos, el adolescente intentará reemplazar una relación afectiva percibida como peligrosa por su potencial amenaza a su autonomía, por una relación de poder sobre un “objeto” que adopta así una función de sustitución con respecto a esa relación afectiva que se podrá visualizar en la transferencia desde donde podemos operar. Volvemos a pensar en la predominancia de la escisión del paciente, pues expulsa una parte de sí mismo experimentada como vergonzosa o por sentirse inseguro, al tiempo que esta conducta de expulsión le habilita reafirmarse en ocasiones en una **identidad negativa** y podemos inferir que existe una escisión inadecuada entre lo bueno y lo malo, por lo tanto, hay confusión.

Esta configuración la he observado en un paciente en el cual los juegos por internet, que en principio funcionaban como un entretenimiento, se transformaron en un refugio problemático para evadir el contacto con sus compañeros quienes se transformaron en potenciales enemigos por el incremento de la ansiedad paranoide durante la pandemia.

Los encuentros con los amigos se han puesto en jaque durante la pandemia, especialmente en la época del distanciamiento social preventivo obligatorio y si bien ahora hay aperturas, algunos viven con ansiedad y miedo debido al potencial contagio, la angustia, la ansiedad y la depresión han sido algunos de los motivos de consulta.

La aparición del Covid fue imprevista, impensable para muchos y en algunos casos tuvo efectos traumáticos ya que potenció la caída de la imagen narcisista que el soporte del grupo de pares, de amigos en presencia podía ofrecer. Asimismo, también cayó la confianza en la ciencia, en la política, etc. generando un grito de desesperanza frente a la impotencia que se tradujo en

algunos casos en depresiones y en otros la respuesta observada fue la desmentida y negación del evento coronavirus en distintos grados.

Recalcati, Massimo [2021] nos recuerda, en una de sus conferencias, que la función primera de la imagen en el espejo es donar identidad al sujeto, es recubrir el real pulsional con la forma de la imagen. Agrega que cuando padecemos un trauma, hay desconexión entre la imagen y el real de la pulsión, entre la forma y lo informe. Dijo al respecto “” que el Covid es el punto traumatizante de la imagen, pero no solo de la imagen sino también del ser humano en su totalidad”.

Lo compara con las dismorfofobias que padecen los adolescentes en el sentido de la caída de la gestalt y el surgimiento de la dimensión informe de la vida, y yo agregaría de la caída del yo. En este contexto ,recuerdo un sueño de una paciente de 17 años que padeció Covid con síntomas medianamente intensos, y contó en su sesión una pesadilla cuyo contenido manifiesto era el de una casa en estado muy precario cuyas paredes se descascaraban y ella intentaba resolverlo tapando con afiches de su grupo musical predilecto esas paredes estropeadas, pero cuando lo intentaba, veía que no era efectivo.

Al traerlo a sesión pudo elaborar su angustia de muerte, sensación de derrumbe , y durante la convalecencia se sostuvo, entre otros intereses, con la música de su agrado que evocó las experiencias tempranas del vínculo materno con su respectiva envoltura sonora , y se constituyó en un sostén para la vivencia de inermidad.

Aparecieron de forma más acuciante las oscilaciones de la autoestima, ¿quién soy?, ¿cómo soy? ¿qué quiero de mí? , ¿qué busco? Estas preguntas adquieren matices diversos más allá de que se haya destituido lo conocido familiar. , en algunos pacientes, incluso, dichas preguntas quedaron postergadas pues la acción frente a la desesperanza resultó ser una herramienta para aliviar la vivencia de inermidad .frente a la aparición del dolor mental y la turbulencia emocional, los jóvenes operan con el mecanismo de escisión e identificación proyectiva.

Esta es la defensa principal en esta etapa, para lograr un intento de estabilización .

Cuando la crisis transita por los canales de la salud, si bien se ponen en jaque los canales sublimatorios o los obtenidos en la latencia, posiblemente en estos casos no indicamos un psicoanálisis de alta frecuencia que promueve la dependencia a un método, pues estamos en presencia del proceso adolescente “normal” con toda la turbulencia emocional que esto conlleva.

Pueden consultar por la angustia que estos cambios producen y les proponemos un abordaje con menor intensidad, por ej. hay jóvenes que consultan por un problema puntual (ejemplo: están acomplejados x algún detalle de su cuerpo o se pelearon con el novio, pero está funcionando bien en los distintos contextos de su vida, puede estudiar, tiene amigos y hobbies, pero quiere tener un espacio para poder explorar sobre lo que le sucede.

En otros casos lo puberal conlleva un momento que genera trastornos en el equilibrio para los jóvenes con una constitución psíquica precaria debido a déficits en las etapas previas .se requerirá la consulta a un terapeuta pues la intervención en ese momento podría evitar que se integre y se vuelva parte de la personalidad.

Duelo, desmentida y situación traumática: una viñeta clínica.

Se trata de una joven de 20 años que llamaré Cristina, quién consultó por inconvenientes con Pablo, su novio. Refiere que tiene problemas sexuales en el sentido de disminución del deseo y anorgasmia. Hablaron de terminar la relación, ya que él le hace reproches constantes. La paciente refirió: “Siento bloqueo grande cuando discutimos, no puedo pensar ni argumentar, no puedo dejar de gritar y siento odio, me siento atrapada, me duele el estómago continuamente”. En la 2da entrevista comentó desafectivizada que hasta hacía unos meses convivió con ella y la hermana la tía paterna que falleció recientemente]

Su madre murió cuando la paciente tenía apenas 4 años. Su papá envió a vivir a sus tres hijos con una tía paterna. Con ella estuvieron durante tres años hasta que la tía también falleció. (Cuando Cristina tenía 7 años). Comentó que su papá viajaba continuamente por su trabajo. Dijo al respecto: “Fue parco con nosotros. No tuvimos diálogo, no se podía hablar de mi mamá en su presencia”.

Su consulta estaba cercana a la muerte de otra tía paterna, y esto le movilizó un duelo cuya falta de elaboración fui advirtiendo gradualmente: El de su madre.

Asimismo, parecía padecer por la inhibición que habría sufrido el padre, quien no pudo acompañarla a través de la transmisión de relatos familiares, anécdotas, fotos, etc., y careció así de representaciones que posibilitan el trabajo de duelo.

Fui observando que la joven reeditaba su resentimiento y sensación de abandono en todos los contextos de su vida tanto con amigas como con los profesores, como así también en lo transferencial, cosa que yo entendía que estaba relacionado con las pérdidas tempranas. Llegaba tarde a las sesiones y reaccionaba con odio y rechazo a interpretaciones que incluían como contenido su temor de que yo la decepcionara o la abandonara, tal como había sucedido en su historia.

Una de las primeras impresiones es que la paciente parece estar con ansiedad confesional y nos preguntamos el motivo por el cuál no puede pensar ni argumentar. Agrega que se bloquea si discute. Nos preguntamos: ¿En qué percibe que queda atrapada? podríamos conjeturar, hasta aquí, que Cristina está Entrapada/ Encerrada en una identificación con el padre parco que no ha podido transitar el dolor de la muerte de la tía pues moviliza a la madre muerta?

Parecería que no puede acoger la rabia y el dolor ante la ausencia de tantas figuras significativas pues parecía carecer de un desarrollo simbólico con el que poder

poner en palabras los sentimientos. Se comunicaba por un lenguaje corporal: el nudo en el estómago. Las peleas con el novio la angustian pues temía también perderlo, (factor desencadenante.)

Si consideramos la metapsicológica de D. Meltzer podríamos conjeturar que: En la transferencia podemos inferir 2 estados mentales escindidos en relación con sus sentimientos de abandono por duelos reiterados.

1. Ubica en la Analista por identificación proyectiva un aspecto del self infantil de ella misma. Es decir, me hacía vivir a mí una configuración que la paciente padecía. Me rechaza y abandona con llegadas tardes, etc. tal como imaginamos pudo sentirse la paciente de niña cuando murió su madre y al no contar con la compañía del padre.
2. Mientras que Cristina, actúa una identificación con un padre retraído que se aleja y no puede hablar.

Volvemos a la paciente: En una ocasión Cristina llegó 5 minutos antes de que finalizara su sesión, tocó el timbre y se fue inmediatamente.

A la sesión siguiente me enteré de que se fue inmediatamente porque supuso que yo ya me había ocupado con otro paciente. Se sorprendió cuando mi intervención le hizo notar que esa era su hora, y que yo estaba disponible. Cristina se conmovió.

Luego de un silencio, la paciente tuvo un insight doloroso y genuino, este consistió en el registro del escaso tiempo compartido con su madre y los celos que advertía había sentido por la relación de sus hermanos con la madre, pues ellos pudieron disfrutarla más tiempo. Estos celos, ahora vivenciados, en compañía, le habían dificultado preguntarles a sus hermanos sobre la madre

En otro momento del proceso surgió un recuerdo infantil que adquirió significación patógena aprés coup. Cuando murió su madre Cristina pasaba mucho tiempo en la casa de la prima del papá a la que llamaré Silvia.

La paciente relata que Juan, el marido de Silvia, abuso de ella. Dijo al respecto: “con el tiempo me di cuenta de que me manoseaba, me besaba, a medida que crecía me hablaba de sexo para que no fuera una putita de quién se aprovecharan los chicos. No puedo evitar sentir culpa. ¡Cómo no hice nada para mandarlo a la mierda i”.

Me interesa en este punto hacer un alto para pensar en lo que Ferenczi desarrolla en su trabajo “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño” (Ferenczi, S., 1932). El autor enfatiza la noción de un desencuentro entre las expectativas de ternura y consuelo de los niños, y la predisposición sexual patológica del adulto.

Su hipótesis es que “La personalidad aun débilmente desarrollada de la niña reacciona, ante un abuso, con una identificación ansiosa y con la introyección de lo que la amenaza o la agrede”. Lo que es intrapsíquico va a quedar sometido, en un estado próximo al sueño-como lo es en el trance traumático- al proceso primario.

Es decir que lo que es introyectado es modelado y transformado de una manera alucinatoria, positiva o negativa, siguiendo el principio de placer.

El cambio significativo provocado por la identificación con el adulto es la introyección del sentimiento de culpabilidad del mismo.

Si el niño se recupera de la agresión, puede sufrir confusión, y frecuentemente su psiquismo está escindido, funcionando como culpable y como inocente.

En este momento del análisis la interpretación giró en torno de que el desamparo y carencia la condujo a no poder discernir la violencia de la que era víctima. Se desaconseja realizar intervenciones donde el énfasis esté puesto en el mundo interno en términos edípicos pues, con razón, serán escuchadas como acusaciones.

Volvamos al devenir de la paciente. Durante el tratamiento, el cuadro se complejiza ya que la paciente recibió una carta de Juan que contenía fotos de la joven siendo púber en bikini en diversas actitudes provocativas. Juan la invitaba a cenar. Esta situación funcionó como factor desencadenante de la activación de una escena inconsciente que estaba reprimida y que surgió a raíz de un sueño.

En este la joven fue al cuarto del matrimonio e intentó abrir el ropero que contenía la ropa interior de Silvia. Dijo al respecto “bailaba muy divertida, intuía que alguien me estaba espiando, además use los maquillajes de Silvia, parecía una vedette”. Lo asoció con el recuerdo de que Silvia, antes de fallecer, y sospechando sobre la actitud de Juan, le advirtió que no fuera más a la casa, cosa que ella no tuvo en cuenta “mis tías me insistieron que lo fuera a ver, que yo era la única que lo hacía reír, también discutía con él y era a la única que le daba la razón.

Yo le robaba sus cosas, él se reía conmigo, fueron payasadas de las cuales ahora me avergüenzo”.

Ya avanzado el tratamiento, y ante la proximidad de fechas vinculadas a la enfermedad y muerte de su madre y a la cercanía de unas breves vacaciones analíticas, se evidenció lo siguiente:

Cristina se puso reticente en su análisis, llegaba tarde, faltaba, etc., hasta que pudo contar que estaba saliendo con Mario, un hombre casado. Dijo al respecto: “Cuando chica disfrazaba las situaciones, siempre encubriendo comportamientos míos que no me hacen bien” ¿qué me pasa que me sigue atrayendo ese señor, y lo de Pablo anda muy bien?, yo lo quiero, no quiero estropear la relación con él. Sin embargo, cuando me llama Mario siento cosquillitas, me gusta que me mande mensajitos.

Me atrae esa situación de presumirse mutuamente. Quizás con eso tape el dolor que siento ahora, no quiero mirarme a veces, no quiero darme cuenta de lo que me pasa...No sé porque no lo dije acá.” [Se refiere al ocultamiento de salidas con Mario].

Paulatinamente estas actuaciones son interpretadas en el

análisis como acciones cuyo móvil principal es alguna o varias de las finalidades de la sexualidad infantil polimorfa. Rescaté el mensaje transferencial:

Le interpreté que ella no podía relatar en su sesión su romance con Mario (ocultamiento) porque la analista, en su fantasía inconsciente, era la madre, y Mario el subrogado del padre. Fui interpretando que esta configuración idílica, (que a mi entender tenía un matiz hipomaniaco), estaba al servicio de la negación de los sentimientos de exclusión propios de la escena primaria reactivada por la breve separación analítica.

De esta forma invertía la situación y era yo la que quedaba excluida y sola. Sin embargo, surgen indicios de asomarse a la posición depresiva ya que no sólo se preguntaba sobre su actitud, lo que denotaba la participación del self adulto auto observador, sino que también admitió sentir tristeza por la ausencia de su madre.

Yo le recordé el aniversario del fallecimiento de su madre. Estos últimos elementos fueron formulados en una interpretación rescatando, como dijo D. Meltzer respecto de la técnica, “a veces hay que nutrir y asistir a los brotes de la mente que son capaces de pensar más que por desbrozar la maleza”. En otros términos, menos inclinado a poner el acento en el funcionamiento de la posición esquizoparanoide que en la depresiva.

Algunos sueños que ilustran el resquebrajamiento de la dementida y la emergencia de lo escindido

Es interesante la continuación de una secuencia de dos sueños de angustia que están vinculados con la carta y fotos recibidos por Juan [el perverso] donde Cristina jugaba a ser vedette. Dijo al respecto: “no quiero verlo, hoy día me produce miedo e indignación... yo estoy muy preocupada por el estado de salud de Amanda” [esposa del padre]. Transcribo algunos párrafos de dos sueños:

1er. Sueño:

” Tengo una inquietud que no sé de donde viene, tuve un sueño que le va a molestar. Se trataba de una gran revuelta, me tiraban astillas en los ojos, me raspaban los ojos. yo estaba en la calle, y me refugiaba en un bar porque aparecían chicos que rompían los vidrios, levantaban las astillas y me las tiraban en los ojos, como si fuera ripio. Yo me intentaba cubrir la cara, igual me entraban.”

2do. Sueño:

“Se trataba de una gran persecución que nunca se terminaba, era la historia de un robo en que aparecía como un cómplice, pero luego se ve que yo traicionaba a alguien: al cómplice del robo en que yo participaba, y me querían matar, pero yo me escapo. Aparece en otro momento el fantasma de ese cómplice, era un hombre grande que se parecía al marido de la prima de mi papá: el coquetón queriendo matarme, sin embargo, parecía que yo lo mataba a él, pero reaparecía, era algo que producía terror. No aparece en ningún momento lo que fue robado, pero sí algo fue robado. Yo me escapo porque

me van a matar. Juan me persigue. En el final del sueño aparece un altillo que es similar al living de la casa de Juan (el coquetón) y se empieza a romper, como que el revoque se resquebraja. Yo estoy desarmando un aparato que tiene una grabación y repentinamente aparece Juan de adentro del altillo, se ven sus pies. Dice: “Ustedes me querían robar y traicionar”.

“Yo percibía que en el sueño me acusaban de algo, era como si Juan me dijera ieh, infiel, me traicionaste. Recibía los pinchazos en los ojos, eso me dolía, como algo punzante. En el consultorio estaba Pablo, pero no podía pedirle ayuda porque era tener que reconocer mi culpa, a él le fui infiel. En el sueño no me terminé muriendo, es un truco”.

Vemos la ilustración en este sueño de la vivencia de la paciente quien recibe amenazas del aspecto perverso representado por Juan para permanecer en el estado de excitación perversa. Intenta salir, pero advertimos un aspecto mentiroso que le habla de traición y abandono como modo de presión con el objetivo de evitar el acceso al consultorio, es decir la necesidad respecto del método analítico.

El sueño tenía una cualidad de acción (“le va a molestar”). Vemos entonces un funcionamiento la escisión e identificación proyectiva.

Los ojos de la analista al ver el sueño, en la vivencia de la paciente, se van a molestar. Lo antedicho reproducen la molestia que la paciente sintió al ver las fotos que le envió Juan donde se presenta como modelo seductora visibilizando su participación activa ya en la adolescencia.

Acá también fue necesario ayudar a reparar la función de atención del yo que estaba evacuada (yo observador), es decir, ofrecerle al psiquismo de la paciente una descripción de lo que acontece en su personalidad en términos no sólo de la incomodidad debido a su incipiente insight, sino también que advirtiera el cambio que se avecinaba en su personalidad al poder enfrentar el aspecto sentido como vergonzante.

Por otro lado, identifica proyectivamente en la analista a la nena molesta, defraudada, a quién exhibe escenas dolorosas como lo hace Juan con ella, quién la induce a mantener la complicidad. Retener información respecto de Mario [el amante] adquiere el significado de obstruir la posibilidad de comprender lo que estaba en juego en Cristina y en la analista.

Una parte de los contenidos psíquicos quedó asimismo temporariamente fuera de su conocimiento, ya que evacuó también su yo observador. A través de dicha identificación proyectiva alojó en mi mente su propia experiencia escindida del estado de miedo.

Entendimos, tanto Cristina como yo, la imagen onírica que la invade, como la autorrepresentación de su funcionamiento escindido, que comenzó a movilizarse y que organizó su psiquismo. Descubrimos la naturaleza de la relación inconsciente que mantenía con Juan y con Silvia. **Construyó una realidad restitutiva: la farsa del Edipo**

con Juan y su mujer, salvando así a la figura de la madre a través de una salida maníaca. Si bien ella es cómplice de Juan en la consumación de una fantasía edípica perversa, también surgen indicadores sobre el trabajo de discriminación -diferenciación de Juan e intentos de salida de la organización narcisista infantil que tomo el comando, hasta entonces, de su personalidad. Desde este punto de vista la desmentida tenía un componente perverso que se estaba movilizando y colapsando de forma dolorosa (resquebrajamiento del altílo].

El desarmado del aparato que tiene una grabación es la figuración onírica de las órdenes del perverso de que el self infantil se mantenga sometido a sus mentiras. Los pinchazos en los ojos parecen aludir al dolor del insight. La angustia de muerte que surge en el sueño la podemos remitir al proceso de desidentificación iniciado. Movimiento indispensable para que se genere un cambio psíquico.

Lo importante en esta representación mental del Edipo que tiene con Juan, es que él se quejaba de que lo estaba abandonando, traicionando. Siguiendo esta línea de pensamiento podemos conjeturar que, ante la emergencia del dolor respecto de la pérdida de su mamá, evocada no solo por la fecha sino también por las vacaciones analíticas, Cristina utilizó la relación con el partenaire, Mario, como un “antidepresivo”, tal como había ocurrido previamente con la presencia de Juan en su vida.

Desde mi perspectiva, es posible concebir los dos sueños como imágenes oníricas de pasaje y

transformación, y como un intento de figurabilidad de aquello que se repetía bajo la forma de actuaciones (las infidelidades, el dolor de estómago). En este sentido, los sueños de angustia pueden ser entendidos como movimientos que permiten la simbolización de situaciones traumáticas.

La importancia de la interpretación en términos de víctima en primera instancia me parece que funcionó como estímulo a la capacidad de Cristina de conocer su mundo interno y reforzó su deseo de desidentificarse del personaje perverso a partir del reconocimiento de su complicidad. La línea elegida de interpretación tuvo efectos que se manifestaron en otro sueño en el cual la paciente, ante la desaparición de una niña chiquita en manos de un hombre que asocia con Juan, se acerca asustada a una policía para pedir ayuda, y ésta se ocupa del rescate.

Las asociaciones incluyeron las historias que leía su padre cuando chica y anécdotas de algunas vacaciones compartidas durante la adolescencia con la familia materna. En este contexto también refirió que su relación actual con su padre mejoró notablemente porque lo percibe más interesado por conocer no solamente aspectos de su profesión sino también de su vínculo con Pablo. La paciente fue adquiriendo un fortalecimiento de sus objetos internos que permitió tolerar las situaciones de dolor, frustraciones y también de disfrutar de la exogamia.

Bibliografía:

- Aryan, A. (201), „*Aportes a la comprensión de la experiencia puberal, su clínica y práctica psicoanalítica*”, Revista Controversias, No. 15
- Freud, S. (1905), *“Tres ensayos de teoría sexual”*, O.C, Tomo VII, Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1923). *La organización genital infantil*”, O.C, Tomo XIX, Ed. Amorrortu
- Meltzer, D. (1998), *Adolescentes*, Spatia Editorial, Buenos Aires.
- Moguillansky, C. (2018) *“La decisión en la construcción del sí mismo”* Revista Controversias, No. 23
- Waserman, M. (2014) *“Aportes de Ph. Gutton al tema de la pubertad”*, Revista Controversias No. 15

*Para preservar la confidencialidad, E. Tomaszewski nos presenta un breve repaso sobre algunos modelos psicoanalíticos, intercalando viñetas clínicas sobre las problemáticas adolescentes, tema central del caso presentado en Aecpna el 26 de marzo de 2022, junto con V. Esrubilsky, dentro del ciclo “Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos.”

****Sobre la autora.** Lic. Eliana Tomaszewski. Psicoanalista didacta de APdeBA y profesora del Instituto Universitario de Salud Mental de APdeBA en los posgrados de Especialización en Psicoanálisis y en la Especialización de niños y adolescentes. e-mail: teliana2013@gmail.com

*****Sobre la presentadora:** Lilian Ospina Martínez. Psicóloga General Sanitaria. Licenciada en Psicología por la UCM con la especialidad de psicología clínica. Miembro de SERYMP (Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos) y AECPNA (Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes de Madrid); trabaja en consulta privada con adultos, niños y adolescentes.

*Cuando las infancias quedan arrasadas por un sinfín de etiquetas: Manuel el niño de los 5 diagnósticos**

*Dra. Gisela Untoiglich***

*Introducción por Beatriz Azagra****

Estoy muy agradecida por la posibilidad que me da AECPPNA de estar hoy aquí acompañando a Gisela Untoiglich en la presentación de este caso paradigmático para el movimiento que estamos generando en la denuncia de la patologización de la infancia y del abuso de etiquetas, que no favorecen la subjetivación y singularidad del sufrimiento psíquico.

También le agradezco a Gisela Untoiglich que haya compartido con nosotros este rico material que nos permite reflexionar acerca de lo importante que es que aquellas cosas que les pasan a los hijos hagan una pregunta en la estructura familiar.

Nos ha traído a Manuel, que como ella señala, es UN niño con cinco DIAGNOSTICOS y tres MEDICACIONES que finalmente se encontró con alguien, con una psicoanalista, que no emitió un diagnóstico basado en la observación de determinadas conductas sin preguntarse nada acerca del sujeto que las sufre.

La experiencia de ser padres conmueve el ser de cada persona que ha decidido tener hijos, haciendo de esta experiencia una de las que más afectan a su vida.

Cada uno enfrentará esta experiencia como pueda según su historia y la relación que haya tenido con su padre, su madre y las personas significativas.

Ana María Caellas, Susana Kahane e Iluminada Sánchez, en su libro "El quehacer con los padres" afirman, leo literal, "los padres en general han de encontrar con los hijos aquellos ejes que harán que el crecimiento sea posible. Sabiendo que los reajustes son necesarios porque en distintos momentos de la vida, los hijos nos traerán conexiones con nuestra vida y la de nuestros padres" sin olvidar que todo esto ocurre en la esfera del inconsciente.

El nacimiento de un nuevo ser dentro de una familia que le espera hace que todos los miembros tengan

que volver a colocarse, el hijo ahora es hijo y padre porque el padre es padre y abuelo, el hermano ahora es tío y la hija también será madre... y el recién nacido en el centro, marcando un nuevo orden generacional que ordenará y limitará e irremediablemente cambiara la vida en un proceso de ajuste y de acomodación (y si no es así, casi seguro que nos enfrentaremos a una situación problemática).

Desde este momento ya nada será igual. Y qué importante es que el bebé esté en el centro en ese momento de su vida. Que esté para dejar de estarlo más adelante.

Los padres de Manuel eran una pareja y querían tener un hijo, pero tuvieron dificultades para ser padres, para abandonar el papel de hombre y mujer o de hijo-hija, los dos muy activos, con muchas tareas a las que responder y responsabilidades a las que hacer frente.

Manuel viene al mundo y se tiene que constituir, en la primera infancia, sobre todo, por las necesidades de los otros, con un pedido, "interferir poco en la vida de sus padres, que pueden mantener su vida social, que no haga mucho ruido para que su padre pueda seguir estudiando y la madre trabajando... y él ante ese pedido, imposible para un bebé, solo puede llorar y ser inquieto pidiendo de este modo un lugar en la mirada de los que le rodean.

Llora tanto que su madre no puede calmarle y se desespera, no duerme, exige la presencia del otro que no puede encontrarse con él. No pueden establecer rutinas, no se acomodan en los tiempos y los límites se tornan como imposibles.

Nace el hermano (también sorpresivamente, sin que los padres pareciera que tenían un deseo de ello) y la situación empeora. La madre está desbordada.

Manuel lo expresa con berrinches y con mucha

desorganización. Como solución se plantean su ingreso en la escuela infantil, sin tener en cuenta las necesidades del niño y lo que supone esta separación en su vida, parece que los movimientos que conciernen a Manuel están motivados por la necesidades de otros que no confían mucho en lo psíquico ni en la importancia de las palabras de tal modo que es su cuidadora quien hace el periodo de adaptación teniendo en cuenta que era una persona que llegó recientemente a su casa y que no sabemos cómo tramitaría el niño lo que supone salir de la casa para entrar en una institución escolar que le es ajena con una persona casi desconocida. Así fue la salida a lo social.

Desde ahí hasta los 7 años las dificultades han ido en aumento, su comportamiento en el colegio es muy malo, en reuniones familiares... en fin, Manuel les hace la vida difícil a los que le rodean, buscando su mirada permanentemente, pero nadie se pregunta ¿De qué sufre Manuel?

Desde el momento en el que una pareja piensa en tener un hijo, este el bebe será soñado por sus padres, será sujeto de historias familiares, recuerdos y expectativas con las que irá formándose el hijo ideal. Pero también será depositario de secretos, de miedos, de traumas... y todo ello formará parte de ese inconsciente transmitido que hará de imán para los contenidos reprimidos inconscientes u ocultos a la forma de secreto y que si no salen a la luz tendrán efectos a lo largo de la vida.

El recién nacido procede de su padre, de su madre y de todos sus antepasados.

El niño del que estamos hablando tiene un aparato psíquico en construcción. Será un bebé que dejará el paso al niño para ser púber y luego adolescente.

Cada avance irá unido a un duelo que en definitiva supone una pérdida del niño de la infancia y una ganancia del adulto en ciernes...

