



ESPECIALIZACIÓN EN PSICOANÁLISIS CON NIÑOS

## **TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

*“THIAN, el niño que quería conocer el mundo.”*

Análisis del valor estructurante del juego en el tratamiento de un niño con patología grave desde los cuatro a los diez años de edad.

**Alumna:** Mgter. Lic. Melina Carande

**Tutora:** Lic. Esp. Laura Llanos

**Directora de la Carrera:** Lic. Beatriz Janin

**Fecha:** noviembre de 2023

## **Agradecimientos**

Agradezco a todos los docentes de la Especialización por la cercanía y generosidad con la que transmiten sus conocimientos.

Agradezco a mis colegas y amigas: Victoria Acosta, Cecilia Guinea y Julieta Benítez, a quienes me une el cariño del vínculo construido sobre la base de la dedicación y el placer por la clínica de niños.

Agradezco a mi familia, a mis afectos, y a todo eso que me llena el alma.

Agradezco a mis pacientes por permitirme acompañarlos y aprender de ellos.

## INDICE ANALÍTICO

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN .....	4
1.1) Conceptualizaciones acerca de la infancia y el niño como sujeto.....	7
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO .....	10
2.1) Acerca de los avatares en el proceso de constitución psíquica.....	11
2.2) Patologías graves y diagnóstico diferencial. Autismo, Esquizofrenia infantil .....	20
2.3) Algunos de los desarrollos teóricos más relevantes para pensar y comprender el caso clínico .....	28
2.3.a) Melanie Klein .....	28
2.3.b) Margareth Mahler .....	31
2.3.c) Françoise Doltó .....	35
2.3.d) Piera Aulagnier .....	40
2.3.e) Donald W. Winnicott .....	42
2.4) EL JUEGO. Dispositivo analítico con niños: conceptualizaciones sobre el juego y la transferencia .....	43
2.5) Apertura del juego en su valor estructurante .....	48
2.6) Cuando el niño no juega y ello constituye el objetivo terapéutico. Algunos aspectos de la psicopatología en el juego .....	52
3.CASO CLINICO: “Thian y sus viajes” .....	56
3.1) Palabras introductorias al caso clínico .....	56
3.2) Desarrollo del caso clínico y articulaciones teóricas .....	56
3.2.a. Primer Tiempo: De la trama clínica transferencial. Los encuentros iniciales y el despliegue de la demanda .....	57
3.2.b. Segundo Tiempo: El alumbramiento del decir de un niño entre gestos, palabras y juegos en el encuentro terapéutico .....	64
3.2.c. El juego como constructo de una experiencia compartida de carácter transformador. ....	70
3.2.d) Situación Actual: El mundo que hoy nos muestra Thian .....	75
4.REFLEXIONES FINALES .....	78
5. ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO .....	84

## 1.INTRODUCCIÓN

La elección del tema de estudio surge de las inquietudes suscitadas en la práctica clínica, tanto en el consultorio privado, como en el ámbito hospitalario, siendo inherente a éste último el trabajo interdisciplinar e interinstitucional. En este caso, se focalizó en el análisis de un niño con patología grave, a quien llamaremos "Thian", quien es atendido en la actualidad, tomando para el presente trabajo solamente el periodo de abordaje desde sus cuatro años de edad, cuando inicia tratamiento, hasta los diez años. Se hace hincapié en el valor del juego como estructurante del psiquismo, y en las intervenciones analíticas que facilitan y/o posibilitan el mismo.

Se parte de un desarrollo teórico conceptual psicoanalítico, como modo de pensar el entramado permanente de la teoría y la praxis, siendo el trabajo de campo el pilar principal en torno del cual se realizan las posibles articulaciones teóricas. Se escogió el caso por ser representativo de la temática a investigar, y brindar en su complejidad la apertura a nuevos interrogantes y aristas de análisis posibles, que no serán agotadas en este trabajo. El niño es atendido en un Hospital de provincia, donde me desempeño como psicóloga. La clínica hospitalaria imprime al trabajo analítico una serie de factores a tener en cuenta; como el tiempo y frecuencia de las sesiones, existencia y disponibilidad de referentes adultos, accesibilidad, demanda de tratamiento, entre otros factores propios de la dinámica institucional.

En este sentido, considerando las particularidades propias de la práctica hospitalaria, si bien presenta falencias, se observa que el abordaje y tratamiento de niños con patologías graves resulta más factible de ser iniciado en éste ámbito, ya que, de esta manera, se subsanan algunos de los aspectos que pueden constituirse en un obstáculo. El factor económico suele ser el principal, en tanto estos niños requieren por lo regular mayor frecuencia de sesiones semanales, en las que se incluyen entrevistas a padres, reuniones con la escuela, interconsultas con otras disciplinas, (psiquiatría, psicopedagogía y terapia ocupacional, así como con otros servicios hospitalarios, a saber; Pediatría, Neurología, Servicio Social, Odontología, Fonoaudiología, Genética, entre otros) y, en muchas ocasiones, se requiere de la coordinación y articulación de estrategias de intervención con organismos de protección de derechos, ante la eventual vulneración de los mismos.

En este sentido, cuando el contexto socio-económico y las redes de contención son desfavorables, ello imprime un plus de malestar al padecimiento en salud mental, que como profesionales de la salud intentamos subsanar; pero es aquel con el que luchan a cotidiano los niños y las familias atravesados por esa realidad. Nos encontramos entonces, con infancias y adolescencias que no logran pleno acceso a los derechos

y a las necesidades básicas; apelando para ello a un Estado con la esperanza que restituya derechos y brinde protección integral, que las más de las veces replica la vulnerabilidad que intenta reparar. Esto remite a pensar en el concepto de “*institución estallada*”, que acuñó Mannoni (1988), para dar cuenta de los embates administrativos que tienden a prácticas homogeneizantes y segregativas. A propósito de su experiencia con la creación de Bonneuil<sup>1</sup>, expresa: “*Mediante la noción de institución estallada, forjada de consumo con los niños, hemos intentado sustraernos a los prejuicios y abusos que toda institución coagulada implica, y de paso protegernos de los peligros de un dejar hacer cuando no nos era posible omitir la instancia educativa.*” (p. 62)

Lo antes mencionado resulta pertinente a los fines de dar cuenta de las particularidades del contexto en el que se lleva a cabo el análisis, y la complejidad del mismo, por la multiplicidad de factores intervinientes. En estos contextos, por lo regular adversos, se procura que el trabajo analítico con el niño sea la apertura para construir, para co-crear de cada situación clínica particular la posibilidad de un encuentro.

En este sentido, se comprende que, a través del juego, sobreviene la posibilidad de complejizar el psiquismo al propiciar movimientos subjetivantes. En la apertura a lo nuevo que el encuentro paciente – terapeuta en sí mismo implica, resulta convocante de la propia práctica profesional el valor y la importancia del juego en el abordaje con niños, particularmente el desafío y la ardua tarea que puede constituir la construcción del mismo en los casos de patologías graves, cuando hacer nacer el juego es la premisa. De esta manera, surgen los siguientes interrogantes: ¿Cuál es el valor estructurante del juego en el tratamiento de un niño con patología grave? ¿Cuáles son las intervenciones analíticas que abren las vías para que el juego cobre valor estructurante en el psiquismo de estos niños? ¿Qué comprendemos por patologías graves, y que relación guardan con el contexto vincular del niño?

Siguiendo las enseñanzas de Winnicott (1971), se comprende el juego como experiencia siempre creadora, como terapia en sí misma, llevando adelante la labor terapéutica a través del juego mutuo, espontáneo, lo que hace posible la interpretación del mismo; y en este sentido, a través de intervenciones estructurantes, constituir psiquismo. Partiendo del supuesto que asumir el compromiso y la responsabilidad profesional de un tratamiento terapéutico no solo es condición sine

---

<sup>1</sup> Según lo describe Mannoni (1988) respecto de Bonneuil: “*en septiembre de 1969 se crea la Escuela Experimental, sin medios, sin otro apoyo que el formidable deseo de algunos padres de obrar en forma que sus hijos escapen al asilo, y también gracias al entusiasmo de un grupo de estudiantes (...)*” p. 61

quanon para cualquier progreso, sino que, además, implica agudizar la mirada atenta al mensaje que entre sombras ese infans pugna por transmitir. Y si no hay mensaje, y si no hay intención comunicativa y si no hay sentido dirigido a un otro, será nuestra tarea como terapeutas construirlo. Es decir:

*“La psicoterapia se realiza en la superposición de las dos zonas de juego, la del paciente y la del terapeuta. Si este último no sabe jugar, no está capacitado para la tarea. Si el que no sabe jugar es el paciente, hay que hacer algo para que pueda lograrlo, después de lo cual, comienza la psicoterapia. El motivo de que el juego sea tan esencial consiste en que el paciente se muestra creador.”*  
(ob. cit. p. 51)

A continuación, se abordan los conceptos y desarrollos teóricos claves que sirvieron de pilar para la comprensión y análisis del caso clínico, a los fines de su posterior desarrollo y articulación. Al respecto, se hace hincapié en las patologías graves y su abordaje clínico, con particular foco sobre el análisis y desarrollo del juego.

Posteriormente se describe el caso clínico “Thian” articulando el relato del mismo con la reconstrucción que posibilita el sustento en la historia clínica, y la transcripción de los decires del niño y los padres, cuando éstos fueran esclarecedores de algún aspecto significativo a resaltar. Por último, se enuncian las reflexiones a las que fue posible arribar como consecuencia de la elaboración del presente trabajo, que lejos de buscar certezas o generalizaciones, aspira a generar nuevos interrogantes que posibiliten el permanente movimiento de apertura, de búsqueda y de comprensión del único e irrepetible padecimiento de cada niño en cuestión.

## 1.1 Conceptualizaciones acerca de la infancia y el niño como sujeto

Se comprende necesaria cierta conceptualización acerca de aquello que se comprende por infancia y su recorrido histórico, como modo de plantear un posicionamiento que dará cuenta de cómo se concibe a un niño, y que será la base de los fundamentos teórico-clínicos posteriores.

En este sentido, son la pedagogía y luego la psiquiatría, las primeras disciplinas que se proponen generar un saber respecto de la infancia; siendo el psicoanálisis el primero que lleva al “*infans*” (del latín, “el que no habla”) a la condición de sujeto. La novedad revolucionaria que introduce Sigmund Freud es que el niño es un sujeto deseante.

La etimología de sujeto (*subjectus*, del latín) hace referencia a una persona innominada. El término es empleado para designar al individuo en tanto es a la vez observador de los otros y observado por los otros.

En filosofía, el sujeto es definido como el hombre mismo en tanto que fundamento de sus propios pensamientos y funciones, esencia de la subjetividad humana en lo que ella tiene de universal y singular.

En psicoanálisis, según Barroso (2012), Sigmund Freud empleó el término en alusión a la noción corriente de autor de la acción, de participante activo; pero fue Jacques Lacan quien luego conceptualizó la noción lógica y filosófica de sujeto en el marco de su teoría del significante, transformando al sujeto de la conciencia en un sujeto del inconsciente y del deseo. En relación a ello, lo que permite pensar al sujeto es el orden significante y lo que causa a este orden significante es el declinamiento del Complejo de Edipo, como un momento lógico en el cual el sujeto se encuentra con la castración; recayendo en él la barrera de la represión e inscribiéndose la posibilidad del deseo, de la falta.

Para Freud, es mediante el Edipo que se traza el límite más seguro entre el niño y el adulto, a través de los reordenamientos estructurales del período de latencia y de la pubertad.

