

UCES.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EMPRESARIALES.

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOANÁLISIS CON NIÑOS.

TRABAJO DE ARTICULACIÓN TEÓRICO CLÍNICO.

TITULO: ACERCA DE CÓMO EL TRABAJO CON LA CONTRATRANSFERENCIA PERMITIÓ EL REPOSICIONAMIENTO DEL ANALISTA ANTE EL ESCOLLO DE ESCUCHAR LITERALMENTE EL DISCURSO DE LOS PADRES. REFLEXIONES A PARTIR DE UN CASO.

AUTOR: IRIS VERÓNICA MARÍA CAFFESE.

NOMBRE DEL TUTOR: LIC. GABRIEL DONZINO.

Buenos Aires, Julio de 2013.

Índice

Introducción.....	3
CAPÍTULO 1: Aspectos teóricos.	
1.1. Entrevista psicoanalítica a padres	4
1.2. Contratransferencia.....	8
1.2.a. Contraindentificación proyectiva.....	11
CAPÍTULO 2: Caso Clínico	
2.1. Entrevista a padres.....	14
2.2. Gloria. Primera entrevista.....	16
2.2.a.La entrevista con Gloria. ¿Qué estoy haciendo mal?.....	17
CAPÍTULO 3: Surgimiento y elaboración de la contratransferencia en la relación analítica.	
3.1. La no escucha psicoanalítica en la entrevista a padres.....	19
3.2. Segregación de la contratransferencia.....	22
CAPÍTULO 4: Contratrasferencia como recurso técnico.	
4.1. Uso de la contratrasferencia como herramienta	24
.Conclusión.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	29

INTRODUCCIÓN

- En la consulta por un niño entrevistar a los padres es imprescindible; su relato será guiado por determinaciones inconscientes resultantes de sus propias historias. Así, se dará el despliegue de fantasías, ideales, identificaciones, normas y de todo el campo representacional que influye de modo constitutivo sobre la realidad psíquica del niño. La escucha psicoanalítica de este discurso, brindará hipótesis sobre el padecimiento del niño y luego se podrá ir anudando el síntoma a los significados puestos en juego según la modalidad singular familiar. El problema que pretendo analizar se presenta cuando el analista no puede escuchar esta dimensión inconsciente de la entrevista a padres y toma la consulta como un relato “verdadero”, pleno de conciencia ¿Cuáles serían las consecuencias de generar certezas *a priori* sobre la subjetividad del paciente?

Freud nos transmite en su enseñanza un concepto que forma parte del proceso psicoanalítico, el de transferencia y su par la contratransferencia. El análisis de estos instrumentos en el marco de la relación terapéutica permite interrogarse sobre la relación paciente-analista, como así también respecto de la subjetividad del analista. Estudiaré, entonces de qué manera el trabajo con la contratransferencia, ha podido constituirse en herramienta fundamental para permitir al analista, rescatarse de la situación donde no hubo función de escucha psicoanalítica y de qué modo se favorece mediante la reflexión del aspecto contratransferencial, el progreso del análisis, permitiendo resituar la escena analítica y habilitar posibilidades de subjetivación para el paciente. En este sentido pretendo poder transmitir la relevancia técnica del concepto, contribuir a su investigación y estimular la reflexión sobre la subjetividad del analista en el proceso psicoanalítico, teniendo como horizonte lo que Winnicott denomina “*la actitud profesional*” (1960) en el quehacer del analista.

CAPÍTULO 1: Aspectos teóricos

1.1 Entrevistas a padres: ¿Qué lugar otorgarle al material de la entrevista a padres en el trabajo psicoanalítico con el niño? ¿Por qué es importante escuchar a los padres?.

El psiquismo del niño es efecto de la vinculación temprana con otros significativos que mediante el aporte de contenidos representacionales, lo introducen en la secuencia de una historia familiar como así también, en el contexto cultural de su época. Aunque el determinismo psíquico no es lineal, el inconsciente parental desempeña un papel fundamental en la estructuración psíquica del *infans* ya que contribuye al armado de atribuciones identitarias, y de recorridos libidinales e imprime de modo muy particular fantasías sobre ese niño, incluso aún antes de su nacimiento.

Al menos dos autoras exponen puntos de vista diferentes al respecto, Maud Mannoni (1964), refiere que las condiciones de producción del psiquismo infantil son absolutamente determinadas por el “deseo materno” y de acuerdo a su interpretación de la teoría lacaniana no habría otro lugar para el síntoma del niño, que la encarnación del deseo de la madre: “Hemos visto hasta qué punto el niño retardado y su madre forman en ciertos momentos, un solo cuerpo, confundiendo el deseo de uno con el del otro, al punto que ambos parecen vivir una sola y misma historia. Esta historia tiene por soporte, en el plano fantasmático, un cuerpo que se diría afectado por idénticas heridas, que han revestido una señal significativa. Lo que en la madre no ha podido ser resuelto en el nivel de la prueba de castración, será vivido en forma de eco por el niño, que en sus síntomas no hará más que hacer “hablar” a la angustia materna”. (p. 53). En éste párrafo, encontramos que Mannoni, apela una figura analógica como el eco, para dar cuenta de lo que se repite, referido a lo que no ha sido resuelto en la madre.

Según la definición de diccionario, el eco comporta un aspecto más, que encuentro interesante: “Eco es la repetición de un sonido por un fenómeno acústico que consiste en el reflejo de la onda sonora en un cuerpo duro. El sonido, al reflejarse, regresa al lugar de origen con un cierto retardo y, de esta forma, el oído lo distingue como otro sonido independiente”. Se trata entonces, de que una de las condiciones de producción del eco, es que la “superficie reflejante”, sea un cuerpo duro, sin porosidad. Continuando con ésta analogía, el niño, sería esa superficie dura y su cuerpo se limitaría a reflejar lo no resuelto en la madre, con lo cual quedaría totalmente sujetado al psiquismo materno, único con posibilidades de elaboración, ya no habría para el *infans*, complejización o internalización como así

tampoco se podría pensar el conflicto desde el punto de vista intrapsíquico. Una pregunta que queda pendiente es sobre las posibles intervenciones del analista en éste cuadro de situación, según Mannoni, es posible que los “avances del niño”, descompensen a la madre hasta la locura, tal es el grado de alianza entre el niño y su madre.

Otro punto de vista diferente sobre la influencia parental en la producción del psiquismo infantil lo expone Silvia Bleichmar (1984) quien dice en primer término refiriéndose a Mannoni : “Si entendemos mecánicamente que el Inconsciente es el discurso del Otro, cuando un niño presenta un síntoma, no importa cuál , ni qué edad tenga , ni cual sea la estructura psíquica, esto se deberá a un conflicto en relación al deseo materno.” (p.26).Luego continua: “Retomemos el concepto de metábola que Laplanche propone “El inconsciente del niño no es directamente el discurso del Otro, ni aún el deseo del Otro. Entre el comportamiento significativo, totalmente cargado de sexualidad (lo cual se pretende siempre, nuevamente olvidar), entre éste comportamiento-discurso-deseo de la madre y la representación inconsciente del sujeto no hay continuidad, ni tampoco pura y simple interiorización; el niño no interioriza el deseo de la madre. Entre estos dos fenómenos de sentido (que son por una parte el comportamiento significativo del adulto y especialmente de la madre y el inconsciente, en vías de constitución del niño) está el momento esencial que se debe llamar descualificación. El Inconsciente (...) es el resultado de un metabolismo extraño, que como todo metabolismo implica descomposición y recomposición, por algo hablamos aquí frecuentemente de incorporación, porque la incorporación se parece más a su modelo metabólico de lo que se cree habitualmente”. (p. 27).

Entonces, desde la teorización de Bleichmar, el psiquismo infantil, no resulta el producto de la implantación del Inconsciente parental, sino de sus propios mecanismos de elaboración, lo que resulta proviene entonces del intento de homegenización de lo distinto dentro de un sistema que lo reconfigura para poder asimilarlo. La vivencia, será entonces aquella experiencia que dará cuenta del modo particular en que éste niño,se inscribió en la historia familiar. Bleichmar (1984) le reconoce a Mannoni, en este sentido, el valor que tiene la entrevista vincular, como herramienta técnica, lo que permitió pensar la psicopatología en relación a la pregunta ¿cómo es vivido el niño por éstos padres?.