Este camino, que parece fácil, está lleno de momentos difíciles, por los avatares de la vida y la constitución psíquica del sujeto no es sencilla y es fundamental que el niño en este camino esté acompañado.

El ser humano desde que nace necesita la presencia de otro.

Emergemos psíquicamente desde la imperfección y frustración.

La imperfección está en la base de la vida simbólica y humana, nos aleja definitivamente del resto de seres vivos y nos da la posibilidad de que lo psíquico tenga lugar.

El sentido de la vida psíquica estará siempre en el ser humano que tiene en frente y, que en función materna le mira con ganas de saber.

El llanto funciona así como un llamado a la madre, que

traducirá de alguna forma lo que pasa y le ofrecerá a su bebe una posibilidad de sostener y poder ligar el exceso de sensación con la mirada, la voz... las caricias...

En el caso de Manuel, su llanto, más que como llamado hace que sus padres se desesperen, no se puede ligar el exceso y la traducción es difícil, su madre se identifica con él y el padre no sabe qué hacer.

Parece que no pueden sostenerle.

Mannoni, en el prólogo a la Primera entrevista con el psicoanalista, plantea que la madre o quien cumple su función leerá lo que ella cree que el bebe demanda, descubriendo lo suyo en el rostro del bebe, aporta cuidados, satisface necesidades... transmitiendo así el lugar que tiene el pequeño en la cadena generacional.

El objetivo final de la función paterna y materna será la de permitir al niño el acceso a la subjetividad, desde la función paterna con el corte entre madre y bebé damos la entrada al deseo y a la ley.

Así el desarrollo del bebe tiene que ver con un proceso madurativo regido por lo biológico, pero la constitución subjetiva que parte de lo biológico devendrá en lo psíquico dando la humanidad necesaria para vivir. Parece que esto fue complicado en la vida de Manuel.

Desde su nacimiento los padres se enfrentan a una imagen de un hijo que les es difícil (porque se enfrentan a lo que no entienden y como padres no pueden solucionar... y aparecen los problemas se ponen de manifiesto las incapacidades de ellos para poder traducir lo que le pasa a su hijo y sobre todo para poder preguntarse qué tiene que ver son ellos, seguramente porque estén temiendo las certezas que les acompañan en su vida.

Entonces acuden a un especialista, o varios en este caso, y lo hacen con angustia porque ocurre algo que no entienden y esperan que alguien ponga un nombre, aunque no tengan ninguna noción de lo que eso supone.

Acuden a un especialista que examina al niño y dice "su hijo sufre de esto o aquello" y agota con este diagnóstico la vía de una posible demanda, donde pueda emerger el sujeto.

Y en el caso de Manuel, se pone de manifestó 5 veces, cada diagnóstico se suma al siguiente pero el sujeto está cada vez más sepultado debajo de las palabras y de la medicación, y cada uno de estos diagnósticos como hemos sabido, confirman a la madre en la teoría de que su hijo estará enfermo por culpa de ella, pero nada más.

Después de esto ya no habrá intento de preguntarse nada, sino más bien de dar respuestas que potencien en muchos casos la satisfacción narcisista del profesional y relativamente calmen la angustia de los padres.

Con ese tipo de diagnóstico se responde a una

pregunta que imposibilita el camino hacia el futuro, hacia la elaboración de aquello que no sabe.

Preguntas como ¿Qué le pasa a mi hijo? ¿Qué tiene que ver conmigo? ¿Qué es lo que no puedo aceptar y reconocer en él o ella? ...¿cómo relacionarse con este niño?

Me gustaría resaltar que Manuel llega a estos especialistas cinco veces porque le llevan sus padres, siempre siguiendo la recomendación de otro significativo que proviene de la institución escolar. Los “síntomas” si podemos llamarles así, no cuestionan nada de la estructura familiar (Y sabemos por Mannoni, en que si esto no ocurre la intervención desde otro lugar no es posible) y la etiqueta confirma esta situación.

Impactados por el dolor que supone tener un hijo con problemas. Consultan porque le quieren, porque hay cosas que les asustan, que no entiendan y que les preocupen y también porque cada vez tienen la vida más difícil y con mucho sufrimiento de todos y la impotencia será el sentimiento predominante.

El diagnóstico así planteado cierra el círculo, pero también les saca fuera a ellos. Les informa de algo que le pasa al niño, pero el cada vez está peor con un sufrimiento insoportable precisamente porque no es su malestar lo que está en tela de juicio.

Los padres tienen ante sí una disyuntiva, pueden parar aquí y entender que a su hijo todo lo que le pasa es debido a cualquiera de las etiquetas atribuidas, imposible ya que Manuel insiste en expresar su malestar o pueden enfrentar la incertidumbre que supone pensar que su hijo tiene una historia, que en parte es la suya, que sufre cuando no puede, cuando se enfada, se pone violento... y que, justo ahí se está jugando su ser, la relación y vida con ellos.

Desde esta perspectiva la pregunta ya no será la misma, no sólo es qué le pasa a él, sino qué nos pasa a todos nosotros con esto.

Ahora será necesario repasar la historia de la relación con su hijo, dónde estuvieron los encuentros y desencuentros, los amores y desamores, las frustraciones, los sueños imposibles y aceptar que la historia del hijo ha sido posibilitada en gran medida por ellos.

Queriendo a su hijo, no saben qué hacer con él e inconscientemente le culpan de todas sus dificultades.

En este encuentro con una psicoanalista se ponen de relieve las dificultades de ellos para colocarse como padres, para poder, estando en función materna, tener una atención desinteresada de su hijo.

La madre seguramente no pudo salir del shock que suponía renunciar el hijo ideal y enfrentarse al real, y el padre no puede renunciar a su papel de hijo satisfactorio para su propio padre.

Y la madre al no poder hablar de su vida con el padre, no puede dar salida a todas las angustias relacionadas con su intento de suicidio y el miedo a que esto determinara, en parte, la vida de Manuel.

Y Manuel, en estado de alerta permanente, sin unas vivencias calmantes que le aseguren que lo que tiene alrededor no es amenazante... ahora encuentra un sitio donde poder hablar y claro que lo hace.

Me interesa resaltar el momento cuando la madre observa que su hijo tiene mucha más capacidad de expresión de lo que ella creía, qué sorpresa! a este niño ,seguramente, nadie le estaba pudiendo mirar como a un sujeto, aplastado por la medicación y las losas de sus diagnósticos.

Este es un aspecto importante, Manuel tiene más capacidad simbólica de las que parecía, solo necesitaba alguien que le escuchase porque cuando se le da el micrófono, el habla y cuenta con sus dibujos y con su historia.

Este aspecto nos hace pensar que, en su pasado, quizá, alguien le escucho un poquito más de lo que parecía... yo escuchando el material también me sorprendí de esta capacidad.

En su primera infancia, ante esa desesperación que provocaba, seguramente, el intento de traducción no siempre fue fallido, aunque parece que la palabra no llegó a constituirse como el modo de vehiculizar las emociones. Pero ahí estaba preparada para poder serlo, gracias al esfuerzo de todos en el tratamiento.

Muy importante lo que plantea Gisela, en sus palabras, “mi preocupación es indagar qué lo tiene mal y producir un pasaje de la idea de portarse mal a la de estar mal ya que para todos es menos costoso ocupar el lugar del que se porta mal, que interrogarse acerca de que lo tiene mal”.

Para eso es fundamental abrir un espacio donde los enlaces entre la historia de Manuel y la de sus padres puedan desplegarse.

Ya podemos pasar de ese primer observable de unos padres que parece que no pudieron hacer sitio a su hijo en sus vidas, a una madre que con mucha angustia se enfrentaba a su bebe temiendo hacerlo mal y no poder ser la madre que ella imaginó en ese cuento de hadas y un bebe pendiente de los movimientos maternos.

También a las dificultades como padres a enfrentar los problemas del hijo que se fueron tornando mortales para este niño del que todos pensaban que si él no estuviera todos vivirían mejor, en casa y en la escuela.

Este encuentro con una psicoanalista los llevo al espacio de la pregunta, del recuerdo, de su historia y gracias a la construcción de enlaces a la que se prestan llegarán a reconocer que el hijo es un ser humano diferente de ellos que sufre y que les necesita. Manuel con sus malestares está poniendo en acto

todas las angustias negadas y cosas no dichas por sus padres, y lo reivindica con la fuerza del oposicionismo y la agresividad.

El siguiente momento, en el proceso, será un momento más depresivo en el que, asumiendo la falta, puedan aceptar que tienen un hijo al que querer y al que no pueden abandonar y que seguro fue imprescindible para que Manuel y sus padres pudieran reconocerse.

Me gustaría resaltar el papel de la escuela en todo este proceso. La escuela es el lugar donde los problemas de Manuel van encontrando una escena distinta de

lo familiar, y es allí donde se da la voz de alarma y la posterior orientación.

Es relevante la importancia de la existencia de una escucha psicoanalítica en la institución escolar desde la escuela infantil, que hubiera convocado a los padres como parte fundamental de este proceso y orientado mucho antes que Manuel hubiera podido acudir a un lugar donde se le hubiera podido escuchar como alguien con dificultades y no atender solo a sus problemas.

Bibliografía:

- Caellas, A.M., Kahane, S., Sánchez, I., (2010) *"El Quehacer con los padres. De la doble escucha a la construcción de enlaces"*, HG Editores.
- Freud, S. (1914), *"Introducción al narcisismo"*, Amorrortu, tomo XIV.
- Janin, B. (2018) *"Infancias patologizadas"*, editorial Noveduc.
- Janin, B. (2011) *"El sufrimiento psíquico en los niños"*, editorial Noveduc.
- Mannoni, M. (1987) *"La primera entrevista con el psicoanalista"*, Editorial Gedisa.
- Mannoni, M. (1972) *"El niño retardado y su madre"*, editorial Paidós.
- Untoiglich, G. (2019) *"En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz"*, Noveduc.

Exposición de la sesión clínica*

*Dra. Gisela Untoiglich***

Manuel¹ es un niño de 8 años, el primer hijo de una pareja que lo buscó y esperó amorosamente.

Su padre se autodefine como inquieto, ansioso e hiperactivo; su madre se presenta como alguien rígido y con poca tolerancia. El niño nace sin inconvenientes, son una joven pareja con un bebé que llevan a múltiples eventos sociales y que tiene como mandato no interferir en las largas horas de estudio del padre, ni en las tareas de la madre. Relatan que desde muy pequeño era muy inquieto, lloraba mucho y esto desbordaba a su madre, quien cuenta risueñamente que en diversas oportunidades pensó en "tirarlo por la ventana".

Las cuestiones se agudizan a partir de que la madre queda embarazada sorpresivamente de su segundo hijo, cuando Manuel tenía un año y medio. El niño se vuelve irritable, hace berrinches, tiene problemas para dormir. La madre se siente sobrepasada por las circunstancias y decide que comience el jardín, pero por razones laborales no puede acompañar al niño en su periodo de adaptación, que termina realizando la empleada que había ingresado al hogar hacía poco tiempo.

La primera consulta la efectúan a los 4 años por indicación del jardín de infantes. La psicopedagoga de

la escuela realiza una derivación neurológica debido a los accesos de violencia incontrolables del niño. En ese momento el Trastorno por Déficit atencional se encontraba en el cenit de su magnificencia; los padres realizan una consulta privada, con quien suponían que era el mejor neurólogo infantil, quien escucha a los padres, les solicita que respondan un cuestionario, observa unos minutos al niño y determina que el pequeño tiene **A.D.D.** (Trastorno por Déficit Atencional) y le prescribe Metilfenidato (un psicoestimulante que tiene como efecto paradójico disminuir los niveles de excitación del niño y enfocar su atención).

Lo llamativo es que el niño no tenía en ese momento dificultades atencionales, de hecho, era un chico muy inteligente, sin problemas de aprendizaje, o sea que era un curioso caso de "Trastorno por déficit de atención", sin problemas en su atención. Por otra parte, el niño presentaba tics desde el nacimiento de su hermano y la medicación administrada está contraindicada en esos casos.

El neurólogo les indica a los padres que regresen en seis meses. No propone otro abordaje.

Al año siguiente, en preescolar, mientras continuaban medicándolo, se agudizan los problemas conductuales, entonces la escuela solicita una interconsulta

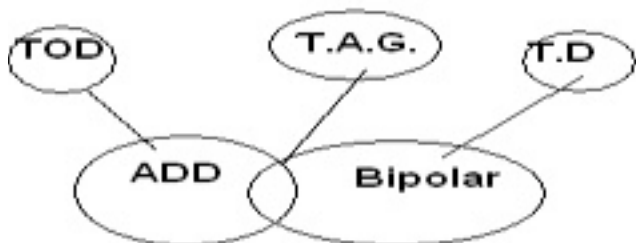
psicopedagógica - mientras tanto nace su segundo hermano -. La psicopedagoga lo evalúa y diagnostica de **T.O.D.** (Trastorno Oposicionista Desafiante), trabaja en entrevistas con el niño, no se contacta con el neurólogo, ni con la escuela, ni les proporciona a los padres un espacio de trabajo terapéutico. La situación empeora, los padres retornan al neurólogo, quien acuerda con el diagnóstico de la psicopedagoga y le adiciona Risperidona (un neuroléptico indicado para psicosis agudas y crónicas, que también se utiliza para manejar pacientes con graves episodios de violencia, contraindicado para menores de 6 años).

A los 6 años comienza primer grado y tiene la suerte de tener una docente amorosa que tiene buena empatía con el niño. Si bien los exabruptos de Manuel continuaban, la maestra encontró un modo de apaciguarlo, llevándolo a su escritorio y sentándolo a upa en repetidas ocasiones y cuando

esto no funcionaba lo enviaba a la biblioteca de la escuela a buscar algún material que luego utilizaba. Seguía en tratamiento psicopedagógico y con ambas medicaciones.

Cuando pasa a segundo grado, tiene varios cambios de docentes, el niño está cada vez peor, se escapa del aula, rompe cosas, revolea sillas, no presta atención en clase (a pesar de continuar tomando el Metilfenidato), no realiza las evaluaciones, por lo cual la institución escolar exige una nueva consulta.

La psicopedagoga se declara incompetente para continuar trabajando con el pequeño, el neurólogo demanda una interconsulta psiquiátrica. El psiquiatra escucha a los padres, les realiza una serie de cuestionarios y determina que el niño tiene la conjunción de **CINCO DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS** y les grafica un diagrama para que comprendan la situación:



Su explicación fue la siguiente: al comienzo el niño era hiperactivo, por eso el diagnóstico de **A.D.D.** y la correcta indicación de Metilfenidato, luego se exacerbaron las cuestiones caracteriales y apareció el **T.O.D.**, por esta razón se adicionó la Risperidona, más adelante se manifestó la ansiedad que dio origen al **T.A.G.** (Trastorno de Ansiedad Generalizada) y el **T.D.** (Trastorno Depresivo), pero que probablemente sean parte de un nuevo diagnóstico que es el **Trastorno Bipolar**.

Consecuentemente el psiquiatra propuso complementar el tratamiento con una nueva droga, el Valproato sódico, que es un antiepiléptico que se utiliza como estabilizador del ánimo.

A esta altura los padres se encontraban absolutamente desorientados, tenían un hijo de 8 años, con 5 diagnósticos y 3 drogas psiquiátricas. La escuela estaba desbordada y ponía como condición que el niño concurriera sólo dos horas a la escuela y medicado, y el pequeño estaba en un estado completo de angustia, que nadie estaba en condiciones de contener.

Los padres deciden realizar un giro en el abordaje de la situación y buscan una nueva escuela para su hijo, allí les recomiendan realizar un cambio de enfoque en los tratamientos, hacer una nueva consulta y aceptar al niño a condición que participe en el programa de inclusión que poseía el establecimiento.

En ese estado llegan a la consulta conmigo. Los padres caracterizan a Manuel como un niño que no presta atención a lo escolar, sin amigos, con accesos de ira incontrolables, solitario, callado, que sólo responde bajo amenazas y que a su vez es un pequeño extremadamente miedoso e introvertido y que se pregunta con frecuencia para qué vivir.

Los padres consideran que todo esto le ocurre porque está muy atento a lo que sucede a su alrededor y por los deficitarios manejos escolares.

En relación a la historia de la pareja parental, la madre relata que se conocieron siendo muy jóvenes, rápidamente se casaron y decidieron tener un hijo. La madre transcurrió el embarazo muy sola, ya que el padre viajaba mucho por cuestiones laborales y ella no tenía nadie en quien apoyarse.

Cuando nace Manuel, ella imagina que todo iba a ser un cuento de hadas, sin embargo, el bebé lloraba profusamente y la madre terminaba llorando junto con el hijo, reprochándose lo mala madre que era. No había horarios, ni rutinas.

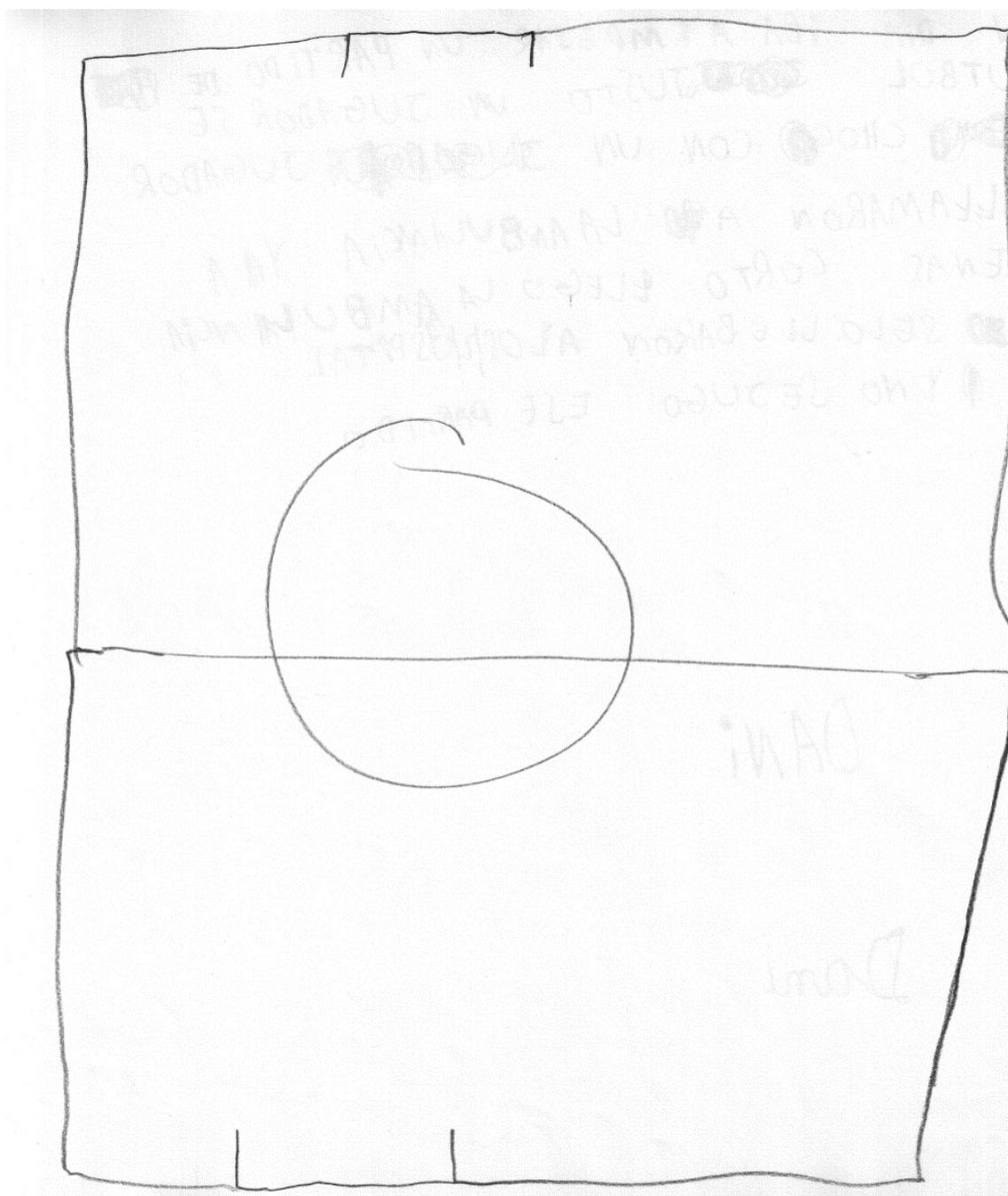
Con respecto a su historia, la madre elude hacer referencias y dice que su vida empezó cuando se casó. El padre, es el primer hijo de una familia muy exitosa comercialmente, que decide hacer un recorrido diferente, el cual no es apoyado, por lo tanto, se tiene que abrir camino solo y demostrar todo el tiempo que

puede triunfar sin el sostén parental, lo cual lo tiene absolutamente absorbido. Si bien quiere a su hijo, no tiene demasiada disponibilidad para criarlo, quiere que se porte bien, no genere inconvenientes constantes y no tenga sumida a su esposa en un estado de nerviosismo absoluto.

Luego de este encuentro, realizo una primera entrevista con el niño, quien solicita que su madre lo acompañe. La madre se sorprende de las posibilidades de expresión que tiene su hijo y de la capacidad de dar cuenta de sus sufrimientos.

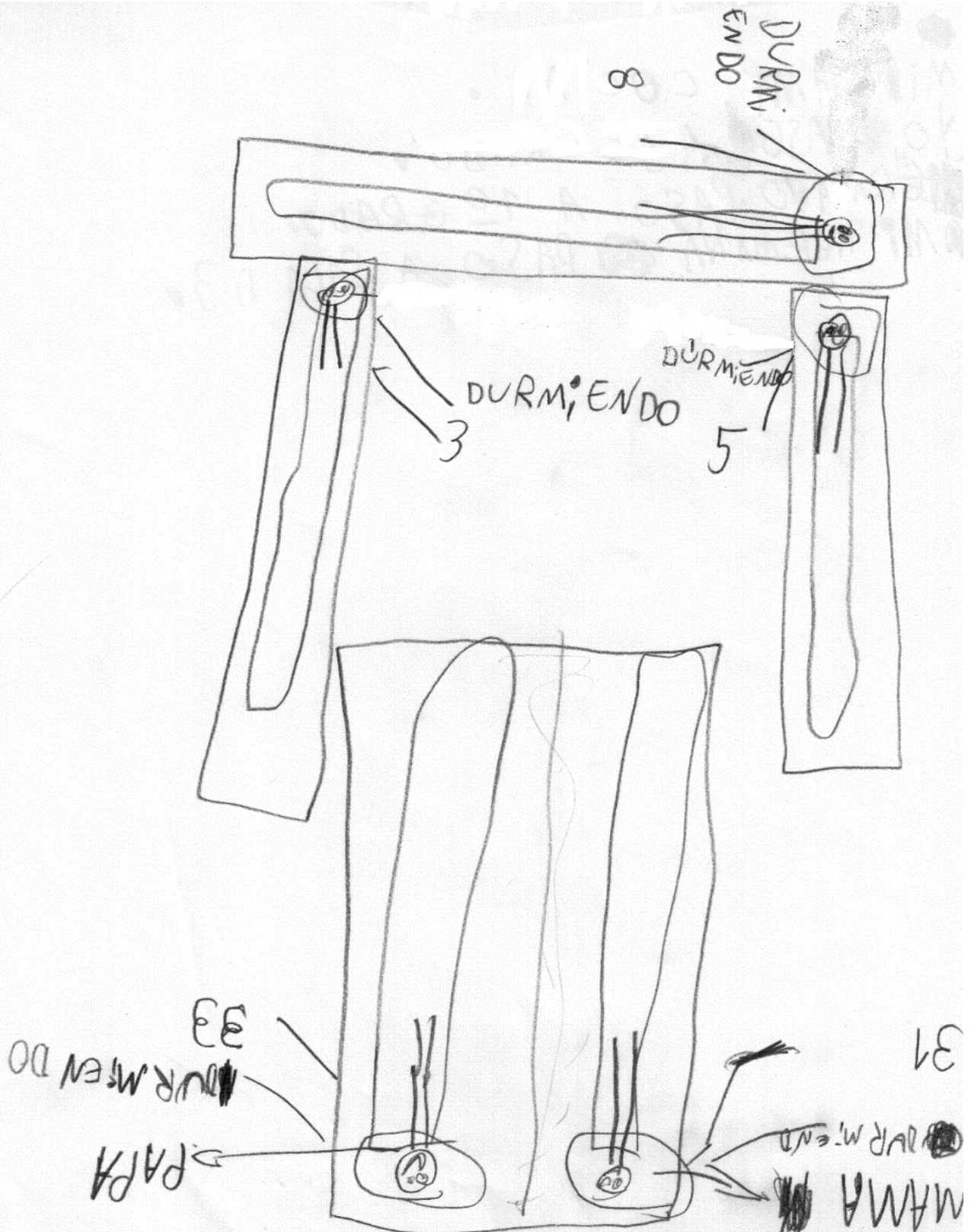
Manuel dice que viene para portarse bien, que se enoja mucho con los amigos y que no puede prestar atención a la maestra porque todos lo molestan. También explica que nadie lo escucha ni en su casa, ni en la escuela, que todos lo retan, pero que nadie lo oye. No tolera que le nieguen algo que a él le parece justo. M: "Cuando me hacen algo que no me gusta, no me puedo aguantar y me enoja mucho. Los quiero matar, o me quiero morir".

Le solicito que realice un dibujo para poder conocerlo.



El niño expone su vacío a través del dibujo que realiza, graficando una gran cancha de fútbol, pero sin ningún sujeto que juegue allí.

En la historia detalla un accidente que ocasiona que el partido nunca se juegue.



En un gráfico sobre su Familia no se observan diferencias generacionales, ni de género, los dibujos son bidimensionales con transparencias.

También resulta significativo que todos los miembros están inmóviles en sus camas, cuando le señalo a Manuel esto, responde: "¿viste?, parecen cajones de muertos". Inmediatamente se pone a saltar por el consultorio.

Realiza preguntas compulsivamente y muchas veces se dispersa, no mostrando interés en las respuestas.

Está en estado de alerta permanente, atento a ruidos y conversaciones que se escuchan a lo lejos.

Manuel es un pequeño triste. Sus padres lo ven como un ser incontrolable e impredecible que arrasa la dinámica familiar, las vacaciones con él son un infierno, es violento con sus hermanos, no tiene amigos, insulta a los padres, es un mal ejemplo, genera graves problemas de pareja. Lo quieren, pero simplemente no saben qué hacer con él y el fantasma que ronda es que, si el niño no existiera, los problemas desaparecerían.

La inquietud de los padres es que el hijo se porte mal en la nueva escuela, desafíe a los docentes, maltrate a los compañeros, no preste atención en clase y todo vuelva a comenzar. Mi preocupación profesional es indagar qué lo tiene mal y producir un pasaje de la idea de portarse mal, a la de estar mal, ya que parecería que para el niño - y también para sus padres - es mucho menos costoso psíquicamente ocupar el lugar del que se porta mal, que interrogarse acerca de qué lo tiene mal.