Por su parte, Ariès, P. (1987) argumenta que la infancia es un concepto creado por la sociedad moderna. Como investigador e historiador, observa que antes del siglo XVII los niños eran representados como pequeños adultos en obras pictóricas.

En la Edad Media, se ponía el acento en las incapacidades de los niños, y se los visualizaba como seres incompletos, con una visión negativa de las

características del infante propias de su inmadurez. Junto a esta imagen, coexistía la visión de la iglesia católica, que, basándose en pasajes bíblicos, hacia primar la idea de inocencia e incluso de cierta perfección, pero principalmente instaura la idea según la cual el niño es también persona, y, por tanto, portador de alma.

La Edad Moderna da cierta persistencia a la imagen forjada en el siglo anterior, y como decantación de ello, el niño es valorado por sí mismo, como un ser a quien amar y proteger.

En la Edad Contemporánea, se produjo la consolidación burguesa de la modernidad, la cual estuvo demarcada por la Revolución Francesa, la Revolución Industrial y el Movimiento Romántico, como hechos trascendentales que influyeron en el escenario socio – político y en la cosmovisión de la época. A principios del siglo XX, bajo el psicoanálisis, surge una nueva mirada respecto de la infancia. Se produce un viraje en la concepción de la niñez, principalmente con los postulados acerca de la sexualidad infantil, que rompen con la imagen angelical e inocente de la infancia.

Resulta pertinente esta breve historización para contextualizar las infancias hoy; los paradigmas y la cosmovisión acerca de la infancia cambiaron a través de los tiempos, y las prácticas que hoy se considerarían en contra de los derechos de los niños, eran aceptadas socialmente en otros contextos socio - históricos. Por ejemplo, las realidades de la posguerra se ven reflejadas en los cuentos e historias de la época, donde se relatan las peripecias que los niños pobres debían transitar, atravesados por la orfandad, el desamparo y la miseria; muchas veces superando adversidades en hazañas heroicas. Viene a la memoria “*Oliver Twist*”, de Charles Dickens, “*De los Apeninos a los Andes*” y “*El pequeño Vigía Lombardo*”, de Edmundo de Amicis, entre otros. al respecto, Mannoni (1988) refiere: “*Dickens ya ha hecho una advertencia al mostrar que la humanidad sólo puede sobrevivirse a sí misma siempre que al hilo de las generaciones se perpetúe la fantasía de la infancia*” (p.110). Y continúa con una referencia respecto de éste autor, que podría considerarse como valioso aporte a la intervención clínica con padres, sin ser esa probablemente su intención. A saber: (...) “*en sus contactos con los lectores, él no cejaba en el intento de despertar al niño que se alberga en cada adulto, a fin de que éste no perdiese la facultad (el estado de gracia) del juego con sus propios hijos.*” (ob. cit. p. 110)

Por lo tanto, la categoría de infancia no es un concepto unívoco, sino dinámico y conflictivo, signado por fenómenos políticos y sociales que definen y caracterizan el lugar que cada uno ocupa, no solo en función de la edad cronológica. Vale preguntarse entonces: ¿Qué significado cobra hoy el término infancia?

Para finalizar, podemos pensar la infancia en términos psicoanalíticos, como:

*aquellos “tiempos de estructuración del aparato psíquico definidos por momentos de recomposición estructural y abiertos a nuevas transformaciones. Esta es la cuestión central: si podemos definir las condiciones de estructuración y los movimientos que la impulsan, podremos inaugurar nuevas posibilidades de abordaje de los procesos clínicos en la infancia, abriremos nuevas vías de transformación, en los tiempos en que ésta estructuración está en vías de constituirse.” (...) “La infancia es el tiempo de instauración de la sexualidad humana, y de la constitución de los grandes movimientos que organizan sus destinos en el interior de un aparato psíquico destinado al après-coup, abierto a nuevas resignificaciones y en vías de transformación hacia nuevos niveles de complejización posibles.” (Bleichmar, 1993, p. 215)*

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

El marco teórico conceptual se construyó en base a la teoría psicoanalítica, como andamiaje para pensar el caso y realizar las articulaciones teórico – clínicas. Para ello, se tomaron autores clásicos del psicoanálisis, quienes con sus valiosos aportes construyeron los cimientos teóricos claves para comprender los fundamentos de la estructuración psíquica, y de la mano de ello, los indicadores de patología grave en lo que el juego y sus características, o la ausencia de él, constituyen un aspecto crucial. Entre los autores principales, se menciona a Sigmund Freud, Margaret Mahler, Frances Tustin, Françoise Dolto, Melanie Klein y Piera Aulagnier. Respecto del análisis del juego y del jugar, se recurrió a las teorizaciones especialmente de Donald W. Winnicott y Phillippe Gutton, entre otros autores.

Resulta de interés la exploración de la evolución del caso, y las hipótesis diagnósticas que tuvieron lugar en el transcurso de los seis años estudiados de tratamiento, las cuales se exponen como articulaciones teórico- clínicas en el entramado del relato del caso. En ésta línea, se toman los valiosos aportes de psicoanalistas contemporáneos, mencionándose entre los citados con mayor frecuencia a Silvia Bleichmar y Beatriz Janin. Asimismo, otros analistas de reconocida trayectoria y docentes de esta especialidad de clínica psicoanalítica con niños, como Gabriel Donzino y Osvaldo Frizzera, como así también Laura Llanos, quienes realizaron aportes de sumo valor en espacios de supervisión, grupos de estudio y material bibliográfico de su autoría.

A continuación, se desarrollan los conceptos teóricos centrales que sirvieron de sustento para pensar y articular el caso clínico, siendo prioritario para ello plantear las bases del desarrollo del infante en el proceso de constitución psíquica, contemplando las vicisitudes en el mismo asociadas a las posibles fallas en dicho proceso y en el encuentro con el otro. Como se mencionó anteriormente, se continúa luego con la exposición de los indicadores de patología y/o aspectos psicopatológicos de relevancia, articulándose con lo relativo al juego como aspecto crucial en la evolución y tratamiento, como así también, en su valor de instrumento de análisis, según se encuentre ausente o presente, importando en este último caso su presentación y características.

## 2. 1. Acerca de los avatares en el proceso de constitución psíquica

El acontecer en el que se produce la estructuración psíquica no se trata de una temporalidad lineal donde lo ya ocurrido caduca, sino, por el contrario, un acontecer en el cual las vivencias del pasado, registradas bajo la forma de huellas mnémicas, tienen efectos sobre el presente; son eficaces. Son momentos lógicos, no cronológicos. Esto remite al término francés de “*après – coup*” con el que se pretende dar cuenta de lo expresado anteriormente, donde el aparato psíquico se encuentra “*abierto a nuevas resignificaciones y en vías de transformación hacia nuevos niveles de complejización posible*”. (...) “*Los tiempos originarios de esta fundación deben ser cuidadosamente explorados por el analista, porque de ello dependerá la elección de líneas clínicas y los modos de intervención que propulsen su accionar práctico.*” (Bleichmar, 1993, p. 215)

Desde esta perspectiva, partimos de una concepción de niño como sujeto en pleno proceso de estructuración psíquica, estructuración signada por el encuentro con otros, en un devenir de momentos constitutivos, fundantes. Al respecto, Freud, S. (1886 – 1899) en carta a Fliess le expresa: “*tú sabes que trabajo en el supuesto de que nuestro mecanismo psíquico se ha generado por estratificación sucesiva, pues de tiempo en tiempo el material preexistente de huellas mnémicas experimenta un reordenamiento según nexos nuevos, una retranscripción*”. (p. 274) Neves y Hasson (1994) plantean, respecto de la noción del yo en la teoría freudiana, que los sucesivos momentos de constitución del aparato psíquico están determinados por dos ejes fundamentales: la evolución libidinal y la evolución del yo. “*Desde el proyecto, el yo aparece en una función fundamentalmente inhibidora de la descarga, impidiendo que la investidura de la huella mnémica ligada a la vivencia de satisfacción adquiera mayor intensidad que la conveniente, lo que dificultaría en un momento posterior la realización de una acción específica.*” (p. 43) Las autoras agregan que, “en ‘*Introducción al narcisismo*’ Freud da a entender que el yo no existe desde un comienzo, ya que su surgimiento depende de un nuevo acto psíquico.” (ob. cit. p. 43), y que no hay un yo único y permanente sino diferentes estructuras yoicas, lo que, como expresan, Freud ha trabajado en diversos textos (1915c, 1917d, 1923b, 1925h) la hipótesis de la existencia de tres organizaciones yoicas correspondientes a distintos momentos en la estructuración del psiquismo: yo de realidad primitivo, yo de placer y yo real definitivo, que no desarrollaremos en esta oportunidad.

El niño nace con ritmos biológicos relativos a ciertas secuencias de sueño y hambre que, al ser registradas y satisfechos mediante una acción específica por la figura que cumple la función materna (por ejemplo, dar de mamar ante el hambre) se inscribe una huella mnémica de satisfacción. De ésta manera, se van construyendo poco a poco los ritmos psíquicos del niño. La madre, tiene a su vez sus propios ritmos, los cuales, al igual que las notas musicales se ajustan y acompañan unas con otras para formar melodías, ella deberá entrar en sintonía con su bebé, y crear una nueva composición de a dos.

En el entrecruzamiento entre ambos ritmos: madre - hijo, gracias a la flexibilidad que adquiere la madre en la relación empática con el niño, va teniendo en cuenta los ritmos de aquel, se va armando un espacio compartido, imprescindible para que prime el principio del placer. En este sentido, como plantea Janin (2011) respecto del proceso de subjetivación:

*“Se van construyendo recorridos de placer-displacer,” (...) y “cada madre erogenizará de acuerdo a su propio mapa erógeno, con su propia historia de placeres y prohibiciones. Las diferentes zonas del cuerpo pasan a ser representadas de un modo particular. Boca – pecho – placer – incorporación forman una cadena representacional que se va a ligar a otras. En el recorrido de caricias se van abriendo las zonas erógenas. Es decir, algunas zonas del cuerpo cobran un valor erótico particular.” (p. 19)*

De esta manera, el cuerpo va siendo erogenizado y se abren así zonas privilegiadas de placer, que funcionaran de manera independiente unas de otras. Al decir de Neves y Hasson, (1994) la apertura de las zonas erógenas, entendidas como aquellas zonas que estimuladas rítmicamente producen placer, se dan en el encuentro de dos ritmos, el de la madre y el niño, como proyección hacia la periferia exterior, en sentido inverso a la ingesta, logrando transformar el prurito en placer.