En la consulta por un niño, se movilizan todos estos aspectos, por lo que es fundamental en la escucha psicoanalítica considerar el discurso de los padres en transferencia, es decir, atendiendo a los contenidos del relato respecto del niño y su síntoma, más allá de la dimensión manifiesta del mismo. Es importante, tener en cuenta el despliegue de las asociaciones, los lapsus, las contradicciones, los gestos, como así también el registro de los propios estados afectivos del analista, para ir configurando la especificidad de la escucha psicoanalítica y poder dar espesor a otra escena, aquella que subtiende las posibles hipótesis sobre el sufrimiento de los consultantes. Beatriz Janin en “*Sobre la práctica psicoanalítica con niños y su articulación con la teoría freudiana*”, dice al respecto: “*Cuando nos traen a un niño con trastornos, son los adultos los que nos explican el motivo de consulta, nos*

cuentan la historia del niño, hablan ...Yo, Ello y Superyo producen su discurso” [...] “es en Ellos donde podemos encontrar los deseos reprimidos, las formaciones sintomáticas, las prohibiciones superyoicas y los ideales. Esos otros que libidinizan, determinan fijaciones y marcan límites, transfieren sobre el analista personajes de su historia, repitiendo, muchas veces, lo que hacen con el niño” (Octubre de 1981;p. 4). Vemos entonces, que es imprescindible y necesario, tomar en cuenta estas condiciones de producción del psiquismo infantil, que no es sin la influencia del aparato psíquico de los adultos significativos, y tal como lo explica Beatriz Janin, un psiquismo adulto que a su vez posee sus propias características y complejidades.

Ahora bien, puede suceder que, en la entrevista por un niño, el analista no haga lugar a la escucha psicoanalítica del discurso de los padres, entonces, ¿cuáles serían las consecuencias en la consulta? .Resultaría por lo pronto, otra presentación donde todo lo dicho por los padres puede ser entendido como un relato objetivo de los hechos acontecidos, tal como se pudiese presentar en una investigación que se basara en la recolección de datos sin ninguna implicación de los consultantes. En este caso el psicólogo pregunta y los padres responden, se confecciona una historia clínica con los datos proporcionados y eso es todo. En *“Algunas notas para repensar la función del analista a partir del psicoanálisis de niños”*, Beatriz Janin -refiriéndose a las entrevistas a padres-, dice: *“Si las pensamos como anamnesis, lugar para recabar datos, o situación en que se establece una “alianza”, estaremos operando con una teoría de la historia como acumulativa, con una idea de la constitución psíquica que nos lleva a buscar “hechos” traumáticos. Estaremos suponiendo un registro “objetivo” de sucesos y por consiguiente, que los padres funcionan a pura conciencia”* (Agosto de 1986; p. 3).

Entiendo entonces que si tomáramos el relato de los padres a “pura conciencia”, estaríamos dejando de lado la subjetividad del paciente y soslayando sus condiciones de producción, ya que lo que los padres nos traen en las primeras consultas, son huellas de la estructuración psíquica del niño, edificada con sus asociaciones, afectos, símbolos y silencios; permitir el despliegue de este discurso en transferencia es fundamental sobre todo porque introduce cuestiones de la repetición de la que también somos el soporte, repetición que aloja dramas verbales y no verbales, que no tardarán en exigir su lugar en el espacio de consulta.

En *“Trabajo con padres en Psicoanálisis con niños”*, Kahansky, Rodríguez Ponte y Silver, escriben respecto de los padres cuando consultan por un niño: *“La realidad psíquica de los padres modela la realidad psíquica de sus hijos” [...] “De esta manera se va entramando la transferencia, que sabemos que nos remite a los lugares parentales vividos por cada uno de ellos a lo largo de su historia. Es desde la transferencia desde donde podemos intentar trabajar, tratar de entender en qué lugar nos ubican transferencialmente y, sobre todo, no dejarnos llevar a una historia de repetición. Por ejemplo, padres que nos llevan a “actuar” algún rol que ellos nos asignan de acuerdo a lo vivido por ellos previamente”*, (Abril de 2005; p.52) . Es en este marco de ausencia de escucha psicoanalítica en la consulta por un niño, la repetición como posibilidad transferencial facilita que quedemos atrapados en la demanda de los padres, respondiendo a algún rol preasignado. Es entonces en el

mismo momento en que hacemos lugar al relato a “pura conciencia de los padres” cuando cancelamos la disponibilidad del analista en transferencia respecto de la subjetividad de niño. Así nos estaríamos prestando tal vez como coprotagonistas de los anhelos e ideales para tener un niño perfecto, adaptado y curado situándonos como hacedores de un pedido imposible de cumplir (Janin,1999).

Entonces en la entrevista psicoanalítica a padres es inherente a la misma, por un lado, la escucha de la dimensión inconsciente, y por otro lado estar advertido que en esa consulta se juega la actualización de un drama que pugna por representarse, la misma consulta comporta un entramado de significaciones que en acto y palabra acude a la cita para el analista dispuesto a escuchar. Anzieu (1993) propone pensar que la mente del analista entonces debe poder funcionar como continente (p.44-46), para ofrecer las posibilidades de significación de representaciones surgidas en el contexto de la consulta. En este sentido, abordaré el concepto de contratransferencia, entendido como parte de la disponibilidad del analista para la escucha psicoanalítica.

1.2 Contratransferencia.

Horacio Etchegoyen, en *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, hace un rastreo cronológico y conceptual del término “contratransferencia” y dice: “Es nuevamente mérito de Freud haber definido la relación analítica no solamente desde la perspectiva del paciente sino también del analista, es decir como una relación bipersonal, recíproca, de transferencia y contratransferencia. Como todos sabemos, el término contratransferencia se introduce en “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”, en 1941. Dice Freud en su artículo que el porvenir de la terapia psicoanalítica se apoya en tres grandes factores: el progreso interno, el incremento de la autoridad y la repercusión general de la labor de los analistas. Por progreso interno Freud entiende el avance de la teoría de la práctica psicoanalítica; incremento de autoridad significa que el análisis irá mereciendo con el tiempo el respeto y el favor del público de lo que aún no gozaba, y finalmente, en la medida en que el psicoanálisis influya en el medio social y cultural, también eso repercutirá como efecto general en su propio progreso. En cuanto a progreso interno, Freud menciona entre los aspectos teóricos el simbolismo y a nivel técnico la contratransferencia. Se ha llegado a comprender en estos años, dice, que también es un obstáculo para el progreso del psicoanálisis la contratrasferencia; y la describe como la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico. Es decir que la define, como yo creo que es lógico en función del analizado. No cabe negar, sin embargo, que Freud menciona la contratransferencia como un obstáculo que justamente en tanto obstáculo, debe ser removido. La experiencia prueba claramente, dice que nadie puede ir más allá de sus puntos ciegos, y agrega, nos hallamos inclinados a exigir al analista como norma general, el conocimiento de su contratransferencia y su vencimiento como un requisito indispensable para ser analista”. (Etchegoyen, H., 1999, p. 236). Continúa diciendo este autor que Freud, no vuelve a mencionar la contratransferencia más que esporádicamente, y que no formula una elaboración de la misma. En su teoría, la contratransferencia, constituía un obstáculo a ser removido de la mente del analista, ya que impedía el tratamiento psicoanalítico de los pacientes. Pero del mismo modo, un tiempo antes Freud, había conceptualizado a la transferencia, como un obstáculo, al definirla en primer término como un “falso enlace” (Freud, 1893-1895), hasta que en sus posteriores estudios pudo dar cuenta de todo el valor técnico que aporta la transferencia a punto tal que sin ésta no puede haber tratamiento psicoanalítico posible; así pasa la transferencia de obstáculo técnico a condición necesaria para la instalación del dispositivo psicoanalítico.

En cuanto a la contratransferencia Freud dejó para los futuros analistas su estudio y así lo hicieron, luego de la primera mitad del siglo otros autores que brindaron una

elaboración más compleja del concepto, en algunos casos realizando el mismo viraje sobre el concepto que años antes había realizado Freud: la posibilidad de convertir la contratransferencia en herramienta. Sobre los mismos haré una reseña ya que es de interés para el presente desarrollo. En este sentido y siguiendo a Etchegoyen (en la obra ya citada), menciona aportes destacados en la primera mitad del siglo como los de Theodor Reik (*New Ways in psycho-analytic technique*, 1933) los cuales se refieren a la intuición y captación de nuestro inconsciente, pero no como producto del conflicto con la producción inconsciente del analizado, respecto de la contratransferencia. Etchegoyen escribe: *“Cuando habla concretamente de la contratransferencia en “Some remarks on the study of resistances” (1942), Reik la considera una resistencia del analista (p. 150), y afirma que debe ser vencida por el autoanálisis”*. Aquí vemos entonces, la contratransferencia situada del lado del obstáculo al proceso terapéutico, como así también del lado de una producción residual del analista sin valor instrumental.