1 niño, 5 diagnósticos, 3 medicaciones psiquiátricas. En este estado se encuentra la cuestión de los diagnósticos en la actualidad. La explicación del psiquiatra era sencilla, se resumía en el factor de COMORBILIDAD, lo cual quiere decir que dos o más trastornos se presentan “aleatoriamente” de manera conjunta, sin que nadie necesite cuestionarse acerca del porqué. No nos olvidemos que estos cuadros se construyen por sumatoria de observables, por lo tanto, si un sujeto tiene conductas visibles que pertenecen a diferentes trastornos, los mismos se irán adicionando conformando un pastiche de clasificaciones diagnósticas, en el cual la pregunta por las causalidades lleva a una única respuesta que es la genética, aunque nada haya podido ser fehacientemente comprobado hasta ahora.

El vacío, la quietud, la rigidez prevalecen en el material, ¿al servicio de qué?...

Le solicito a Manuel autorización para mostrarle a sus padres, el dibujo de la familia que había realizado. Cuando les comento que lo que más me llamaba la atención de ese gráfico era la quietud familiar y la necesidad de tenerlos a todos encajonados, como muertos, la madre empalidece y rompe en llanto, relatando algo que nadie sabía, ni siquiera su marido, que estaba presente en la entrevista.

Cuenta, con mucha angustia contenida, que poco antes de conocerse, ella había intentado suicidarse y luego trata de olvidar todo eso, casándose y embarazándose rápidamente, pero que continuamente la preocupa haberle transmitido de algún modo, algo de esto a Manuel, ya que siempre sintió que este hijo la conocía y la intuía más que cualquier otro.

Por supuesto que toda esta temática jamás hubiese salido a la luz, en el magma de diagnósticos psiquiátricos bajo los cuales estaba sepultado el niño. Por otra parte, tampoco esto significa que todo lo que le sucede al niño se explique unívocamente debido a que la madre en su juventud hizo un intento de suicidio, ya que esta lectura sería tan reduccionista como la biológica. Sin embargo, será necesario un trabajo de alojamiento del sufrimiento, de discriminación de las angustias, ya que lo que se pudo reconstruir de la historia es que cuando Manuel, siendo bebé se angustiaba, la madre se angustiaba junto con él, no pudiendo contenerlo. Estaba tan invadida por su temor de hacerlo mal y equivocarse como su madre se equivocó con ella, que esto terminó reduplicando el desamparo.

Si bien tenía un buen vínculo con su marido, al no poder confiar en él y contarle lo que le había ocurrido en su adolescencia, una parte suya siempre quedaba ensombrecida y su sentimiento era que esta oscuridad de algún modo recaía sobre el niño y cada diagnóstico no hacía más que confirmarle sus temores. La necesidad de silenciar su propio padecimiento, escindiéndolo, tenía a la madre totalmente absorbida y al niño absolutamente atento a los vaivenes maternos.

¿Qué lugar ocupa lo silenciado en la historia familiar?

En la viñeta clínica presentada observamos cómo lo silenciado ocupa un lugar preponderante en los vínculos tanto de la madre con su hijo, como en la pareja parental. Entiendo lo silenciado como aquello que está presente, no necesariamente con palabras, pero que no tiene habilitada la posibilidad subjetiva de tramitación simbólica. (Untoiglich, 2017)²

P. Aulagnier³ propone que el sufrimiento puede promover un deseo de desinvestidura, lo cual podría provocar una oportunidad para la irrupción de la pulsión de muerte. Cuando el cuerpo, la realidad o el otro promueven un padecimiento sostenido, esos elementos pueden caer bajo la amenaza de la desinvestidura. Uno de los síntomas con los que se presenta Manuel es la desatención. Se podría pensar entonces la desatención como una modalidad de la desinvestidura (Untoiglich, 2011⁴).

Considero que no existen niños absolutamente desatentos, sino que lo que tendremos que interrogarnos desde la clínica es ¿a qué está atento ese niño que no puede atender a lo escolar?, ¿qué intenta tramitar fallidamente Manuel a través de la desatención, la hiperactividad, el desafío, la necesidad de tener al otro en vilo?

S. Bleichmar⁵ retoma la carta 52 de Freud a Fliess para dar cuenta de la posibilidad de rastrear un modo de inscripción no transcribible, llamado en los comienzos de la obra freudiana “signos de percepción”. Los mismos no serían necesariamente, sólo las marcas más antiguas que conserva el aparato psíquico, sino que podrían producirse en diferentes períodos de la vida, como materialidad irreductible a todo ensamblaje, a partir de ser producto de experiencias traumáticas inmetabolizables. Dichos signos dan cuenta de los elementos psíquicos que no se ordenan bajo la legalidad del inconsciente o del preconsciente, que pueden presentarse como manifiestos, sin por ello que el sujeto sea consciente de los mismos, ya que los elementos se encuentran desligados.

Uno de los elementos de este armazón es la transmisión parental. “La transmisión parental adquiere la particularidad de inaugurar para cada hijo una forma singular de apropiarse de su herencia psíquica. Con la versión que de ella se dé a sí mismo, el niño va a construir los recursos de significación para interpretar el mundo que lo rodea, su lugar en él, su identidad”. (Wettengel, 2001⁶).

En mi investigación doctoral sobre niños con dificultades atencionales he observado que cuando se les solicita a los padres que relaten su historia, a menudo nos encontramos con ciertos fragmentos no tramitados que se transmiten a través de las diferentes generaciones. R. Rodulfo⁷ propone pensar el “mito familiar” como un sistema heterogéneo, como un collage, cuyos componentes se superponen, se pueden contradecir unos a otros, promoviendo lo imprevisible. Cada elemento de la trama familiar cumple una función pudiendo ocurrir múltiples vicisitudes. Sin embargo, es necesario subrayar que las mismas no son indefectiblemente, las causas directas de lo que le sucede al niño, sino que plantean ciertas condiciones de base, con las que el hijo tendrá que ver qué puede construir, en un trabajo que le es propio.

Ahora bien, ¿qué lugar ocupa aquello silenciado en las diferentes generaciones, o más aún aquello que intenta ocultarse?

H. Faimberg⁸ propone el concepto de “Telescopaje”, lo plantea como un “tipo especial de identificación inconsciente alienante que condensa tres generaciones y que se revela en la transferencia”. Uno de los puntos más destacables para esta autora, es que en dicha transmisión alienante los padres pierden la función de garantes, por lo tanto, el hijo queda sujetado a lo que los padres dicen o silencian.

Su supervivencia psíquica y su capacidad de pensar quedan inmovilizadas, ya que el niño no tiene libre acceso a la información que circula, por lo tanto,

puede ocurrir que termine poniendo en acto esa imposibilidad, por ejemplo, a través del no atender, o del no parar de moverse.

En numerosas ocasiones, lo que se intenta inscribir es efecto de dicha historia devenida traumática. Es preciso poner a trabajar estas cuestiones en un espacio analítico.

En el caso de Manuel se indicó una terapia para la madre, un tratamiento para el niño y un espacio de trabajo con los padres. En cada uno de estos lugares se fueron entretejiendo los enlaces que posibilitaron bordear ciertos agujeros, desplegar la tristeza, el enojo, aquello que estaba desamarrado y pugnaba por descargarse.

Asimismo, se propuso un trabajo conjunto con la institución escolar, con la cual se construyeron diversas estrategias de inclusión.

De a poco Manuel empezó a serenarse, ya no necesitaba salir tanto del aula, en la casa si bien continuaban los enojos, ya no había golpes, ni insultos.

Antes, en cada situación que se planteaba una discrepancia entre lo que él imaginaba y lo que encontraba en la realidad, esto se transformaba en una afrenta narcisista, intolerable porque atentaba contra su ser, ahora, de a poco va pudiendo aceptar las diferencias e incluso, en ocasiones puede hasta reírse de sí mismo.

*Este escrito está basado en un capítulo del libro que publica mi tesis doctoral, titulado: Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad (2011, Noveduc editorial), presentado como sesión clínica en Aecpna el 23 de abril de 2022 dentro del ciclo “Infancias y Adolescencias. Escenarios contemporáneos”.

****Sobre la autora.** Gisela Untoiglich Psicoanalista. Dra. en Psicología - Universidad de Buenos Aires. Codirectora del Programa de Actualización: “Problemáticas Clínicas Actuales en la Infancia: Intervenciones en el campo clínico y educativo”. Posgrado de la Facultad de Psicología UBA. Profesora invitada por diferentes universidades e instituciones extranjeras de Chile, Brasil, Uruguay, México, España. Miembro fundador del Forum Infancias. Autora en diversas publicaciones sobre Infancia, entre ellas: “Infancias. Entre espectros y trastornos”; “Autismos y otras problemáticas graves en la infancia”; “En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz”; “Versiones actuales del sufrimiento infantil”.

*****Sobre la presentadora:** Beatriz Azagra es Psicóloga Clínica, Psicoanalista y Psicoterapeuta
azagras@gmail.com

Notas

1 Algunos datos de este material han sido modificados para preservar la identidad del niño.

2 Untoiglich, G., La niña del punto final. Lo silenciado entre-generaciones. En Infancias. Entre espectro y trastornos (Liora Stavchansky y Gisela Untoiglich, autoras), México, Editorial Paradiso, 2017.

3 Aulagnier, P., « Condamné a investir » [Condenado a investir] en Nouvelle Revue de Psychanalyse, núm.25, 1982.

4 Untoiglich, G., Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad. Buenos Aires, Novedades Educativas, 2011.

5 Bleichmar, S., “Simbolizaciones de transición: Una clínica abierta a lo real” en Docta - Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, Editada por la Asociación Psicoanalítica de Córdoba, 2, 2004.

6 Wettengel, L., “Los senderos de la transmisión” en Schlemenson, S., (comp.), Niños que no aprenden. Buenos Aires, Paidós, 2001, p.41.

7 Rodulfo, R., El niño y el significante. Buenos Aires, Paidós, 1989.

8 Faimberg, H., “El telescopaje de las generaciones” en R. Kaës, J. Baranes, H. Faimberg, & M. Enríquez, Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu.

*Destruktividad y subjetivación en el trabajo clínico con niños psicóticos**

Luca Quagelli**

*Introducción por Gabriel Ianni****

Odio, destructividad, ¿componente pulsional o reacción del yo ante la frustración? El psicoanálisis ha hecho aportaciones muy importantes al estudio de la agresividad y de la destructividad humana, aunque los autores que lo han hecho no son unívocos. Entre estos autores psicoanalíticos se destaca Donald Winnicott, una de las voces más singulares del siglo XX.

Lo importante en Winnicott, respecto del odio, es tanto lo que niega como lo que afirma: niega el concepto de pulsión de muerte formulada por Freud y niega también el concepto de envidia primaria de Melanie Klein, ya que Winnicott afirma que el impulso destructivo crea la realidad cuando el objeto sobrevive. Es decir, concibe una agresividad primaria al servicio de la vida, es decir, como expresión del gesto espontáneo del individuo. Postulada y concebida como fuerza vital - que impulsa la creatividad, el conocimiento y el aprendizaje - la concibe como un articulador esencial de la subjetivación del individuo ya que forma parte del impulso amoroso primitivo.

En la fase más temprana del desarrollo del yo, la agresión forma parte de la expresión del amor ya que el bebé desea poseer el objeto. La confusa y caótica situación interna que experimenta el bebé - el estado no integrado, diría Winnicott - requiere de la presencia de un continente - la madre ambiente - para poder metabolizar y transformar esa experiencia en algo representable. El infans se encuentra en un estado de absoluta dependencia del objeto materno para desarrollar esa capacidad de apropiarse de su propia experiencia.

En los primeros momentos, es crucial que el objeto materno maternice, es decir, que tenga la capacidad de tolerar el ataque pulsional del bebé. Y paulatinamente, solo paulatinamente, deberá oponer resistencia. Porque es en la oposición de la madre a este ataque pulsional donde va a aparecer la primera distinción yo/no yo. El adecuado grado de oposición al amor pulsional del bebé ejercido por el objeto materno, en el momento oportuno, es fundante ya que permite que el bebé comience a diferenciar el objeto subjetivo que forma parte de su realidad interna, de una realidad externa formada por objetos compartibles y compartidos.

En este proceso es primordial la capacidad contenedora del objeto materno, el holding en Winnicott o la capacidad de Reverie en Bion. Sabemos de la importancia que tiene para el desarrollo del psiquismo infantil contar con un ambiente sostenedor. La función que tiene para el desarrollo del individuo contar con una madre suficientemente buena: una madre capaz de ponerse en ese difícil punto donde convergen la alucinación y la realidad en la ilusión del niño de haber creado al objeto; una madre que también debe ser capaz de ir desilusionando gradualmente a su bebé.

Pero cuando la madre no sabe o no puede conformar el ambiente adecuado que su bebé necesita, cuando falla el holding, y en lugar de satisfacer adecuadamente sus necesidades las interfiere, obliga al niño a un desarrollo patológico, a un falso self. Un falso self que reprimirá esa fuerza vital, esa agresividad primaria, para someterse a la realidad que le ha tocado vivir dando lugar a una agresividad reactiva, a un odio que o bien dirigirá contra sí mismo o bien dirigirá contra sus objetos.

Winnicott afirma que «Las personas no recuerdan haber recibido un sostén adecuado: lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido». Considera que los niños que han resultado traumatizados por haber sufrido rupturas excesivas de la continuidad de su existencia en épocas tempranas experimentan lo que ha llamado angustias catastróficas producto del derrumbamiento de un yo cuando aún estaba en construcción. Angustias que se expresan como una sensación de fragmentarse en mil pedazos, de caer en un universo infinito y sin forma, de perder la conexión con el cuerpo...de desparramarse.

Lo que la clínica nos muestra es que los pacientes que padecieron fallos severos en la función sostenedora del ambiente, que han padecido fallos severos en la función materna suelen reeditar, en la situación analítica, aquellas fallas traumáticas originarias. Reediciones - ¿o ediciones? - que vendrán acompañadas de ataques al encuadre, o a la figura del terapeuta; ataques a los que el analista deberá sobrevivir.

Cuando la ausencia de límites en el mundo interno se enfrenta a la ausencia de límites en el mundo externo, el sujeto se encuentra solo, enfrentado a la fuerza

devastadora de sus impulsos, barriendo el yo. Como Winnicott entendió, la destructividad no es solamente una reacción del yo a la frustración que surge de la conciencia de la alteridad del otro: es también lo que provoca la creación y la elaboración de esta alteridad. En el encuentro analítico la psicosis se caracteriza por la imposibilidad, por parte del paciente, de reconocer a los demás y a uno mismo como individuos completos y diferenciados.

El otro no es vivenciado como otro sujeto; él o ella es un objeto subjetivo que debe encontrarse exactamente donde el paciente lo crea (presentación del objeto). Los fallos en la simbolización implican la incapacidad de diferenciar entre el interior y el exterior, entre self y objeto, y constituye la característica fundamental sobre la base en la cual se puede imaginar el funcionamiento psicótico en el entorno clínico.

Una falla inscripta en un fallido encuentro con el objeto materno en el origen de la vida psíquica. Cuando el proceso de simbolización primaria no puede tener lugar, el niño tiene la terrible experiencia de la discontinuidad del ser - un estado de desintegración, un sentimiento de existencia discontinuo - y la ansiedad que sobreviene, entonces, pertenece a la categoría de la agonía.

Cuando los procesos de integración psicosomática están lo suficientemente avanzados, el yo puede asumir gradualmente la responsabilidad de la violencia de sus impulsos, que comienza a percibir como internos. Esto solo puede ocurrir si el objeto demuestra su capacidad para sobrevivir creativamente a dicha violencia.

Solo cuando esto sucede puede el sujeto experimentar con éxito la existencia de un límite sólido y estructurante con la seguridad de que su ira no es imparable ni arrasadora. La responsabilidad de la ira contra el objeto solo podrá ser asumida, aceptada y elaborada en presencia de la madre ambiente que sostiene la experiencia sin abandono, rechazo ni retaliación.

Winnicott hizo una original aportación sobre la función que cumple la destructividad, como veremos en el material clínico. La destructividad no debemos pensarla simplemente como un ataque al vínculo o al objeto, ni tampoco entenderla como una mera evacuación emocional o descarga pulsional. La aportación original winnicottiana consiste en pensar la destructividad como un intento desesperado por construir la alteridad y, por lo tanto, de crear un vínculo.

Winnicott considera de suma importancia que el analista acepte en él el surgimiento de reacciones imprevisibles, desconcertante e incluso hostiles, de origen consciente o inconsciente, que a menudo responden al impacto que producen en él las actitudes agresivas de su paciente.

Estamos ante una teoría y una praxis que concibe al analista como alguien fuertemente comprometido con su trabajo y con su paciente, y que está inevitablemente atravesado por las múltiples y variadas complejidades

de su propia subjetividad.

Pero en todo análisis son inevitables ciertos fallos del analista. Un analista suficientemente bueno, también es un analista que falla, es un analista que no siempre puede estar allí donde el paciente lo necesita. La actitud ética del analista de mantenerse fiel a sí mismo, de sobrevivir, de ser, como nos dirá Luca Quagelli, vivo y creativo y de estar allí donde el paciente nos necesita y por ende nos crea; el ofrecerse como continente para alojar los intensos sentimientos que se despiertan en el contacto íntimo con el niño, le permite al paciente revivir y reubicar aquella vivencia traumática que fue parte de lo sabido no pensado, (Bion) y que tanto afectó su desarrollo en su primera infancia.

La nueva versión que el paciente empieza a concebir en el tratamiento, los fallos en la función contenedora de la madre-ambiente - las fallas en su desarrollo emocional primitivo- hará surgir en él algo que recién ahora puede vivenciar como odio. Un odio que irá dirigido a otro, al terapeuta, que es vivenciado como una suerte de espíritu maligno. Un terapeuta que debe poder tolerar ese odio, que no debe responder pagando con la misma moneda, un terapeuta que no debe contraatacar, y que puede entonces demostrarle a su paciente que ese odio no es arrasador, ya que el analista puede sobrevivir a él y mantenerse vivo y creativo.

El terapeuta que sobrevive es el que permanece en su función analítica sin mayores cambios, que se mantiene fiel a sus principios éticos y no toma represalias. Solo así se puede promover la cura y auspiciar lo que Winnicott considera un nuevo comienzo que destrabará el desarrollo detenido o desviado originado por las fallas tempranas de su ambiente. Pero sobrevivir a la destructividad no implica solamente permanecer vivo, es decir, disponible. Implica la transformación de los contenidos mentales evacuados, implica un trabajo psíquico en el analista que le permita al paciente convertir en pensables las vivencias terroríficas que lo inquietan.

La distinción que traza Winnicott entre odio y destructividad arroja luz, no solo sobre el funcionamiento mental infantil, sino que traza una recomendación ética sobre el lugar y la función analítica del terapeuta.

En la destructividad no hay una diferenciación establecida aún entre yo-no yo; entre el yo y sus objetos - por eso el objeto no es atacado; es ante el surgimiento del odio que deviene fundante la capacidad de holding del objeto, que debe contenerlo sin retaliación ni venganza, y en esa búsqueda de contención, de metabolización, surgirá el vínculo, creando, así, tanto al yo como al objeto materno.

La sesión clínica que hoy nos presenta Luca Quagelli nos habla de las peripecias de un encuentro de un analista comprometido, valiente y honesto, que se toma a sí mismo como paciente al explorar permanentemente su contratransferencia. Una contratransferencia que

utiliza como brújula para comprender a su pequeño paciente, Amine, de 6 años. Un analista que se ve ante la difícilísima tarea de tolerar los ataques de su paciente, que se ve ante la difícilísima tarea de elaborar sus propias reacciones hostiles y el desconcierto que le generan; y al mismo tiempo teniendo que establecer demarcaciones precisas sin la intención de someter a su paciente – y éste es un elemento clave – no busca someter a su paciente, no busca la obediencia ni el acatamiento; sino que busca ofrecerse como un continente adecuado que contenga y de sentido a los comportamientos del niño.

El material clínico que Luca Quagelli comparte con nosotros, nos muestra cómo se puede transformar e integrar la destructividad en el curso de un tratamiento. Veremos cómo, durante el primer período del tratamiento, la continuidad de ser del paciente estaba perdida y no podía controlar ni su cuerpo ni sus comportamientos. La destructividad de Amine era la única forma de expresar y comunicar la devastación de su mundo interno. Pero la mente de Amine buscó un continente que pudiera recibir, tolerar y simbolizar su

destructividad. Gracias a la estabilidad y confiabilidad del encuadre – reeditando a la madre ambiente- junto a un cuidadoso trabajo de vinculación pudo desarrollar un primer límite entre el adentro y el afuera; y entre el self y el otro.

Esto condujo al surgimiento de ansiedades persecutorias y la destructividad original de Amine pudo ser transformada gradualmente en odio y en rabia. Situación que Luca solo puede lograr en función de la profunda comprensión que logra establecer con aquello que habita en su joven paciente y que es el resultado de un vínculo de dependencia perturbado en su desarrollo temprano y porque puede entender que toda conducta “destructiva” del niño lleva en germen la búsqueda y la posibilidad de lograr la satisfacción de sus necesidades de dependencia.

Bibliografía:

- BION, W. R., *Learning from Experience*, 1962, London, Tavistock.
- LACRUZ, Javier, *La teoría de la agresividad en Winnicott*, Zaragoza, 2013
- WINNICOTT, Donald, *El odio en la contratransferencia*, 1947, escrito leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica.
- WINNICOTT, Donald, *Realidad y juego*. Barcelona, Gedisa, 1979.
- WINNICOTT, Donald, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia, 1981.
- WINNICOTT, Donald, *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, Laia, 1981.
- WINNICOTT, Donald, *El gesto espontáneo*. Barcelona, Paidós, 1990.
- WINNICOTT, Donald, *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Paidós, 1991.
- WINNICOTT, Donald, *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires, Lumen-Hormé, 1993.
- WINNICOTT, Donald, *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires, Paidós, 2001.

Exposición de la sesión clínica*

Luca Quagelli**

La clínica de la psicosis constituye, para quien decide probarla, una experiencia de encuentro, y a veces de confrontación, con los límites, entendidos tanto como límites de nuestros modelos teóricos, como límites de la cantidad de emociones y sensaciones que cada uno de nosotros puede sostener y soportar durante las sesiones.

Usando una metáfora marinera, podríamos decir que encontrarse con el sufrimiento psicótico significa ser capaz de encontrar-crear, con el paciente y para el paciente, una ruta que permita sobrevivir creativamente a la violencia de un mar que parece estar permanentemente en tormenta. Para cruzarlo, no hay brújula. Las cartas náuticas se interrumpen donde comienza el viaje.

Más allá de la metáfora, y siguiendo las enseñanzas de Winnicott, creo que la psicosis se caracteriza, en el tratamiento, por la incapacidad del paciente de reconocer a los demás y a sí mismo como personas íntegras y diferenciadas. El otro no es experimentado como otro-sujeto. Es un objeto subjetivo que ha de dejarse encontrar exactamente donde el paciente lo crea.

Este es un punto fundamental: el límite que diferencia al yo del otro no es un hecho. Su organización es el resultado de un trabajo mental cuyo éxito no se da por descontado y depende de la calidad del encuentro con el objeto.

En los casos en que este encuentro resulta ser un fracaso, el niño experimenta la experiencia aterradora de una discontinuidad del ser, y la angustia resultante es entonces del calibre de la agonía.

Estas experiencias originales dejan sus huellas en la mente en forma de huellas sensoriales, inasimilables e intransformables. Y es de esta misma forma que aparecen en el tratamiento: de forma sensorial, corporal y conductual.

Pensar la psicosis en estos términos implica consecuencias desde el punto de vista de la técnica. Los momentos de indiferenciación que nos hace vivir el paciente psicótico no deben interpretarse como defensivos. Traducen la incapacidad de organizar un límite estructurante entre uno mismo y el otro.

En estos casos, el análisis puede convertirse en el lugar donde se construye por primera vez este límite. En el material clínico que ahora les presentaré, trataré de ilustrar cómo se puede lograr este proceso, enfatizando el papel de la destructividad del paciente

y la importancia que asume el procesamiento contratransferencial del analista para fomentar una transformación e integración progresiva.

En nuestro primer encuentro, Amine, un niño psicótico de seis años, entra en mi habitación y tira al suelo todo lo que hay en ella. Cajones, cajas, armarios. Nada escapa a su furia. Amine agarra todo lo que está a su alcance y lo lanza al aire, con un fuerte ruido.

Después de unos minutos trato de comentar que hay muchas cosas nuevas, desconocidas, y que tal vez sacarlas todas de esa manera permite tener un poco menos de miedo. Sin efecto. Después de unos momentos más, aventuro que tal vez Amine esté enojado porque mi material es diferente al que tenía su terapeuta anterior. Porque yo no soy ella.

La emoción simplemente crece. “Sí, genial”, exclama Amine, gritando más y más fuerte. Su cuerpo no puede quedarse quieto ni un solo momento. Mis palabras parecen atravesarle sin dejar rastro.

Durante un buen rato me siento impotente. Inútil. Mis interpretaciones “clásicas” no me sirven para nada con este paciente. No me permiten comunicarme en su nivel de funcionamiento.

En el enésimo bloque que cruza la habitación y golpea la pared, sin embargo, tengo una intuición. “Es muy importante que yo sea muy sólido”, exclamo dirigiéndome a Amine.

Por primera vez, el niño se detiene, interesado, mirándome. “Aquí en psicoterapia se pueden traer todas las ideas, incluso las de destrucción... la psicoterapia puede actuar como contenedor de todas estas ideas tan difíciles”. Luego tomo un trozo de plastilina, construyo un recipiente para el bloque que el paciente acaba de tirar contra la pared y lo coloco en el interior.

Amine se acerca y toma mi construcción en sus manos, más tranquilo. Luego señala una tela muy grande y me pregunta “¿para qué sirve?”. Lo pienso por un momento y le digo: “que construya una tienda”. “Hazlo”, dice perentoriamente.

Cuando la tienda está lista me dice: “Es de noche. Necesitamos dormir”. Así que va y apaga la luz para que oscurezca de verdad.

Analista: “¿Necesitas una manta para la cama?”. Amine agarra una manta y se la tira encima. Luego trocea una hoja de papel y coloca los trocitos de papel en mis

piernas, diciéndome que esa es mi manta. “Cierra los ojos”, agrega.

Nos quedamos un rato tirados en la tienda, luego Amine se levanta y me dice: “quédate ahí, no te muevas”. Toma un cuenco y algunas piezas de plastilina sin forma, luego enciende la luz: “Es de mañana, puedes abrir los ojos. ¡Come!”.

Tengo la impresión de presenciar la reactivación, en la relación terapéutica, del intento de construir esa rítmicidad original que ordena y da sentido a las alternancias sueño-vigilia, hambre-saciedad, calor-frío, en el encuentro entre el bebé y su madre.

Estoy muy conmovido. Vacilo un poco y luego le digo con delicadeza: “Es realmente necesario que te cuide bien”. “Cállate”, responde Amine con decisión.

No debo tener prisa, pienso para mis adentros. Es hora de aprender a jugar juntos. Para las palabras, habrá tiempo luego.

Salgo de la sesión un poco aturdido. Confundido. Sobre todo, agotado. Tengo la sensación de haber tenido que apelar a todos mis recursos, a mi cuerpo, a mis emociones. Me siento vaciado, pero también tengo la impresión de que en algún momento Amine y yo nos hemos encontrado.