Como expresa Janin (2011), en este primer momento *“el niño registra los afectos maternos y no puede diferenciarlos de los propios”*. De esta manera, *“el amor materno es vivido como fusión con el otro, y el rechazo, como un rechazo así mismo. Las primeras representaciones (signos perceptivos, restos de caricias, olores, sabores) son inscripciones que se enlazan por simultaneidad (...) y luego por contigüidad (...), y exigen un trabajo al principio del placer. La alucinación primitiva, primer movimiento psíquico, señala la eficacia de estas huellas al*

*presentificar el objeto perdido*". (p. 20). Por su parte, Green (1986), expresa que "la pérdida del pecho, contemporánea a la aprehensión de la madre como objeto total, que implica que se ha consumado el proceso de separación entre el niño y ella, da lugar a la creación de una mediación que es necesaria para paliar los efectos de su ausencia y su integración en el aparato psíquico." (p. 131)

Quien cumple la función materna, independientemente de su género o vínculo biológico, se asocia a lo que expresa Mahler (1972) como principio maternal: "deseamos usar el término 'principio maternal', o 'agente maternal' para que signifique la percepción de, y la aparente aceptación de los menesteres del alivio que vienen del compañero humano las cuales, aunque vagas e inespecíficas, son satisfacciones placenteras de la necesidad por parte de la madre (o del terapeuta)." (p. 64)

Por lo tanto, la función de la madre consiste en filtrar los excesos pulsionales del bebé, decodificando las necesidades de éste, llevando a cabo las acciones específicas necesarias para la satisfacción de la necesidad que provoca el estado de tensión. En este sentido, si la función de filtro es adecuada, puede establecerse una investidura de periferia exterior y una desinvestidura de la interna, y así el niño adquirirá progresivamente sus propios ritmos, lo que le permitirá establecer la barrera antiestímulos, porque la capacidad de filtrar estaría establecida, permitiéndole, por ejemplo, dormirse con el ruido del ambiente. En este sentido:

*"Las sensaciones internas del infante forman el núcleo del ser. Parecen permanecer como el punto central de cristalización del 'sentimiento de ser', alrededor del cual se establecerá una 'sensación de identidad' (Greenacre, 1958; Mahler, 1957; Rose, 1964, 1966). El órgano sensorio-perceptual – la 'corteza periférica del yo', como lo llama Freud – contribuyó principalmente a la demarcación del ser del mundo de objeto. Las dos clases de estructuras intrapsíquicas juntas forman el marco de autoorientación (comparar con Spiegel, 1959). (...) Spitz llama a la madre el yo auxiliar del infante."* (Ob. cit. pp. 28-29)

Es la conciencia inicial de sentirse sentido por otros, ligada a la capacidad empática materna, lo que constituye la posibilidad de que surja el sentimiento de sí. "La madre cubre el autoerotismo del niño" (Green, 1986, p. 128), en relación a que su función excede la satisfacción de necesidades desde un plano

biológico, y encuentra su valor en el campo del deseo y del significante. Es decir, estas experiencias de vínculo y encuentro con el otro, inscribirán vivencias en el niño. Al respecto, Freud, S (1950 - 1895) expresa que se trata de transformar cantidad en cualidad, lo que implicaría para el niño, por ejemplo, poder poner en palabras las vivencias. Asimismo, el autor desarrolla el concepto de vivencias de satisfacción, y vivencias de dolor. Explica que, ante un estado de tensión en el niño, (como aquel que provoca el hambre), y que conlleva a la alteración interior, requiere de la acción específica de otro, en función del inicial desvalimiento del ser humano. *“El todo constituye entonces una vivencia de satisfacción, que tiene las más hondas consecuencias para el desarrollo de las funciones en el individuo.”* (p. 363). Casas (1999) dirá que *“la experiencia de satisfacción es el acto inaugural del aparato psíquico (Freud, 1895), como diferencia entre la nada y el todo (Braunstein, 1982, p. 173).”* (63)

Por su parte, Mahler (1972) expresa que: *“sin la intervención de una figura materna que ayuda en la reducción de la tensión, el infante tiende, en ese tiempo, a sentirse abrumado por los estímulos, con un aumento del llanto y otras manifestaciones motoras del afecto negativo indiferenciado.”* (p. 33) Si el estado de tensión no cesa, hablamos de una vivencia de dolor. Al respecto, Freud, S (1950 - 1895) dirá que el dolor produce un acrecentamiento de nivel que es sentido como displacer por el aparato psíquico, caracterizado por la ruptura de la barrera antiestímulo, la desinvertidura del objeto, y el vaciamiento representacional. *“Merced a la vivencia de dolor, la imagen – recuerdo del objeto hostil ha conservado una facilitación privilegiada con estas neuronas llave de las cuales se desprende entonces displacer en el afecto.”* (p. 366)

Por su parte, Janin (2011), agrega que *“hay un tercer tipo de vivencias: las vivencias calmantes. Frente al dolor, está la posibilidad de que otro acune, hable, cante, ayudándolo a ligar el estallido y a que la huella ya no deje una tendencia a desinvertir, sino una posibilidad de ligar lo doloroso a otras vivencias.”* (...) De esta manera, estas inscripciones *“se van traduciendo en representación – cosa y en representación palabra (...) pero para que haya posibilidad traductora, para que los signos perceptivos vayan dando lugar a las otras representaciones, para que el proceso originario de paso al proceso primario y secundario, deberá haber un adulto que pueda fantasear y pensar, ayudándolo así a traducir esas primeras inscripciones en otras lógicas.”* (p. 21)

Esto resulta crucial, ya que el niño puede pensarse a sí mismo y armar una representación de sí a partir de la imagen que los otros le transmiten de él. Esta organización representacional va a actuar inhibiendo la descarga directa, la tendencia a la alucinación o a la defensa patológica, como podría ser la expulsión de la representación. La madre le ofrece al niño un mundo ya codificado por ella, e interpretará su llanto de acuerdo a su propio registro e historia personal. Para la integración del yo, quien ejerza la función materna deberá devolverle la mirada totalizadora, en relación a lo que Lacan (1949) teorizó como periodo del espejo, entendido como *“una identificación en el sentido pleno que el análisis da a éste término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen, cuya predestinación a este efecto de base está suficientemente indicada por el uso, en la teoría, del termino antiguo imago.”* (p. 87)

El estado de prematuración<sup>2</sup> inicial se corrige en parte con esta función unificadora que cumple la ortopedia (ortos: derecho – pedía: enseñar al cuerpo a que este derecho), como función que tiene la identificación a esta imagen del espejo. Se pasa de un estado de prematuración a un estado de anticipación al que hay que llegar. Es así como el niño se identifica con una imagen exterior a él por medio de un proceso de alienación, lo que constituye la identificación alienante. Esta es la identificación primaria sobre la que se apoyan las identificaciones secundarias con otro. Cuando pensamos en la estructuración psíquica yoica, para Lacan tendrá que ver con la representación unificada de sí, y Winnicott (1967) dirá que el hijo se refleja en los ojos de la madre, y de esta manera la mirada materna lo va a constituir como totalidad, se va a ver como la madre lo ve y se va a identificar con la imagen que él tiene de la madre. Es decir, tal como se pregunta Winnicott (1971): *“¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre? (...) En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él.”* (p. 148) En este arduo proceso, para poder resistir los embates del narcisismo, el niño tiene que suponerse como maravilloso, digno de ser amado para soportar las fracturas narcisistas, *“His Majesty baby”* frase con la que Freud (1914) alude al narcisismo parental. Este lugar asignado al hijo,

---

<sup>2</sup> “Según Lacan que tomó esta idea del embriólogo holandés Louis Bolk (1966-1930), el alcance del estadio del espejo debía relacionarse con la prematuración del nacimiento, atestiguada objetivamente por el carácter anatómicamente inacabado del sistema piramidal y la falta de coordinación motriz de los primeros meses de vida.” (Roudinesco, E, y Plon, M, 1998, p. 280).

al cabo de determinado tiempo debe caer, para ser simplemente un niño. No obstante, según sea la historia libidinal de los padres, cabe la posibilidad que el hijo no sea vivido como alguien a quien cuidar y calmar, sino como rival, competidor, y depositario de los aspectos parentales más negativos e indeseables de los adultos, pantalla sobre la que proyectan lo insoportable de ellos mismos.

En las *fases de desarrollo psicosexual* Freud propone un concepto ampliado de la sexualidad humana y sostiene que el ser humano desde el nacimiento posee una libido instintiva (energía sexual), cuyo desarrollo está organizado en fases: oral, anal, fálica, de latencia y genital; cada una de ellas caracterizada por una zona erógena que es la fuente de la pulsión libidinal durante esa fase, hasta el momento de la pubertad cuando se da la unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de la zona genital.

*“La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica; ahora halla al objeto sexual. Hasta ese momento actuaba partiendo de pulsiones y zonas erógenas singulares que, independientemente unas de otras, buscaban un cierto placer en calidad de única meta sexual. Ahora es dada una nueva meta sexual; para alcanzarla, todas las pulsiones parciales cooperan, al par que las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital.”* (Freud, 1905, p. 189)

Se describen brevemente las fases de desarrollo psicosexual, mencionando las organizaciones libidinales propuestas por Freud tomando a Abraham (citado por Neves y Hasson, 1994). De esta manera, en la *fase oral*, comprendida desde el nacimiento hasta el año de vida aproximadamente (recordando que los tiempos cronológicos solo son orientativos), se constituye la primera etapa del desarrollo psicosexual, coincidente con el amamantamiento; donde el foco de la satisfacción se encuentra en la boca, como órgano de placer y de exploración del entorno, bajo la primacía del principio del placer.

Abraham propone una *fase oral primaria* (o de succión). Es el comienzo de la vinculación interpersonal, y de la constitución de la erogeneidad, que implica la apertura de las zonas erógenas. La meta de la pulsión es la incorporación, el enlace se da por simultaneidad entre satisfacción y motricidad (en el placer del chupeteo simultáneamente el niño recibe alimento), y la cualificación de la experiencia se da a través de la sensorialidad.

La *fase oral secundaria* (o canibalística) consiste en la unificación de zonas erógenas. La meta de la pulsión es la devoración. Se produce una sobreinvestidura de la expresión facial. Cuando la madre amamanta y mira a su bebé, hace que éste se mire en la mirada de la madre. Si se mira en la expresión facial de la madre puede registrar lo que genera en el otro. Si se queda fijado a éste tiempo persiste la imperiosa necesidad de verse reflejado en la mirada del otro. El niño necesita mirar a su madre, no perderla de vista, porque eso le da unidad a su yo.

Desde los quince meses a los tres años de vida, tiene lugar la *fase anal*, donde la primacía de la zona erógena se encuentra desde el tracto digestivo superior al final inferior y el ano. El control de esfínteres y el entrenamiento en la higiene personal constituye la experiencia más importante durante esta etapa.

La *fase anal primaria* coincide con la unificación cinética, es decir, cuando el niño empieza a caminar. Se observa la hegemonía de una nueva meta pulsional ligada a la actividad motriz. El valor del ver se modifica, aparece como anhelo de que el objeto desaparezca y aparezca a través de una actividad motriz aloplástica, como puede verse en el ejemplo del juego del carretel. Siguiendo a Neves y Hasson (1994), expresan que Freud caracteriza en 1933 a la función anal primaria según sus metas: perder y aniquilar. Una tercera meta se expresa en el placer por extraer de un esfínter ajeno, (Maldavsky, 1986, citado por Neves y Hasson, 1994), lo que se hace gráfico cuando, por ejemplo, el bebé mete la mano en la boca de la madre. Lo nuevo no es el placer en la ampolla rectal sino el poder transponerlo en actividad muscular. Aquí predomina la posibilidad de hacer consciente lo preconscious a través de la motricidad, una palabra acompaña la acción, no es la palabra eficaz en sí misma.