Otros de los importantes autores que abordan el tema -según Etchegoyen-, son Racker y Paula Heimann los cuales concluyen en sus estudios que la tarea del analista es “escuchar y escrutar su contratransferencia”. Estos aportes son los más importantes de la época ya que comienzan a incluir la figura del analista como un factor sensible al proceso, e involucrado como contraparte del proceso terapéutico. Dice Etchegoyen que el aporte de estos autores contribuye a que: *“Los trabajos de contratransferencia en esos años promueven un cambio de paradigma: desde entonces la labor del analista ha quedado más cuestionada y mejor criticada”* (pág. 242). A continuación señala que el aporte específico de Racker en el tema es poder hacer consistir a la contratransferencia como instrumento que forma parte del dispositivo analítico. Claro que con esta afirmación se abre todo un abanico de posibilidades al respecto, por lo cual la sistematización que hace Racker es importante ya que realiza un tratamiento análogo entre transferencia y contratransferencia. Etchegoyen lo explica así: *“Racker, afirmará que también la contratransferencia opera en tres formas: como obstáculo, (peligro de escotomas o puntos ciegos), como instrumento para detectar qué es lo que está pasando en el paciente y como campo en el que el analizado puede realmente adquirir una experiencia viva y distinta de la que tuvo originariamente. Si se comprenden los tres factores estudiados por Racker, se puede reformular la teoría de la contratransferencia como correlato de la transferencia diciendo que el analista es no sólo el intérprete sino también el objeto de la transferencia. La idea de la intuición, por ejemplo, se refiere a un analista intérprete, pero cuando el analista es sólo eso no participa del proceso, no lo padece, no tiene pasión, y justamente, sin embargo, tal vez lo más valiosos de la tarea de la analista es que siendo el objeto pueda ser el intérprete, ese es su mérito”* (p. 242).

Considero sumamente importante, en este párrafo lo referido a la condición de “objeto” del analista, objeto que puede ser el intérprete en un proceso que transcurre con diferentes grados de complejidad en cuanto a la implicación subjetiva del analista, como así también, dependiente del momento de estructuración subjetiva del paciente, por lo que será necesario, para el diagnóstico y tratamiento, tener en

cuenta el registro de las propias emociones y respuestas afectivas que en tanto analistas, se nos puede presentar en la clínica con niños y con niños con patologías graves, atender a esta dimensión del padecimiento es imprescindible porque se trata de ir preformando un lugar para esos contenidos.

Lo que abordaremos ahora, es el modo en que esos elementos afectivos, nos involucran teniendo en cuenta cuál es el modo específico en que se da la participación del analista. Pero antes de continuar con este tema citaré una vez más las definiciones de Etchegoyen para clarificar los dos procesos que se producen en el espacio terapéutico: Transferencia y Contratransferencia: *“El encuadre y dentro de él la reserva analítica justifican que llamemos por definición transferencia a lo que proviene del paciente y contratransferencia a la respuesta del analista y no al revés. Si fuera al revés, la situación analítica no se habría constituido. Esta decisión define el campo, el área del trabajo analítico. Llamar a un fenómeno transferencia y al otro contratransferencia implica que el proceso analítico se inicia con la transferencia, como el contrapunto musical, donde hay primero un canto al que responde el contracanto. El término contratransferencia implica, pues, que el punto de partida es la transferencia del paciente. Inclusive, lo que se pretendió en un primer momento de la historia del psicoanálisis es que sólo existía la transferencia, y que el analista respondía siempre racionalmente; y si no, estaba en falta. Después se vio que no era así: un análisis en el cual el analista no participa sería imposible y quizás equivocado, tiene que haber una reacción. Esta definición es operativa pero no autoritaria como podría parecer. Es autoritario creer que el analista reacciona siempre racionalmente u olvidar que al definir la participación del analista en el proceso como hemos propuesto no hacemos otra cosa que señalar su papel sin pronunciarnos sobre su salud mental. Lo que acabo de decir, creo coincide con lo que Winnicott (1960), llama la actitud profesional del analista”* (p. 243).

Tomando como marco de referencia el encuadre psicoanalítico es claro entonces que lo que parte del analista se denomina contratransferencia y surge como consecuencia de la transferencia desplegada por el paciente o los consultantes. Retomando el interrogante que dejé planteado más arriba, la pregunta sobre los modos en que el analista da “figurabilidad” a la dimensión contratransferencial, destacaré en este sentido el aporte teórico de León Grinberg, quien define con el concepto de “*contraidentificación proyectiva*”, una forma de dar cuenta de las actuaciones del analista desde el punto de vista de la contratransferencia, tal como fue definida en el párrafo anterior.

1.2.a Contraindentificación proyectiva.

León Grinberg, en “Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia. Sus implicancias técnicas. Identificación y contraindentificación proyectivas”, introduce el concepto de Contraindentificación proyectiva de este modo: *“Es sabido que el proceso psicoanalítico está condicionado por una serie de factores de distinta índole. Entre ellos, es importante destacar el continuo interjuego de proyecciones e introyecciones que se desarrolla durante el análisis, tanto por parte del analizado como del analista. Partiendo del enfoque de éste último pueden considerarse dos procesos coexistentes: en uno de ellos, el analista es el sujeto activo de aquellos mecanismos de introyección y proyección, en el otro, se convierte en el objeto pasivo de las proyecciones e introyecciones del analizado. En el primer proceso (A), cabe describir esquemáticamente tres fases o momentos importantes: 1) cuando el analista introyecta, activa y selectivamente, los distintos aspectos del material verbalizado y no verbalizado, con sus correspondientes cargas emocionales, presentados por el paciente; 2) cuando elabora y metaboliza las identificaciones resultantes de dichas introyecciones provenientes de las diferentes instancias u objetos internos del paciente, 3) cuando (re-proyecta el resultado de la metabolización por medio de las interpretaciones. El segundo proceso (B) es el que interesa especialmente para el problema que planteo en este capítulo. En una de sus fases, el analizado es quien proyecta activa aunque inconscientemente, sus situaciones internas en el analista que actúa como receptor pasivo. Pero en este caso, pueden ocurrir aún dos situaciones: 1) Que la resonancia emocional que surge en el analista se deba a sus propios conflictos o ansiedades agudizados o reactivadas por el material del paciente. 2) Que la respuesta afectiva sea, en gran parte, independiente de sus propias emociones y responda predominante o exclusivamente a lo que el analizado proyectó o ubicó en él”. “Es como si dejara de ser él para transformarse, sin poder evitarlo, en lo que el paciente inconscientemente quiso que se convirtiera. Para este estado especial propongo el término de “contraindentificación proyectiva”, como respuesta específica a la identificación proyectiva del paciente que no es percibida conscientemente por el analista que, como consecuencia, se ve “llevado” pasivamente a desempeñar el papel que, en forma activa aunque inconsciente, el analizado forzó dentro de él. Así como a una actitud transferencial corresponde una respuesta contratransferencial, a una identificación proyectiva corresponderá una contraindentificación proyectiva determinada. Pero en ciertas ocasiones en que el grado y la calidad de la identificación proyectiva impregnan de una manera especial su modalidad funcional, la consecuencia será que la comunicación extraverbal sobrepasa el umbral crítico, produciendo la contraindentificación proyectiva. Este umbral depende, en cada caso, de la personalidad del analista, de su análisis previo y del grado de conocimiento o conciencia que tenga de este fenómeno”. (Grinberg León, 1958, p. 355-360).*La

teoría de Grinberg nos permite comprender entonces, que el analista puede verse compelido a actuar un rol promovido por los aspectos contratransferenciales, tal vez como un medio de comunicación en pacientes graves, los cuales recurren a la escenificación para dar cuenta de sus procesos psíquicos.

Además de la ejecución del “rol complementario”, en la contratransferencia, por parte del analista, tengo la hipótesis o suposición de que la pasividad del analista es una forma de comprensión de las identificaciones en juego y que en los pacientes graves hay cierta facilitación de éste mecanismo dar cuenta de ellas a través de la actuación. Sobre la posición del analista y los procesos por los cuales transita la operatividad de la contratransferencia, hay otro autor, que para estos fines, me ha parecido útil citar y es el Licenciado Gabriel Sapisochin (2011), de cuyo texto extraje los siguientes párrafos:

“Todos tenemos la experiencia de que lo arcaico involucra de entrada al analista quien, sin ser consciente de ello, empieza a actuar en función del rol complementario que le ha sido atribuido por el analizando en la configuración vincular regresiva que intenta realizar en el escenario analítico [...] Se trata de una neo-formación creada entre los psiquismos de paciente y analista, que permitirá la curación a través de la comprensión, re-elaboración y transformación de esta enfermedad transfero-contratransferencial. Nueva versión de la neurosis de transferencia que Freud postuló como núcleo de la cura, como una transición entre la salud y la enfermedad. Por ello, lo transfero-contratransferencial no será en mi modelo un fin en sí mismo, sino un medio para transformar, la intra-subjetividad del analizado” (p. 652). [...] “Trabajo con el supuesto metapsicológico de que este funcionamiento primitivo derivaría de los efectos en el psiquismo de la vinculación temprana con otros, que salvó al sujeto infantil del desvalimiento representacional al adjudicarle proyectivamente cierto papel en una historia familiar. Se trata de lo que en otra oportunidad he definido como estigmas identificatorios muy precoces, que se ponen de manifiesto como gestos psíquicos, utilizados por el sujeto al vincularse afectivamente con los otros y que jamás llegan a ser pensados verbalmente por el Yo, dado que su manera de inscripción es a la manera de escenas ideopictográficas de relación sujeto-objeto o procedimientos psíquicos para manejarse con el impacto de la realidad. Se trata de una modalidad de procesar la realidad acuñada por la crónica atribución-proyectivo-traumática del inconsciente parental. Un funcionamiento psíquico primitivo que, contemporáneamente, adscribimos a la cualidad de inconsciente no reprimido dado que no se origina ni se expresa como reprimido dinámicamente. Hay niveles de funcionamiento mental en los cuales la búsqueda de significado al encuentro con lo real, se da con recursos de representación verbal y otros niveles de funcionamiento psíquico que recurren al pensamiento no verbal y a otro tipo de representación de tipo dramático-imaginaria puesta en acto en los diferentes espacios donde se procesa la realidad psíquica. Y aunque, efectivamente, lo repetido puesto en acto esté bastante alejado de lo representado de modo verbal, no por ello es lo irrepresentado menos aún, tiene estatuto de irrepresentable” (p.621). [...] “Creo que, frecuentemente, se pasa por alto que tanto la simbolización verbal como la no verbal son gradientes de

transformación de un mismo contenido; siempre partiendo de la ausencia de una presencia esperada que, bien se vuelve presente en re-presentaciones verbales que la aluden metafóricamente, bien mediante fenómenos según el modelo del actuar o de la alucinación positiva que presentifican al objeto ausente en formaciones delirantes. El analista que disponga de estos supuestos implícitos en su metapsicología particular podrá escuchar otras modalidades del lenguaje que no pasan por la palabra creada por el Yo para nombrar las emociones. Es decir, sin tener una escucha prejuiciosa sobre la expresión ideo-pictográfica de esa emocionalidad que metapsicológicamente, atribuimos a un inconsciente no reprimido [...] Y cuando concebimos un inconsciente sólo a partir de la libido reprimida perdemos la posibilidad de escuchar este otro inconsciente más mortífero, no recuperable por el par asociación libre-atención flotante. En segundo lugar este funcionamiento arcaico intra subjetivo del paciente, al presentarse en la situación analítica siempre engloba al analista, borrando su posición neutral en la cura. Postulo que este funcionamiento arcaico del paciente, que pre-existe al encuentro analítico, busca representación simbólica a través de reclutar al otro, el analista en la situación analítica, para dramatizar cierto guión no decible con las palabras. Ya no se trata de soñar o ensoñar, al analista, es decir de incluirlo en alguna formación intrasubjetiva donde el deseo inconsciente aparece realizado. Por el contrario, otra cualidad de lo inconsciente, no decible verbalmente, irrumpe en la realidad intersubjetiva, creada dentro de los límites de encuadre. Un inconsciente no reprimido que ya buscaba expresión muda como transferencia lateral pero que ahora es representado simbólicamente en la situación analítica a la manera del teatro dentro del teatro” (p.655).[...] “Efectivamente, ahora la realidad proporciona un sostén figurativo no sólo para representar sino también para expresar y comunicar aquellos estados emocionales cuya inscripción psíquica no pasa por el pensamiento verbal creado por el Yo sino que requiere del otro para expresarse, debido a su específica modalidad de inscripción mnémica como gestos psíquicos no pensados verbalmente” (p.656). De este modo se puede pensar, que la contratransferencia, no sólo comporta una actualización de lo reprimido, sino también de aspectos que van más allá de la represión como mecanismo organizador del psiquismo, me estoy refiriendo a la dimensión de la actuación de los estados afectivos preverbales que no hallaron dimensión simbólica para ser expresados y que encuentran -como dice Sapisochin-, un encuadre favorecedor en el psicoanálisis para ser recreados, mediante el mecanismo contratransferencial de la identificación proyectiva. Un modo de hacer figurable-representable lo pre-verbal y por lo cual el analista mediante la contratransferencia amplía la dimensión de su disponibilidad mas allá de lo recuperable por el par asociación libre-atención flotante.

Por otra parte Botella (2001), dice al respecto: *“En todo trabajo analítico, la figurabilidad del analista forma parte del proceso psicoanalítico y constituye una herramienta invaluable para su progreso, e incluso el único medio para alcanzar ciertos dominios de la vida psíquica del analizante”*(p. 51). Entiendo entonces que la contratransferencia, captada a tiempo, constituye una herramienta que aporta

figurabilidad o narrativa a un drama que en este caso no ha podido ser escuchado de modo psicoanalítico, aportando un recurso ante la inminencia de la repetición.

CAPÍTULO 2: CASO CLÍNICO.

Voy a considerar para los fines del trabajo el caso de una niña de ocho años con síndrome de Down a la que llamaré Gloria. Los padres llegan con una demanda difusa, y tomo en tratamiento al paciente sin ahondar sobre los motivos de consulta. El grupo familiar está compuesto por su mamá Alicia de 48 años, su papá, Enrique de 50, y dos hermanos mayores, Paula de 25, y Miguel Ángel de 21. Actualmente los padres se encuentran separados y los hermanos mayores estudian en otras ciudades, la paciente convive con su mamá. A raíz de la separación, sucedida a fines del año pasado Alicia se encuentra en tratamiento psiquiátrico y psicológico, medicada con antipsicóticos.

2.1 Entrevista a padres.

Los padres llegan a consulta y comienzan a referirse a Gloria, hablan poco, y la actitud que tienen se podría condensar en una expresión, algo así como: “¿Qué te podemos decir de esto?!”. La postura corporal del padre es sentado con los brazos a los costados del cuerpo, parece cansado, ausente, dice que la traen para que yo: “Haga lo que pueda” y por todo otro concepto, hundiendo el cuerpo y mostrando las palmas de ambas manos hacia arriba dice: “¿Que sea lo que Dios quiera!”. La mamá, muy elegante y de logrados detalles estéticos, está un poco inclinada sobre el escritorio, habla pausadamente y cuenta que la nena estuvo dos años en “permanencia”, en el jardín de un instituto privado.

Cuando le pregunto quién decidió ese tema, me dice que ella ocupa un cargo muy importante a nivel provincial en un área que tiene que ver con educación y que por eso pudo lograr que Gloria, se quedara en el jardín hasta que estuviera preparada para su ingreso a primer grado. Me cuenta que estuvo en tratamiento esporádicamente con dos psicopedagogas, que no se enferma nunca y que por eso, no tiene un pediatra fijo, sino que consultan con cualquiera cuando necesita atención médica. Dice que tiene hecho todos los estudios que corresponden, dada la condición genética, pero que la nena es muy sana. Le pido que además de esos datos me cuenten cómo es Gloria y la mamá responde y dice que: - “Juega con muñecos bebotes, escribe algunas letras” y agrega que con el tema del aprendizaje ella no le exige, pero que se sientan y escriben en el cuaderno; que a veces no se le entiende lo que dice -“Porque quiere hablar rápido, pero son sólo algunas palabras”. En cuanto a lo escolar, me dicen que a pesar de las influencias de la mamá, les costó mucho que la acepten, pero finalmente y con intervenciones legales de por un lado y acompañante terapéutico por el otro, Gloria comenzó primer grado. Al culminar esta primera entrevista con padres, no tenía muy claro su pedido. La mamá dice que es una nena muy viva y que entiende todo y que ¡ya la voy a conocer!

Sin entender muy bien, cuál era el pedido de estos padres, cito a Gloria para la semana siguiente y me dispongo a esperarla, a esperar a una niña que juegue y dibuje, a la niña de estos padres, a la niña de esta madre. A la primera consulta la trae el papá, ingresan ambos al consultorio, y él me cuenta algo referido a su ex-esposa, le digo que delante de Gloria no hablemos del tema, a lo que me contesta - ¡“Pero si no entiende nada”! .Le digo que podemos tener una entrevista individual y que allí me puede contar lo que necesita decirme. Hace un gesto de “Da igual”, levantando los hombros y se reserva el comentario. Pregunta a qué hora viene a buscarla y no aguarda en la sala de espera, sino que se va.