Una secuencia más, unos seis meses después. Esta vez se trata de una sesión que precede a una larga separación de tres semanas.

Amine parece estar en medio de una excitación incontenible. De nuevo, empieza a tirar los objetos de la consulta contra las paredes, y al suelo.

En un momento agarra un frasco de cristal en el que él había mezclado la plastilina con el agua, lo abre y saca pequeños pedazos de plastilina húmeda y pegajosa que tira por todas partes.

Le hablo entonces de su sensación de sentirse abandonado, y de la ira que le genera. Pronto habrá vacaciones. Amine me necesitará, y yo no estaré allí.

El paciente me escucha por unos momentos, luego la defensa maníaca toma el control. Es como si, ante la separación que se hace real, su Yo se rompiera en mil pedazos. La madre-ambiente, en lugar de sostener su naciente experiencia de omnipotencia, le demanda un esfuerzo para simbolizar la ausencia, un esfuerzo del que no parece capaz en ese momento.

En su mente, no existe representación alguna de un posible reencuentro. La separación es la ruptura del vínculo. Ruptura de la continuidad existencial.

Cuando termina la sesión y Amine sale de la habitación, el espectáculo que aparece ante mis ojos es desolador. Grandes manchas de plastilina húmeda y pegajosa por todas partes: en el suelo, en las paredes, en el escritorio. Hasta en mi ropa.

Me siento exhausto. Sin más energía. Me digo a mí mismo que esa escena de destrucción, esos “escombros” esparcidos como pequeños islotes dispersos, son probablemente la única forma en que Amine puede mostrarme el estado de su mente frente a la separación-abandono.

Sin el objeto, el Yo se derrumba. O más bien, probablemente reactiva la experiencia de un colapso ya ocurrido, en los orígenes de la vida mental: el contenedor se hace añicos. El contenido se esparce por todos lados. Deforme. Desfigurado.

La identificación proyectiva, en lugar de transmitir afectos insoportables, transporta un material aún más arcaico, sin forma, ligado a las sensaciones, a los estados del cuerpo.

En ese sentido, Amine no me ataca a mí, ni ataca al encuadre. Deposita en la terapia, en su analista, la devastación de su espacio mental.

En su trabajo sobre el uso del objeto, Winnicott (1969) mostró cómo la destructividad, que es diferente del odio, puede (también) tener una función de vínculo. Diría, concretando su pensamiento, que la destructividad tiene más bien un potencial comunicativo. No es comunicación en sí misma, pero puede llegar a serlo en función de la calidad de la respuesta del analista.

A la vuelta de vacaciones, Amine me saluda con una gran sonrisa y luego corre hacia mi consulta.

Cuando entro, está escondido debajo del escritorio. Me espero un poco, luego trato de jugar al escondite: “Amine, ¿a dónde fuiste? No te veo por ningún lado...”. Finjo buscarlo en todos los rincones de la habitación, sin dejar de hablar, para crear un envoltorio sonoro que le garantice la sensación de continuidad de la existencia.

Analista: “Amine, ¿estás ahí?”. Paciente: “Me he vuelto invisible”. Analista: “¿Invisible? ¿Pero sigues ahí?”. Paciente: “Sí”. Analista: “Afortunadamente. Tenía miedo de que hubieras desaparecido”.

Jugamos unos minutos más, luego Amine sale de su escondite y me dice “¡Estuve aquí! ¡¿No me veías?!”. Luego se acerca a mí y comienza a inspeccionar cuidadosamente mi rostro. Es como si necesitara sentir que soy realmente yo, que sigo siendo el mismo.

Cuando se lo cuento, parece calmarse. Se sienta en el suelo y me dice: “Mira mi pierna. Me lastimé al terminar la escuela”. “Nuestra separación antes de las vacaciones también había sido dolorosa”, le digo.

Amine se quita un zapato, se lo lleva a la nariz y exclama: “es repugnante. Huele fatal”. “Aquí en terapia puedes traer todas las ideas, incluso las asquerosas”, digo pensando en la plastilina que había esparcido por todo el lugar antes de las vacaciones.

En ese momento, Amine presiona con su pie contra

mi pierna y exclama: “Mira, es enorme”. “¿Como si fuéramos la misma cosa?”, le digo pensando en las superficies de nuestros cuerpos que se pegan y se fusionan.

En respuesta, Amine señala mi pierna y dice “golpea”. Me pregunto si él está expresando un pedido de ayuda con respeto a la diferenciación, o si está expresando su ira (ataque) contra mí por haber estado ausente.

Decido dar prioridad al registro de funcionamiento más primitivo. Así comenzamos una secuencia en la que, alternativamente, damos pequeños golpes, en mi pierna, o en su pie, aún “pegados”, trabajando las sensaciones así generadas y la construcción del límite entre los cuerpos: “aquí, siento el contacto con tu mano”; “Ahí no siento nada. Y tú, ¿qué sientes?”. “Aquí está mi cuerpo”; “Ahí está tu cuerpo”....

Pronto se crea una especie de ritmo co-construido en el que ambos sentimos una evidente satisfacción.

En esos momentos, siento que Amine no me vive como un objeto separado, con sus emociones, sensaciones, y pensamientos propios. Más bien me parece que soy un doble, que pone a su disposición su psique-soma, pero que al mismo tiempo introduce pequeños elementos que dan impulso al trabajo de diferenciación.

Este trabajo sólo puede tener lugar en presencia del objeto. Es sólo al reencontrar al objeto, en el encuentro con el mismo, que la ausencia pueda ser parcialmente elaborada.

Pasan así unos seis meses, en los que trabajamos mucho estas experiencias sensoriales y corporales. Luego, un día, al reencontrarnos después de dos semanas de vacaciones, Amine corre a esconderse debajo del escritorio y exclama: “¿Y si jugamos al escondite?”.

Por primera vez, él quiere ser quien cuente. Puede soportar cerrar los ojos y hacerme desaparecer por un momento, aunque es él quien me muestra dónde esconderme. Si trato de hablar, me manda callar. “No hables. Quédate escondido”.

Ya no necesita ese envoltorio de sonido que había demostrado ser tan importante en los meses anteriores. La ausencia ya no es sólo un vacío. Ya no interrumpe el pensamiento de una manera tan global.

Amine puede comenzar a estar solo en presencia del objeto. A preguntarse por “otro lugar” en el que yo podría existir cuando no estoy con él.

Después de jugar un buen rato, intervengo: “¿Dónde estuvo tu analista durante las vacaciones? Lo buscaste por todas partes. La espera fue muy larga”.

En ese momento, Amine toma boli y papel y comienza a escribir algo. Es la primera vez que le veo escribir.

Con dificultad traza las letras de su nombre. Luego se detiene, extasiado, para admirar su conquista.

Me detengo, impactado, a observar esa nueva capacidad de inscripción, esa huella dejada en la hoja justo después de escenificar la pérdida y el hallazgo. La ausencia comienza a volverse generativa, a ser representada.

Amine toma otra hoja y dibuja: una casa, con un personaje al lado. “¿Quién es?” le pregunto. “Es un señor”, responde. “¿Un Sr. Quagelli?”. “No, me. ... Ahora escribo su nombre”. Y escribe, justo debajo, “Mr. Yo”.

Era como si todas esas inscripciones sensoriales y corporales desconectadas en las que habíamos trabajado durante meses finalmente se unieran entre sí, dando vida a un Yo capaz de sentir sus propias fronteras corporales y psíquicas. La separación le había permitido completar la fase más primitiva del trabajo de diferenciación; trazar un límite entre su propio cuerpo y el cuerpo de la madre-analista, permitiéndole finalmente afirmar de manera auténtica, encarnada, “yo soy”.

En la siguiente sesión, Amine trabaja intensamente en una nueva “casa”, que finalmente ocupa casi la totalidad de la sala de la consulta. Utiliza todo el material presente con destreza y me explica que “la casa debe ser muy sólida. Es fundamental que no haya huecos”.

Este niño, que apenas un año y medio antes solo podía esbozar la estructura de una fachada, ahora siente la importancia de sus fronteras y quiere protegerlas en su integridad.

Por primera vez empiezo a sentir la aparición de angustias de carácter más persecutorio en la transferencia: si se cae una almohada o se mueve un poco una de las telas, es una catástrofe y hay que reparar el agujero inmediatamente. La casa podría ser invadida.

Una vez terminada la construcción, Amine me invita a entrar con él. “Aquí estamos bien protegidos, le digo. Tu hogar es sólido, nos hace sentir a salvo”. Por un momento, experimentamos una especie de regreso a un estado indiferenciado, como si ambos estuviéramos dentro de un útero materno que nos sostiene y nos nutre. El cuidado amoroso de la madre puede interponerse entre el individuo y el mundo exterior, desactivando así la amenaza de desarrollar un funcionamiento paranoide organizado (Winnicott, 1952).

Después de un momento, Amine sale de la “fusión” y exclama: “Oh, no. Me olvidé de construir el baño”. Aquí empieza a tomar forma un “otro lugar” y se puede pensar, en su construcción, en la existencia de dos espacios, contiguos pero diferenciados, que se abren paralelos en el interior del cuerpo, en el interior de sus contenidos, con zonas de transición entre el interior.

En las siguientes semanas, la elaboración de estas problemáticas alimenta el surgir de experiencias cada vez más persecutorias. Por ejemplo, Amine comienza

a observar que mis ojos son “extraños”, “Como rayos láser”. En varias ocasiones me pregunta: “¿pero por qué hablas de esa forma?” Luego reproduce, con gran destreza, mi acento, mi manera de pronunciar las palabras.

Analista: ¿Hablo un poco raro?

Amine: Sí, me asustas. Y corre a esconderse debajo del escritorio, envuelto en una de las telas.

Analista: Te asusto porque somos diferentes.

Amina: Eso es... ¿Cómo lo sabes ?

Analista: ¿Como si leyera tus pensamientos?

Amine comienza a emitir aullidos terroríficos “Soy un lobo... te ataco”.

Analista: Necesitas ser muy, muy fuerte para protegerte de este malvado Quagelli que da tanto miedo.

Amine: “Tengo que construir un ataque”. Luego encuentra ese frasco de cristal que había sido tan importante en los primeros meses de la terapia, lo llena hasta el borde con plastilina, luego inserta una probeta larga y estrecha, de plástico transparente en la parte superior. “Necesito mucha agua... tengo que ponerla ahí, en la probeta... la que pusimos ya no está”. “Fue hace mucho tiempo”, le digo.

Después de trabajar un buen rato, me muestra su construcción y exclama: “Aquí. Este es mi ‘ataque’”.

Analista: Un ataque con una gran cosa en el centro

Amine: Como un gran pito

Analista: ¿Un gran pito lleno de pipí?

Amine: Quiero hacer pipí encima de ti

Analista: Esto es la ira. Una ira negra porque sientes que pronto se acaba la sesión y cuando nos separamos duele mucho, por dentro. Te sientes abandonado.

Siento que su ira crece. Amine agarra su “ataque” y comienza a lanzármelo. Casi se siente como si pudiera palpar el enorme esfuerzo que está haciendo para no estallar en cólera. Arroja algunos objetos al suelo, furioso, pero logra salvaguardar su construcción, para poder volverla a encontrar en la próxima sesión. Antes de salir de la habitación, insiste en poner “un tapón” a la probeta llena de agua.

Analista: Estás haciendo un gran esfuerzo para tratar de controlarte, aunque sea muy difícil

Amine: Sí, es muy difícil Quagelli. Necesito mucha ayuda

En las semanas que siguen, la terapia se vuelve cada vez más difícil. Las angustias intrusivas son muy intensas, y la ira resultante suele ser incontenible. Varias veces, las sesiones vuelven a extenderse más allá de la hora establecida. Amine grita, no me deja decir nada. Es como si ante la idea de dejarme se le abriera una vorágine muy profunda en su interior. Sin embargo,

se trata de un derrumbe de naturaleza distinta a las que experimentamos al inicio del tratamiento. En aquel entonces, no había ningún Yo capaz de sentir la experiencia como un estado subjetivo y el único “lenguaje” disponible era el del cuerpo y el acto. Ahora, sin embargo, la continuidad de la existencia ya no parece tan gravemente amenazada. Amine es capaz de percibir la experiencia de la separación como un estado más subjetivo, aunque el dolor que resulta de ello sigue siendo muy profundo e insoportable. Para no romperse, su Yo se ve obligado a defenderse hasta la muerte por miedo a ver sus fronteras invadidas y violadas; por temor a las represalias.

El esfuerzo que se me requiere para apoyar el proceso analítico es descomunal. Extremadamente profundo. Salgo de las sesiones cada vez más vaciado. Cada vez más agotado. A veces pienso que la cólera de mi paciente nunca se acabará, que nunca se detendrá. Tiene hambre de un objeto, Amine, pero es un hambre tan atávica, y lleva tanto tiempo insatisfecha, que en muchos momentos la tarea que se me presenta parece sobrehumana.

Todo ello hasta una sesión muy dura en la que la situación empeoró drásticamente.

Desde el momento en que nos reencontramos, Amine parece especialmente afectado. Por primera vez, quita el “tapón” que le había puesto a su “ataque” y me tira el agua. No me golpea casualmente, su ira realmente está dirigida a mí.

Con dificultad logramos hablar sobre lo que está o no está permitido en la sesión, sobre las diferentes formas en que puede expresar y transformar su ira.

Amine coge un muñeco y, haciéndolo sentar en un pequeño orinal, me dice “mira, caca”. “¿Él también está muy enojado?”, le pregunto. “Está enojado contigo. Te quiero hacer caca encima”. Y tratar de sentarse en el orinal él mismo.

Titubeo. Le digo que puede imaginarse haciéndolo, pero que no puede hacerlo “de verdad”. Que, si no puede aguantarse, tengo que acompañarlo al baño. Amine no muestra signos de moverse. Después de un momento, asustado, lo muevo físicamente.

Algo chirría dentro de mí y me impulsa a actuar. Por primera vez en mucho tiempo, no estoy seguro de poder aguantar. Amine probablemente percibe esta falta mía y está aún más angustiado.

El final de la sesión está cerca, pero me cuesta dejarme encontrar, vivo y creativo, allá donde el paciente me necesitaría.

Cuando le digo que nuestro tiempo se ha terminado, se niega a salir. Largo, cada vez más largo. Más y más tiempo. Siento que me faltan ideas. No sé qué más hacer. No soy capaz de ponerle límites.

Amine me pide que construya una casa, diciéndome

que entrará por un momento para dormir y luego partirá. Acepto, más por agotamiento que por convicción, y nos tumbamos los dos en la tienda. “Es de noche, cierra los ojos”, me dice. Después de unos momentos, siento que se levanta. “¿Es de mañana? ¿Podemos ir?” Le pregunto esperanzado. “Para. No hables. Aún no es de mañana. Te he dicho que cierres los ojos”.

Ya no puedo pensar. Permanezco en la tienda, enojado y exhausto, con los ojos cerrados.

Sin darme cuenta, me retiro de la relación.

Amine se encuentra entonces en un estado muy diferente al del bebé que, sólo en presencia del objeto, puede interrogarse sobre los límites de su ser y la diferencia entre él y el otro. Al retirarme de la relación, lo abandoné. Ya no estoy disponible para él. Está realmente solo. Oigo un gran estruendo. Numerosos objetos caen al suelo. Luego hay un momento de silencio. Cuando decido abrir los ojos, el panorama que aparece ante mí me deja sin aliento: en el centro de la habitación está Amine, de pie sobre sus piernas, con una expresión de triunfo en el rostro, orinando sobre una colchoneta y unos juguetes.

Permanezco petrificado por un instante, luego me sacudo. En cierto modo, la violencia de ese gesto me despierta de mi letargo. “Esto está absolutamente prohibido. Lo sabes bien. Si tienes que orinar de verdad, tienes que ir al baño”.

La firmeza con la que ahora me opongo a sus pulsiones devastadoras hace que su mirada triunfante pronto se convierta en miedo. Amine se tapa, y las lágrimas comienzan a brotar de sus ojos “Es demasiado tarde, es demasiado tarde”, repite desesperadamente. Probablemente teme la venganza de mi parte (la “ley del talión”), pero también me comunica la desesperación profunda y aterradora en la que se encontró sintiendo los fracasos de mi capacidad de holding.

Analista: Por un momento sentiste que me había ido. Te sentiste abandonado, solo con tu ira. Llegué demasiado tarde

Mi interpretación parece tranquilizarlo.

Después de llevarlo de vuelta a la sala de espera, me quedo solo en la habitación durante mucho tiempo. Amine no estaba en condiciones de limpiar lo que hizo, así que depende de mí hacerlo. Decido no delegar la tarea a los limpiadores, porque lo que pasó debe quedar dentro de la terapia, pero también porque yo mismo me siento demasiado frágil, demasiado afectado íntimamente para poder exponerme de manera tan inmediata y directa a la mirada y a las preguntas de los demás.

Mientras arreglo la habitación, una masa de emociones brutales e inextricables lucha dentro de mí. Realmente me siento como si Amine me hubiese orinado encima.

Siento una rabia sorda, violenta. Sin límites.

Necesito un largo momento antes de que el pensamiento pueda traer algo de orden a esos afectos tan salvajes. Es quizás la primera vez que me autorizo a sentir tan vívidamente todo mi odio contratransferencial. Ha sido necesario pasar por el acto extremo, violento, para que yo pudiese aceptar identificarme completamente con la brutalidad de los movimientos pulsionales de Amine; quizá experimentando lo que él sintió desde hace tiempo durante cada sesión.

Empujándome al límite de mis fuerzas, dejándome por un momento incapaz de estar presente y creativo, Amine me había mostrado cuán incontenible era para él la violencia de su ira. Cuánto era necesario para él encontrar un límite externo, y qué aterradora era la experiencia de un objeto inconsistente, incapaz de detenerle. Incapaz de sobrevivir.

Donde la ausencia de límites en el interior choca con la ausencia de límites en el exterior, el sujeto se encuentra solo frente a sus pulsiones, que se derraman sin límites, arrollando al Yo. Como había adivinado Winnicott, en efecto, cuando los procesos de integración psicosomática están suficientemente avanzados, el Yo ciertamente puede comenzar a asumir la “responsabilidad” de la violencia de sus pulsiones, que comienza a percibir como internas, pero esto sólo es posible a condición de que, al principio, el objeto se haya mostrado capaz de sobrevivir, creativamente. Solamente cuando esto sucede, de hecho, el sujeto es capaz de sentir la existencia de un límite sólido y estructurante contra el cual chocar, asegurándose así de que su ira no es imparable.

La responsabilidad de la ira contra la madre (analista)-objeto (objeto de la pulsión) puede ser asumida y aceptada, elaborada, sólo en presencia de una madre (analista) -ambiente (objeto del narcisismo) que mantiene la experiencia, sin retirarse o actuar con represalias.

La constancia del encuadre, la repetición de las sesiones y la renovada disponibilidad física y mental del analista tranquilizan al paciente sobre sus temores retaliativos.

En la siguiente sesión, hablo con Amine sobre lo que pasó: su enfado y la terrorífica sensación de haber tenido que enfrentarse a ella en soledad. Luego le digo que traje algunos productos de limpieza y esponjas para limpiar juntos el lugar de la habitación donde él había orinado.

Amine escucha con mucha atención y accede a limpiar. En presencia de un objeto vivo y creativo, puede comenzar a asumir la responsabilidad de su ira.

Posteriormente, le propongo crear una señal de prohibido. El paciente me mira desconcertado: “¿qué es?”. Así que tomo una hoja de papel y dibujo una gran señal de prohibido, y luego escribo: “Está prohibido orinar de verdad en la habitación”. Cuando ve el dibujo,



Amine se enfada de nuevo. Agarra el papel, hace una pelota y lo tira en un gran contenedor cilíndrico en la esquina de la habitación. “A la basura” (pero no lo tira en la verdadera basura -papelera-, que ya había utilizado en otras ocasiones). Después de un momento, él mismo corre a recoger el dibujo del cilindro, lo estira un poco con las manos y me dice: “Yo también quiero hacer uno”. Coloca la señal sobre el escritorio y la copia cuidadosamente, reproduciendo una idéntica, que luego pegamos con cinta adhesiva a una pared, para que sea claramente visible desde todos los puntos de la habitación.

Sin embargo, cuando se trata de irse, la ira vuelve a imponerse por enésima vez. Amine comienza a lanzarme juguetes, con la clara intención de golpearme. “Eres malo, Quagelli. No quiero irme. No eres tú quien decide. Quedémonos un rato más, ¿vale?”. Le explico que cuando me pega me siento mal y que eso también está prohibido. Entonces le digo que no es él quien decide, pero yo tampoco. La duración de la sesión siempre es la misma, es una regla del servicio de salud mental que ambos debemos cumplir.

Amine no quiere / no puede escuchar razones. No puede ponerle freno a su ira salvaje. Parece indomable y, de nuevo, me siento impotente. Incapaz de ponerle límite. Sin embargo, a diferencia de la sesión anterior, estoy en contacto con mis afectos y decidido a no abandonarme, ni a mí, ni a mi paciente, ni la terapia a esa furia que todo lo destruye.

Así como a menudo sucedió en el pasado, una idea llega entonces a mi rescate: “Si sientes que no puedes salir de la habitación, le digo, tenemos que llamar al director”.

Estamos demasiado cerca y la introducción de un tercero separador podría ayudarnos a construir un límite que nos proteja y nos permita transformar creativamente los movimientos pulsionales, resguardados de la expresión directa contra el cuerpo del otro.

Amine está sorprendido por mi idea, pero no aterrorizado. Es más, en cierto modo parece tranquilizarse: “Llámalo”, dice. No lo dice desafiante. Casi parece que siente la necesidad. “Así que voy a llamar al director, pidiéndole que solo diga que, de acuerdo con las reglas del servicio, cuando termine el tiempo de la sesión, hay que detenerse y regresar a la sala de espera”.

Cuando regresamos, nos encontramos a Amine jugando tranquilamente con algunos muñecos. A la vista del director, baja la mirada, escucha con atención, luego camina sin protestar hacia la sala de espera, donde se encuentra con sus padres.

Después de la sesión, me detengo a pensar de nuevo, a solas con mis preguntas. ¿Recurrir al director realmente ayudó a Amine a construir un límite estructurante que lo protege y nos protege a nosotros del fluir imparable de su ira? ¿O fue más bien un nuevo paso en el orden de la represalia? ¿Le habré ayudado a interiorizar una “prohibición” (prohibición de tocar, según Anzieu), o en cambio con mi gesto no he hecho más que mostrarle mi incapacidad para sostener y soportar su ira, comunicándole así que ni siquiera en la terapia puede ya encontrar un contenedor para sus instintos pulsionales más violentos?

En otras palabras: ¿habré facilitado la posibilidad de

una transformación simbolizante, o no habré hecho nada más que inducir una fractura del Yo que escinda la pulsionalidad bruta de la relación transferencial? La respuesta, me digo, sólo llegará après coup.

Me encuentro con Amine después del fin de semana. Parece emocionado, ansioso por decirme algo. Camina

por el pasillo con pasos largos. Tira de mi mano: tengo que darme prisa. Luego, en cuanto cruzamos el umbral de la habitación, exclama: “Quagelli, Quagelli, tengo algo que contarte. Era de noche. Había un señor. Me dijo que no hiciera betises (tonterías)”.

Por primera vez, había tenido un sueño.

***Sesión Clínica presentada en Aecpna** el 21 de mayo de 2022 dentro del ciclo “Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos.”

**** Sobre el autor:** Luca Quagelli es un psicoanalista italiano, egresado de la Universidad de Padua, que se formó en París, en la Universidad Paris Diderot. Trabaja actualmente en el hospital de día - Hôpital de jour l'Envol, Mantes la Jolie - y también en consulta privada.

Ha escrito su tesis doctoral sobre «L'hallucinatoire et la clinique de l'irreprésentable», bajo la dirección de M. Balsamo.

Autor de numerosos trabajos y presentaciones en congresos, entre los que destacamos:

- Quagelli, L. (2020) *Reading Winnicott: return to the concept of regression to dependence. The International Journal of Psychoanalysis*
- Quagelli, L. (2020a). *Le rôle de la répétition dans la construction des frontières psychiques. Adolescence*
- Quagelli, L. (2019) *Towards and beyond the Pillars of Hercules: integration and transformation of destructiveness in child psychosis. The International Journal of Psychoanalysis*
- Quagelli, L. (2019a). *The dead part: An overfulness of emptiness - Some reflections on psychotherapy with young psychotic patients. The International Journal of Psychoanalysis*
- Quagelli, L. (2019b). *Le maternel primaire et la construction de l'intériorité. Revue Française de psychoanalyses*
- Quagelli, L. (2018) *Processus extra-névrotiques et travail de transformation de l'analyste, Revue Française de Psychoanalyses*
- Quagelli, L., Solano, P. (2017) *On becoming able to play: individual child psychoanalytic psychodrama and the development of symbolization, Psychoanalytic Quarterly*
- Quagelli, L., Solano, P. (2016) *On interpretative experiences: unconscious-to-unconscious communication through reverie, language and the setting, Psychoanalytic Review*
- Quagelli, L. (2016a) *De la rencontre originaire: souffrance psychotique et travail de symbolisation du moi inconscient de l'analyste, Revue Française de Psychanalyse.*
- Quagelli, L. (2016b) *Le(s) temps de Psyché : épanta rei ? De l'intemporalité du refoulé à l'a-temporalité de l'actuel, Psychotherapies*
- Quagelli, L. (2016c) *Tra Edipo e Narciso : psicodramma e polifonia dei processi psichici in adolescenza, Rich&Piggle, 24, 1 :35-48 [Entre Œdipe et Narcisse: psychodrame et polyphonie des processus psychiques à l'adolescence].*
- Quagelli, L. (2016) *Le fond hallucinatoire du psychisme : pour une relecture du modèle de l'hallucination primitive". Revue Française de Psychoanalyse.*

****Sobre el presentador:** Gabriel Ianni es presidente de AECPNA. Miembro titular de APdeBA. Miembro de FEPP. Especialista en niños y adolescentes – IPA

Fuera de ciclo: rescatamos del curso anterior, esta sesión clínica presentada el 13 de febrero de 2021 por Lilian Ospina, al considerarla muy adecuada para este monográfico.

¡Este guion está vivo!

*Lilian Ospina Martínez**

La adolescencia implica un enorme trabajo psíquico y la precariedad del YO hace que conflictos que no pueden ser mentalizados, pensados y elaborados, busquen una vía de expresión a través del comportamiento, la acción o la somatización. La adolescencia es una crisis, una revolución, es la máxima expresión de la vida y de la muerte. A la salida de la adolescencia un ser humano sabe lo que es la muerte; no la representación del acto de morir en sí, pero tal como lo muestra el psicoanálisis, conoce la experiencia de la pérdida de aspectos de sí mismo, facetas de la identidad que se van con la infancia y que nunca más volverán.

Una mezcla explosiva de pulsiones y duelos a medio elaborar es la nota distintiva de la impulsividad juvenil, en la que no es raro encontrar una cierta apetencia de muerte, algo que podría formularse como “acabemos de una vez con todo esto, o bien sobrevivamos a todo”. Es la etapa de resignificación retroactiva por excelencia según Kancyper y el acceso a la propia identidad a través de la confrontación generacional que conllevará la admisión de la alteridad, de la mismidad.