En la *fase anal secundaria*, caracterizada por la unificación en torno a la palabra, tiene lugar el control de esfínteres. Esto trae aparejado nuevas metas pulsionales: - guardar, retener, cuidar. – poseer, controlar, dominar. Trae la posibilidad de nominar, antes había solo holo frases, el niño solo nombraba en el presente, y ahora hay posibilidad anticipatoria. De esta manera, la posibilidad de nominar permite evocar el objeto, y la palabra sustituye la acción. Por su parte, Mahler (1972) haciendo referencia a Anna Freud, 1952 a; Spock, 1963, describe como, el periodo de control de esfínteres, lo confronta al niño respecto de su "*compañera maternal (...) para alcanzar su autonomía individual, (...)*

*importante para la separación intrapsíquica y la formación de los límites propios: la conducta negativista de la fase anal.” (p. 38)*

La fase fálica comprende desde los tres a los seis años de edad, en la cual los genitales son la principal zona erógena. Etapa en que los niños se vuelven conscientes de su propio cuerpo, del de sus pares, y de los cuerpos de sus padres; satisfaciendo la curiosidad sexual mediante la autoexploración y la exploración a otros niños a través de juegos sexuales, con el concomitante descubriendo de las diferencias entre lo masculino y lo femenino. La experiencia psico-sexual decisiva en esta etapa radica en el “complejo de Edipo”, caracterizado por un conjunto de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta hacia sus padres. En el momento en que se produce el secundamiento del complejo de Edipo, se consolida la “*represión originaria como el clivaje inaugural del aparato, aquel que tiene la virtualidad de constituir una tópica definitiva.*” (Bleichmar, 1986, p. 58). En ese momento, la barra de la represión primaria queda instalada y se divide el sistema en inconsciente, preconscious y consciencia.

En la *fase fálica uretral*, para el acto estimulador no hay una sustancia como lo había en la fase anal, sin embargo, está el aporte de la uretra. La orina tiene valor excitatorio importante. El goce de retener la orina entra en contradicción con dejarla pasar, este es el prototipo del goce, la emisión de orina se puede enlazar al placer por ver, con una fuerte ligadura a la pulsión de autoconservación. El camino para ligar, transformar la pasividad del yo, de la orina como proyección del yo, con actividad, es a través de la vista, la motricidad y la palabra. Si no se es activo se es objeto. Entonces el yo alcanza la posición de sujeto a través de la actividad. Tanto en el varón como en la mujer la orina tiene valor erógeno. Freud, S. en “*Sobre la conquista del fuego*” (1932) dirá que dicha conquista fue un hecho trascendente para la adquisición de la cultura, fundamentalmente para el sostén de la vida. Es el sello cualitativo y se produce gracias a la renuncia a un tipo de voluptuosidad, de placer, renuncia de extinguirlo a través del chorro de orina. Neves y Hasson (1994) explican que el mito de la conquista del fuego contiene una proposición, que tanto el héroe como el genio se adelanta al hombre común. Se da esta trasmutación del goce en lógica, transformar el goce fálico uretral en deseo ambicioso. El deseo fálico uretral es ardiente, atormentador, con carga importante de realidad. La

transformación de deseos competitivos a deseos ambiciosos, es cada vez más abstracto. Y agregan que, así como el hombre primitivo dejó de apagar el fuego con la orina como renuncia por el grupo, los deseos ambiciosos son sublimados. Todo lo que ocurre en el ideal del yo es sublimación.

La *fase fálica genital*, se caracteriza por la premisa universal fálica, es decir, la creencia de que todos los seres vivos tienen pene. La niña supone que le va a crecer, el clítoris no se puede nombrar, ver o agarrar. Sin embargo, es el centro excitatorio por excelencia. Lo contrario del pene no es la vagina ya que no hay representación aún de ello, sino la castración. La suposición es que, si no tiene pene, es porque se lo cortaron. La actividad masturbatoria es común a ambos sexos. La masturbación se ve acompañada por una fantasía, de la cual la madre es objeto, tanto para el niño como para la niña. Esta madre es madre fálica, identificada con los mismos atributos que el varón, fálica por proyección.

El *período de latencia*, (desde los seis años de edad hasta la pubertad) representa una detención en la evolución de la sexualidad, teniendo lugar la desexualización de las relaciones de objeto y la aparición de sentimientos como el pudor, el asco y las aspiraciones morales y estéticas. El advenimiento de éste período, como se mencionó anteriormente, tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo; correspondiente a una intensificación de la represión, una transformación de las catexis de objetos en identificaciones con los padres y desarrollo de las sublimaciones; coincidiendo esto con el ingreso a la escolaridad y con la concomitante posibilidad de dirigir sus energías hacia fines socialmente aceptados. Respecto de la evolución del niño y del ingreso de éste en la cultura, Bleichmar (1997) expresa que el psicoanálisis ha tenido la enorme virtud de plantear el carácter social de la transformación de la cría humana en sujeto psíquico, y destaca que; *“no diluyéndose en la sociedad en su conjunto, no confundiéndose con la producción general de mercancías o de objetos, sino especificándose bajo los modos concretos que le dan origen.”* (p.12)

En palabras de Janin (2013), en *“Ficha sobre constitución del lenguaje”* a propósito de lo propio del proceso secundario, dirá que surge *“la capacidad de pensarse así mismo, la estructuración de pensamientos especulativos, la génesis de la memoria subjetiva y concepto de tiempo (...) representaciones – palabra como tales, espacio y tiempo como conceptos abstractos, juicio de existencia, examen de realidad, desvío de los intereses directamente sexuales*

*a otros nuevos, más despersonalizados, posibilitan y evidencian el acceso a la cultura.*”(p.6) Asimismo, la posibilidad de decir “no”, que surge alrededor de los dieciocho meses de vida y constituye el tercer organizador psíquico (siendo el primero la sonrisa social a los tres meses de vida según los desarrollos de Spitz y el segundo la angustia del octavo mes) que “*introduce al niño en los primeros manejos conceptuales y las primeras oposiciones semánticas.*” (Marcelli, 2006, p.106)

En relación al presente desarrollo, resultan de interés algunas ampliaciones y aclaraciones. Como explica Laplanche (1996), para Freud, el concepto de fijación en la historia del sujeto ha constituido el origen de la neurosis. Al respecto, expresa que, el neurótico, o de un modo más general todo ser humano, se halla marcado por experiencias infantiles, y permanece ligado de forma más o menos disfrazada a modos de satisfacción, tipos de objeto o de relación arcaicos; atestiguando la cura psicoanalítica tanto la influencia y la repetición de las experiencias pasadas como la resistencia del sujeto a desprenderse de ellas. En tanto, Marcelli (2006) refiere que Freud designa con el nombre de sexualidad infantil a todo lo concerniente a las actividades de la primera infancia, consistentes en buscar el goce local que tal o cual órgano es susceptible de procurar, por ejemplo; la boca durante el amamantamiento, el ano durante el baño o la higiene. En éste sentido, el niño, por no encontrarse aún bajo el primado de la genitalidad, es definido por Freud como perverso polimorfo, ya que puede derivar su placer sexual desde cualquier parte del cuerpo.

Se destaca uno de los principales aportes de Anna Freud, quien introduce en su teoría del desarrollo libidinal y yoico, la idea de una potencialidad que, en un despliegue total y sin interferencias, llevaría al individuo a la salud entendida como logro de una vida genital y de la constancia objetal. Al respecto, “*las tendencias innatas a la normalidad son tan fuertes que pueden ayudar al niño a superar experiencias altamente patológicas.*” (A. Freud, citada por Cena, 1988, p. 5)

## **2.2. Patologías graves y diagnóstico diferencial. Autismos, esquizofrenias infantiles**

Melanie Klein (1921 – 1945) en “*La psicoterapia de la psicosis*” (1930), realiza un aporte que pareciera basarse en la realidad actual, cuando expresa que: “*en*

*los pacientes que el médico llega a ver, es a menudo imposible para él, en un único examen rápido, establecer la presencia de una esquizofrenia. De modo que muchos casos de este tipo son clasificados bajo títulos imprecisos, tales como `detención del desarrollo´.” (p. 239)*

Esto remite a la alarmante frecuencia y mágica rapidez con la que se dispensan diagnósticos en la infancia, paradójicamente, sin medir las consecuencias pretéritas o futuras que tales actos de clarividencia generan.

Cuando se siembra la sospecha de “TEA”, “TGD”, “DDH”, entre otras agrupaciones psicopatológicas, los padres suelen por sugerencia de quien despierta dicha sospecha demandar al psicólogo algún “estudio” o “prueba” que lo ratifique o descarte. Claramente desde el psicoanálisis no arribamos a ningún diagnóstico a través de la aplicación de pruebas estandarizadas. Tal como expresa Tustin (1990) citando a Gardziel (1986): *“Hoy se usan diversas escalas diagnósticas (...) algunos niños que se incluyen en el diagnóstico de autismo por la aplicación de una escala pueden ser excluidos por otra.”* (p. 17). De lo que se concluye que el diagnóstico debe ser en base a la evaluación clínica interdisciplinaria. Como expresa Janin (2011), para trabajar en los primeros tiempos de estructuración cuando existe alguna dificultad, es fundamental detectar patología psíquica tempranamente, pero ello no equivale a colgar un cartel con sello inmodificable.

Se planteó que el caso de análisis es un caso grave. Como se pregunta Janin (2011) *“¿A qué llamamos patologías graves?”* Al respecto, expresa que, tal vez la gravedad de la que se habla cuando se habla de patologías graves, se trate de *“un malestar que se impone cuando algo no encaja en lo esperable, cuando un niño no responde a las expectativas o cuando un funcionamiento infantil nos perturba.”* (p. 184). Sabemos que la detección precoz de signos de alarma respecto de posibles fallas o presencia de psicopatología en el proceso de estructuración psíquica, permitirá comenzar a trabajar sobre los primeros tiempos de estructuración con mejor pronóstico. En ésta tarea, los médicos pediatras cumplen una función crucial, ya que, al seguir la evolución y el desarrollo integral del niño mediante los controles periódicos (los cuales son sobre todo frecuentes en los primeros años de vida), si están atentos y avezados en la detección temprana de psicopatología y seguimiento de las pautas

esperables del desarrollo, contarían con los elementos necesarios para la intervención temprana solicitando la interconsulta pertinente.

Como expresa Dolto (1972) a propósito del “Caso *Dominique*”, cuando, a modo de conclusión, plantea el interrogante respecto de si se puede esperar una profilaxis de las neurosis y de las psicosis infantiles, a lo cual responde:

*“Todo esto aboga en favor del desarrollo del psicoanálisis y del diagnóstico precoz de los pediatras, mucho antes de los tres años, de los niños que, ignorándolo su familia, están ya inadaptados a la vida en sociedad de sus coetáneos y a los que, ingresándolos en una escuela maternal, no se haría más que agravar sus dificultades, sino ha sido precedido y acompañado por una psicoterapia psicoanalítica de los padres y del niño.”* (p. 248)

Al respecto, vale mencionar que, tanto en el ámbito de atención pública como privada, es frecuente que la interconsulta con psicología se realice en tiempos tardíos, ya sea por desconocimiento o desmentida de las dificultades, o, por haberse dado prioridad a los abordajes médicos, particularmente neurología, con lo cual el tratamiento de la problemática de las patologías graves y el sufrimiento psíquico del niño y su familia cae bajo el dominio del abordaje médico - farmacológico. Lo que es peor aún, se observa muchos niños que habiendo tenido acceso al abordaje en psicología éste resulto ser un proceso de adiestramiento y corrección de lo desviado mediante pautas de adaptación social, quedando por fuera la problemática subjetiva y la génesis del conflicto, lo que da como consecuencia el robustecimiento de la patología y la potencialidad de que la misma detone en cuadros psicopatológicos agravados en un futuro. Cabe preguntarnos; ¿Qué concepción de niño subyace bajo esta mirada? ¿Qué queda por fuera en éste abordaje? Ensayo como respuesta rápida que “gravemente” lo grave queda por fuera. “¿Qué es lo grave en un niño?” Como se pregunta Janin (2011, p. 184).