2.2. Gloria. Primera entrevista:

Sucedió que lejos presentarse en forma conveniente a lo esperado, la paciente cuando llega, no sólo no juega, sino que se quiere escapar corre con un paso oscilante y muy rápido hacia ambas puertas del consultorio, se agarra de los picaportes, los mueve, y si me acerco, me pega y escupe, arroja fuertemente todo lo que encuentra juguetes, libros de cuento a los cuatro rincones, se toca los genitales y quiere tocar los del analista, le digo que no haga eso y se rie, se suena fuertemente la nariz hacia afuera, sin pañuelo, me mira con la nariz sucia y se rie, toma una tijera para cortar papel que se encuentra sobre el escritorio y se corta un mechón de su lacio, largo y cuidado pelo oscuro, toma un cuaderno que había dejado sobre una mesa auxiliar y lo sostiene con las dos manos por las solapas con ánimo de romperlo por la mitad, fijando su mirada en mí con sus rasgados ojos marrones y vivos, muestra y dedica su performance. Me escupe y escupe, pero cuando deja de escupir, dice: -“Putá !-mocooo!- pis!!- caca!!” y lo repite, así, sin pausa. Cuando se cae algo, un lápiz del escritorio por ejemplo, me grita a viva voz: -“¡¡¡ Maalaa!!!!”.

Todo esto sucede recién transcurridos diez minutos de la primera sesión. Por mi parte, intentaba armar la escena de juego insistentemente, una y otra vez, e indicarle que no me escupa, que no me pegue, que no me puede tocar ni tocarse ella, que el cuaderno es para escribir en el renglón.. Que a la muñeca la podríamos peinar... que por favor no manche el consultorio con caca. Si, a esa altura de la entrevista, se pasó el dedo por la cola y se limpió en la pared, y yo continuaba:”-*Que eso no se dice, que eso no se hace, que eso no se toca*”... parafraseando a Serrat. Le ofrecí un bebé, el cual arrojó enfáticamente contra la puerta del consultorio, siempre mirándome en forma atenta y desafiante. Por último, me senté en una silla del consultorio, agotada de tanto trajín, pero Gloria, pasa sus dedos con forma de pétalos por la suela de mis botas y mirándome fijamente desde el suelo, abre la boca, saca la lengua y se pasa la mano. Se levanta del suelo, quiebra la mina de los lápices, apaga y prende la luz.

A la siguiente sesión, desafortunadamente, se corta la luz del sanatorio mientras estábamos en el consultorio, prendo la luz de mi teléfono celular, Gloria grita “-¡MALAAAAA!!!”, cuando logro iluminar el lugar , ella escupe al teléfono y a mí. Vino la luz, pero no cambió mucho la situación. Estas escenas se repetían con matices todas las entrevistas, por mi parte intentaba explicarle para qué venía, insistir con el armado de algún juego, pensando en la niña de estos padres, pero no cambiaba en un ápice la actitud de la paciente.

2.2. a. La entrevista con Gloria: ¿Qué estoy haciendo mal?

Hasta aquí la narración del problema empírico que se iba configurando producto de la relación transferencial y de los intentos de solución desde la posición que ocupaba como analista. Posición que podría resumir estaba sostenida desde la perspectiva de una presunta objetividad y atribución de pura conciencia al relato de los padres portadores de una “verdad única e inapelable” pero antes de entender por qué le había otorgado esta verosimilitud al relato, me preguntaba ¿Cómo acreditar lo que estaba sucediendo en él con la paciente?. ¿Qué visos de realidad tienen las experiencias transferenciales con Gloria si para el discurso parental, la niña juega con las muñecas, escribe las vocales y cuenta hasta el 15?. Y además estaba lo que pasaba en el consultorio: escupir, moco, caca, pis, impulsividad, y la absoluta ineficacia del mandato pedagógico por un lado y de la insistencia en el armado de escenas por el otro. ¿Sino se trataba del juego o el despliegue escénico, ni de instaurar el orden mediante los límites, o la represión?, entonces ¿Cuál era el caso, y el diagnóstico?.

Lo cierto era que los padres tenían una versión de la niña en el relato que no condecía con la realidad transferencial. Gloria no sólo no jugaba sino que demandaba mi atención completa y algo más en cada una de las sesiones ya que a veces tenía que actuar conteniéndola para que no se lastime. Las entrevistas no tenían dirección, me hallaba atrapada en ésta lógica y expuesta a un devenir al que no podía poner límites. Mis intervenciones que oscilaban entre el prohibir por un lado y por el otro insistir con el intento de armado de escenas lúdicas, no aportaban nada sino que en cualquiera de las dos propuestas, mi posición funcionaba de manera obturante e indudablemente dejaba por fuera a Gloria.

La primera de las formas en que pensé mis dificultades en este caso ante la disparidad entre el relato de los padres y lo que la paciente presentaba en el consultorio, fue referida a la falta de disponibilidad, me pensé entonces con respecto a mi posición de analista, como con falta de lugar para Gloria. Me cuestioné no poder escucharla en su subjetividad, “no estar disponible”, de este modo surgió el nombre de mi incomodidad. Algo no funcionaba, ¿por qué ésta nena no se portaba bien conmigo tal como los padres lo habían anunciado?, seguramente yo no podía alojarla. Debería revisar, mi falta de capacidad como analista y lo que en ese momento entendía como tal, algo así como que no estaba siendo “una buena analista”, había algo que “no estaba haciendo bien” y bajo esa premisa buscaba variantes dentro de las mismas intervenciones.

Pero este planteo, que yo llamaba falta de disponibilidad para la escucha y que quedaba ubicado totalmente de mi lado como analista, fue acentuándose hasta que

pude conceptualizar una nueva herramienta : el examen de la contratransferencia. A consecuencia de ello, también descubrí otro sentido de la disponibilidad relativo, ésta vez al registro de las propias emociones del analista y la inclusión de los mismos dentro del proceso psicoanalítico. : *“Si como analistas debemos mantener la atención flotante, con los niños, con quienes este se hace bastante difícil, podemos hablar, como hacía Rodrigué, de una disponibilidad a jugar. O mejor aún, de una disponibilidad a registrar las propias pasiones, afectos, recuerdos, de mirar y escuchar sin quedar atrapados en el pedido de los padres ni en objetivos pedagógicos.”* (Janin,1999)

CAPÍTULO 3: Surgimiento y elaboración de la contratransferencia en la relación analítica.

3.1: La no escucha psicoanalítica en la entrevista a padres.

Tal como lo explicité en la Introducción a este trabajo, la consulta por un niño siempre implica la consideración hacia los padres, parece una obviedad, pero existe una relación necesaria entre los dos términos, si hay un niño en consulta es necesario plantear la entrevista a padres. Diferentes autores otorgan distinta relevancia al relato o discurso de los padres respecto del sufrimiento, o motivo de consulta por el cual traen al niño ¿Pero qué lugar otorgarles en relación al analista? Son colaboradores del analista? O al revés, ¿qué es lo que de ellos enferma al niño? ¿Todo puede ser dicho en la consulta por un niño?.

Padres que influyen no linealmente sobre el psiquismo del niño y transmiten al psiquismo en formación del niño palabras y gestos como material bruto que dejarán impresiones de variada intensidad y textura en la superficie psíquica. El tema justamente es saber cuál es la superficie donde está escrita la historia del niño. A veces cuando se expresa a través de las formaciones del Inconsciente, la historia está narrada en caracteres atractivos simbólicos, fantasías sobre el origen, mitos familiares, que se traslucen y abren el juego a los sentidos posibles de la demanda. Pero otras veces aquello que determina al niño está más acá de las palabras y los efectos tienen que ver con escenas que se repiten poniéndose en acto, por silenciosos autómatas que desempeñan roles en el límite de lo analizable, expresando niveles de funcionamiento psíquico que recurren al pensamiento no verbal. Janin (2003, p.2) dice: *“La repetición de padres a hijos, puede ser pensada como el modo en que reaparece en los hijos lo desestimado, lo desmentido y lo reprimido de los padres. Y hay diferencia: Lo reprimido retorna, desde el niño, en forma de síntoma o en funcionamientos que esbozan el armado de un síntoma. Cuando predomina la represión, se transmiten las representaciones reprimidas pero también las normas y prohibiciones que impulsaron la represión, las fallas del mecanismo defensivo, las grietas que deja. Este tipo de repetición deja lugar a la construcción de fantasías. Pero cuando lo que se presentifica en el niño es algo del orden de lo desmentido en los padres, el niño no ha incorporado tanto contenidos como una defensa a ultranza del narcisismo y entonces lo que hace es repetir ciegamente un mecanismo que lo lleva a actuaciones permanentes. Tiene que sostener la desmentida porque es eso se le va el “ser”, lo que lo lleva a una pelea con el mundo a expensas del principio de realidad. Ahora bien, si lo que predomina en los padres es la desestimación, el niño pasará a ser la presentificación de lo rechazado, y puede tener un lugar en el delirio paterno/ materno, o llenará agujeros*

representacionales de los otros, lo que lo deja sin pensamiento propio . En niño queda como representante de aquello desestimado, como lo siniestro”.