Para Aulagnier, una de las tareas organizadoras propias de este tiempo de transición es poner en memoria y poner en historia. Este trabajo de historización es el eje central del caso que os presento. Piera Aulagnier considera la historización como el trabajo príncipes de la adolescencia.

Este trabajo de construcción y reconstrucción del pasado resulta imprescindible para que el sujeto pueda invertir un presente, a la vez que proyectar un futuro. Esto permitirá al adolescente contar con puntos de referencia estables, anclajes necesarios para generar un sentimiento de continuidad en tiempos de complejas transformaciones. Para esta autora: “el proceso psíquico de puesta en historia y puesta en memoria, apelando a los registros de la infancia aportados por el fondo de memoria, decide, inexorablemente el éxito o fracaso de la transición adolescente”

Os presento a Julieta, la he llamado así porque se aferra desesperadamente al amor romántico, a ese amor dramático que le hace sentirse viva pero que le conduce inexorablemente a la muerte, para Romeo

y Julieta el sentimiento que los une y que finalmente los conduce a la muerte es un arma de reafirmación subjetiva frente a las determinaciones de sus familias y de la cultura a la que pertenecen. Julieta, mi Julieta, es esa adolescente que ama y que sufre, que muere en el desamor y por el amor.

Ya Anna Freud hizo hincapié en la similitud entre los estados de duelo y el enamoramiento con el funcionamiento adolescente.

Cuando Winnicott dice, que nadie crece sino sobre el cadáver de sus padres, dice una parte de la verdad. Pero a veces el cadáver, no es el de los adultos, sino, como veremos con Julieta, el cadáver es de quién quiere crecer, o sea, del adolescente mismo. Que los adultos logren sobrevivir sin represalias, permite la discriminación y la diferenciación de espacios: interioridad, exterioridad y transicionalidad.

Julieta se aferró a una vida casi inexistente. Tenía 19 años. Cuando la vi por primera vez, estaba profundamente callada, con una mirada desvitalizada, triste, perdida. A la primera entrevista acude con su madre que me indica lo QUÉ tenía que hacer y CÓMO: “Hay que trabajar con ella a nivel individual y sistémico porque solo con ella no daría resultado”.

La madre llena el espacio, habla, habla, habla...yo apenas puedo tomar nota, no me deja pensar, yo observo a Julieta hundida en su asiento, inerte, en silencio. Sigue la madre: “Relación complicada, difícil, carácter bastante fuerte, la compatibilidad es difícil, eso es así, que las dos ponemos buena intención, pues sí, hemos hecho cosas, conciliar caracteres...tiene una personalidad muy marcada, una visión muy crítica de las cosas...”. Y continúa diciendo: “La relación con la familia está bastante dañada, distanciamientos, desidentificación de la familia, esa red ha sido bastante importante, al ser monoparental...” y sigue...“Mi madre, su abuela, una de las personas más importantes...”. Ahora por fin habla de Julieta y dice: “Padre de Camerún”...“vivimos los cinco primeros años de Julieta en casa de su abuela materna...”. “Tres años con rabieta...la llevé la primera vez a una psicóloga porque en el colegio se sentía distinta...en una rabieta se araña la cara y empieza a

decir que no se gusta, que no le gusta su pelo”.

Podríamos pensar que Julieta manifiesta problemas desde pequeña y no fue escuchada. Según Kancyper “Aquello que se silencia en la infancia suele manifestarse a gritos en la adolescencia”.

Claro que Julieta era distinta. Físicamente no se parecían en absoluto, Julieta era alta, delgada, con claros rasgos africanos, la madre, lo contrario. Me explicó que ella se quedó embarazada porque quiso y que tomó la decisión de criar a su hija sola, de ser madre soltera. Se presenta como una mujer decidida, independiente, valiente, una madre coraje frente a la identidad negativa de su hija. Le pido que me deje a solas con Julieta, la madre sale, Julieta me mira y solo alcanza a decirme **“MI MADRE ME DEJA SIN ESPACIO”**. Lo entiendo, a mí también. Julieta me había tocado el alma y fue tan llana, honesta, sincera, escueta...esa frase resumía la historia de Julieta.

En la segunda entrevista Julieta me cuenta que lo que más le preocupa es la relación con su expareja. Ya os he comentado la importancia que otorga al amor, para ella representa “el ingreso en un universo de completud y de comunión. La soledad se pretende exorcizada definitivamente; uno ya no será incomprendido, tendrá al menos un ser junto a sí al que pueda comprender en todo y siempre. Comprender por medias palabras o sin palabras. Como una madre comprende a su hijo”.

Conocemos las fuentes edípicas y narcisistas fusionales del enamoramiento y para Julieta la falta de reciprocidad convierte su amor en duelo. Vemos como en Julieta se está tramitando el narcisismo de la mano del enamoramiento, el YO se vacía de libido cuando se va el amor y cae en la depresión, algo muy presente en el tránsito adolescente de Julieta. Veamos los comienzos de Julieta: “No hay manera de que pueda seguir viviendo más...estuve pensando muy seriamente en hacerlo y cuando me convencí, me derrumbé y mi madre se dio cuenta y me vinieron muchas cosas a la cabeza de lo que podría pasar después y de alguna manera decidí que otra persona decidiera por mí y yo me quedé en pause.

Llegué a hacerlo, ahorcarme, lo hice con un cinturón muy fino, se iba a romper y preferí parar y ahí es cuando me derrumbé, paré de hacerlo ¿Cómo he llegado a esto? También pensé en escribir cartas y en ese momento me eché para atrás, a la hora de pensar qué le diría a la gente del porqué... no podía justificar que hiciera esto y decir nada que les hiciera sentirse mejor”.

La muerte en Julieta

Desde el principio aparece la muerte ¿Qué es la muerte para Julieta?

De pequeña se auto lesionó con cuchillas, tenía 13 años “mi madre me ayudó a curarme las heridas, no eran de mucha importancia”... ¿No? ¿Para quién no tenían importancia? ¿Hay heridas que no importan? Esas heridas producidas por el dolor y el rechazo

de sí misma, una agresividad volcada hacia sí, un pasaje al acto por falta de sostén y de contención, una herida en el cuerpo falsamente curada, eso sí, de poca importancia. Ella ofrece de sí misma una mirada de extrema fragilidad, niña de personalidad difícil y controvertida, adolescente complicada. Bajo sus pies una base falsa, casi diría yo, inexistente, si de algo carece Julieta es de sostén parental, así ha sido su vida, una suerte de “cura” de una herida que no importa.

Dice Julieta “Siempre he tenido mucha necesidad de control y sobre todo me pasa con los sentimientos porque es lo más incontrolable”. Se siente culpable por haber sido demasiado exigente en la relación ahora ya rota, cree que el peso que ella soporta le ha aplastado (a Romeo), yo le pregunto qué es lo que le pesa tanto y ella contesta: “No sentirme bien conmigo misma, es como que siempre intento mejorar en todas las facetas de la vida, después de los trece años salí sola. “

Ahora sí relata su realidad, ahora sí estoy escuchando su verdadera voz y en ella encuentro una PROFUNDA SOLEDAD. Julieta continúa: “me propuse intentar ser mejor, arreglar las cosas que me habían hecho llegar tan abajo, mi forma de tratar a las personas, de contribuir al mundo, encontrar la felicidad más pura...cuando pasan cosas que me tiran abajo siento que todo mi esfuerzo no ha valido, NO HAY SALIDA, CONDENADA CON MIS TRAUMAS; TODAS LAS COSAS QUE SURGIERON DE PEQUEÑA Y QUE ME CREARON BARRERAS, NO ME SIENTO UNA PERSONA SANA EMOCIONALMENTE y no tener la posibilidad de cambiar eso...” Esta era la imagen que Julieta tenía de sí, la de una niña insana, problemática, condenada, traumatizada.

La resignificación de lo traumático acontece durante todas las etapas de la vida, pero estalla fundamentalmente en la adolescencia.

En esta fase del desarrollo, se precipita la resignificación de lo no significado y traumático de etapas anteriores, así como la remoción de las identificaciones para poder acceder al reordenamiento y a la confirmación de la identidad. Dice Julieta: “Esta es tú madre, y ya está y me di cuenta de que hay algo que es un padre y mi familia es diferente: falta, ausencia, carencia...es que hay un proceso hasta que me di cuenta, todo lo que vino después está marcado por eso, por la ausencia de mi padre”...“Observo mucho a las familias, es la parte de mi vida que más me ha afectado y siempre he querido tener una familia más grande, haber tenido más puntos de apoyo, si uno falla tienes otro...” Poco a poco íbamos llegando a los principales focos de dolor y desequilibrio, una identidad negativa inscrita en su piel, en su color, su pelo, sus rasgos africanos... yo le acompañaba en su proceso elaborativo de resignificación.

“Para nacer hay que destruir un mundo” Herman Hesse (Demian)

¿De qué anclajes dispone Julieta para realizar los procesos de deconstrucción y construcción necesarios? Julieta habla de su padre: “Ha sido una relación de

muchas contrariedades, es muy guapo, político, actor, luego que no se involucra y la presión por parte de mi madre de que le conociera, yo siempre me he negado, no sé cómo me va a afectar eso, es algo tan importante... tu padre al que no conoces, ver a tu padre y eso de pequeña me daba miedo ¿para qué voy a verle si se va a ir? yo creé una coraza de rechazo hacia él porque sentía que de otra forma iba a ser más doloroso.”

Tiene un padre al que no quiere conocer por miedo al dolor del abandono, identificada con esta parte que rechaza. Yo no conozco a su padre, pero a su madre, Julieta, no se parece. Intuyo que debe parecerse a ese padre fantasma, por eso desde pequeña se arañaba la cara y odiaba su pelo...tenía que matarse a sí misma para defenderse del dolor que le producía ser ella, mirarse al espejo y verse negra en una familia de blancos... Julieta dice: “Yo rechazaba a mi padre y a mí” El auto rechazo era un ataque y una defensa ante el profundo dolor, odiaba a su padre por el abandono y se odiaba a sí misma por no ser lo suficiente para él, también odiaba a su madre por no haberle dado un padre.

“Todo se prepara en la infancia, pero todo se juega en la adolescencia” (Kestenberg)

El blanco y el negro, las dos caras de la misma moneda, no podía ser blanca pero tampoco podía ser negra. Ella veía niños blancos con padres y madres blancos, “familias perfectas”, FAMILIAS. Dice Julieta “Yo me sentí blanca y no quería sentir que era de otra manera, de pequeña mentía, me quería alejar de mis raíces y hasta que no me alejé de ese ambiente (cuando cambió de instituto), no pude abrazar mis raíces y sentirme orgullosa de ser mitad africana, pero eso no incluyó abrazar a mi padre”.

La pérdida en Julieta

Las pérdidas coexisten con un renacer y un deseo de cambio. Según Olmos: “junto al estudio del narcisismo, el modelo del duelo es uno de los más fecundos para comprender el proceso adolescente; modelo a la vez inseparable del concepto de identificación”.

Julieta relata en una sesión: “EL MIEDO A LA PÉRDIDA; YO DESDE MUY PRONTO HE SENTIDO QUE LAS COSAS QUE PARECEN SEGURAS PUEDEN FALLAR... YO ERA EL ESLABÓN QUE SOBRABA EN LA VIDA DE TODO EL MUNDO, he sido fruto de un accidente o de algo que no debía haber sido. Cuando he sido mayor nació mi exigencia, demostrar que vale la pena de alguna forma, nunca es suficiente, tienes que ser mejor, es una forma de encontrar sentido a mi vida. MI VIDA SOLO TIENE SENTIDO SI SOY PERFECTA. Mi madre, que es madre soltera, le ningunean y le tratan como si fuera inferior. Yo soy la que estaba adherida al personaje que estaba adherido, todo esto sumado a que yo era diferente...”

Y en ese fondo de memoria de Julieta, vemos como en el registro de las identificaciones del sistema de parentesco y del orden genealógico junto con su capital fantasmático, experimenta sus sentimientos:

“Adherida al personaje adherido”.

La fantasía que Julieta tiene vinculada al crecimiento es la muerte de la madre, el fino cinturón que puso en su garganta es el cordón umbilical que le asfixia y que ni siquiera puede sostenerle. El agujero negro de la tristeza y la falta de sostén, el vacío existencial de la falta de amor son su experiencia vital. Su presente había caído en el vacío. Se identificaba con el lugar de la pérdida, del abandono y del auto rechazo.

Dice Julieta: “Me resulta difícil asimilar que hay gente que echa gente fuera de sus vidas...” Continúa: “me he sentido culpable o no merecedora...sigue habiendo cosas que no terminan de tener respuesta, el amor que hubo entre mis padres, cómo fue la decisión de vivir aquí y no allí... ese proceso por parte de mi padre de: tengo una hija, estoy unos meses, me voy y durante 20 años, estoy intermitentemente... y no entiendo muy bien... y luego mandar cartas, rollo muy profundas, la familia es lo más importante y recordar muchos vacíos en los que yo no tenía ni idea de él... 20 años con esa incertidumbre...pero a estas alturas de la película merece más la pena aprender a vivir con ese dolor ...yo no sé si tiene sentido buscar esas respuestas...” “Yo solo me conozco a mí con ese vacío y ese vacío relleno, no recuerdo a una Julieta sana...sí, hay rachas...todo se cae...no sé qué queda...”

Yo intervengo: “JULIETA, QUEDAS TÚ”.

Ella me dice: “...he nacido en las circunstancias que he nacido, he llegado hasta este punto y me he construido desde el minuto cero y eso es lo que soy, aunque lo que soy incluya incertidumbre y trauma. No sé hasta qué punto se puede cambiar, es como que digas que piense en un color que no he visto...yo no sé cómo gestionar de forma que ya no suponga un problema de mi infancia...llegar a un núcleo mío que no esté perturbado, que estuviera antes de los traumas... es que ni siquiera lo veo, no tengo una noción de mí sin esas cosas, sería completamente diferente...”

Empiezan a ser observables ciertos cambios, Julieta me dice que ha guardado distancia frente a ese personaje dramático, sin sentido, nihilista en el que ella se había convertido y en el que había encontrado su identidad.

Un día me cuenta que se estaba leyendo un libro: “lo leí desde otra perspectiva, en vez de sentirme en el total absurdo de la existencia humana y ser oveja del rebaño, lo he visto desde otro lugar...” Curiosamente el libro se titula El extranjero, de Alberto Camus, Julieta que siempre se había sentido extranjera, estaba empezando a habitar su propia piel, ya no se identificaba con un otro extranjero, empezaba a abandonar la identidad de una vida sin sentido, ella siempre había sido extranjera, extraña en su piel, extraña en su familia, extraña en su entorno, identificada con un padre extranjero que aún era más extranjero en su vida.

Según Piera Aulagnier “el adolescente ha de liberarse de las identificaciones tiránicas que lo atan a la realidad, separarse de los objetos externos que lo subyugan,

desalienarse del poder del otro o de su goce. Poder pensar lo que el otro no piensa o no sabe que piensa, porque ha de quedar preservado el derecho al secreto como condición para el placer de pensar.”

Como tarea de la universidad Julieta tuvo que hacer un corto en el que una hija muere. Ella inventa un término muy significativo para designar una constante en su vida, una inversión de roles maternofiliales. El crecimiento de Julieta supone la muerte de la madre, en la separación de la madre alguien tiene que morir, la madre infantil y simbiotizante tiene que morir si ella crece.

El guion

Julieta un día me cuenta: “Estoy empezando a escribir un guion de largometraje, autobiográfico...aunque no he llegado a las partes más controvertidas me estoy dando cuenta de la imagen que tengo yo de mí. Por un lado, es muy positiva, pero soy consciente de una parte muy negativa...es sanador...cambiar ciertas cosas.... y sale lo que me hubiese gustado que fuese”

Me dice Julieta: “... hay una parte de mí a la que le faltan muchas respuestas, que tiene una visión de la vida y del mundo en general diferente a la que puedo mostrar a la gente, es muy difícil que alguien la entienda y se vincule conmigo, pero soy muy idealista y creo que puede ocurrir, o que mágicamente va a ocurrir. Que llegue un punto que encuentre a otra persona que entienda esa parte, que la acepte y que no me haga sentir mal por ello, porque exista...hay una parte muy oscura...cosas que la sociedad no acepta...”. Julieta busca en el ser amado la aceptación de ese lado oscuro... oscuro como su piel.

Yo intervengo: Como si no tuvieras derecho a existir o tú existencia no mereciera la pena...Y ella me contesta: “Sí, así es” y siempre esa parte es la culpable. Con respecto al guion Julieta añade: “Ha sido un proceso intenso, escribir sin parar, ha sido muy bonito llevarlo a cabo y muy emocional, estaba escribiendo y sentía desde dentro que las palabras no salían de mi boca, salen de la boca de la protagonista, ocurren cosas que me hubiera gustado que me pasasen a mí...y el momento más importante es el que el personaje conoce a su padre y que he tenido que imaginarme como sería... Si algún día conozco a mi padre no va a ser como lo escribo en el guion, por eso te digo que me resulta poético también porque refleja esa parte de esperanza de que las cosas vayan bien en algún momento.

Si yo me tuviese que colocar en un punto del guion, no me situaría al final porque es la resolución de lo que ha supuesto conflictos y yo a ese punto no he llegado. Es un final bastante feliz... la resolución de una cosa que le atormenta, sus raíces, ver a su padre, verlo de frente y tener una conversación con él...”

Para **Jeammet**, la adolescencia es una **segunda etapa en el proceso de individuación** y representa un período crucial en el proceso de interiorización de los vínculos con los padres y de la **organización del espacio psíquico interno**.

Julieta me dice que se siente bien, y cuando íbamos por el pasillo de camino a la puerta de la consulta, me dice: “no me importa haber trabajado tanto en este guion y aunque no gane el premio”..., ella sale de la consulta muy contenta, sonriente, se gira y me dice: **¡este guion está vivo!** Ya me había comentado que el guion tenía un final abierto, sin duda ella siente que el proceso que está llevando a cabo es dinámico y que no está cerrado, más bien todo lo contrario, yo veo vida en su cara, en sus movimientos, está vivo su guion, está viva ella.

La evolución de Julieta

En una sesión durante el verano, estando ella de viaje con unos amigos, me dice: “Me he dado cuenta estas últimas semanas de que yo me levantaba todos los días con ansiedad y ha sido a raíz de no tenerla, sin el pensamiento constante de culpabilidad...estoy descubriendo el no me lo puedo pasar bien porque me falta alguien importante para mí. Me da miedo olvidarme de Romeo, pero me he dado cuenta de que ya he hecho bastante y que tengo que dejar la cuerda suelta y que, si él quiere, que tire. Llegar a este punto me ha liberado. Es muy notable que estoy mejor y que antes estaba mal y no le daba la importancia que tenía. Ha sido como ¡GUAU! Levantarme con la preocupación de comprar el pan o que vamos a desayunar”.

Continúa diciendo: “A raíz de ser mayor, estoy condenada a crecer sin esa figura y eso ya no va a volver. Me causa tristeza y angustia del no retorno, pero poco a poco. Últimamente dejo un poco ese pasado y me centro en lo que pueda hacer de aquí hacia adelante”...“...Quiero disfrutar lo que tengo, la vida...”...“me estoy reconciliando con mucha gente y conmigo misma...”...“Yo he tomado la decisión de mirar por mí...”

A la vuelta del verano, conoció a otro Romeo, Romeo II, su relación ha sido tan intensa que ha dejado atrás el recuerdo idealizado de Romeo I. Se ha roto de nuevo esta relación y cuando esto ocurre, Julieta reflexiona:

“Soy el eslabón perdido...” lo que ha cambiado esta vez es que tengo herramientas y no estoy enamorada como para sufrir su pérdida, no estoy con la autocompasión, el victimismo...ese sentido de unidad y de ser especial para alguien que a mí me pasa en las relaciones amorosas...En conversación sobre Romeo II Julieta expresa: “me siento como una mierda, de duelo a duelo y ya está. He estado en shock, impasible...”

Continúa diciendo: “Tengo tanto miedo al dolor, tengo miedo a la decepción... también tengo miedo a no ser suficiente para él...**ese sentimiento de no pertenencia a nada y eso es lo que me hace infeliz**. Lo sé y lo he sabido gestionar pero tengo ese sentimiento de insignificancia con relación a las personas que me rodean y eso está desembocando en que me estoy centrando más en mí misma como método de sobrellevar esto porque yo sí me quiero a mí para siempre, yo siempre voy a querer estar conmigo misma y no me voy a querer sustituir por nadie...Echo de menos esa parte de mí que lo daba todo... ahora es una situación bastante

extraña...Las cimas que tienen sentido son las que nos acercan a estar vivos y presentes...ahora no estoy en ninguna cima, estoy más estable, supuestamente esto es mejor pero siento que me falta...en este momento, en ese dolor, estar muy cerca de la muerte me hace estar viva, como cuando conocí a Romeo II, había una parte de vértigo de esa posibilidad a perderlo...el caso es que ahora estoy en un punto medio de paz pero no es suficiente para no pensar, necesito algo más, siento que necesito un cambio, emprender una camino yo sola sin mi madre, es una vida llena de cadenas...este estilo de vida no es el que quiero, tengo muchas ganas de independizarme, vivir yo sola, tener mi habitación, la que tengo es de la Julieta de los 14 años, QUIERO VIVIR LA VIDA, MI FORMA DE SER YA ESTÁ EN OTRA, mis deseos...

Independencia y autosuficiencia, llegar a otra casa, con otras paredes, otra decoración, otro ambiente y ver cómo me desenvuelvo yo ahí...y con respecto a los chicos he perdido bastante la ilusión y eso hace que no le de tanta importancia a las relaciones amorosas, y sí se la doy, pero de una forma diferente”.

A continuación, me habla de las pasadas Navidades:

“... esa sensación de estar mal y de que yo soy el problema, hacía mucho tiempo que no me sentía así... ha influido mucho la dinámica de mi familia, eran así antes de que yo naciera... **durante toda mi vida he sido una niña problemática QUE YO NO ERA, tenía ciertas complejidades que mi entorno no sabía gestionar...** creo que la relación con mi familia, que es bastante mala, es uno de los factores que más me han afectado en mi desarrollo...

Mi madre no se ha independizado, no se ha montado su propia familia, yo no querría vivir al lado de mi madre, decidió irse a la casa de enfrente de mi abuela, están mucho tiempo juntas y tienen una relación muy cercana...esa decisión hizo que no tuviéramos privacidad, todo se escucha..., no solo que se me ha quedado pequeño sino que no me aporta nada, ... yo he mamado eso desde que nací, es muy difícil desvincularse de ese tipo de relaciones, me afectan muchísimo...es como tratan a mi madre y seguro que ha influido en como la veo yo”.

Yo le pregunto: ¿Y cómo la ves?

Es muy difícil...es que no la veo como una figura materna... cuando yo caigo, ella está ahí y cuando estoy bien, es insignificante, es muy duro, hay mucha sensación de rechazo...como un matrimonio que se detesta...y es complicado porque por muchos errores que haya cometido...que yo lo sienta así...pero es así y si no estaría engañándome. Lo de mi padre pienso que es ahora una cosa entre mi padre y yo y ella no tiene nada que ver, por alguna razón que yo no comprendo he construido una RELACIÓN CONYUGAL con mi madre más que una relación paterno filial y eso me incomoda muchísimo y me supone una barrera, es super CREPY...

Le pregunto el significado de CREPY y Julieta

me explica:” Una mezcla de RARO, OSCURO Y ASQUEROSO. SINIESTRO/HORRIPILANTE...Marido porque yo he sido la que ha tomado las decisiones... muchas decisiones que no me competían a mi como hija...Yo duermo en la habitación más grande de la casa y la habitación de mi madre tiene los muebles de cuando yo era pequeña y es más pequeña que la mía, no sé si una inversión de roles... Yo a veces he hecho de marido y a veces de padre, este es mi papel y no lo quiero.”

La denegación de la lucha generacional provoca severas perturbaciones de la identidad. El sujeto que no atraviesa por el necesario e inevitable enfrentamiento y ruptura del espejo de la inmortalidad propia y de los otros, presentará unas autoimágenes narcisistas como carentes de relieve, de densidad y de límites precisos; y permanecerá representado a través de la figuración de un angustioso e incesante exilio interior y exterior.

En la familia de Julieta, designada “monoparental” orgullosamente por su madre en la primera entrevista, ha habido un grave desorden de funciones, en el espacio terapéutico que hemos construido, Julieta puede hablar del rechazo y el odio que esto le despertó hacia su madre, poder entenderse le permite encontrar su lugar de sujeto y su nuevo lugar de hija. “El otro día que hablábamos de esa rabia, aparentemente sin sentido es por sentirme responsable de mi madre y no al revés...” Julieta ha sufrido mucho por sus sentimientos hacia su madre y ha sentido mucha culpa, poder comprender muchos de los mecanismos que subyacen han rebajado la culpa en gran medida, Julieta se siente más libre en los vínculos y su YO ahora es mucho más consistente.

Dice Julieta: “Tengo sentimientos de tristeza, muchísima inseguridad, antes estaba el sentimiento de culpa, ahora mismo tristeza y rabia y el dolor de la posible pérdida, lo que me hace pensar que el sentimiento de culpa era el sentimiento que más pesaba y que me hacía entrar en el agujero...”

Estoy con los sentimientos a flor de piel, aunque no lo quiera admitir he abierto la vereda del dolor, sentimientos muy bonitos y también de insuficiencia, de que nunca voy a poder...” Yo le escucho atenta y ella continúa: “He cambiado de habitación y voy a hacer el Camino de Santiago en Semana Santa y cosas que querría hacer... Hablando de Romeo II dice: “Estamos hechos el uno para el otro por encima de lo racional, no creo que esto se vuelva a dar porque eso se puede caer, no creo que eso me vuelva a pasar nunca” Yo le insinúo: “Ya no quieres ser Julieta”...

Sabemos que una evolución satisfactoria del YO y de las pulsiones bajo el primado genital favorece más el amor que el enamoramiento.

Un ideal del yo que haya investido la evolución habrá perdido algo de su megalomanía, y soportará la relatividad, por lo tanto, la cotidianidad. Aun así, hay una parte de Julieta que no quiere renunciar, insiste, se aferra...y me contesta: “Una parte de mi ello lo quiere,

siempre va a haber una parte de mí que busque eso en las personas y en las relaciones que tenga”.

Decidí dejarlo ahí. Le había escuchado al principio de la sesión que había cambiado de habitación, además era un tema recurrente, la semana anterior también habló de ello, es muy importante esta referencia pues simboliza un espacio contenedor, el espacio terapéutico fue ese lugar extrauterino en el que encontró el holding que necesitaba, ahora ella estaba creando su propio espacio, la habitación fue para mí ese significativo que escuchamos en atención flotante por lo que le pregunto ¿qué me decías de que has cambiado de habitación en Navidad? Y Julieta me contesta:

“Estas Navidades tomé la decisión de cambiarme de habitación, es la que tenía desde los 13 años, no tenía nada que ver con mi YO de ahora. Estaba al fondo de la casa y daba como a un patio, estaba bastante aislada del mundo en un sitio en el que ni siquiera me identificaba con él, no llegaba el WI-FI, hay otra habitación que la utilizábamos para cuando venían estudiantes, había cosas mezcladas mías y de mi madre.