Desde una concepción del niño como ser en pleno proceso de desarrollo y estructuración psíquica siempre en relación a un otro, se entiende que la gravedad de un cuadro estaría dada por la dificultad y/o imposibilidad de simbolizar e inscribir en la subjetividad el mundo de los objetos y de los afectos; sea por fusión, confusión o indiscriminación del otro, o por “*sentimiento de no existencia*” como lo define Tustin (1990). En este sentido, vemos afectada la

expresión, en el juego, por ejemplo, quedando interrumpido el devenir, reverberando en sí mismo en lo estereotipado y repetitivo. “*Cuando lo que insiste es la repetición ciega, la inmovilidad de un funcionamiento idéntico a sí mismo, entonces sí tenemos que pensar en la `gravedad` de una situación que involucra al niño y a su entorno.*” (Janin, 2011, p. 189)

En este sentido, la autora explica que en términos de estructuración psíquica, los trastornos prevalecen en: la constitución de los ritmos y de ligazones que operen como inhibidoras del desborde pulsional y de la descarga a cero, en la diferenciación adentro – afuera y en la erotización, en la articulación de las zonas erógenas y en la constitución del yo, en el armado de un continente diferenciado de un contenido y en la diferenciación yo- no yo, en la constitución de una imagen unificada de sí, en los esbozos de armado de representaciones preconscientes, y en la represión de algunas mociones pulsionales.

Cuando se identifican indicadores de patologías graves, surge en la exploración clínica la pertinencia del diagnóstico diferencial, según sea el caso. Agrega que, las psicosis son trastornos severos en la constitución psíquica, mientras que el autismo muestra uno de los modos más primarios de estos trastornos, que se refiere a fallas muy tempranas de la subjetividad, con un elemento distintivo: “*la incapacidad para comprender el vínculo humano.*” (ob. cit. p. 191)

Por su parte, (Tustin, 1990) a propósito del diagnóstico diferencial, explica que, en su experiencia clínica, descubrió que los niños cerradamente encapsulados, eran más fácilmente tratables que los de tipo esquizofrénico, quienes eran más difusos y dispersos. Expresa que, “*en la psicosis simbiótica pre-esquizofrénica de Mahler (1968) madre e hijo se asemejaban a una pareja de gemelos siameses,*” (...) *lo que Meltzer (1975) denominó identificación adhesiva.*” (p.31). Agrega que, una modalidad esquizofrénica más elaborada para guarecerse de las cosas que aterran, tanto internas como externas, es la ilusión de romper el cuerpo de la madre y de otras personas y meterse en él, que según W. R. Bion (1962) se trataría de una exageración de aquellos procesos normales que Melanie Klein denominó “*identificación proyectiva*”. Los llamó niños enmarañados confusionalmente, en referencia a la confusión en el sentimiento de su propia identidad y la percepción de la de otras personas.

Por su parte, en los niños de tipo autista, el desarrollo psicológico se ha detenido casi por completo, aunque en algunos de ellos se evidencia el interés obsesivo

y la perseveración por una cosa. El foco de atención se restringe a ese aspecto, discurre por una senda estrecha y aberrante, y no es confuso y disperso como el niño esquizofrénico.

El rasgo diagnóstico básico (Tustin, 1990) específico del autismo, brota del hecho que los niños normales al igual que los animales, ante la percepción de peligro tienden a buscar refugio en la madre. El niño de tipo esquizoide emplea una forma pre-fabricada de protección frente a los terrores elementales. En la ilusión, se envuelve en el cuerpo de la madre, bajo la influencia del mecanismo de identificación proyectiva. En cambio, los niños autistas están envueltos en sus propias sensaciones corporales, es decir, que crean su cobertura protectora propia, por lo que no recurren a la madre en busca de refugio. Esto significa que, en contraposición al niño esquizofrénico, que es dependiente en grado extremo, los niños autistas desconocen su dependencia de otros, *“no poseen casi sentir del propio ser, y en consecuencia no se puede emplear la expresión `pre-fabricada` para denotar su cobertura exterior. Esto me ha inducido a denominarla `encapsulación auto – generada`”*. (p. 33)

La encapsulación auto-generada es una encapsulación dura, como un cascarón, y ello es lo que constituye el rasgo diagnóstico diferencial específico en exclusividad de los niños autistas. La autora expresa que, según lo comprendió Kanner, estos niños no distinguen entre personas vivas y objetos inanimados, y portan consigo objetos duros con los cuales se sienten igualados en un mundo bidimensional.

*“No se trata de una identificación; han asimilado la dureza del objeto para igualarse con este. Sería (...) una igualación adhesiva, más que una identificación adhesiva. Después que propuse la expresión objetos autistas (Tustin, 1980, 1981), descubrí que Winnicott (1958) había tenido noticia de ellos y que, con su estilo pintoresco, había propuesto la expresión paradójica de objetos subjetivos. Ahora me inclino a denominarlos objetos autistas de sensación.”* (Tustin, 1990, pp. 33 - 34).

Estos objetos autistas de sensación, no son objetos en el sentido objetivo del término, son generados por el sentido del tacto. La autora explica que parecen generarse como un *“conglomerado duro de sensaciones táctiles obtenidas a partir de sensaciones del cuerpo (...) por ejemplo heces duras en el ano, la lengua enroscada y apretada o pelotones duros de carne en el interior de las*

mejillas. Estos son los prototipos de objetos duros, como trencitos o autos de juguete, que los niños autistas portan consigo y que en su sentir son partes de su propio cuerpo.” (p. 58 – 59). Por otro lado, postula el concepto de “formas autistas de sensación”, las cuales son “auto-generadas por actividades táctiles como tocar con los dedos, palpar, frotar, ensuciar y aun dibujar y pintar sobre superficies lisas (...) derivan también de los llamados ‘amaneramientos nerviosos’, como hamacarse o producir movimientos bruscos.” (p. 59)

Asimismo, citando a Rutter (1978), la autora expresa que este autor ha descrito tres síntomas cardinales para el diagnóstico de niños autistas, a saber: 1) no desarrollan relaciones sociales, presentan retardo en el lenguaje, a menudo con confusión en el uso de pronombres “yo”, “tú”; y 3) presentan conducta ritualista y compulsiva, asociada con movimientos y gestos estereotipados.

Agrega que, la confusión en los diagnósticos se produce cuando la psiquiatría insiste en centrarse para ello en los rasgos descriptivos externos, descuidando las razones de fondo que dieron origen a la perturbación.

Por su parte, George Víctor (1986) y Robert Olin (1975) citados por la misma autora, identifican que la lactancia es otro elemento diferencial; mientras que los niños autistas se presentan Inhibidos, con dificultades para lactar, por lo general, los niños esquizofrénicos son lactantes ávidos, incontenibles.

Otro rasgo de diagnóstico diferencial, consiste en que en el autismo se observa una encapsulación dura, como un cascaron, a modo de guarecimiento tal, que detiene casi por completo el desarrollo psicológico. En la esquizofrenia infantil, se produce el empleo limitado de la encapsulación autista, como medio para buscar refugio a experiencias intolerables. Predomina aquí la identificación proyectiva, intrusiva y adhesiva.

Respecto del lenguaje, estos autores van a expresa que, mientras que el niño autista es mudo o ecolálico; el niño esquizofrénico fragmenta y confunde las palabras de las maneras más ingeniosas, develando un mensaje secreto entre lo dicho y obrado. Mientras que en la esquizofrenia las alucinaciones están presentes, éstas están ausentes en el autismo, aunque se pueden presentar en el curso del tratamiento cuando el niño autista se recupera.

Tustin (1990) expresa que, además de Olin (1975), otros autores han hecho referencia a la fluctuación entre autismo y esquizofrenia en algunos niños psicóticos, lo cual ella también ha podido observar en su clínica. Postula que, en

algunos casos, el autismo se ha desarrollado como protección frente a la desintegración que es característica de la esquizofrenia. De esta manera, si el autismo se revierte, se manifiesta la esquizofrenia latente. *“Tanto el encapsulamiento autista como el enmarañamiento esquizofrénico se generan como reacciones protectoras frente a la depresión del tipo ‘agujero negro’.* (p. 23)

Por último, resulta de interés el aporte que realiza la autora en pos de la clarificación de ideas erróneas que circulan respecto de aquello que es, y lo que no es autismo. Expresa que, suele pensarse que a los niños autistas le ha faltado amor cuando bebés, lo cual lleva a poner excesivamente el acento en causas ambientales, e intentos sobrecompensatorios de remediar su condición autista. Según expresa, el primero en sustentar este equivoco fue Leo Kanner, cuando escribió que las madres de estos niños eran *“frías”* e *“intelectuales.”* No obstante, éste no ha sido el caso de todos los niños autistas. Según su experiencia clínica ella comenta: *“las madres de todos los niños autistas con los que trabajé habían estado deprimidas en algún momento cuando el hijo era pequeño, pero lo habían deseado y no se habían mostrado desamoradas, aunque es probable que el cuidado que le dispensaran dejaba mucho que desear a causa de su depresión.”* (ob. cit. p. 24)

En este sentido, la depresión del tipo *“agujero negro”* es el resultado de una madre y un bebé infelices y carentes de apoyo, que se han aferrado y compenetrado entre sí con exceso, a causa de lo cual el bebé no pudo establecer las diferencias primarias indispensables que forman parte del desarrollo normal. Este punto se puede relacionar con el desarrollo de *“madre muerta”* de André Green (1986), que se trataría de;

*“un imago constituido en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna, que transformó brutalmente el objeto vivo, fuente de la vitalidad del hijo, en una figura lejana, átona, casi inanimada, que impregna de manera muy honda las investiduras de ciertos sujetos que tenemos en análisis y gravita sobre el destino de su futuro libidinal, objetal y narcisista. La madre muerta es entonces, contra lo que se podría creer, una madre que sigue viva, pero que, por así decir, está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien ella cuida.”* (p. 249)

Otro equívoco popular que Tustin intenta desterrar, es el que todos los niños autistas padecen de lesión cerebral, para lo cual comprende que se aplica lo mismo que en el caso del desamor, es decir, que algunos niños autistas estén aquejados de lesión cerebral no significa que todos la padezcan. Agrega que, la experiencia clínica le ha mostrado que alteraciones cerebrales comprobadas por electroencefalograma, tienden a desaparecer con un tratamiento psicoterapéutico, no obstante, aclara que en su trabajo clínico sólo admitió en tratamiento a niños autistas en quienes no se había comprobado lesión cerebral. Para finalizar, según lo planteado, es posible concluir que *“el autismo es una protección auto-sensible de un tipo reflejo automático, innata en todos los humanos, pero que se puede extremar de un modo tan masivo y excluyente que origine una patología. El uso masivo y excluyente de la encapsulación auto-generada sirve a los fines de distraer la atención de las experiencias infantiles traumáticas intolerables.”* (ob.cit, p. 48). Por su parte, Mahler (1972) define el autismo como *“una defensa – una defensa psicótica- en contra de la falta de esa necesidad vital y básica del ser humano pequeño en sus primeros meses de vida: la simbiosis con una madre o con un sustituto materno.”* (p. 18)

Según plantea Tustin (1990) el trabajo terapéutico eficaz con estos niños es que sean amparados psicológicamente por un terapeuta que tenga alguna suposición o sospecha del mundo especial en el que ellos *“viven y andan”* y tienen su precario sentimiento de existir. *“El tratamiento debe incluir la comprensión de la transferencia infantil, y que ofrezca a los niños la oportunidad de re-experimentar los dramas infantiles tempranos que indujeron el modo de guarecimiento autista encapsulado.”* (p. 36)

Respecto de la psicoterapia con el niño esquizofrénico, la autora va a plantear que se dirige sobre todo a modificar su modo de reacción tosca, en bruto frente al exterior, lo cual se produce a través del vínculo con el terapeuta. El trabajo operará en dos frentes: producir cambios en los padres y en el ambiente familiar, y cambios en el paciente. Al respecto, señala que los niños de tipo autista y de tipo esquizofrénico muestran una respuesta muy dispar en terapia sólo cuando se empiezan a recuperar, no mientras permanecen en un estado autista fusionado. En este sentido, agrega que, si se da a niños autistas una interpretación acorde con sus sentimientos, casi siempre se obtiene una

respuesta positiva de su parte, y en el contacto el terapeuta tiene la impresión de que el paciente ha estado deseando ese grado de comprensión.