Al promediar el tratamiento, cito a Miguel Ángel, hermano mayor de Gloria, del cual había recibido un mensaje solicitando una entrevista. Acude presto y puntual al consultorio, me dice que estudia y que le falta poco para terminar su carrera. Siento alivio en la entrevista, está atento y quiere hablar de Gloria. Comienza a contar sobre su relación con ella, se dirige a mí como si yo tuviese más datos de los que dispongo, noto que por su relato da por supuestos tramos de la historia de Gloria que a mí me resultan novedosos, le pido que me aclare sus dichos y cuenta:

-“A Gloria cuando nació la cuidé yo desde el primer momento, cuando mamá salió de la cesárea, se dio cuenta que era Down y comenzó a llorar, lloraba mi papá y mi abuela materna. Mi mamá estuvo tres meses con depresión cuando nació Gloria, estaba acostada, y la nena al lado, no la levantaba y tampoco la podía amamantar, por el problema morfológico de la lengua. No se la mostraban a nadie, andaban con la nena con la cara tapada y planeaban para cuando sea mayor, hacerle la cirugía en los ojos”. Además me cuenta que coincide cronológicamente el nacimiento de Gloria, con la noticia recibida por Alicia, que su sobrino de 18 años, “el más chico de la familia”, tenía un tumor que se expandía aceleradamente y sin remedio. Continúa diciendo Miguel Ángel:- “Yo ahora no quiero intervenir más, vine porque te quería contar esto, pero mi analista me dijo que yo no soy la mamá, que soy el hermano. Mamá ha tenido al menos dos intentos de suicidio e hizo tratamientos por alcoholismo, papá toma tranquilizantes y la mayoría del tiempo duerme o está en el campo trabajando, lejos. Paula mi hermana mayor, trabaja en una empresa con desempeño brillante, ella no se mete”.

De éstos contenidos, en ningún momento de la entrevista a padres se habló, y hoy puedo decir que ni luego ni mucho después, hubo referencia verbal alguna a esta situación. Entiendo entonces que la entrevista a padres, más allá de sus dichos, implica también establecer una relación con lo no-dicho, no sólo se trata entonces de un estar disponible para recibir los contenidos reprimidos, sino también estar advertidos de que hay una puesta en acto, que en este caso no tiene nada que ver con lo reprimido, para lo cual también hay que estar disponible. Pero ¿cómo convertir lo inaudible, en sonido? ¿Cómo cifrar el movimiento desinscriptor cuando Tánatos anda rondando?. Parece paradójal, tratar de escribir lo que por esencia se define como “no siendo”. Me encontraba con “lo mudo”, “lo actuado”, en más de una dimensión: Gloria actuaba en transferencia su falta de lugar a causa de la grave depresión materna y yo con mi falta de escucha replicaba el desalojo, lo no dicho por los padres, retornaba actuado por Gloria. Estos temas sumaron complejidad al caso, ya que si bien, situaba a los padres, alrededor de lo no dicho sobre la depresión materna, todavía no terminaba de entender por qué lo relatado por ellos en las entrevistas no tenía nada que ver con lo que hacía Gloria en el consultorio y por ende seguía tratando de intervenir del mismo modo en que lo había hecho hasta ahora.

El punto de revelación de este complejo enigma, sucedió intermediado por una escena: durante el cierre de una de las entrevistas, la mamá la viene a buscar y la

saluda con un beso en la boca luego de lo cual Gloria, se mete las manos en los genitales y me mira desafiante, la mamá que estaba a su lado, no tiene ningún registro de la situación, no le dice nada, y ante mi mirada de sorpresa, reacciona con total naturalidad. A partir de esa escena me di cuenta que la “verdad” del relato de los padres estaba en una dimensión paralela, de la cual Gloria estaba tan desalojada como falta de disponibilidad me encontraba como analista. En cuanto lo sucedido, pude establecer que, no estaba frente a sintomatología producto de la represión, por lo cual, ahora era claro, porqué Gloria no se avenía a mis intentos de normativización.

Dice Janin (2003) :“ *Hay consultas en las que el problema no es el retorno de lo reprimido sino la falla en la estructuración psíquica, ya sea en la estabilización de la represión primaria, en la erotización, en la constitución del yo placer. Entonces deberemos pensar intervenciones que sean posibilitadoras de estructuración psíquica*” [...] *“Estructurante y no pedagógica, si el analista interviene brindando estímulos para una constitución sin ofrecerse como modelo”*. (p. 4)

El recurso a la desidentificación (Mannoni,O.1989) del rol pedagógico-higienista que había desempeñado, vino promovido por ese gesto, supe que había estado ubicada en ese otro lugar y no en el de psicoanalista, la actitud de ajenidad de la madre reveló la otra dimensión de la experiencia familiar donde la desmentida había funcionado como modo de tratamiento psíquico de lo traumático.

3.2: Segregación de la contratransferencia.

A partir de esta advertencia, pude elaborar vía la desidentificación el aspecto contratransferencial que estaba “actuando pasivamente”, tal como lo dice Grinberg. Me encontraba desempeñando un rol correctivo pedagógico, que no daba lugar a nada o peor que daba cuenta de la falta de *rêverie* para con la paciente, era la puesta en escena de “lo esperable” por los padres, respecto de la niña y respecto del analista, por sobre lo mudo, no dicho y de ahí las consecuencias subjetivas para Gloria. La captación de este registro, no fue sin dificultades, pues era una comunicación sin palabras, una puesta en escena que yo replicaba desde mi rol (de analista), y que Gloria sabiamente rechazaba, había quedado atrapada en el discurso de los padres, y compelia a la paciente a adaptarse al mismo.

La contraidentificación proyectiva era el mecanismo de éste proceso que se estaba dando dentro del escenario psicoanalítico una identificación forzada, no captada a tiempo, pero si actuada; por supuesto que lo ideal de la contratransferencia es no actuarla, pero creo que en este caso se dieron otros procesos, dado lo arcaico de la situación psíquica. Tomando los conceptos de Sapisochin, citados en el marco teórico, tengo la idea de que fue necesario disponer de “un fondo de pantalla”, sobre el cual destacar los elementos, una especie de figura-fondo, pero con otra complejidad, que es la de ser reversible, como en el modelo de la *gestalt* donde según la percepción compiten dos figuras por la dominancia de la composición. Quiero decir, que fue necesario algo de la figurabilidad del rol pedagógico, heredado del discurso parental, para destacar luego, en exacto contraste, otra figura, la del rol del psicoanalista. La desmentida y el silencio en el que la paciente llega a consulta, homologaban al silencio desinscriptor que rodearon las circunstancias del nacimiento y que se requería un trabajo previo de sentido, ya que lo no relatado por los padres, no tenía forma de acceder a lo simbólico, dadas las características que describe el hermano de Gloria, respecto de la depresión materna (Green se refiere al concepto de “Duelo Blanco” sobre el cual volveré en el punto 5.2).

Durante las primeras entrevistas, vía el despliegue de la contratransferencia actuada, bajo la forma de contraidentificación proyectiva, se repetían dos dramas psicológicos, en primer término, la falta de *rêverie* como analista era lo que evocaba en acto la depresión, muy difícil de localizar en transferencia, si no hubiese existido el relato de Miguel Angel y por otro lado la desmentida, la negación sobre la condición subjetiva de Gloria, plasmada en primer plano por el relato de los padres, desmentida replicada por el analista en tanto demandaba de la paciente aquella niña idealizada y sin fallas desconociendo el momento de estructuración subjetiva en la que se encontraba la paciente. Fue en esta segunda dimensión donde pude orientar mi pregunta sobre esta niña, al advertir en la escena de transgresión planteada por su madre que algo allí no era lo que parecía.

Tomo para mi conformidad una breve cita de Piera Aulagnier (1984) que dice así: *“En ninguna experiencia analítica se podrá evitar que el desinvestimiento de la Pulsión de Muerte se ejerza por momentos contra lo que se elabora. No sólo no se podrá evitar, hace falta que Tánatos encuentre algunos blancos que lo obliguen a desenmascararse”* (p.173). En el escenario analítico esto se podría pensar como que o ella no era el paciente ideal, o yo no era buena terapeuta, había “una falla de origen”. Fue por vía de la contratrasferencia, vivida como espacio de teatralización, la oportunidad de “enmascarar”, dotar de algún sentido, volver sobre el investimento de lo vincular y de “desenmascarar” lo referido al relato de los padres.

CAPÍTULO 4: Contratrasferencia como recurso técnico.