Da a la calle, no al patio, está mucho más lejos de la habitación de mi madre, más cerca de la puerta y de la cocina, está en la otra punta...Me traje mis pinturas, mis películas mis libros, es una habitación que me representa, me he puesto mis plantas, mi guitarra, no está terminada de decorar porque no he tenido tiempo, tenía necesidad de salir y como no podía irme, he hecho lo más parecido que es cambiar de habitación”.

“En la perspectiva del proceso psicoanalítico y en la historia de la transferencia podemos decir que a medida que el inconsciente se vuelve audible es posible resignificar los conflictos”
(Freud, 1899).

*** Sobre la autora:** Lilian Ospina Martínez. Psicóloga general sanitaria. Licenciada en psicología por la UCM con la especialidad de psicología clínica. Miembro de SERYMP (Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos) y AECPPNA. Trabaja en consulta privada con adultos, niños y adolescentes.

Construir un nuevo espacio para Sol

*Mgtr. Prof. Elizabeth Jorge**

A modo de introducción

La consulta por un adolescente permite poner en juego las funciones de diagnóstico e investigación por parte del profesional de salud mental. Será un tiempo de conocer e indagar por aquello que los acerca a la consulta, los modos en que se expresan las preocupaciones, los sufrimientos, los “saberes” sobre lo que acontece, lo que se dice, y también, lo que se calla.

Muchas veces la definición que los padres (u otros adultos referentes) realizan llevan a que describan a sus hijos con manifestaciones que son “propias de la adolescencia”. Incluso, algunos de ellos, expresan que relacionan parte del motivo de consulta con “atravesar el proceso adolescente”. Considero que es, desde esos primeros momentos, donde empiezan a articularse la “universalidad/singularidad” (Monetta, 2021).

Lo “universal” estaría representado por las clásicas o populares definiciones que los adultos enuncian sobre lo que implica transitar las edades propias de la adolescencia. Más aún cuando consultan por un hijo menor, ya que “poseen la experiencia” de haber sido padres de adolescentes. Sin embargo, más allá de estas características que se aducen como invariantes, la consulta psicológica puede facilitar nuevos modos de mirar a ese hijo que genera la visita al profesional. Al mismo tiempo se pueden generar nuevas preguntas sobre lo que implica “la típica conducta adolescente” para este joven en particular. Es decir, atender a la singularidad de ese hijo, que hace a “su modo” el tránsito por esta etapa.

Para este trabajo se ha seleccionado el material clínico de las primeras entrevistas que se mantuvieron con un matrimonio y con su hija de 17 años. A partir de los fragmentos seleccionados de esos encuentros, se enlazarán reflexiones personales, preguntas, hipótesis y aportes de algunos psicoanalistas que permiten

seguir pensando estas viñetas.

Específicamente, se eligieron fragmentos de las dos primeras entrevistas de un proceso psicodiagnóstico. Éste puede definirse, siguiendo a Siquier de Ocampo, García Arzeno y Grassano (2003), como una situación con roles bien definidos y con un contrato en el que una persona (entrevistado)¹ pide que la ayuden, y otra (psicólogo) acepta el pedido y se compromete a satisfacerla en la medida de sus posibilidades.

Es una situación bipersonal (psicólogo-paciente o grupo familiar), de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción y comprensión lo más profunda y completa que sea factible de la personalidad total del paciente o del grupo familiar. Asimismo, enfatiza la investigación de algún aspecto en particular según la sintomatología y las características de la derivación (si la hubiere). Abarca los aspectos pretéritos, presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico) de la personalidad, utilizando para lograr tales objetivos ciertas técnicas (entrevista semidirigida, técnicas proyectivas, entrevista devolutiva).

En las entrevistas se parte de la observación de la persona y se busca responder a la pregunta ¿qué la hace sufrir o padecer? A partir de ello se intentará la comprensión e interpretación de su padecimiento, de qué modo lo transita, cuál es el sentido que le otorga. Para ello el profesional establecerá un diálogo con el entrevistado. Ese diálogo permitirá la organización de la información y la complementación de los datos. El tipo de conjeturas y preguntas que realiza el psicólogo están íntimamente relacionadas con la teoría científica a la que adhiere. Y de ella dependerá la estrategia diagnóstica que se elija para continuar el proceso (García Arzeno, 2003; Guberman, 2009; Jorge, 2018).

Escuchar la versión de los padres

Antes de comenzar a describir algunas escenas de

¹ En el texto original decía “paciente” en lugar de “entrevistado”. La autora considera que es importante hablar de consultante o entrevistado mientras se refiere a la función evaluativa o diagnóstica, dado que el profesional no sabe de antemano si quien demanda la intervención será un futuro paciente.

la primera entrevista sostenida con los padres de la adolescente, se hace necesario aclarar el término del título. Siguiendo a Aulagnier (2003) podemos contemplar cuatro versiones: la versión de los padres, la del hijo (o “paciente designado”), la que arma el analista con las hipótesis que construye a lo largo de los encuentros, y la que construyen juntos el paciente junto al profesional.

Los papás de Sol (17 años) consultan a pedido de ella. Entre ambos me cuentan: Está en plena adolescencia, no es que tenga un problema particular. Sí vemos algunas cosas, está somatizando para llamar la atención, estuvo con tensión alta, gripes, mucho dolor de espalda... La cambiamos a este colegio porque repitió segundo año, (hoy cursa quinto año), el otro cole era muy exigente y ella no es brillante. Va a este colegio que es no es exigente para nada. Para ella fue un cambio positivo, pero se lleva casi todas las materias, no entendemos porqué le va mal.

Estas primeras palabras marcan una posición de los padres, donde quedan excluidos del motivo de consulta. De esta manera, se desconocen las posibilidades psíquicas que se van construyendo en los vínculos con otros y en la estructuración subjetiva (Janin, 2018). El sufrimiento queda desmentido y lo que interesa es el rendimiento escolar.

Esta desconexión aparecerá no sólo por la incapacidad de preguntarse de qué manera ellos están implicados con la situación actual de su hija, sino también por el lugar en que ubican a Sol en su discurso. Durante la entrevista aparecen muchas quejas: se levanta tarde, es vaga, pelea mucho con la hermana, se rapó la cabeza, se puso arito en la nariz, en la primaria no copiaba todo en el cuaderno, se hizo pis de noche hasta que la cambiamos de cole... La lista continúa, y de alguna manera, evidencia que estos padres no vislumbran los posibles encadenamientos en esa historia singular con el modo en que se vinculan.

Se parte de considerar que “... La transmisión familiar organiza prescripciones y proscripciones, distribuye los lugares de cada miembro de la familia, da cuentas de los mitos, los ideales y modula los proyectos de vida. La función identificatoria de la familia propone o impone una imagen de familia inscripta en una historia y marcada por un ideal que opera como identificador” (Wettengel, 2008). Cabe preguntarse entonces ¿qué lugar tiene Sol en esta familia? ¿cómo se inscriben las identificaciones en la historia personal y familiar?

Para definir su identidad, los adolescentes deben iniciar búsquedas, co-construirse a sí mismos, elegir a sus otros significativos, en un mundo de vacilaciones e incertidumbres, donde fundarán su yo de un modo frágil e inconsistente. Paralelamente, edifican “trincheras identitarias” (Lerner, 2017), una especie de albergue que los proteja de los ciclones propios de la etapa, y que les permita resguardarse mientras se agencian una identidad. En el caso de Sol, parecía que ella se amparaba en una imagen de sí misma: la rebelde de su familia, la “oveja negra”, la “poco femenina”, la

vaga para el estudio o las cosas de la casa (lugar desde el que es significada por su familia). Pero también Sol se identifica como la independiente, que busca trabajo para solventar sus gastos. Sol se reconocía desde allí y defendía su identidad a ultranza, tal vez, como una manera de protegerse de la fragmentación yoica a la que quedaba expuesta.

Lerner (2017) afirma que “agenciarse la sensación de yo soy, y la consecuente relación con yo era y yo seré (o sea, construir su historia), es un trabajo psíquico que se despliega enlazado con el mundo” (p. 49). Pero ¿qué pasa cuando el lazo no es sostenido por los adultos significativos? Volviendo a la entrevista con los padres, también aparecen desconocimientos sobre las actividades que Sol realiza a diario: la verdad que no sé qué hace en el cole, a ver, es un cole para nada exigente, va cualquiera, no creo que le pidan tantas cosas, por eso no entendemos cómo tiene tantas materias abajo... Además, agrega la mamá: no sé si come bien, no la veo cuando vuelve del cole, y antes de que se vaya le digo “hacéte algo” pero yo no veo qué hace porque estoy estudiando...

En la escucha de estos padres me preocupa el lugar en el que es asignado Sol, donde la presentan como “ajena”, con características negativas, incomprensible y sin sostén parental para desplegar su devenir adolescente. Es traída a la consulta como “el problema”. Me pregunto si esta distancia afectiva de los adultos es una expresión de angustias y conflictos de cada uno de ellos, desencadenados por el atravesamiento de la crisis adolescente de su hija. Coincido con Rojas (2017) cuando sostiene que pensar la clínica con adolescentes implica pensar al joven “en el mundo, en situación, en una trama actual inclusiva de lo histórico, y considerar (en presencia a veces, en ausencia otras) a su familia, pero también tomar las diversas pertenencias” (p. 87). El encuentro con Sol: alojar para escuchar

En la primera entrevista con Sol, me dice tengo muchas cosas guardadas acá (se toca el pecho) y no las puedo hablar con mis papás. Es como que mi palabra no cuenta. No me escuchan. Es lo que ellos dicen, incluso lo que ellos dicen que yo soy o lo que me pasa. Con mi hermana no puedo hablar. Me peleo mucho con ella... No sé si no les importo. Mi hermana vuelve de la facu y le preguntan “¿cómo te fue?”. Yo vuelvo del colegio y nada. Es como si no importara. Si se los digo, me responden “dejá de ponerte de víctima”... A veces necesito ayuda, pero mi mamá está estudiando o está en la facultad, y mi papá trabaja casi todo el día, o sea que no los veo mucho...

En este primer encuentro, desde la contratransferencia, siento que Sol me convoca y me demanda una escucha profunda. Me transmite parte de su desesperanza y soledad. El no ser escuchada, especialmente por su madre, referente identificatorio principal, me lleva a preguntarme ¿qué lugar ocupan estos adultos? ¿qué identificaciones se pudieron generar? Parecería que Sol no pudo identificarse con ellos por la imposibilidad de estos adultos de investirla desde lo autoconservativo y desde una envoltura libidinal, tan necesaria para la

constitución del psiquismo. ¿Será que estos padres estuvieron aturridos o tan metidos en “su” mundo (mundo narcisista), que no se mostraron disponibles para registrar los vaivenes afectivos, los estados de desesperación, las demandas de amor? O quizás, porque frente a sus propias angustias, ¿la angustia de su hija adolescente se hacía intolerable? (Janin, 2018, p. 142).

Desde mi rol profesional, siento que mi escucha no será sólo con aquello relacionado a su padecimiento actual, sino acompañando todos esos procesos inherentes de su devenir adolescente. Será necesario pensar una estrategia terapéutica donde pueda sostenerla, desde un lugar diferente al de sus padres. Contratransferencialmente, siento que Sol me convoca y me conecta con sensaciones de desamparo y surge la necesidad de protegerla. Quisiera detenerme y resaltar aquellas inscripciones primordiales de las que Sol me hace testigo (mediante hipótesis que elaboro) en su discurso: son “inscripciones que remiten a un vacío, a la irrupción de lo no dicho, a la marca de lo que rompe las tramas. Inscripciones de lo no-inscripto, aunque parezca paradójico, del agujero representacional” (Janin, 2018, p. 137).

En relación con lo anterior, también cabe preguntarse por el narcisismo. Janin (2018) nos dice que, en la adolescencia, “el narcisismo está en jaque, se pone en juego y la pregunta por el ser insiste. La representación de sí tambalea y ya no es suficiente la mirada de los padres como sostén. Es preciso que haya otras miradas, otros sostenes” (p. 138). ¿Cuáles son esas otras miradas para Sol? ¿Cómo desprenderse de determinadas marcas identificatorias signadas por el rechazo, sin desgajarse, sin rechazar o expulsar pedazos de sí? ¿Quiénes son esos otros que le posibilitarán reflejarse y armar una imagen unificadora? ¿Cómo confrontar con esos padres que a veces abdican de su función? ¿Cómo arreglarse con la transmisión de agujeros (en lugar de representaciones) y no quedar atrapada en un no-crecimiento? (Janin, 2018, 139-140).

La tarea que le propongo es la de construir un espacio para que ella pueda desplegar todo aquello que no ha podido compartir o expresar, y podamos pensar juntas modos de hacerse escuchar. Un espacio que le permita escribir su historia, armar nuevos lazos, posibilitar identificaciones y descubrimientos libidinales. Un espacio que le posibilite transitar su adolescencia, con la transformación de las investiduras libidinales de su niñez y la elaboración de los cambios propios. Un espacio que le permita la elaboración de proyectos que den cuenta de la pulsión de vida, reconociéndola “en transformación”, con posibilidades abiertas, con caminos a construir a su manera.

Por otra parte, considerando que el tránsito por la adolescencia suele ser comparado con una imagen de un barco que suelta amarras y se aventura al mar

(adolescente y salida exogámica), pero que puede volver una y otra vez a puerto (adultos referentes) (Lerner, 2006), es necesario pensar en cómo (en qué condiciones) Sol se aventura y con qué recursos. Pero también con qué puertos cuenta para volver. Parecería que sus padres no le ofrecen un puerto que soporte sus embates. Más bien es expulsada al mar turbulento, pero no le permiten el regreso, no la nutren de recursos para que se den los movimientos de despegue. Es por ello, que el trabajo clínico necesariamente debe incluir a sus padres. La estrategia con ellos será de la escucha, habilitando el diálogo sobre lo que implica esta hija para ellos. Camino que nos permitirá construir la pregunta “¿qué tenemos que ver nosotros como padres con eso que la pasa a nuestra hija?”. Interrogante que, hasta el momento, no aparece en la consulta.

Asimismo, será preciso informar, tal como lo plantea Etchegoyen (2002). Para este autor la información opera como un auténtico instrumento de psicoterapia si la ofrecemos para corregir algún error. “En sentido estricto, la información se refiere a algo que el paciente desconoce y debería conocer, es decir, intenta corregir un error que proviene de la deficiente información del analizando. Se explica a mi juicio, por definición, a conocimientos extrínsecos, a datos de la realidad o del mundo, no del paciente mismo” (...) “Cualquier dato que aporte mejores elementos para comprender la realidad (o la verdad) tiene que tener un carácter terapéutico (p. 350).

¿Sobre qué se podrá informar entonces a los padres de Sol? Sobre los riesgos a los que puede quedar expuesta su hija, sobre las posibilidades que tiene y de lo que ella necesita de sus padres en su tránsito adolescente. Sin embargo, esto no debe confundirse con “dictar pautas, o tips”, indicar cómo actuar o qué decir. Si actuáramos de esa manera, nos estaríamos atribuyendo un conocimiento sobre las mejores maneras de ser padres. Por el contrario, lo que se busca es aportar elementos que le permitan comprender la realidad desde otro lugar, a la vez que los ayudamos a restituir su función de padres. Se podría pensar que en la medida en que se sientan escuchados y sostenidos, podrán armar un espacio psíquico para su hija. Al tiempo que les dé la oportunidad de producir cambios y brindarle a Sol la experiencia de sostén necesaria.

El espacio terapéutico ofrecido se conformará en tanto un campo auxiliar de operaciones psíquicas que, al modo de un taller, se construirán, se probarán y se descartarán los prototipos representaciones y afectivos necesarios para abordar la tramitación que la condición adolescente requiere. Campo donde el terapeuta deberá implementar las funciones apuntable y acompañante² en torno al adolescente y a su familia (Cao, 2020, pp. 126-127).

Sólo de esta manera se puede tener en cuenta el carácter polifónico de esta consulta, a la vez que

2 Al decir de Cao (2020), “el ejercicio de las funciones apuntable y acompañante nos acerca a las figuras arquetípicas del padre, del maestro y del guía que todo adolescente requiere en alguna medida y en algún momento de su transición. Sin embargo, es imprescindible que ninguno de esos ropajes con los que nos travestimos de manera temporaria se cristalice en un formato definitivo que ahogue metonímicamente el conjunto de las herramientas a manos de una de ellas” (p. 131).

“deja entrever cómo se entrelazan diferentes registros del presente y del pasado, relatos de vivencias, descripción de sentimientos. Y esa compleja red de relaciones indica que tanto los padres como la adolescente pueden mover sus posiciones y dar lugar a otras nuevas” (Ferraiuolo & Llanos, 2017, p. 155). Y específicamente en relación con Sol, tener presente que “con adolescentes se nos plantea una cuestión ética: la de sostener una mirada que los ubique como sujetos deseantes, con historia y con un futuro abierto” (Janin, 2018, p. 14).

A modo de cierre provisorio

En los primeros encuentros que tenemos por las consultas con adolescentes, se buscará promover la expresión más libre posible de los padres y de sus hijos. El proceso psicodiagnóstico se usará para explorar la subjetividad y armar una historia de vida. Al investigar las subjetividades en juego, el profesional acompaña en la comprensión de la historia individual y familiar, y de su dinámica con todos los elementos contextuales que le configuran. Siguiendo a Maganto Mateo (2010) se puede afirmar que se rastrean historias de vida, accediendo al pasado no como un cúmulo de datos rígidos e inalterables, sino que a través del encuentro

de dos subjetividades (profesional y consultante) se produce algo nuevo, se refleja la historia libidinal de las personas y dicha historia se mira desde una perspectiva diferente, marcada por el presente. Así es como puede accederse a la construcción de las hipótesis diagnósticas (Jorge, 2017).

Se concuerda con Untoiglich (2013) cuando advierte que los profesionales debemos escribir los diagnósticos de niños y adolescentes en lápiz, para que no se constituyan en una marca indeleble en la vida de las personas. Tanto los niños como los adolescentes, se encuentran en procesos de constitución de su subjetividad, es parte de un entramado configurado con otros (familia nuclear, familia extensa, escuela, amigos, pares, docentes, etc.) y se hallan atravesados por la cultura y las características de la época actual. De esta manera, el diagnóstico se construye en un devenir que se modifica por el mismo proceso de maduración y crecimiento de los niños y adolescentes por los que se consulta, a la vez que se modifica por el trabajo del psicólogo en el espacio clínico del consultorio y la escuela.

Bibliografía:

- Aulagnier, P. (2003). *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo. Del discurso identificante al discurso delirante*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cao, M. L. (2020). *Cuestiones técnicas para abordar la condición adolescente*. En Ferreira dos Santos, S. (Comp.). (2020). *Clínica con adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Entreideas.
- Etchegoyen, R. H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editorial.
- Ferraiuolo, L. & Llanos, L. (2017). *Los padres y el adolescente. Avatares del lugar del analista en la clínica*. En Morici, S. & Donzino, G. (Comp.). (2017). *Problemáticas adolescentes. Intervenciones en la clínica actual*. Buenos Aires: Noveduc Editorial.
- García Arzeno, M. E. (2003). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Nueva Visión Editorial.
- Guberman, M. B. (2009). *El proceso psicodiagnóstico y sus problemas*. Buenos Aires: Lumen Editorial.
- Janin, B. (2018). *Infancias y adolescencias patologizadas. La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós Editorial.
- Jorge, E. (2017). *La evaluación clínica desde el modelo psicodinámico. El proceso psicodiagnóstico en niños y adolescentes*. [Inédito]. Ficha de la Cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Jorge, E. (2018). *La evaluación clínica como una función integral del psicólogo*. *Perspectivas en Psicología*, 15(1), 98-107. Disponible en <http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/356/198>
- Lerner, H. (2006). *Adolescencia, trauma, identidad*. En Rother Hornstein, M. C. (Comp.). (2006). *Adolescencias: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós Editorial.
- Lerner, H. (2017). *Adolescentes: cazadores de identidades. Entre las convulsiones identitarias y los devenires subjetivos*. En Morici, S. & Donzino, G. (Comp.). (2017). *Problemáticas adolescentes. Intervenciones en la clínica actual*. Buenos Aires: Noveduc Editorial.
- Maganto Mateo, C. (2010). *La entrevista de evaluación psicodinámica*. En Ibañez Aguirre, C. (2010). *Técnicas de autoinforme en evaluación psicológica: la entrevista clínica*. España: Universidad del País Vasco.
- Monetta, L. (2021). Clase 1. *Introducción a la Psicopatología Infanto-Juvenil. Diplomatura Universitaria en Clínica y Psicopatología Infanto-Juvenil*. Asociación Argentina de Salud Mental.
- Rojas, M. C. (2017). *Los adolescentes y los otros: clínica y complejidad*. En Morici, S. & Donzino, G. (Comp.). (2017). *Problemáticas adolescentes. Intervenciones en la clínica actual*. Buenos Aires: Noveduc Editorial.
- Siquier de Ocampo, M. L.; García Arzeno, M. E. & Grassano, E. (2003). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. (1ª Ed. 25ª Reimp.). Buenos Aires: Nueva Visión Editorial.
- Untoiglich, G. (Comp.). (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc Editorial.
- Wettengel, L. (2008). *Los senderos de la transmisión, en Niños que no aprenden. Actualizaciones en el Diagnóstico Psicopedagógico* S. Schlemenson (comp) Editorial Paidós. Buenos Aires. Pp. 213.

*** Sobre la autora:** Licenciada y profesora en psicología. Especialista en psicología clínica. Magister en salud mental. Doctoranda en psicología. Vicedirectora de EPSI - Estudios Psicoanalíticos Córdoba (Argentina). Docente en Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Católica de Córdoba (Argentina). Supervisora clínica. Escritora.

Cuando al abrir la puerta para ir a jugar se cierra. Avatares en la inscripción del cuerpo genital en la adolescencia

Ileana Fischer*



Si hay algo que caracteriza a la adolescencia es la perentoriedad de la exigencia pulsional y los complejos procesos simbólicos necesarios para cualificar la cantidad fluyente a raíz de la vertiginosa irrupción de lo puberal. Sabemos que dichos procesos no ocurren exclusivamente en solitario e intrapsíquicamente, sino que se despliegan en entramados vinculares en presencia y virtualidad:

La pandemia nos impuso la retirada, el repliegue a nuestros hogares como medida de cuidado y hemos experimentado en primera persona y en los otros los efectos que ha tenido. Esta situación me invitó a pensar acerca de los procesamientos adolescentes atinentes al encuentro con el cuerpo del otro semejante, especialmente, en lo que respecta a la genitalización de la pulsión y el hetero erotismo. Me pregunté: ¿Cómo participa la presencia real del otro semejante en esta metamorfosis? ¿Cuáles son los efectos de las

restricciones en el encuentro con el cuerpo real del otro en la inscripción del cuerpo genital?

La nueva voluptuosidad erótica de la pubertad desborda sobre el aparato psíquico y el cuerpo y requiere del trabajo representacional para su inscripción. La satisfacción sexual de la infancia que se caracterizaba por el autoerotismo debe iniciar el camino para el hallazgo de objeto. Pero este recorrido inicia con una posta que funciona como antesala y geografía transicional de juego, ensayo y espera que se configura como aquellos parques naturales que conocemos como fantasía. Freud nos habla de hallazgo como reencuentro en Tres ensayos de teoría sexual sin embargo podríamos apuntar que lo que se halla no se busca y por tanto no se encuentra. El hallazgo es un descubrimiento y como tal, aunque lleve impresas las huellas de la historia, conlleva la cuota de sorpresa y novedad de todo lo inédito.

En tanto la adolescencia no coincide con lo puberal es que sostengo que algo tiene que agregarse a la pubertad, una nueva acción psíquica, para que la adolescencia se constituya, parafraseando a Freud en su texto “Introducción del narcisismo” (1914, p. 74) cuando refiere al autoerotismo y la nueva acción psíquica necesaria para la constitución del narcisismo.

Palabras en primera persona

Una adolescente de 18 años describe su inicio universitario en contexto de virtualidad con estas palabras.

Frustrante. Se me rompió el auricular izquierdo y me olvidé de acomodar la pila de ropa que ahora se está viendo en un rincón del encuadre de mi cámara. Es el izquierdo. El mismo lado del auricular que no funciona y que ahora está caído, haciendo que no escuche el 50 % de la clase. Uno pensaría que las mitades son siempre necesarias, pero no en este caso.

Hoy siento que estoy cursando a la mitad: estoy medio entusiasmada, medio presente, medio aprendiendo. Medio porque estoy en clase, pero también en mi casa. Porque conozco a mis compañeros, pero no realmente. La mitad que le falta a la cursada se me hace más extrañable que mi auricular izquierdo, que ya no parece la mitad de nada. Frustrante.

La idea de comenzar algo nuevo, algo que elijo, que me interesa. Y los sueños, y las ganas, y los objetivos y el placer aparecen cuando escribo una idea al margen de un texto, mientras lo leo por segunda vez. Y es que tengo ganas, ganas enteras, de aprender a mirar, a pensar, a crear. Sin embargo, esas ganas se me parten al medio cuando siento que me falta ese contacto con el otro, ese auricular roto, y más que ninguna otra cosa, el movimiento.

La joven adolescente describe su experiencia como frustrante. La “frustración” (Freud 1912), versagung, en tanto denegación de la satisfacción y su consecuente estado de privación y angustia, nos invita a ubicar esta denegación como una suerte de ruptura de promesa de satisfacción. La experiencia descripta a medias introduce la dimensión de aquella promesa rota con relación al encuentro.

Si bien no podemos soslayar la siempre presente dimensión del desencuentro entre lo anhelado y lo hallado, en esta situación pareciera abrirse una brecha mayor e inesperada. Es tarea del sujeto habérselas con la falta y el desencuentro. Dicha tarea corresponderá, por ejemplo, al trabajo de duelo: elaborar la pérdida de lo anhelado, inscribir su pérdida para así relanzarse a investir nuevas posibilidades como promesa de ganancia de placer. Ahora bien ¿acaso no todo encuentro conlleva un desencuentro? ¿Acaso no es ese encuentro con la diferencia lo que complejiza el funcionamiento psíquico? Recordemos lo que Freud (1895) nos dice sobre el complejo del semejante (p. 376) en su maravilloso “Proyecto de psicología”.

El pensar sólo se complejiza abandonando la identidad de percepción, y la realidad fuerza a ello.

Nuestra adolescente escribe y la escritura es un modo de elaborar, un modo de recortar aquel real del acontecimiento y de transformar en memoria el devenir. Escribir es historizar y tejer trama significativa. Nuestra joven hace del dolor poesía.

Sobre el cuerpo y la experiencia en la adolescencia

La referencia más directa al concepto de experiencia podemos ubicarla en lo que Freud describe en su “Proyecto de psicología” (1895) como vivencia de satisfacción. Dicha experiencia es sólo posible mediante el encuentro con otro real que cumple la función de auxiliador. Otro humanizante (Bleichmar, 1999) que sexualiza e introduce en el mundo de lo simbólico a la promesa de sujeto.