### **2.3. Algunos de los desarrollos teóricos más relevantes para pensar y comprender el caso clínico**

En el siguiente punto, se hará referencia a los desarrollos de psicosis de algunos de los autores más relevantes en la temática, no agotándose aquí la riqueza y profundidad de los mismos. No obstante, como expresa Bleichmar (1993): *“las psicosis deben ser reconocidas en su multiplicidad polimorfa; ello implica salir de la propuesta estructuralista originaria de concebir “la `psicosis´ como causada por un mecanismo único desde una modalidad cristalizada de función materna (...) en este sentido, existen `las psicosis´, así como existen diversas variables que conducen al desenlace psicótico.”* (p. 167) De la misma manera, Janin (2011) propone; que *“más que autismo hay autismos, en tanto son muchas las diferencias que encontramos entre los niños que son diagnosticados de éste modo.”* (p. 19).

#### **2.3. a) Melanie Klein (1882 – 1960)**

Fue precursora en el reconocimiento y tratamiento de psicosis en niños, sin embargo, no distinguió entre autismo y esquizofrenia de la niñez. *“El caso Dick (1930) era un niño al que hoy le diagnosticaríamos autismo, pero Kanner publicó su trabajo sobre autismo temprano en 1943. Ella vio que Dick era diferente de los distintos niños psicóticos que había observado, y le diagnosticó “Dementia Praecox”, como se denominaba entonces a la esquizofrenia.”* (Tustin, 1990, p. 27).

Bleichmar (1993) comenta a propósito del pensamiento de M. Klein, que ésta concibe la existencia de un yo desde los orígenes y generó su propia propuesta teórica, planteando que la única realidad es la del inconsciente, y *“a partir de ello, toda producción secundaria es simple símbolo, transcripción de lo verdadero a cuyo encuentro debe ir el analista: ` el niño nos traerá muchas fantasías si en esa senda lo seguimos con la convicción de que lo que nos relata es simbólico. (...) Liberar la fantasía trabada por la angustia, permitiendo así la disminución de la culpa, he aquí la meta del análisis.”* (pp.186 – 187).

Marcelli (2006) plantea que, para Klein, el desarrollo del niño normal pasa por fases arcaicas y que las primeras angustias experimentadas son de naturaleza psicótica. Las defensas organizadas contra dichas angustias organizan la “*posición esquizo-paranoide*” propia de los primeros meses de vida, y la psicosis infantil sería la persistencia de esta fase más allá del periodo normal. En el caso del psicótico, sea niño o adulto, la persistencia y la exacerbación de los tipos de defensa arcaicos se deben a la intensidad de las pulsiones agresivas y destructoras que no han permitido el desarrollo pleno de las pulsiones libidinales. Para defenderse de la ansiedad primaria, experimentada como dañina y mortífera, el individuo psicótico divide, escinde y proyecta sus afectos sobre los objetos circundantes. Mediante la *escisión e identificación proyectiva*, los objetos que le rodean pierden sus propias características y se convierten en perseguidores y peligrosos. A fin de poder defenderse de ellos, el individuo psicótico introyecta las partes buenas de dichos objetos y de su yo en un conjunto confuso, pero que debe ser omnipotente y omnisciente, a modo de defensa maniaca a fin de luchar contra los objetos malos externos.

Por su parte, Klein (1921 – 1945) en “*La psicoterapia de las psicosis*” (1930), plantea que:

*“En la primera realidad del niño no es una exageración decir que el mundo es un pecho y un vientre lleno de objetos peligrosos, peligrosos a causa del propio impulso del niño a atacarlos. En tanto que el curso normal de desarrollo del Yo es evaluar gradualmente los objetos externos a través de una escala realista de valores, para el psicótico, el mundo – y esto en la práctica significa objetos – es valorado en el nivel original; es decir, que para el psicótico el mundo es todavía un vientre poblado de objetos peligrosos.”* (...) Agrega que, si se le pidiera que brinde en pocas palabras una generalización válida para la psicosis diría que: *“las agrupaciones principales corresponden a las defensas contra las principales fases de desarrollo del sadismo.”* (p.239)

En el niño normal, la constatación de la realidad, los progresos de la maduración y la permanencia de la pulsión libidinal le permiten superar la posición esquizo-paranoide, afrontar la posición depresiva, y acceder a la ambivalencia neurótica. Por su parte, en el niño psicótico, la intensidad de las pulsiones agresivas impide

cualquier reconstrucción del objeto y del Yo, acentúa la división y la identificación proyectiva y mantiene al individuo en la posición arcaica.

Klein observó que sus pacientes graves no presentaban síntomas sino ansiedades muy tempranas. En este sentido, postuló los conceptos de “*posición esquizo-paranoide*” y “*posición depresiva*” las cuales podrán darse alternadamente en los distintos momentos de la vida y situaciones del individuo, según sea la vivencia en cuestión.

*La posición esquizo-paranoide (1946)* es la primera evolutivamente pero posterior en la elaboración teórica. Klein plantea un yo desde el principio, pero lábil, precario, que se encuentra entre la organización/desorganización, pero con tendencia a la integración. Remarca la importancia del entorno y de la relación madre – hijo. Tempranamente se constituyen en el bebé dos representaciones dando origen en el Yo a la escisión: Pecho bueno (gratificante): núcleo del Yo y Pecho malo (frustrante): se introyecta el núcleo como núcleo del súper yo. Si no se da esto, el yo no sabe de qué se tiene que proteger y surge la ansiedad confusional.

Por su parte, en la *posición depresiva (desarrollada teóricamente en 1934)*, plantea que la elaboración de esta posición es central porque implica un trabajo psíquico que será el prototipo de cualquier postura frente a la frustración. Permite al bebé simbolizar la ausencia, crear lenguaje, juego, diferenciar Yo – no Yo y fantasía – realidad, con inicio en el destete. Algo del sadismo obliga a separarse del pecho por el temor retaliativo. La clave aquí sería la sustitución, la capacidad de simbolizar y encontrar un equivalente del pecho que ya no gratifica al niño. Esta posición se constituye como un momento muy temprano de duelo que será el arquetipo de toda depresión posterior.

El punto crucial es elaborar el duelo, elaborar las representaciones internas de ese objeto mediante un trabajo psíquico. La realidad enfrenta a que ese objeto no está, y si no media un trabajo de elaboración se recurre a la manía como negación de la pérdida.

La posición depresiva introduce al niño en el Edipo temprano hacia el padre. Klein a diferencia de Freud, dirá que el Súper yo no es el heredero del complejo de Edipo sino quien lo pone en marcha.

Según expresa Marcelli (2006), los seguidores de Klein, sin retomar los aspectos fundamentales de su teoría, hicieron hincapié en puntos específicos, como, por ejemplo:

*Hanna Segal* describió la emergencia de la organización simbólica, lo que ella describe como: “*ecuación simbólica*”, debido especialmente a la identificación proyectiva: el objeto original y el símbolo no están diferenciados en el pensamiento psicótico. Incesantemente se producen permutaciones entre los fragmentos de los objetos y los fragmentos del Yo, desdibujando el contorno de la realidad e impidiendo el acceso a un manejo satisfactorio del mundo simbólico y, por ende, del pensamiento.

Por su parte, Tustin, centra su investigación sobre la depresión psicótica que consiste en un sentimiento de ruptura dentro de la continuidad y crea, como se desarrolló anteriormente, un “*agujero negro*” contra el que el niño lucha utilizando mecanismos arcaicos de encapsulamiento o un repliegue autista, o bien utilizando la identificación proyectiva o maniaca. De esta forma, logra preservar un mínimo de sentimiento de continuidad, centrando toda la atención en ésta sensación corporal que garantiza el sentimiento de continuidad.

*Donald Meltzer* presta atención a un conflicto psíquico muy precoz, y propone la hipótesis de un “*conflicto estético*” entre la superficie atrayente y fascinante del objeto y su profundidad desconocida y angustiante: la catexis de la madre oscilará entre estas dos tendencias, y en el caso del autismo, se mantendrá fijada en la superficie.

Por su parte, *M. Mahler*, estudia la evolución de la relación madre-hijo bajo el ángulo específico de la autonomía progresiva de éste último. Describe fases y sub-fases en dicho proceso de autonomía, como se desarrollará a continuación.

### **2.3.b. Margareth Mahler (1897 – 1985)**

Fue gran especialista en el tratamiento de psicosis infantiles. Según Roudinesco y Plon (1998), a partir de 1949 se consagró a la etiología de las psicosis y al autismo, y en 1957 creó con Manuel Furer un centro de ayuda e investigación sobre el desarrollo de los procesos de individuación, el Masters Childrens Center, y un centro terapéutico para el tratamiento de psicosis infantiles, la Masters Therapeutic Nursery. En ambas instituciones, los niños eran recibidos junto con

sus madres. Fue contemporánea de M. Klein, y aunque fue influida por sus trabajos, se inspiró primero en René Spitz, y luego en D.W Winnicott. Fue fiel a la corriente annafreudiana, reprochándole a los kleinianos su dogmatismo y que “*su exceso de imaginación, los llevaba – decía- a ‘inventar’ una vida fantasmática del lactante.*” (p. 663)

Asimismo, por el hecho de vivir en Estados Unidos, tuvo la posibilidad de discutir personalmente con Leo Kanner, e incorporar los descubrimientos de éste a sus propias teorías. A partir de sus observaciones elaboró la noción de separación-individuación para definir un proceso intrapsíquico que se produce entre el cuarto y trigésimo sexto mes de vida. La separación es la emergencia del infante fuera de la fusión simbiótica con la madre, y la individuación es la aceptación por el niño de sus propias características individuales. Sostenía una hipótesis evolutiva, en tanto postulaba que la primerísima etapa de la infancia era una *fase inicial o autismo normal* donde la satisfacción de la necesidad toca a su órbita autista propia y el infante no tiene conciencia del mundo exterior. Es decir, el bebé no es consciente de su individualidad ni de la de su madre, oscila entre fases de satisfacción y fases de necesidad. Se halla en un estado de desorientación alucinatoria primaria en la que la satisfacción de sus necesidades depende únicamente de su omnipotencia autista. Esta fase inicial de autismo normal, es seguida por una *fase simbiótica*; en la que el niño es capaz de esperar y anticipar confiadamente la satisfacción, gracias a las huellas mnésicas que el placer de la gratificación ha dejado. La pura necesidad fisiológica se convierte en deseo, se inicia el esbozo del Yo y aparece el objeto simbiótico. El máximo riesgo en este periodo es la pérdida del objeto simbiótico (madre), lo que en esta etapa equivale a la pérdida de uno mismo.