4.1 Uso de la contratrasferencia como herramienta.

A partir de comprender que estaba actuando el rol pasivamente otorgado, y correrme de esa posición pude rescatar el espacio de disponibilidad y escuchar o formalizar o darle figurabilidad a lo no dicho por los padres, otorgar espesor al drama que se estaba figurando. Christopher Bollas (1994) escribe: *“Ciertas experiencias transferenciales son interpretadas y dejan de ser inconscientes, pero algunos de los usos que el analizado hace del analista pertenecen a una categoría de sentido diferente de lo representado por el concepto de conflicto inconsciente reprimido. Me refiero al movimiento psíquico que se produce cuando el analizado tiene la libertad de usar al psicoanalista como a un objeto a cuyo través pueda formular y elaborar su personalidad. Pero lo más frecuente es que considere por primera vez ese saber a través de la lógica entrelazada de su transferencia y la contratrasferencia del analista con tal que las dos personas escenifiquen psicológicamente un proceso. En ciertos aspectos, entonces, es el potencial de paradigma de la categoría de transferencia-contratrasferencia el que suscita reglas inconscientes de existir y allegarse y el que transforma esos procesos vividos en representaciones mentales. Más aún, la contratrasferencia del analista es a menudo precisamente ese itinerario de transformación desde el objeto que es el proceso del paciente hasta la representación afectiva e ideacional del proceso”*(p.26) .

Desde la llegada de Gloria, hasta la comprensión de la problemática en juego se dio un proceso que tomó la forma de una puesta en escena al que entendí como un “recurso de figurabilidad ” (Botella, 2001) que fue puesto al servicio de la contratrasferencia . Al poder resituar la falta de disponibilidad como una actuación de la falta de “reverie materno” (Bion , 1963 p.58), mediante los recursos capitalizados, pude abrir un lugar diferente para Gloria y así ofrecer el espacio de la sesión para el despliegue de su singularidad, tomar sus dichos y comunicaciones, transformarlas en canciones, o juegos, si de escupir se trata, juguemos a quién escupe más lejos. Ya no arroja el bebé fuertemente en uno de los rincones sino que me pide que lo acune, lo mira y le dice suavemente -“Agooo” (Ajo), me pide que sostenga al bebé, que lo mire, así lo hago, mientras observo por el rabillo del ojo, que ella hace la mímica del “Ago”, pide que le dé de comer, que lo cambie, se ubica muy cerca, se pega a la mejilla del bebé, me mira, pero cuando la atiendo a ella, con gesto imperativo me señala al bebé, las escenas son muy pregnantes y emotivas. Primeras palabras, primeras escenas cantadas, primeros ejercicios de sostén, de identificaciones arcaicas. Durante todas las sesiones dice -“¡¡Torá!!” (de modo imperativo: -“¡Llorá!”) y luego pide que apague la luz para que el bebé duerma, lo levanta enseguida, le da de comer, luego pide que lo arrope y dice -“Fio, fio” (Frío), si hago alguna variación en el gesto, se disgusta y me corrige, poco a

poco se van instalando los ritmos primordiales, los intervalos, las necesidades del bebé van configurando nuevas escenas, impresiona ver cómo Gloria se ubica en posición fetal sobre la colchoneta y succiona, pero luego toma al bebé y es ella quien lo alimenta, alternado entre sujeto y objeto de la acción.

Bion (1962) se refiere a la capacidad de metabolización de la mente del analista como esa función que toma los elementos beta, las proyecciones del bebé y los elabora como elementos alfa, de este modo se fue configurando el nuevo espacio para la constitución psíquica de Gloria, tomando aquellas vivencias primarias que quedaron sin metabolizar en los confines del aparato psíquico, recuperándolas para reescribirlas, pero esta vez enlazadas via un otro significativo que las vuelve a nombrar.

Durante la entrevista con los padres de Gloria, no hubo posibilidades de escucha psicoanalítica y sostengo que en esos momentos no había aún relato posible porque de lo que se trataba era de “un blanco en la representación”, del cual sólo hay pura actuación, a tal punto que funcioné como partenaire en la contratransferencia hasta el momento de su esclarecimiento. Dice Piera Auglanier (1986) : *“Lo que he escrito en La violencia de la interpretación, sobre la realidad histórica, se ha visto confirmado por el lugar central que la mayoría de los analistas ha venido a dar a la “depresión maternal”. Sabemos que cualquiera que sea la causa que lo ha desatado lo propio de toda vivencia depresiva es abolir la prima de placer que debiera encontrarse en el hacer, el pensar, el contacto: es a esta ausencia de placer que reacciona el infans, a esta imposibilidad de la madre de expresar señales, manifestar en sus contactos son su hijo que ella vive y comparte una experiencia de placer”* (p.385) [...] *“ El silencio objetivo de este medio ambiente, es tan violento como las escenas que estallarán después. Lejos de proteger la paraexcitación muestra, si así puede decirse, su inamidad, no es posible protegerse contra el silencio y el vacío . Un primer acto asesino se ha realizado a expensas del objeto complementario: alguien ha matado el poder de placer del objeto.”* (p.413).

Tal como lo relata Miguel Ángel, la llegada de Gloria, no fue lo esperado y trajo aparejado mucho dolor en quienes son su familia. El llanto desconsolado de la madre, va dando lugar a un daño profundo del narcisismo, que llevó a la situación psicológica descrita por Green (1986), de “Madre muerta”, un blanco en la representación, causada por la depresión en la que se hallaba Alicia. Gloria tenía que responder a esta imagen suficiente, pero sin consistencia, una máscara sin nada que ocultar.

Green en el texto citado dice: *“El rasgo esencial de la depresión es que se produce en presencia del objeto, él mismo es absorbido por el duelo. La madre por alguna razón se ha deprimido”*[...] *“La transformación en la vida psíquica en el momento del duelo repentino de la madre que desinviste brutalmente a su hijo es vivida por éste como una catástrofe”*[...] *“constituye una desilusión anticipada y que lleva consigo además de la pérdida de amor, una pérdida de sentido, pues el bebé no dispone de explicación alguna de lo que ha sucedido”* . (p. 216). [...] *“La desinvestidura, sobre todo afectiva, pero también representativa, constituye un asesinato psíquico del objeto, perpetrado sin odio.(p.217). [...]“ La madre muerta había arrastrado, en la*

desinvestidura de que había sido objeto, lo esencial del amor de que había estado investido antes de su duelo: su mamada, el tono de voz, el olor, el recuerdo de su caricia” (p. 221) [...] “ La incapacidad para amar no obedece a la ambivalencia, es decir a la sobrecarga de odio, sino en la medida en que lo primero es el amor helado por la desinvestidura conservado en frío. Esta operación se ha producido sin que el sujeto lo supiera, he aquí como la desinvestidura es un retiro de investidura que se cumple (pre) conscientemente”.(p.222)

En este contexto la posibilidad de realizar intervenciones estructurantes, (Janin, 1999) fue dada entonces, por resituar la consulta por Gloria, más allá del discurso manifiesto de los padres, vía la operativización de la contratransferencia cambiando el eje de la consulta a partir de dar cuenta de las características del psiquismo parental. La depresión materna, lo no dicho y carente de representación, arrasó con las primeras investiduras placenteras o como dice Green (1986) con “lo esencial del amor”, y del sostén, esa desilusión anticipada, dejó a Gloria, expuesta al desamparo pulsional. Su pedido continuo y persistente de todas las sesiones: - “Torá”, (Llorá), -Fio! Fio! (Frio) fue poco a poco, encontrando un borde, de llorar por todo, pasamos a construir las primeras reglas biológicas del bebé y su satisfacción, - “Llora porque tiene hambre”, -“Llora porque piensa que se quedó solo”. Cada vez que me pedía envolver una y otra vez al bebé con mantas, varias veces durante la entrevista, lo acompañaba con una melodía, ejercicios envolventes para calmar el frío, el *núcleo helado* (Green, p.223) de la vivencia infantil.

Fue muy arduo construir o reconstruir, vivencias placenteras sobre el vínculo, pero fueron posibles a partir del interjuego de identificaciones sobre lo que siente un bebé, o una mamá cuando lo sostiene o lo amamanta con la activa participación de la niña. Se pudo volver a escribir o reescribir las experiencias, pero esta vez sobre otras superficies propiciadas por el juego y que luego fueron apropiadas por Gloria. Ya no grita, ni escupe, ni se toca lo genitales.

Me comenta la directora de la escuela, que cuando Gloria encuentra a un niño o niña llorando en el patio, corre a buscarla a ella o a cualquiera de las maestras o preceptoras para llevarla hasta donde está el niño en cuestión y no se va hasta que lo consuelan. Puede sentarse y prestar atención y poco a poco, va adquiriendo rudimentos de la lecto-escritura, pasó de borrar todo lo que encontraba escrito y decir -“¡Mal!”, a dibujar coloridos arcoiris, a poder escribir las vocales y enseñárselas al bebé a contar para jugar a las escondidas, baila y canta; la mamá me dijo que como le gustaba la música, quería enviarla a danzas clásicas; en este contexto le pregunté a Gloria, qué es lo que ella quería bailar y me responde -“Nossa, nossa, así voce me mata”, letra de una canción pop brasilera mientras baila con los pasos del video muy de moda y me anima a que repita la coreografía con ella.

Conclusión.