Este encuentro produce una marca como inscripción de la satisfacción y el placer y deja como resto una pérdida y el motor del deseo según la perspectiva freudiana. Y de este modo el nacimiento del sujeto psíquico está inaugurado por una experiencia sexual.

En el tiempo puberal, la subjetividad se ve demandada para encontrar un nuevo orden en el des-orden propuesto por la reactivación de lo pulsional y cierta pérdida de la vivencia de unidad del cuerpo que ahora deberá enlazarse a lo genital. Es un tiempo en el que urge inscribir un nuevo cuerpo en simultaneidad a la reestructuración de la trama identificatoria.

Vuelvo a las palabras de nuestra adolescente que renuncia a la “experiencia más extrañable” a la del movimiento. Sin dudas se refiere al desplazamiento de un sitio a otro con destino cierto, o deambulando por las calles vivenciando aglomeraciones de tránsito y personas, la brisa en el rostro o el abrazador calor de las tardes de verano, los “pogos” en recitales y el frenesí de música y luces de las discotecas. Pero aun, sin esa experiencia de desplazamiento en la que su habitación es en simultaneidad su adentro y su afuera, podemos pensar en movimientos. Movimientos psíquicos que requieren simbolizar de un modo diverso la intersubjetividad.

Ahora bien, el mundo de lo virtual es el mundo en el que reina lo escópico. Mirar, mirarse y ser mirado es el modo en el que se revisita el estadio del espejo (Lacan, 1975) en la adolescencia como operatoria constitucional. Pero, para inscribir lo genital en el cuerpo, no basta con lo escópico y con la satisfacción masturbatoria. Grassi nos dice: “El otro (a la vez par y extraño), en su función de compañero/a sexual (opaco, ajeno), en presencia (y diferencia), con su participación coadyuva en la inscripción del cuerpo genital” (p. 35).

La genitalización es efecto de la complejización psíquica. Es una novedad y experiencia que requiere más que el goce autoerótico. La presencia real con el otro semejante en la experiencia sexual introduce una falta, una diferencia que promueve un trabajo. La barradura del goce autoerótico es efecto del encuentro con la alteridad que, como todo encuentro, conlleva un desencuentro.

Sostengo que el distanciamiento social ha provocado un impasse en la inscripción de dicha experiencia que seguramente encontrará próximas ocasiones para retomar su senda. El compartir la territorialidad en presencia con el otro abre una hiancia sustancial respecto del encuentro mediatizado en el “espacio de lo virtual”. El sexting, como otra práctica del erotismo posibilitado por la virtualidad, refuerza el goce autoerótico sin poner en juego la diferencia que se produce en la sensorialidad, en el hallazgo del cuerpo del otro. El otro del vínculo en presencia deja una huella en el cuerpo propio y activa una sensorialidad

singular que permite a cada adolescente entamar la experiencia sexual y complejizar la inscripción del propio cuerpo como genital. Si el “yo deriva en última instancia de sensaciones corporales” (Freud, 1923), entonces en este tiempo de la sexuación adolescente, el par, en su función apuntalante y desde su diferencia, invita a abrir la puerta para ir a jugar- se en el territorio de la sexuación y el deseo, en una cartografía erógena por construir.

Bibliografía:

- Bleichmar, S. (1999). *En la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo*. Ateneo Psicoanalítico, (2).
- Farrés, E., Ferreira dos Santos, S. y Veloso, V. (2008). *Adolescentes y ambiente tecnológico*. En A. Trímboli (presidente), *Modernidad, tecnología y síntomas contemporáneos*. Trabajo presentado y publicado en el III Congreso Argentino de Salud Mental (AASM), Buenos Aires.
- Fischer, I. (comp.) (2020). *De vínculos, subjetividades y malestares contemporáneos*. Buenos Aires: Entreideas.
- Freud, S. (1991). *Proyecto de psicología*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1950 [1895]).
- Freud, S. (1991). *Tres ensayos de teoría sexual*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1905).
- Freud, S. (1991). *Sobre los tipos de adquisición de las neurosis*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 239). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1912).
- Freud, S. (1991). *Duelo y melancolía*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1917 [1915]).
- Freud (1991). *Introducción del narcisismo*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1914).
- Freud, S. (1991). *El yo y el ello*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1923).
- Freud, S. (1991). *El malestar en la cultura*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1930 [1929]).
- Fuentes, M. (agosto, 2016). *¿Qué es una experiencia sexual? Psicoanálisis. Ayer y hoy*, (14). <https://www.elp psicoanalisis.org.ar/nota/que-es-una-experiencia-sexual-mabel-fuentes/>
- Grassi, A. y Córdova, N. (2018). *Entre niños, adolescentes y funciones parentales. Psicoanálisis e interdisciplina*. Buenos Aires: Entreideas.
- Lacan, J. (1988). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. En J. Lacan, *Escritos I* (14 ed. corr. y aum., pp. 86-93). México: Siglo Veintiuno.
- Rother Hornstein, M. C., Sternbach, S., Lerner, H. y Hornstein, L. (2017). *Adolescencias contemporáneas. Un desafío para el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Sternbach, S. (2006). *Adolescencias, tiempo y cuerpo en la cultura*. En M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas* (pp. 51-79). Buenos Aires: Paidós.

***Sobre la autora:** Lic. Ileana Fischer. Miembro de AEAPG Argentina. Prof. de las carreras de Especialización y maestría AEAPG/ UNLAM. Coordinadora del programa de inicios de la práctica profesional. Compiladora de “De vínculos, subjetividades y malestares contemporáneos” (Ed. Entreideas).

Contagio

Steven Soderbergh*
2011

Virginia Mora Febres**

*“La evidente brutalidad de nuestros
tiempos pesa sobre nosotros”*
(Carta a Pfister. Sigmund Freud).



El cine suele reflejar en cada época, de mejor o peor manera, las preocupaciones o inquietudes que puede tener la sociedad en cada momento.

Las películas que tratan sobre catástrofes no son un género con el cual yo me sienta particularmente complacida; si están bien realizadas van generando un clima angustioso y de tensión, tan potente como sea la catástrofe que se intenta contar.

La primera vez que vi Contagio con la idea de preparar este trabajo, lo que más me impresionó fue el fuerte parecido que tiene este film con la realidad que hemos vivido con la COVID y cómo el director más allá del carácter predictivo que ha podido plasmar en su visión, -que no se nos olvide que esta película se estrenó en 2011- nos muestra toda la problemática que supone una pandemia a nivel global, con una mirada focalizada a través de una forma entrecortada. Contagio es como un puzle desmembrado, que poco a poco va tomando forma, en el cual las historias se van tejiendo de manera simultánea, con personajes que vivencian angustias, rivalidades, duelos, omnipotencia y frustración.

Ver esta película me llevó a una especie de deja-vu acerca de nuestro pasado reciente, acerca de nuestros miedos, acerca de tantos fenómenos a los que hemos estado expuestos y como la vida o nuestras vivencias también se han contagiado de esta situación.

Ninguno de nosotros ha escapado al virus, todos estamos tocados por él.

Contagio fue rodada inmediatamente después de la pandemia de gripe A por virus AH1N1/09, que se desarrolló en 2009 y 2010, y es producto de una

reflexión acerca de las consecuencias globales de una enfermedad infecciosa, en relación a la incertidumbre que produce y el miedo y el control que genera. Aunque al final se restituye el orden y la salud, estos factores no atenúan la inquietud ante una pandemia con las características que se muestran.

Pienso que parte del valor de esta película no es tanto el carácter anticipatorio sino como describe el comportamiento del ser humano en este mundo interconectado y globalizado que habitamos.

El nombre de este ciclo El malestar en la cultura es el nombre de un texto de Freud, en el cual menciona que el sufrimiento en la vida nos amenaza desde tres vértices: la fragilidad de nuestro cuerpo, el mundo exterior o la hiperpotencia de la naturaleza y los vínculos con los otros. Contagio nos pone en contacto con estos tres vértices.

Hablaré del miedo, de la condición humana, del sentido del tacto y del duelo.

“Dejamos de temer aquello que se ha aprendido a entender” Marie Curie

El miedo es tan contagioso como la enfermedad. El título de la película no deja espacio a ninguna duda y ya nos anticipa el argumento, es una historia de contagios, no solo de la enfermedad sino también de miedos.

El inicio de la película comienza vestido de negro, no hay créditos ni música, todo está oscuro y de pronto en lugar de ver algo, escuchamos un sonido, escuchamos una tos, es la tos de una mujer que claramente se

oye enferma, después se la ve en un aeropuerto. Esta mujer perderá su nombre a lo largo de la película y se convertirá en un caso. Será el caso cero, el caso mas buscado, el caso que hay que buscar en cualquier epidemia.

Me parece que el hecho de que no aparezcan nombres ni créditos alude a lo que la pandemia provoca en cuanto al anonimato y la despersonalización. Cualquier personaje podría ser uno de nosotros.

De esta manera, la película desarrolla todo un modelo de psicología de masas y de respuesta a catástrofes, pues ocurre que cuando aparece una nueva enfermedad la dinámica social se modifica frente a la alarma que despierta, esta inquietud se verá aumentada si encima se trata de una enfermedad con un agente invisible (el virus), un aspecto de la enfermedad que son los propios ciudadanos, una necesidad de aislamiento o reclusión y el hecho de que no exista a corto plazo un tratamiento eficaz.

Los nombres que van apareciendo son los de diferentes ciudades alrededor del mundo, con su cuota de número de habitantes, así el director nos hace viajar a Hong Kong, Minneapolis, Londres, Ginebra, Tokio, San Francisco, Atlanta, y así un largo etcétera para dar cuenta del carácter generalizado que va tomando la enfermedad.

La amenaza, el virus, como Dios, está en todas partes, es un fantasma que se globaliza.

La película transcurre por días para mostrarnos la velocidad imparable del virus y el acoso implacable de Cronos, frente a la letalidad de la pandemia.

Se aprecia como de la sorpresa inicial se pasa al pánico contagiado ante lo desconocido en un primer momento y luego ante lo incontrolable. Nada da más valor al miedo que el miedo de los demás. En algunos provoca indignación contra el destino, pero en todos los casos, como diría Camus en La peste “tanto las pestes como las guerras toman a las gentes desprevenidas”

A la luz de los últimos acontecimientos que vivimos con la invasión de Ucrania, pienso que Pandemia y guerra tienen sus semejanzas. En ¿Por qué la guerra? Freud le responde a Einstein: “porque todo hombre tiene derecho a su propia vida, porque la guerra aniquila promisorias vidas humanas, pone al individuo en situaciones indignas”. También la pandemia.

Podemos pensar que la única certeza que tenemos es nuestra propia muerte, sin embargo, en el fondo, nadie cree en ella, o, “lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (Freud, 1915) siendo la muerte una mera contingencia: accidentes, enfermedad, edad avanzada. Aclara Freud: salvo en la guerra, allí “la muerte no se deja desmentir, es preciso creer en ella. Ya no es una contingencia” También la pandemia en sus peores momentos nos ha recordado día tras día, la posibilidad de esta certeza, nos ha quitado la veladura.

Freud hablaba de una angustia realista que se corresponde con una reacción lógica frente a una situación de peligro, a un daño esperado de afuera, a diferencia de la angustia neurótica que es enigmática, como carente de fin.

Cuando hay angustia realista la tensión sensorial se incrementa al igual que la tensión motriz y es a partir de aquí que se desarrolla la reacción de angustia. De esta manera son posibles dos desenlaces: o bien el desarrollo de angustia se limita a una señal, y entonces la reacción restante puede adaptarse a la nueva situación de peligro, desembocar en la huida o en acciones destinadas a ponerse a salvo, o bien lo antiguo prevalece, toda la reacción se agota en el desarrollo de la angustia, y entonces el estado afectivo resultará paralizante y desacorde con el fin para el presente.

El espanto o terror es una noción que Freud pone en relación con el traumatismo y con una falta de apronte angustiado, da cuenta de una impreparación para el peligro, y se trata de un proceso no dominado que marca la derrota del yo. El espanto impide la elaboración psíquica.

La angustia implica una preparación para el peligro, supone una señal que permite defenderse, aunque aún no haya una representación del objeto peligroso, el peligro es indefinido.

En el miedo, finalmente se encuentra una representación del objeto peligroso, resultando así en un proceso más estructurado, más simbolizado en la medida en que la angustia ha encontrado una representación de objeto.

Podríamos pensar que los personajes de los científicos de la OMS, el Dr. Cheevers, la doctora Mears se manejan básicamente con miedo frente a lo desconocido, pero éste actúa como una señal que los alerta y que los lleva a desarrollar planes para dar salida a la situación angustiosa.

El señor Emhoff en ciertos momentos puede vislumbrarse como más angustiado, como cuando está en el supermercado y ve que cualquier objeto puede ser contaminante, pero no nos podemos olvidar que él ha sufrido unas pérdidas muy importantes y está tratando de preservar a su hija adolescente, que es la única familia que le queda.

Otra escena muy cargada de angustia es la de la periodista pidiéndole al bloguero que le consiga el medicamento que supuestamente la salvará, comentándole a éste que está embarazada.

Tal vez el espanto y la desesperación que supone el sentirse a merced de un virus para el cual todavía no hay cura, lo apreciamos en el desbordamiento de la gente cuando quieren obtener la Forsitia pensando que esa es la panacea, o cuando saquean los supermercados y las tiendas, el recurso desesperado para conseguir antes la vacuna, que realizan unos chinos cuando secuestran a la doctora que va a denunciar que allí

se originó el virus, o en esa visión apocalíptica de ciudades casi destruidas y aplastadas por la basura sin recoger. Todas estas situaciones atentarían contra los logros culturales de orden, ornato, cuidado por el otro, y estarían al servicio de la pulsión de muerte.

La condición humana

Los personajes de la película que van teniendo cierto protagonismo en la misma, nos ayudan a entender cómo se manejan los seres humanos frente a una situación de desconocimiento, de incertidumbre, de enfermedad, de caos, de duelo y cómo surge o no una mayor fortaleza propia según las circunstancias que a cada uno le toca vivir.

De esta manera, aunque la pandemia es una presencia globalizada, no significa que esté representada o pensada en los mismos términos para todos.

Veamos a los personajes principales:

Mitch Emhoff representa al ciudadano normal y corriente, alguien que sufre el drama familiar y el desorden social que provoca la enfermedad. A lo largo del film vamos viendo como tiene que aceptar de forma resignada la infidelidad de su mujer que ha muerto, también su pequeño hijastro quien ha tenido el mismo desenlace; el hecho de que no ha podido enterrarle ni hacerle un funeral digno y cómo trata de preservar lo único que él siente que le queda en su reconstrucción familiar, su hija adolescente. Ambos mostrarán diferentes facetas del miedo y la angustia frente al desconcierto que les producen los acontecimientos. La hija se mostrará compasiva con el padre, y en su posición adolescente tratará de convertirse para él en la familia que ha perdido, acompañándolo durante el proceso de la pandemia. Podemos pensar en el amor filial y también en el resurgimiento de los deseos edípicos que retornan con la intensidad que proporciona el despertar de la sexualidad adulta. La hija tiene un novio que desea ver y abrazar, este deseo le es impedido por el temor que tiene el padre a que ella contraiga la enfermedad y pueda morir.

En unas palabras que pronuncia al final de la película, de forma muy clara la hija expresa la sensación de tiempo perdido, la sensación de vivir lo mismo cada día, como el día de la marmota, la sensación de 144 días que siente como si hubiera dejado de vivir. La queja subjetiva del paso del tiempo es dominante, es como si esta vivencia tomara protagonismo y pasa a ocupar el primer plano, por esto esa sensación de tiempo detenido, fragmentado, pudiendo perder su función de integrador de la vida y del yo. Perder el tiempo es uno de los motivos más repetidos en el encierro, de ahí el riesgo de perdernos como sujetos. La hija tiene tristeza por lo que siente que se está perdiendo, el padre tiene tristeza por lo que siente que ha perdido.

El Doctor Ellis Cheever, director del CDC. Representa el puente entre las autoridades políticas y las de salud pública. Sería el portavoz científico de la pandemia. Es un personaje que, aunque intenta mantener el

control de la situación, ésta termina desbordándolo, de esta manera sus actuaciones y decisiones se verán marcadas por las contradicciones internas personales y profesionales.

Freud plantea que el único camino de acceso a la libertad consiste en poder investir la libido con las formas más elevadas de creatividad: el amor, el arte, la ciencia, el saber, la capacidad para vivir en sociedad y comprometerse en nombre de un ideal común, en la búsqueda del bienestar de todos.

Así, el personaje de la doctora que es secuestrada en China mientras descubre que allí empezó todo, y los personajes del Dr. Saksman quien gracias a su perseverancia pudo cultivar con éxito el virus en un laboratorio y cede su hallazgo para el bienestar de la humanidad y el de la doctora que se inocula el virus para hacer de cobaya humana, nos muestran también facetas de un altísimo grado de generosidad y amor por la verdad.

Para Freud, las instituciones son muchas cosas, pero sobre todo son diques contra el asesinato, la violación y el incesto.

El periodista Alan Krumwiede, es un personaje interesante de analizar pues representa el espíritu paranoico que generalmente cualquier crisis genera en un entorno social y amenaza con desestabilizar la sociedad.

Este periodista a través de las redes y como un gran influencer que es maneja el alarmismo, y ve en esto la oportunidad para sus deseos mesiánicos, codiciosos y desaprensivos, le escuchamos decir “Si me voy a poner en el punto de mira, quiero saber que saco”.

A lo largo de la película vemos como este hombre, busca satisfacer sus necesidades narcisistas de poder y de éxito, sin importarle nada si su influencia genera un daño colectivo. Este personaje representa una de las caras de la pulsión de muerte que nos habita a todos, pero que él actúa.

Una de sus primeras frases: “La prensa escrita se muere” también rubrica la situación actual con relación al uso de las tecnologías, a la influencia tan fuerte que tienen las nuevas redes sociales, en la sociedad actual, al punto tal que pueden estar produciendo nuevas subjetividades.

Este personaje con el uso de su blog y la enorme influencia que tiene sobre sus seguidores, vendiendo una falsa cura, representa al sujeto que usa de forma perversa la palabra con el afán de confundir para obtener beneficios propios, y evitar un verdadero cuestionamiento, un verdadero saber. Es un hombre que se salta la ley, pero no sólo la ley externa sino aquella que nos hace posible ser sujetos psíquicos y que supone que tengamos que renunciar a la satisfacción de aquellos deseos que transgreden el límite de lo permitido.

Otra psicoanalista, Enriqueta Moreno nos plantea en un texto sobre El secuestro del pensamiento en una sociedad globalizada, como a través de estas palabras trucadas “se banalizan los hechos...pues se pueden vaciar las palabras de significados considerados como peligrosos porque ayudan a discriminar lo verdadero de lo falso”.

De esta manera, los lemas que favorecen ideas políticas o religiosas extremas, lo que están favoreciendo es que se idealice a un yo grandioso, proclive al fanatismo, donde se diluye el yo individual por un yo colectivo. Esto se puede apreciar en Contagio, en la escena en donde se despliegan las pancartas a favor de la Fortisia, o cuando los seguidores del periodista han pagado 12 millones de dólares por su fianza.

Sin embargo, tampoco me gustaría que les quedase una imagen de solo corrupción o de un discurso deshumanizado por el favorecimiento de la tecnología. Gracias a ella, nos podemos comunicar como lo hacemos hoy, un descubrimiento que favorece al bien colectivo puede estar al alcance de la mayoría de forma momentánea, se ha podido teletrabajar durante la época de mayor confinamiento y la información nos es accesible de forma inmediata, así como la posibilidad de que los avances científicos y de cura colectiva como ha ocurrido con la vacuna pueden estar cada vez más accesibles.

Pero nos movemos en ese sutil equilibrio del que hablaba Freud en El malestar en la cultura, en el que manifestaba que la cultura se edifica renunciando a lo pulsional; y ese precario equilibrio diría yo transita entre renunciar a la pulsión y asumir los límites que se nos imponen como seres sociales o darle rienda suelta a los placeres y deseos.

La Doctora Erin Mears, médica del CDC. Representa la integridad, inteligencia e intuición para identificar a contagiados y contactos.

Personifica a otro gran grupo que es el del profesional sanitario contagiado, así vemos como ella experimenta la misma soledad y el aislamiento de los enfermos en los momentos finales de su vida. Es una mujer generosa y altruista, su último gesto es darle su abrigo a otro enfermo que tiene al lado y que padece de mucho frío. Ella sabe claramente lo que le espera y podríamos pensar que es una víctima de su entrega al deber profesional.

El tacto: el sentido más costoso

A lo largo de toda la película, la cámara pone el énfasis en objetos que se tocan, personas que se acercan, estornudos que contagian y es que si algo hemos perdido de forma importante con la pandemia es la posibilidad de contacto. Así nos asombra cuando la doctora Mears comenta el número de veces que cualquier persona puede llegar a tocarse el rostro.

El film muestra como la necesidad de abrazar, besar o estar de forma cercana con alguien, que son

experiencias vitales que necesitamos mantener en nuestro kit emocional, también es lo que nos puede enfermar, así el uso de mascarillas, gel desinfectante, protectores externos, si bien nos mantiene resguardados y tal vez, impolutos e higienizados, nos deja empobrecidos afectivamente, hambrientos de contacto.

El tacto es el primer sentido con el que nos tropezamos cuando llegamos al mundo y es el último que nos deja cuando nos acercamos al borde de la muerte.

El ser humano nace con un desvalimiento importante, necesita de otro (generalmente la madre) que le cuide. Cuidar a otro ser humano implica casi de forma inevitable tocarlo, desde las necesidades más básicas hasta los intercambios táctiles más afectivos que suponen comunicarse, brindar comodidad, apoyo y amor.

Esther Bick quien fue una psicoanalista que desarrolló la observación de bebés y niños pequeños, nos muestra a través de su método como se van construyendo los primeros baluartes o estructuras para que se inicie el desarrollo psíquico. Esta autora pone el acento, en el papel que juega la piel en las relaciones de objeto tempranas, de esta manera, enfatiza la importancia de la función mental de la sensorialidad en la contención y la sensación de sentirse comprendido, con la finalidad de que se pueda crear una “piel continente” en lugar de una segunda piel.

Me pregunto cómo toda esta situación de no contacto pueda haber alborotado aspectos más arcaicos, más primarios en personas que carecían de una buena “piel continente”.

De esta manera, observamos a través de la película y dolorosamente a través de lo que hemos vivido, como el tacto y el contacto atraviesan una era de prohibición, el tacto es el sentido que ha pagado el precio más alto. La pandemia nos ha dado una idea de cómo sería la vida sin contacto. El miedo al otro, a la contaminación, al contacto, nos ha permitido darnos cuenta de lo mucho que extrañamos los abrazos espontáneos, los apretones de mano, o un beso cariñoso. Resulta que lo que más queremos y necesitamos, es lo que en estos momentos más daño puede hacernos. Gran paradoja que tenemos que sortear.

El distanciamiento físico deja cicatrices invisibles en nuestra piel psíquica.

En el film vemos esta necesidad de contacto físico en muchos momentos, la hija de Mitch Emhoff busca de cualquier manera poder estar un ratito con su novio, poder abrazarlo, poder sentir el contacto con la nieve y el novio también intenta de muchas maneras tener un acercamiento con ella.

En otro momento del film, cuando el doctor Chevers le pone la vacuna al hijo del señor de mantenimiento, el niño le da la mano y el doctor le pregunta si él sabe de donde procede esta costumbre y le explica que

darse la mano era una forma de mostrar que no se iba armado, abrir la mano era una señal de no hacer daño.

El duelo: un hilo conductor en nuestra vida

El poder que tiene el dolor para desequilibrar la mente ha sido muy estudiado. Freud en 1917 escribió un texto llamado Duelo y melancolía en el que menciona que “el duelo trae consigo graves desviaciones de la actitud normal ante la vida” sin embargo también dice que “nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni someterlo a tratamiento médico”.

También Melanie Klein en su ensayo sobre El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos (1940) coincide diciendo: “El doliente está realmente enfermo, pero como su estado mental es común y nos parece tan natural, no consideramos el duelo una enfermedad.

A lo largo de la película este personaje (Emhoff) será uno de los conductores del hilo argumental de este film, su duelo es el duelo de todos y la forma de enfrentarlo también representa lo que esto supone en las circunstancias de una pandemia, nos duele el que se ha marchado, el que ha muerto, pero también necesitamos sobrevivir frente a las circunstancias adversas.

Es interesante ver como en un primer momento surge la negación frente a la noticia de la muerte; el médico le acaba de decir que su mujer ha fallecido y el le pregunta: ¿Puedo hablar con ella?, todavía no puede dar crédito a lo que le está ocurriendo.

Después con la precipitación que supone el contagio, el señor Emhoff se empeña en salvar lo único que siente que le queda que es su hija adolescente, está aterrado con la idea de que ésta pueda contagiarse y por ende morir. La sobreprotección de su hija también es una manera de salvarse a él mismo y cuando en la realidad ocurren situaciones de vida o muerte, como la búsqueda de comida porque los supermercados han sido saqueados, o hacerse con un arma para protegerse de posibles ataques, el duelo que tenía que haber ido viviendo se va posponiendo porque hay otras emergencias.

Sin embargo, cuando ya la hija ha sido vacunada y su novio también, cuando él decide dar una alegría a su hija con la celebración de fin de curso con el novio como único invitado y con el hermoso vestido de mujer que le regala, pareciera que en esos gestos no sólo le da permiso para que vuelva a tener contacto con otras personas, sino que también es un ritual de entrada en una vida mas adulta, con posibilidades y esperanzas.

De esta manera, la escena en la que él de pronto se topa con el móvil de su mujer fallecida y vuelve a ver las fotos de ella, le hacen volver al punto del duelo que no había podido procesar por las emergencias sufridas, y por fin podemos ver a Mitch Emhoff permitirse llorar, teniendo espacio para sentirse afligido por sus pérdidas.

Durante el curso de la vida, vivimos ciertos duelos: pasamos de la niñez a la adolescencia, por ejemplo, perdemos el cuerpo infantil, salimos del colegio a la universidad, nos mudamos de barrio o de país, tarde o temprano todos pagamos un peaje de dolor o enfermedad, que nos conecta con pérdidas y duelos que vamos teniendo a lo largo de la vida.

Los duelos hay que vivirlos, hay que llorarlos, hay que elaborarlos para poder seguir viviendo. Escribiendo esto me vinieron a la memoria estas palabras de Joan Didion “Somos imperfectos mortales, conscientes de nuestra mortalidad aun cuando tratamos de eludirla, vencidos ante nuestra propia complejidad, tan acorralados que cuando nos dolemos por los que hemos perdido, también nos dolemos para bien o para mal, por nosotros mismos. Por lo que fuimos. Por lo que ya no somos. Por la nada absoluta que un día seremos”.

Volviendo al texto de Freud que ha inspirado este ciclo, podemos decir que sus palabras mantienen la vigencia de hace noventa y dos años, como seres humanos estamos a merced de la finitud y para huir del sufrimiento se pueden buscar vías supuestamente ilusionantes, sobre la base de elecciones inconscientes como la neurosis, la intoxicación y la psicosis; pero también existe un camino distinto que nos da el acceso a la civilización, a la cultura, y ésta es la única que permite, mediante la sublimación, la dominación de las pulsiones de destrucción.