Adoptó el concepto botánico de “*simbiosis*” para designar la interdependencia que en beneficio mutuo se desarrollaba entre madre y bebé en ese estadio simbiótico normal. Lo que denominó “*psicosis simbiótica*” era consecuencia de una perturbación traumática de la etapa autista normal de la primera infancia. En este sentido, diferencia *entre psicosis autista*, en la que el *mecanismo de sostén*<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Hay fases en el desarrollo del niño que no pueden ser superadas debido a la angustia masiva que suscita el acceso a la fase siguiente. Para defenderse de ello el niño utilizar lo que Mahler

es una conducta alucinatoria negativa que anula cualquier percepción del mundo exterior, incluida la madre, y la *psicosis simbiótica*, donde el principio maternante es reconocido, pero el niño oscila entre el deseo de fusión absoluta con un objeto bueno y el temor de absorción o aniquilación.

Por último, describe la *fase de separación – individuación* (de los seis a los treinta meses): cuando el niño está cerca de su funcionamiento autónomo y disfruta de ello, coincidente con la explosión motora. La interiorización de los objetos y la adquisición de la noción de permanencia del objeto le confiere la seguridad necesaria para la autonomía.

La autora concibe la psicosis infantil como el resultado de los fracasos en el proceso de individuación, cuyo origen se halla tanto en la madre como en el niño, dado la incapacidad innata del Yo para neutralizar las pulsiones y el déficit en la capacidad perceptiva primaria, lo cual produce efectos desorganizadores del pánico orgánico del niño sobre un Yo frágil.

Mahler (1972) expresa que, ya en la década del 1930, en su práctica clínica se encontró con casos raros de trastornos emocionales severos en los niños cuyo cuadro clínico no encajaba con las neurosis, pero al mismo tiempo, “*no podían ser forzados a la categoría de organicidad que ha servido como basurero*” (p. 17). Del mismo modo, en la actualidad podríamos pensar la recurrencia de esta tendencia, cuando bajo una gran categoría diagnóstica común del DSM IV/ DSM V (como por ejemplo Trastorno Generalizado del Desarrollo) se encasillan y agrupan todas aquellas conductas y manifestaciones semiológicas que escapan a la comprensión del examinador de manual. En función de un trabajo de investigación basado en el estudio de dieciséis casos clínicos, titulado: “*Estudios clínicos en casos benignos y malignos de la psicosis infantil (semejantes a la esquizofrenia)*” (Mahler, Ross y De Fries, 1949, citados por Mahler, 1972), la autora delineó los rasgos que consideró patognomónicos de la sintomatología manifiesta del niño “*semejante al esquizofrénico*” (p. 19). Expresa que, en dicho trabajo, aventuró la opinión que la iniciación de la psicosis ocurría durante el primer año de vida, y parecía coincidir con la falta del infante de una “*esperanza*

---

llama “*mecanismos de sostén*” que se oponen al progreso en el desarrollo. (Marcelli, 2006, p. 291)

*normal* (p.20) de rescate, o de gratificación, o de hambre de afecto por parte de su madre. En un segundo periodo crucial de iniciación (del segundo al quinto año) la apersonación de la madre, hasta ahora narcisista, ya no era suficiente para actuar en contra de la predisposición abrumadora de angustia en éstos niños. El crecimiento maduracional aumentó el reto, por los requerimientos de la realidad externa y el conflicto psicosexual. La separación emocional simbiótica de la madre fue aquello que actuó como disparador para desconectarse psicóticamente de la realidad.

Respecto de la fase simbiótica, citando a Freud (1965), va a expresar que, hacia el tercer mes de vida, el objeto empieza a ser percibido como un objeto parcial, inespecífico y satisfactor de la necesidad. *“Cuando la necesidad no es tan imperativa, y el infante puede aguardar la satisfacción con confianza, allí se puede hablar del principio de un Yo y también de un objeto simbiótico. La respuesta específica de la sonrisa es la cúspide de la fase simbiótica”*. (p. 30).

La madre constituye de diferentes formas, *‘un marco de referencia en espejo’* al cual se ajusta automáticamente el niño. Si la *‘preocupación primaria’* de la madre con el infante es inestable, impredecible, cargada de ansiedad u hostilidad, el niño en proceso de individuación tiene que manejarse sin un cuadro de referencia para reexaminar perceptual y emocionalmente a la compañera simbiótica (Spiegel, 1959, citado por Mahler, 1972). Entonces, el resultado sería un trastorno en el *‘sentimiento propio del ser’*, que se derivaría de un estado placentero y seguro en la simbiosis, del cual tuvo que *“romper el cascarón ‘prematura y abruptamente’*. (ob. cit. p.37).

¿Cuál sería entonces el problema central de la psicosis infantil, según M. Mahler? Ella postula que; la percepción de cuidados buenos del objeto parcial como un medio confiable de satisfacción y el surgimiento interno de un hambre de necesidad, prepara el camino para el estado simbiótico socio-biológico del infante humano con la madre. En la psicosis infantil, esta fase de evolución extrauterina, la relación simbiótica, falta o es distorsionada gravemente.

Al respecto, Mahler (1972) expresa:

*“El trastorno central en la psicosis infantil, como yo veo, es una deficiencia o un defecto en la utilización intrapsíquica del niño de la compañera materna durante la fase simbiótica y su subsecuente inhabilidad para internalizar la representación de objeto materno para su*

*polarización. Sin esto no ocurre la diferenciación del ser, de la fusión y confusión simbióticas con el objeto parcial. Para hacerlo corto, la individuación defectuosa o ausente se encuentra en el centro de la psicosis infantil.” (p. 52).*

Es decir, en la individuación no se alcanza un sentido de identidad individual. Respecto de la controversia entre lo constitucional y la causalidad en la etiología de las psicosis, la autora expresa que la etiología primaria del niño psicótico para poder usar al agente materno catalizador para la homeostasis “*es congénito, constitucional y probablemente hereditario o adquirido en los primeros días de vida extrauterina,*” (ob. cit. p.70) Sus observaciones no apoyan la teoría que responsabilizaba exclusiva o principalmente a la madre esquizofrenogénica. Propone enfocar el problema en términos de una serie complementaria: a) si durante la fase autista y simbiótica más vulnerable ocurre una traumatización muy severa en el infante, la psicosis puede suceder y el objeto humano en el mundo externo pierde su capacidad catalizadora; b) en infantes con una fuerte predisposición constitucional, hipersensibles o vulnerables, que la actuación maternal normal no resulta suficiente para una evolución y diferenciación intrapsíquica.

Respecto de los mecanismos defensivos de la psicosis, plantea que, prefiere llamarlos mecanismos de mantenimiento, ya que también son usados por niños normales o neuróticos. Son dos mecanismos principalmente con la posibilidad de mezclas y combinaciones, a saber: esencialmente autísticos y simbióticos; inanimación, indiferenciación, desvitalización, fusión y defusión.

Haciendo referencia a lo normótico, y dejando entrever la influencia de Winnicott, Mahler (1972) va a expresar que, en el infante no psicótico, la disponibilidad libidinal de la madre, por la dependencia emocional del niño, facilita el desenvolvimiento óptimo de las potencialidades innatas. Es decir, si el niño cuenta con una “*madre devota ordinaria disponible*” (p.70), se evidencia la rica abundancia de la energía del desarrollo, particularmente en el proceso de individuación.

### **2.3.c) Françoise Doltó (1908 – 1988)**

Roudinesco y Plon (1998, p 230) la describen como una de las grandes figuras del freudianismo francés, junto a Lacan, a quien conoció en 1938, y con quien

participó en la fundación École freudienne de Paris (EEP) en 1964. Se señala a René Laforgue como su primer maestro y con quien comienza su cura, que dura tres años, y a Édouard Pichon como el segundo, gracias a quien, después de pasar por el servicio de Georges Heuyer (1884 – 1977) donde frecuentó a Sofia Morgenstein, presentó su tesis de medicina en 1939; sobre las relaciones entre el psicoanálisis y la pediatría, donde pone las bases de una práctica del psicoanálisis de niños sostenida ante todo por un análisis clínico riguroso.

Roudinesco Élisabeth (2018) comentó que a sus nueve años de edad se analizó con Doltó en Francia, y comparte su recuerdo:

*“Me acuerdo de la manera insólita en que se dirigía a mí en esa lengua elegante, entre Pierre Fresnay y Louis Jouvet. Sabía hablarles a los niños sin emplear ese balbuceo estúpido e infantil que algunos asimilan a una supuesta ‘lengua de niño’. Les hablaba como a sujetos de pleno derecho. Educada en la fe cristiana y el culto de la Action française (...) era terriblemente francesa, carecía de conocimientos sobre el mundo anglófono (...).”* (pp.256 – 257).

Por su parte, Yannick (1990) expresa que, la única obra de F. Doltó que fue construida como exposición teórica metódica es *L’image inconsciente du corps*, pero estaría lejos de reunir el conjunto de sus hipótesis, por lo que, el único medio para acceder a todas las claves de su sistema, es la lectura de su obra íntegra. Según Doltó, el psicoanalista debía emplear las mismas palabras que el niño, y significarle sus propios pensamientos con su aspecto real. *“Cuando F. Dolto relata la historia de un niño para exponerla o restituírsela en terapia, sabe conferirle un horizonte casi novelesco e intencional: quien aparecía como algo sufriente y aplastado por el destino se encuentra conmovido al rango de héroe de una aventura trágica.”* (...) *“Ella apunta a lo verdadero”* (...) *“Ella hace visible lo que no se sabe ver.”* (Yannick François, 1990, p. 14).

¿Cómo concibe Dolto al sujeto? Ella funda sus desarrollos teóricos sobre la convicción que, desde la concepción, la existencia de un individuo debe comprenderse como la manifestación del deseo de un sujeto. Si hay vida, esto implica que el sujeto está allí: *“Por mi parte, si pienso que el deseo de los padres induce a su hijo por efecto de lenguaje, pienso que todo ser humano es, desde su origen, en su concepción, él mismo fuente autónoma de deseo. Creo que su*

*aparición viviente en el mundo (en el nacimiento) es simbólica, en sí misma, del deseo autónomo de asumirse* "(1971<sup>a</sup>, p. 202) Citado por Yannick (1990) p. 76.

En referencia al orden simbólico del lenguaje introducido por Lacan, expresa que el ser humano, en tanto ser de lenguaje, es la encarnación simbólica de tres deseos: el de su padre, el de su madre y el propio. En este sentido, el sujeto se cruza con lo real del cuerpo, se "*encarna*", es "*victima de los engaños de lo corporal*" (p. 77). Según explica Yannick (ob.cit.), la obra de su madre tenderá a una elucidación de ese vínculo entre el cuerpo y el sujeto, en particular en los momentos críticos de la primera infancia y de su eventual resolución patológica, no estableciendo diferencias de naturaleza entre el feto, el niño y el adulto. La última crisis sería la muerte del individuo, donde se resuelve para ella la liberación del sujeto, ya que la muerte sólo acontece al Yo.

Para Dolto, el ser humano está dotado de función simbólica por el solo hecho de ser humano, como aquello inherente que lo constituye. Este es el punto de partida ontológico. Nos obstante, la psicosis y el autismo rompen con ese supuesto, ya que, de ser así, no tendrían razón de ser las patologías. En este sentido, cumple una función decisiva el encuentro con el otro, como aquello que va a permitir el pleno desarrollo de esa función innata, por lo que la mencionada función simbólica es condición necesaria pero no suficiente. Es en ese encuentro donde se comienza a organizar la imagen inconsciente del cuerpo y las castraciones para que inscriban la capacidad de simbolización.