En éste trabajo el problema planteado se refiere a la posición del analista y sobre qué instrumentos tienen pertinencia técnica a la hora de dar cuenta de un diagnóstico. El concepto contratransferencia, muy debatido por su pertenencia como instrumento para el psicoanálisis, pero expuesto por Freud, como una noción a profundizar, ha sido el eje de la fundamentación en el caso de una niña grave con patología genética asociada. Esta noción funcionó como operador específico, del lado del analista al hacerse consciente de la identificación proyectiva y del rol atribuido por este mecanismo, que dejaba fuera justamente la subjetividad de la paciente, no sin antes, dejar afuera la posición del analista. Luego de recuperada esa posición fue posible realizar las hipótesis sobre las vivencias primarias de la paciente, subsumidas bajo la depresión materna por un lado y la falta de la represión como organizador psíquico por otro.

Me pregunto si fue recuperado el discurso de los padres en su dimensión inconsciente o si fue construido y operativizado en función de Gloria. Creo de todos modos, que la construcción, como retranscripción, siempre inaugura algo del psiquismo. Por parte del analista, descubrir en la contratransferencia un instrumento que mediante su esclarecimiento, da cuenta del lugar otorgado al paciente a través de la identificación, es descubrirse como analista en constante revisión, supervisión de sus actuaciones y análisis de sus actuaciones. Winnicott (1960) habla de la actitud profesional: *“Lo que se encuentra el paciente es con toda seguridad la actitud profesional del analista y no los hombres y mujeres inestables que los analistas somos en nuestra vida particular [...] Deseo manifestar que el analista en ejercicio se halla en un estado especial, es decir, que su actitud es profesional. En lo que a mí respecta, preferiría que se me recordase como mantenedor de la idea de que entre el paciente y el analista se halla la actitud profesional de éste, su técnica, el trabajo que hace con su mente[...] Hay mucho que decir acerca del uso que el analista puede hacer de sus propias reacciones, conscientes e inconscientes, ante el impacto de paciente psicótico o de la parte psicótica del paciente, sobre su ser (el del analista), así como acerca del efecto que esto tiene sobre la actitud profesional del analista”* (pág. 194), luego como hace también Freud, refiere a que la contratransferencia será un tema de estudio de “futuras discusiones”.

El eje central de este tema, es dar cuenta del lugar de analista, como parte del proceso terapéutico del paciente y que el uso de la mente del analista, puede ir más allá del recurso consciente al mismo. Lo que vuelve valiosa la experiencia, es enmarcarla en el encuadre de trabajo psicoanalítico y devolver el contenido, usando una especie de doble registro, uno, sobre la “actitud profesional”, definir cuál es la función del analista y qué no es función del analista, y cuando suceda que nos encontremos haciendo otra cosa que no tiene que ver con el trabajo psicoanalítico, tratar de interrogar a ese personaje que ha surgido en nuestro escenario, hacerle lugar para poder rastrear sus orígenes para ello encontré un modo personal comencé a realizar un ejercicio que me aporta de algún modo al proceso

psicoanalítico, comencé a escribir (pero no el caso, ni mucho menos), una enseñanza sobre el caso. Encontré en la escritura un modo que tiene que ver con ubicar aquello que no es un analista, dar forma a lo que del paciente llega sin simbolización, pero sin ansias de hacerlo formar parte de una cadena asociativa, ni de usarlo en la escritura del caso, sino como algo de la entrevista que no va con la posición del analista, una indicación o comentario, o sensación.

De un modo que todavía aún no comprendo bien, el escribir sobre ello, los ubica en otro plano y por lo tanto a mí como analista también, de modo tal de ir pretendiendo cierta distancia entre paciente y analista, Winnicott en el texto citado anteriormente lo dice así: *“La actitud profesional se asemeja bastante al simbolismo en que presupone la existencia de una distancia entre el analista y el paciente. El símbolo se encuentra en un vacío entre el objeto subjetivo y el objeto percibido objetivamente”* (p. 195).

BIBLIOGRAFIA.

- Aberastury, A.: (1972) *El psicoanálisis con niños y sus aplicaciones*. Buenos Aires. Paidós.1999
- Anzieu, D. : (1987). *Las envolturas psíquicas*. Cap 6 y 7. Buenos Aires. Amorrortu.2004
- Anzieu, D. :(1993). *Los continentes del pensamiento*. Cap. 1. Buenos Aires.Ediciones de La Flor. 1998.
- Aulagnier, P. :(1986). *Un intérprete en busca de sentido*. Cap. 14. Mexico. SXXI Editores.1994
- Aulagnier, P. :(1986). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Cap 3 . Buenos Aires. Amorrortu.
- Bion, W. :(1962) *.Aprendiendo de la experiencia*. Cap. XII. Buenos Aires, Paidós.
- Bleichmar, S.:(1993). *La fundación de lo Inconsciente: destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Bs. As., Amorrortu.2002
- Bleichmar, S. :(1984). *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Bs.As. Amorrortu 1986.
- Bollas, Ch. : (1994).*Las fuerzas del destino*.Cap. I. Buenos Aires, Paidós.
- Botella, C.:(2001).*La figurabilidad Psíquica*. Primera Parte. Buenos Aires. Amorrortu.2003
- Donzino, G. :(1999) "Obstáculos del analista en la Clínica con niños". Cuestiones de la Infancia. Revista de Psicoanálisis con Niños. Vol 4. Buenos Aires. FAU Ed.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Segunda y Cuarta parte .Buenos Aires Amorrortu Editores.(1999)
- Freud, S. :(1932) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* A.E. XXII, .Bs.As. 1979
- Freud, S. :1893-1895. *Estudios sobre la histeria, cap. IV Sobre la psicoterapia de la histeria*. Amorrortu editoresBs. As. 1979
- Freud,S.: (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. A.E XII. Bs.As.1979

- Freud, S.:(1913) *Sobre la iniciación del tratamiento* A.E.XII. Bs.As.1979
- Freud, S.:(1917 [1916-17]) *Conferencias de introducción al psicoanálisis (continuación), Parte III. Doctrina general de las neurosis 27ª conferencia: La transferencia.* A.E. XVI.Bs.As. 1979.
- Green, A. :(1986) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.*Cap. 1 y 6. Buenos Aires. Amorrortu.
- Gutton , P.: (1973) "El juego de los niños" . Ed. Nova Terra. Barcelona
- Harperss Collins Pocket. *Diccionario Español- Francés* (1980) México DF. Ed. Grijalbo.
- Janin, B.: (1986) "Algunas notas para repensar la función del analista a partir del psicoanálisis de niños". Actas del Segundo Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires.
- Janin Beatriz: (1999) *Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños* . Revista de Psicoanálisis con Niños. Cuestiones de la Infancia N 4. Bs As .Uces.
- Janin B. :(1995)*Trastornos tempranos de la constitución psíquica : algunas reflexiones a partir de un caso clínico.* Buenos Aires, Actualidad Psicológica N 191.
- Janin, B. :(2005)*Los padres, el niño y el analista. Encuentros y desencuentros.* Cuestiones de la infancia N 9, Bs As, UCES.
- Janin, B. : *Repeticiones, decepciones, y reencuentros de padres a hijos.* Bs As, Actualidad Psicológica N 310 - Julio de 2003.
- Janin, B. : *Cuando un niño no juega.* Rev. Actualidad Psicológica. Buenos Aires (2005).
- Janin, B. :(1999) *Las intervenciones del psicoanalista en Psicoanálisis con niños.* Cuestiones de la Infancia. Vol 4
- Janin, B. : (2003). *Psicoanalizando Niños.*Actualidad Psicológica, N 313. p.s 2-6.
- Kahansky, E.; Rodriguez Ponte M. :(2005) *Trabajo con padres en psicoanálisis con niños.* Cuestiones de la Infancia N 9.Bs As, UCES, Abril de 2005.
- Klein, M. : (1946). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides.* Obras completas. Tomo III Ed. Paidós. Bs As.

- Mannoni, M. :(1964) *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires. Paidós .1997
- Mannoni, M.:(1965) *La primera entrevista con el psicoanalista*. Editorial Gedisa . Barcelona.1996
- Mannoni,O. (1985). De un intenso y permanente asombro. Cap.6. Ed. Gedisa. (1989)
- Ortigue, M.:(1986) *Cómo se decide una psicoterapia de niños*. Gedisa. Cap 1.
- Rodulfo, M.: (2005) *La clínica del niño y su interior*. Buenos Aires, Nueva Visión. Primera Parte.
- Rodulfo ,R. (1993) : *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires.Paidos. 1993.
- Sapisochin, G.(2011): La escucha de la regresión en el proceso analítico. *Revista de Psicoanálisis*.El analista como instrumento. Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo LXVIII, Numero 4. Pags. 649-675. Buenos Aires.
- Winnicott, D. W. (1971).*Realidad y Juego*. Gedisa Editorial . Barcelona.
- Winnicott, D. W.: (1960). *Contratransferencia*. El proceso de Maduración en el Niño. Editorial Laia.