*Conferencia dictada en el Colegio Mayor Isabel de España el 20 de marzo de 2022. Madrid.

****Sobre la autora:** Virginia Mora Febres

Psicóloga clínica, psicoanalista, miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM). Coordinadora de las Jornadas Anuales sobre Salud Mental y Psicoanálisis en Santa Cruz de Tenerife. Ha desarrollado su actividad clínica en Caracas, Madrid y Santa Cruz de Tenerife. Ha publicado diferentes trabajos sobre psicoanálisis infantil, proceso analítico, encuadre y pandemia y ha participado como invitada durante varios años en el ciclo de Cine y Psicoanálisis realizado por el Colegio Mayor Universitario Isabel de España.

Correo: virginiamorafebres@gmail.com

Incorporando experiencias: me muevo y pienso. Un nuevo modelo de terapia para niños y adolescentes.

Luis Miguel Martínez González
y Catalina Martín Gómez

Uno Editorial.
Albacete 2021.



Sobre el libro:

“Me muevo y pienso” es la denominación de una terapia ideada, planificada e impartida por Luis Miguel y Catalina que se ha materializado en libro tras una exhaustiva recogida de experiencias y datos con niños en tratamiento en un Hospital de Día en edades comprendidas entre los 10 y los 12 años.

Esta obra nace con la vocación de dar a conocer una experiencia en la que saberes y conocimientos de ambos profesionales se aúnan y complementan para crear y desarrollar una terapia que toma como foco principal de atención el cuerpo en movimiento y el grupo. “Me muevo y pienso” integra dinámicas propias de expresión corporal, psicodrama y psicomotricidad con el deseo de facilitar la verbalización de experiencias, emociones, pensamientos e ideas puestas en juego desde una escucha psicodinámica.

¿Por qué precisamente se creó esta terapia para pacientes en estas edades? En el hospital de día nos encontramos con perfiles de enorme heterogeneidad respecto a nivel madurativo y funcionamiento relacional. Esto implica un importante esfuerzo de reflexión para conseguir sintonizar con sus intereses y crear las condiciones para el tratamiento. Coincidimos con lo apuntado en la bibliografía sobre psicoterapia en niños ubicados cronológicamente en edad de latencia, donde los acercamientos terapéuticos basados en el dibujo y el juego no siempre son

bien aceptados por ser considerados infantiles y las terapias donde predomina lo verbal les producen aburrimiento y cansancio. Para F Doltó (2005) las palabras para tener sentido deben tomar cuerpo, ser al menos metabolizadas en una imagen de cuerpo relacional. El trabajo en equipo multidisciplinar y el interés en la investigación de nuevas posibilidades terapéuticas, permitió armar este espacio, donde juego, palabra y la presencia del cuerpo en movimiento pueden conjugarse en compañía de otros de una forma placentera.

El libro propone un viaje que recorre todo el ciclo vital de esta terapia, desde que fuera pensada e ideada, su estructuración, su implementación y su desarrollo (detallando minuciosamente cada ciclo y cada sesión de cada ciclo, explicando sus motivaciones, implicaciones y resultados) hasta volver a ser reestructurada desde el convencimiento que puede ser utilizada por otros profesionales en otros dispositivos y centros de trabajo, abriendo nuevos enfoques para nuevos grupos de pacientes y usuarios de la salud mental.

Sobre los autores:

Luis Miguel Martínez González es Técnico en Actividades Físicas y Animación Deportiva (TAFAD) y terapeuta ocupacional por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Desde el año 1999 trabaja con grupos de niños y adolescentes. Como terapeuta ocupacional

ha desempeñado su trabajo en el Hospital de Día CET Infanto-Juvenil del Hospital Universitario José Germain de Leganés entre los años 2007 y 2018. Desde julio de 2018 hasta la actualidad es el terapeuta ocupacional de la Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes (UHBA) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Ha formado parte del equipo docente del curso «Técnicas psicodramáticas en la supervisión de psicoterapia individual, de grupo y de familia» celebrado entre los años 2011 y 2017, y organizado por la Dirección de Planificación, Investigación y Formación en colaboración con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Catalina Martín Gómez es psiquiatra psicoanalista, psicoterapeuta docente y supervisora acreditada por la FEAP. Miembro asociado de la Sociedad de Psicoterapia y Psiquiatría del Niño y del Adolescente (SEYPNA). Docente del máster de la Sociedad de

Psicoterapia y Psiquiatría del Niño y del Adolescente (SEYPNA). Docente del máster de Arteterapia del Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP). Trabaja como coordinadora del Hospital de Día CET Infanto-Juvenil del Hospital Universitario José Germain de Leganés. Es, a su vez, tutora de residentes de postgrado. A lo largo de su trayectoria profesional ha publicado artículos en revistas especializadas y ha realizado presentaciones en congresos, con especial dedicación al tema de Hospital de Día CET y terapias de grupo.

Índice:

PRÓLOGO, Edith Bokler

PRIMERA PARTE

Consideraciones previas

2x1.

2 terapeutas x 1 terapia

2 bloques fundamentales x 1 sesión

2 momentos históricos x 1 terapia

Nosotros, ellos, el encuadre y el encuentro

De la infancia a la adolescencia. Latencia

Definiendo la latencia

Los logros en la latencia

Acteón y Diana

¿Soy quién soy?

SEGUNDA PARTE

Los ciclos de Me muevo y pienso

La sesión de las sillas

Para tener en cuenta...

Ciclo I: “La sala/el espacio”

Sesión 1: dimensiones y distancias

Sesión 2: qué tiene la sala y qué contiene

Sesión 3: el cuerpo en movimiento en un espacio que cambia

Sesión 4: la adaptación al espacio desde una pérdida sensorial

Sesión 5: transformación desde lo bidimensional a lo tridimensional

Sesión 6: simbolización sala y cuerpo

Sesión 7: transformando la sala en distintos ambientes

Reflexión

Ciclo II: “El grupo”

Los grupos

Sesión 1: ritmo grupal

Sesión 2: evolución y momentos de un grupo

Sesión 3: figuras de liderazgo y otros roles

Mis grupos

Sesión 4: pertenencia a grupos y vínculos afectivos

Sesiones 5 y 6: desempeño de roles

Sesión 7: mi grupo de terapia

Reflexión

Ciclo III: "El cuerpo en movimiento"

Sesión inicial: el cuerpo en relación con objetos: aros

Sesión inicial: danza/baile

Sesión inicial: Interpretación

Sesión inicial: imitación

Sesión inicial: la postura corporal

Sesión inicial: la cara y sus expresiones

Reflexión

Variantes y variables

Inhibición vs activación

Evolución y momentos de un grupo

Proyectando un futuro para el grupo

Halloween.

Primero fue en adolescentes

TERCERA PARTE

Descubrimientos

¿Contradicción?

Me muevo y pienso se va haciendo mayor

Terapia de grupo y psicodrama: aprendiendo una nueva técnica

Supervisión.

Una invitación al atrevimiento

CUARTA PARTE

Contratiempos y oportunidades

Me muevo y pienso en tiempos de pandemia

RESUMEN FINAL

In.

"Corporando"

Experiencias

Me muevo...

...Y pienso

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRADECIMIENTOS

El laberinto edípico: Madres, padres e hijos en el siglo XXI. Recopilación de las ponencias presentadas en las X Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis (2019).

GRADIVA. Xeroi Edicions. 2021.

Sobre el libro:

Con la edición de los trabajos presentados en las X Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis, realizadas en Barcelona los días 15 y 16 de noviembre de 2019, GRADIVA, Associació d'Estudis Psicoanalítics, con el título "El Laberinto Edípico: Madres, Padres e hijos en el siglo XXI" se invita a los lectores a internarse por el laberinto edípico. La presente edición reúne la mayoría de los trabajos presentados en dichas Jornadas, además de dar cuenta de la celebración de los 30 años de GRADIVA.

Nuestra propuesta fue visitar el complejo de Edipo a la luz de los cambios sociales en los que se han ido configurando distintos tipos de organizaciones familiares, y cómo los múltiples avances tecnológicos y las investigaciones en el campo de la medicina han actuado activamente en dichos cambios.

Freud en 1897, en una carta a Fliess, introduce el complejo de Edipo a partir de su autoanálisis; a lo largo de toda

su obra, fue gestando los conceptos fundamentales para la teoría psicoanalítica, que hacen a la constitución de la subjetividad; consideró al complejo de Edipo como punto nodal en la estructuración subjetiva.

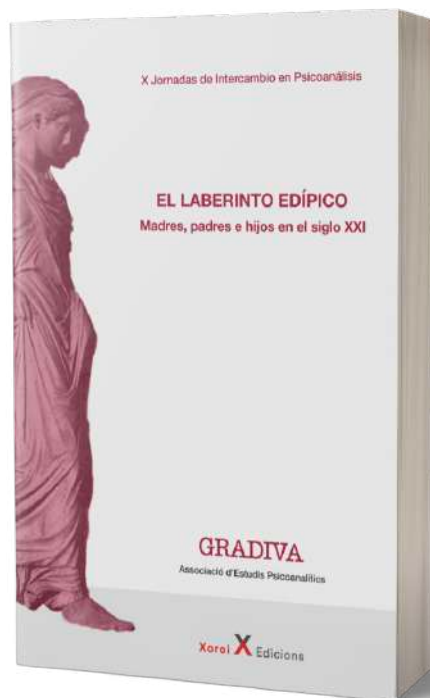
A partir de Freud surgieron distintas líneas teóricas que nos han aportado diferentes maneras de conceptualizar el C.E. El dialogo entre las diferentes líneas teóricas es uno de los objetivos de nuestras jornadas.

¿Por qué Freud recurrió al mito de Edipo para teorizar la relación erotizada con los objetos primordiales y el trabajo psíquico que posibilita el acceso a las identificaciones secundarias y a la sexualidad exogámica?

Elisabeth Roudinesco sostiene que Freud recurre también al Edipo ante el temor de la emergencia de lo femenino y a la disolución de la diferencia sexual, cambios sociales emergentes a finales del siglo XIX y principios del XX, en el marco de la "familia moderna". A partir de 1960 se instaura el modelo de familia contemporánea o post-moderna, dando estatus legal a nuevas estructuras familiares.

Con la instauración progresiva en la sociedad occidental del modelo de familia contemporánea o postmoderna, adquieren visibilidad subjetividades antes perseguidas o ignoradas, se configuran nuevas estructuras familiares y nuevas modalidades de filiación.

¿Sigue vigente la representación del C.E. en la actualidad, tal y cómo lo teorizaron Freud, M. Klein y Lacan? Los cambios sociales han promovido la convivencia



entre distintos tipos de modelos familiares: el modelo tradicional de familia, separaciones de pareja con nuevos reagrupamientos familiares, familias monoparentales, familias con padres de un mismo sexo y el reconocimiento de diferentes sexualidades.

También los avances tecnológicos van a la par de un cambio social vertiginoso. Cabe preguntarse en qué medida todas estas transformaciones han repercutido en la estructuración de la posición masculina y femenina y en el ejercicio de las funciones materna y paterna. ¿Cómo inciden estos cambios en las fantasmáticas parentales y en la travesía edípica? ¿Sería quizá más adecuado evocar otros mitos para dar cuenta de cómo se configura hoy la triangularidad?

Desde hace ya un tiempo los analistas recibimos en nuestras consultas a pacientes niños, adolescentes y adultos que han ido configurado su subjetividad en esta sociedad en constante transformación. ¿Cómo trabajamos actualmente la conflictiva edípica cuando también estamos atravesados psíquicamente por estos cambios?

Desde diferentes líneas del psicoanálisis actual, y avalados por una extensa experiencia clínica, estos fueron algunos de los interrogantes desarrollados y discutidos por los diferentes autores que figuran en este libro.

Se puede comprar en Alibri y Amazon.

Indice

Prólogo

Apertura de las X Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis

Los caminos de Edipo - Magda Blanch...

Celebración del 30 aniversario de Gradiva

GRADIVA, destellos de los orígenes - Jerónimo Erviti

Los andares de GRADIVA - Margarita Solé Pelach

Les passes de GRADIVA - Margarita Solé Pelach

Mesa redonda

El laberinto edípico desde las diferentes líneas teóricas

La tercera posición: entre el Edipo tebano y el Edipo corintio

M.^a Cristina Betrian i Piquet

Edipo hoy, Edipo mañana - Carlos Sánchez

El Edipo leído por Lacan - Marta Serra Frediani

Conferencia de Rosine J. Perelberg

Lo siniestro y los inicios del tiempo - Rosine Josef Perelberg

Conferencia de Fernando Colina

Edipo destartalado - Fernando Colina

Edipo y sus monstruos

Filicidio y parricidio - Carmen Ferrer...

El monstruo que vive en mí - Encarna Muñoz...

De Narciso a Edipo

Alianzas, desilusiones y traiciones en la triangularidad edípica

Magda Blanch...

Edipo complejo - Anna Segura...

Edipo y castración

La angustia de castración en la actualidad - Marisa Ara...

Sin desilusión no hay disolución (del complejo de Edipo) Eduardo Braier

Saber perde - M. Mercé Collell

¿Dónde está Edipo? - Yolanda Matheu

Desafío a la configuración edípica: identidades, filiaciones y adopciones

Edipo Frankenstein - Regina Bayo-Borras

Cuestiones acerca del Edipo y la transexualidad. ¿Edipo posible o imposible?

Susana Peces Wassermann

El desafío de la adopción subjetiva - Beatriz Salzberg

En busca del padre perdido

Función paterna. Entre Ulises y Telémaco

Juan C. Crowley

La nominación - Marcelo Edward

Filiaciones telemaquias desde la catástrofe social

Joan Pijuan

Filiacions telemàquies des de la catàstrofe social

Joan Pijuan

Construir un padre - Antonio Soler

Psicoanálisis y espiritualidad. Del diván a la meditación

Roberto Longhi Tartaglia.
Herder. 2022



Sobre el libro:

Tanto el psicoanálisis como la espiritualidad se adentran en un espacio sagrado: el interior del ser humano. Ambas son una forma de contemplación.

En estas páginas Roberto Longhi comparte su experiencia como psicoanalista y señala sugerentes afinidades entre las sesiones de psicoanálisis y la meditación, y va integrando diversas polaridades: dos sujetos (yo y no-yo), dos mediaciones (palabra y silencio), dos estados (plenitud y vacío). Todo ello no lo hace de una forma sistemática, sino que aparece, como las flores silvestres que uno encuentra a medida que recorre un paisaje lleno de sutiles ondulaciones.

Sin embargo, lo que al principio es una simultaneidad, poco a poco se convierte en una progresión. Sin bien al comienzo psicoanálisis y meditación están en una relación de complementariedad y simultaneidad, acaba produciéndose una traslación: del psicoanálisis a lo espiritual.

Una lectura indispensable para comprender e implicarse, de manera activa y solidaria, en la coyuntura sociohistórica que estamos atravesando.

Índice

Agradecimientos

Prólogo. Integrando psyche y pneuma

Por Javier Melloni

Introducción

1. Zonas de silencio. Llegar a la música
2. Entre Pedro y Jesús. Entre Edipo y Tiresias,

Entre lo inmanente y lo trascendente

3. Nacemos 3 veces
4. Buscando la fuente
5. Y entonces respiro
6. Travesía por el purgatorio
7. Deseo y no-deseo
8. Pensamiento y ebanistería
9. Llegar a la compasión
10. Otra sed
11. Elogio de la quietud

Epílogo. Un terapeuta nos invita a visitar su taller,
su oficio, sus emociones y cosmovisiones
por Héctor Fiorini

Bibliografía

Sobre el autor:

Es psicoanalista y psicólogo especialista en clínica. Es presidente de ACIPPIA (Asociación Cultural para la formación e investigación en psicoterapias psicoanalíticas) y profesor invitado en los másteres de Psicoterapia psicoanalítica en la Universidad Complutense de Madrid, y de Arte-terapia en la Universidad Autónoma de Madrid y en la universidad de Murcia.

Es coautor de "Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica" (1999), "Conversando con Héctor Fiorini, la construcción de un pensamiento" (2013) y compilador de "Clínica psicoanalítica contemporánea" (2020).

El principio de la vida. La trascendencia de los primeros meses de vida.

Dra. Encarna Muñoz.
Ed. Vergara.



Sobre el libro:

La salud mental, la inteligencia y los rasgos de la personalidad quedan establecidos, en gran parte, durante los primeros meses de vida y sobre este temprano desarrollo se apoyará el resto del crecimiento.

El libro ofrece a los padres una visión completa de todos los cambios que deben experimentar para adaptarse a las necesidades de su hijo.

El objetivo del libro no es sustituir el criterio de los padres, sino más bien inspirarles respuestas que surjan de sí mismos.

Sobre la autora:

Encarna Muñoz es licenciada en medicina y cirugía y máster en psicoanálisis. Ejerce como psicoanalista clínica. Es miembro de Gradiva.

Índice

Notas al lector
Introducción
Predecir el pasado
La futura salud mental

La extrema importancia de la experiencia inicial
Los tres primeros meses condicionan el resto de nuestras vidas.
El desarrollo del cerebro depende del amor de los padres
 Las neuronas se activan y crecen en la seguridad de lo materno
 El inicio de la fantasía, de la creatividad, de la confianza
 Nada de lo que experimenta un niño desde el inicio se pierde
 El niño un feto hasta los diez años

El periodo prenatal y el embarazo
 El deseo de ser padres
 Dificultades no físicas para la concepción
 Los niños ya no llegan por coito
 Hijos probeta: niños del frío
 Lo que todos los padres deberían saber sobre epigenética
 El sorprendente parecido de los hijos con ADN distinto. Óvulos de donante.
 El hijo biológicamente diferente y la renuncia que supone

Transformaciones en la personalidad y en el funcionamiento psíquico de los padres desde las primeras semanas
 El embarazo: un tiempo de preparación
 La conmoción del embarazo
 Reactivación de antiguas ansiedades en los padres

De ser pareja a ser padres. Aparición de sentimientos contradictorios
Crisis de identidad, descompensaciones y rupturas conyugales

¿Qué pasa con la materia gris de la madre?

La vida intrauterina

La actividad mental antes de nacer
¿Cómo afecta la depresión al embarazo?
Los primeros movimientos fetales, la primera ecografía y la psicomotricidad dentro del útero.

Ser madre aun sin pensarlo

¿Hay que ser inteligente para ser una buena madre?
¿Dónde aprende una madre a ser madre?
Es más importante de la madre que los cuidados físicos que esta pueda dar
¿Sólo puede existir una madre?
¿Hombres padre o hombres madre?
Madres no biológicas
Las madres están perdiendo su espontaneidad. Internet del oráculo

El embarazo del padre

Transformaciones afectivas y emocionales sufridas por el padre
Sentimientos contradictorios
Algunos padres también puede sufrir náuseas y vómitos
Reacciones aparentemente inexplicables: la huida

En nacimiento

Periodo de pregravitación después...la gravedad

De la ingravidez a la gravedad
De estar sujeto por todos lados al desamparo físico
Las habilidades extrasensoriales y los dones especiales
Conexión sensorial en el vínculo materno
Los padres adoptivos
El nacimiento. Una decisión del niño
Un flechazo a primera vista
Renunciar al bebé soñado. Personalidad del recién nacido
Los tres primeros meses

Los días después del parto

Crear una envoltura sensorio-perceptiva
¿Quién se tiene que ocupar del niño al inicio?
¿Qué es lo que hace realmente que un bebé crezca?
El chupeteo. El inicio de la erogenidad
La madre transforma al niño y el niño transforma a madre

Lactancia, algo más que alimentar

¿Todas las madres deben amamantar?
¿Soy una mala madre si no amamanto?
Esperar el pecho: La primera frustración y el inicio del psiquismo

Una madre corriente

Unos padres no perfectos
¿Cuánto tiempo puede esperar el bebé?
Vida profesional
¿Cuánto tiempo puede estar un bebé sin su madre?
Algunos padres solo consienten una relación perfecta.

¿Hay que evitarles la preocupación?
Cuando algo no funciona

Desequilibrios invalidantes en el periodo puerperal y depresiones postparto
Las madres deficientes. Patologías furturas
Madres que no pueden separarse de su bebe
Madres narcisistas

Psicosomática y neurociencia
El niño no se angustia, se enferma
Oxitocina, amor y otro placer
El tipo de crianza afecta al nivel de cortisol y al
desarrollo del hipotálamo

Bases para la inteligencia
El retraso mental como defensa ante una realidad
hostil
¿quien quiere tener un hijo superdotado?
Casos clínicos y experiencias
Saltar para mantener viva a mama
La recién nacida que no quería mamar del pecho
izquierdo
¿Te encuentras bien?
El pasado y los hijos. Razones ocultas.

ACTIVIDADES PERMANENTES AECPNA

- Posgrado en Psicoanálisis con Niños, Adolescentes y Padres.
- Máster en psicoterapia psicoanalítica en niños, adolescentes y padres junto a la Universidad Europea Miguel de Cervantes.
- Sesiones Clínicas (entrada libre)
- Seminarios – Conferencias - Mesas Redondas
- Actividades gratuitas para socios
- Taller grupal de supervisión clínica
- **Ciclos:** Cada año bajo un tema monográfico.
- **Revista:** Nace con el propósito de acercarnos a otros profesionales y público en general interesado en el psicoanálisis.
- **Biblioteca Paula Mas:** Disponemos de un fondo bibliográfico de temas afines a la formación que imparte la Escuela, al que pueden tener acceso alumnos, profesores y socios. Damos las gracias a todos los que, a lo largo de los años, han hecho crecer el fondo con sus donaciones. Muchos han sido los donantes, y, de esas aportaciones, las más recientes han sido las de Susana Kahane y las de las bibliotecas personales de Bernardo Arensburg, Soledad Paris y Ana María Caellas donadas por sus familiares.
- **Centro Hans.** Red de profesionales para la investigación y atención psicoterapéutica de niños, adolescentes y padres. Colaboran: Nieves Pérez Adrados, Carmen de la Torre, Marlene García, Marian Rosales, Elena Traissac y Celia Bartolomé. Coordina Nieves Pérez Adrados
- **Paideia:** Es una asociación para la atención del menor en situación de riesgo, que ha implementado un dispositivo para la atención psicoterapéutica a menores, iniciado bajo la supervisión de Francisca Carrasco, y la colaboración con **AECPNA**. Los alumnos y socios de **AECPNA**, según su formación, podrán acceder a colaborar bajo supervisión. Actualmente están supervisados por Freya Escarfullery y Marjorie Gutiérrez y la coordinación de Nuria Sánchez-Grande.
- **Colaboración entre Instituciones:** **AECPNA** organiza dos jornadas anuales, una con **AMPP y ACIPPIA** y otra con **IEPPM y AMPP**. Son jornadas teórico clínicas que abordan temas de actualidad.

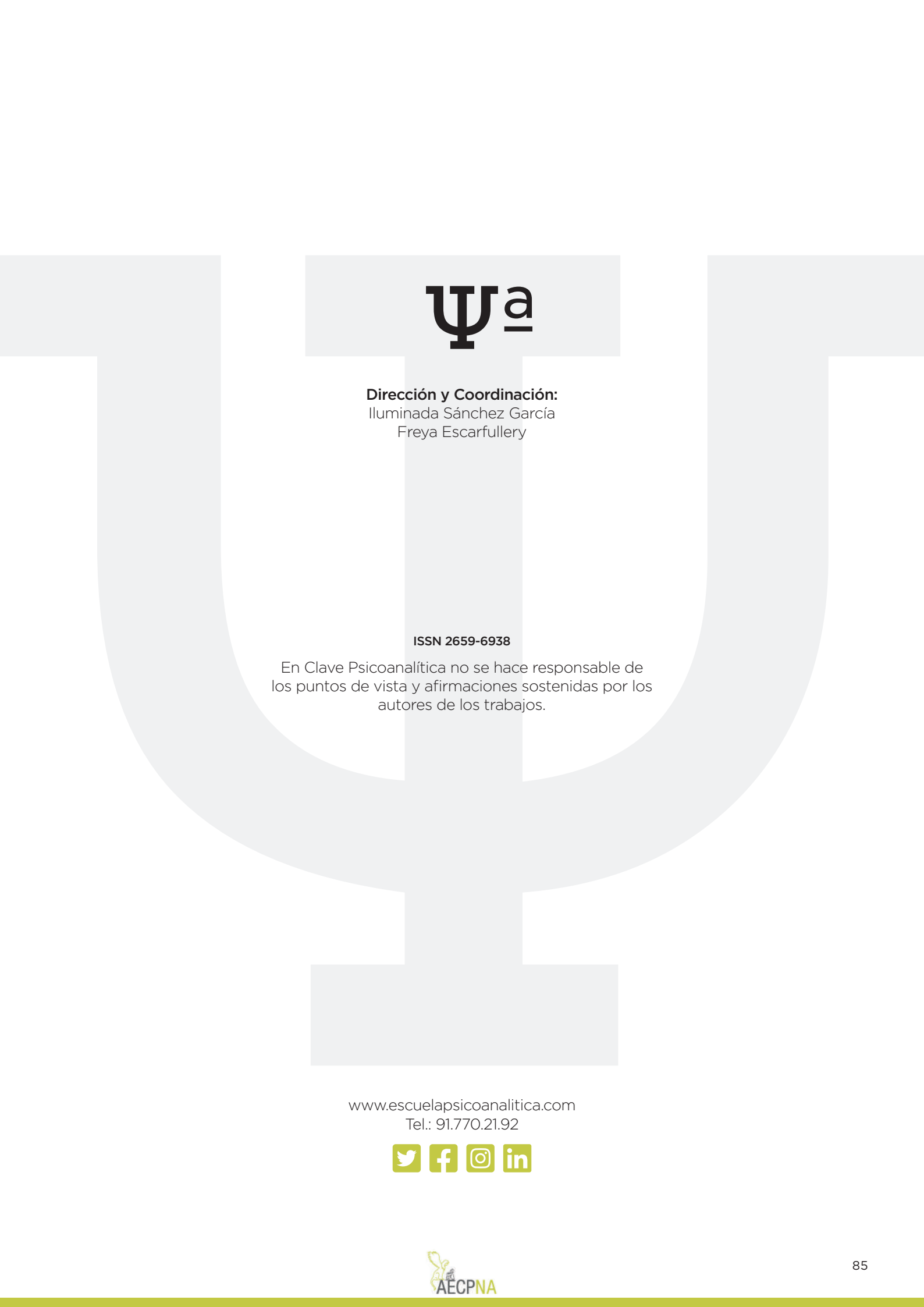
Para más información y actualización de todas las actividades, visite nuestra página Web y RRSS:

www.escuelapsicoanalitica.com



Si desea recibir periódicamente información sobre estas actividades u otras, enviar un e-mail con el nombre y la dirección de correo electrónico a:

info@escuelapsicoanalitica.com



Ψa

Dirección y Coordinación:

Iluminada Sánchez García
Freya Escarfullery

ISSN 2659-6938

En Clave Psicoanalítica no se hace responsable de
los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los
autores de los trabajos.

www.escuelapsicoanalitica.com

Tel.: 91.770.21.92