Dolto (1984) plantea que la imagen inconsciente del cuerpo se forma durante los tres primeros meses de vida y se organiza siguiendo los estadios de desarrollo del niño. Cada etapa de la formación de esta imagen se construye a costa de la aceptación de la castración, la cual "*es fundamentalmente inconsciente y se estructura en el seno de la relación deseante, lingüística y afectiva con el otro.*" (p. 6) A su vez, ésta autora plantea tres componentes de la imagen inconsciente del cuerpo, las cuales variarían con los distintos estadios libidinales. Se describen muy sucintamente: *la imagen de base*; que da al niño la convicción que su cuerpo se asienta sobre un suelo firme que lo sostiene y soporta, brinda la sensación de aplomo, de reposo. Le proporciona el sentimiento de existir. *La imagen funcional*; a diferencia de la imagen de base, es la imagen de la sensación de un cuerpo inclinado a la satisfacción de necesidades y deseos. Es un cuerpo en constante actividad, abierto a intercambios con los objetos concretos y

sustanciales (por ejemplo, alimento y excrementos) y objetos sutiles (mirada tierna, timbre de voz, etc.). Por último, *la imagen erógena*, es la imagen de un cuerpo sentido como un orificio entregado al placer. La imagen de base es la más importante, por lo que cuando un niño sufre una herida en cualquiera de las tres imágenes de un estadio libidinal, regresa automáticamente a la imagen de base del estadio precedente, a fin de recobrar la seguridad que faltaba.

Dolto (1973), presenta en el "*Coloquio de Paris*", las doce sesiones de tratamiento de un niño psicótico de 14 años de edad, lo que re-transcribe y completa con el desarrollo teórico sobre psicosis en su libro: "*El caso Dominique.*" A propósito de sus desarrollos teóricos en el mencionado caso clínico, expresa que;

*"En el caso de un desarrollo no bloqueado, la evolución neurofisiológica y psíquica del niño estará sostenida por la superación de las castraciones de cada estadio: - cisura del cordón umbilical (y esclarecimiento de la respiración-olfacción, audición y nutrición), - destete del pecho, -destete del biberón y del alimento líquido exclusivo, -desprendimiento de la dependencia física funcional, -caminar autónomo-continencia esfinteriana, autonomía total." (pp.226-227).*

En el caso de las psicosis y el autismo, las fallas severas se producen en la castración umbilical, como circuito libidinal con la madre en el que quedó detenido.

Yannick (1990) expresa que, según Dolto, hay *`algo´* en el núcleo de la psicosis que ha permanecido fuera de lo simbolizable, *`algo´* del deseo del niño no ha encontrado la castración que lo habría conducido a ser simbolizado. Ya sea que los padres por razones inconscientes hayan sido incapaces de dar una castración, ya sea porque el niño haya vivido una castración que movilizara los deseos arcaicos sin referencia posible a la ley. En este sentido, considera la relación que existe entre la psicosis y la dinámica inconsciente parental, por lo que *"es la primera en sugerir que hacen falta tres generaciones para que aparezca una psicosis."* (p. 134), a lo que se asocia la idea de que, realizar el tratamiento con niños psicóticos implica a su vez un trabajo psicoterapéutico con los padres, *"es decir, con aquellos que no han podido, sirviendo de representantes reales del Yo-ideal para el psicótico, sostener su narcisismo en la comunicación simbólica de sus afectos a ellos dirigidos: comunicación que*

*exige del progenitor que no erotice su vínculo con el niño, es decir, que él mismo haya recibido en cada estadio la castración humanizante.*" (Dolto, 1972, p. 245). A su vez, agrega que, cuando se trata de curar una psicosis, en muchas ocasiones a medida que el sujeto mejora, si el terapeuta no se ocupa de trabajar con los padres y fratria, algún miembro de la familia podría descompensarse manifestando una neurosis, con el riesgo de generar la suspensión del tratamiento, y la culpabilización secundaria del niño.

Asimismo, a lo largo de su obra, ha establecido las diferencias entre autismo y psicosis, puntualizando que ésta última se refiere a la precocidad del traumatismo, la puesta en juego de defensas muy arcaicas y, sobre todo, a su implicación en lo simbólico. En este sentido, en el autismo siempre hay una ruptura precocísima del vínculo madre – hijo. El traumatismo en el origen de la psicosis *"está ligado a la perennización de un modo relacional arcaico entre el niño y los padres. Un niño encerrado en la psicosis es un niño cuyos deseo e imagen del cuerpo no han cambiado por no haber encontrado en el momento adecuado las castraciones simbolígenas."* (ob. cit. p. 132) Por tanto, la psicosis es una perturbación de naturaleza psicogenética, asociada con el fracaso de las castraciones simbolígenas y se debe generar en la clínica un encuentro libidinizado, apelando a la función libididizante del otro.

Dolto (1984) expresa que:

*"A partir del momento en que el terapeuta comprende la aguda inteligencia de un niño psicótico y su modo de resistencia ante el sufrimiento, es posible hablarle de ella, sin culpabilizarlo por la máscara con que se viste: indiferencia, mutismo, accionar animal. Se lo ayuda así a reencontrarse como humano y como sujeto de su deseo, se lo ayuda a aceptar de nuevo su humanidad herida en su esquema corporal y a reconstruir, gracias a la transferencia, una imagen del cuerpo en relación con el esquema corporal, que así queda como embrujado. El niño psicótico es un verdadero tumor de la simbolización (...) y sin ninguna posibilidad de relación con otro ser humano. Porque el ser humano al que las pulsiones del niño apuntaban estaba ausente o, si su cuerpo estaba presente, estaba psíquicamente fuera de alcance para un niño desde ese momento como solitario."* (pp. 174-175).

### **2.3. d. Piera Aulagnier (1923 – 1990)**

Psiquiatra y psicoanalista francesa, discípula de Lacan y Dolto. Según el diccionario de psicoanálisis de Roudinesco y Plon (1998, p. 72); participó en la fundación de la École freudienne de Paris (EFP), que abandonó en 1969, en razón de un desacuerdo con el pase, para crear en el mismo año, con Francois Perrier y Jean – Paul Valabrega, la Organización Psychanalytique de Langue Francois (OPLF), llamada también “Cuarto Grupo”. Especialista en la clínica de la psicosis y representante de la tercera generación francesa, fundadora de la revista “*Topique*”.

A propósito de su concepción de sujeto, Aulagnier (1977) va a decir que “*todo sujeto nace en un espacio hablante*” (p.113), motivo por el cual, antes de abordar la estructura del Yo como instancia constituida por el discurso, es importante analizar las condiciones necesarias para que ese espacio le ofrezca al Yo un hábitat de acuerdo a sus exigencias. En este sentido, el medio familiar será percibido y catextizado por el niño como metonimia del todo, se convertirá en equivalente y reflejo de la totalidad, y progresivamente descubrirá las diferencias. Asimismo, señala los dos organizadores esenciales del espacio familiar: el discurso y el deseo de la pareja paterna.

La psique materna tendrá para el niño una función de prótesis, permite que la psique encuentre una realidad ya modelada por su actividad, y por ello, será representable. Gracias a este trabajo previo, esa realidad es remodelable por lo originario y por lo primario. En el caso de la psicosis, lo que remodela no es lo real, sino la realidad tal como la define el discurso, es decir, la realidad de y para el discurso del Otro.

Por lo tanto, en el encuentro infans – madre, esta última ofrece un material psíquico que es estructurante solo por haber sido ya remodelado por su propia psique, lo que implica que ofrece un material que respeta las exigencias de la represión. Por su parte, el infans recibe éste ‘*alimento*’ psíquico y lo reconstruye tal como era en su forma arcaica para aquella que, en su momento, lo había recibido del Otro.

La autora va a plantear el concepto de “*sombra hablada*” como discurso preexistente al nacimiento del sujeto, supuesta por la madre hablante que tan pronto como el infans se encuentre presente, ella se proyectará sobre su cuerpo y ocupará el lugar de aquel al que dirige el discurso del portavoz. Esta

problemática identificatoria, cuyo eje es la transmisión de sujeto a sujeto de algo reprimido, resulta crucial para comprender la psicosis. En un primer momento, el discurso de la madre se dirige a la sombra hablante proyectada sobre el cuerpo del infans; ella le demanda a este cuerpo cuidado, mimado, alimentado, que confirme su identidad con la sombra, y es de ella de quien se espera una respuesta. Para esta autora, *“lo que el psicótico ve en el espejo es su cuerpo como en realidad es visto por el OTRO: el lugar de la castración. Ella opone cuerpo fantaseado y cuerpo imaginado.”* (M. Mannoni 1971, p.60). Al respecto, Aulagnier (1994) explica que el *“cuerpo imaginado”* hace referencia al reconocimiento del Otro desde el inicio, *“reconocido como el equivalente de ese `cuerpo imaginado´ que lo ha precedido, él puede reconocer en el ego especular su yo ideal.”* (p. 291). Es decir, si la madre puede imaginar un cuerpo, esto atestigua que puede simbolizar a alguien distinto de ella, pensarlo diferente de sí. Por su parte, el *“cuerpo fantasmático”*, *“es eso que, a nivel inconsciente, es la representación corporal del Yo (moi), cada vez que el sujeto, al descubrirse soporte de un deseo, peligraría, si lo asumiera, con encontrar al Otro que solo puede responder al deseo como agente de castración.”* (p. 292). La madre supone a ese cuerpo una prolongación de sí, no reconocido por ella en su autonomía deseante.

Respecto al rol patógeno que puede desempeñar la relación de la madre con el niño, Aulagnier (1977) va a expresar que, *“en todos los casos el análisis inconsciente de la madre por el niño mostrará la coexistencia de un deseo de muerte del niño y de un sentimiento de culpa, la inevitable ambivalencia que suscita ese objeto”.* (p. 119) No obstante, advierte sobre el riesgo de considerar este hecho universal como la causa de psicosis, de la enfermedad, o de la muerte del niño, que, de estar presentes en la interpretación del analista, pueden ser sumamente nocivas.

Respecto del *“espacio al que la esquizofrenia puede advenir”* expresa que:

*“El discurso y el deseo del padre, las causas que facilitaron la respuesta psicótica en lugar de ofrecer al niño un soporte que lo ayudase a relativizar las fallas del portavoz, desempeñan un papel igualmente determinante en la organización del espacio psíquico que encuentra el infans; su análisis es el único que puede permitir comprender la acción que ejerce la realidad*

*psíquica de los otros sobre el niño y los riesgos que puede hacerle correr.”*  
(ob. cit. p. 202).

### **2.3 e. D. Winnicott (1896 – 1971)**

Para presentar a Winnicott, qué mejor que el relato de una paciente y psicoanalista, Margareth Little (1986); acerca de su experiencia como analizada por él:

*“Fui afortunada al encontrar y ser encontrada. Confiada en su sostén pude revivir mi infancia y mi niñez. Eventualmente pude imaginarme destruyéndolo o siendo destruida ... ambos sobrevivimos. Me dejó sola con el caos, por lo tanto, mi sentimiento de desamparo no desapareció. Winnicott no representaba mi madre, en mi delirio transferencial era mi madre.”* (Isely, 2022, pp. 9-10)

Este fragmento da cuenta de la aplicación práctica de la teoría de Winnicott, tal como expresa la autora recordando a su analista y maestro, quién hacía del psicoanálisis:

*“Un Encuentro de Humanidad entre Analista y Paciente (...) Propongo involucrarnos con nuestros pacientes poniendo el cuerpo a través de la transferencia y la contratransferencia, revisando y resolviendo nuestra propia historia para poder involucrarnos desde nuestra humanidad sin perder la disociación instrumental. Como lo hacía Winnicott cuando le ofrecía al paciente una manta y un vaso de leche caliente.”* (ob. cit. pp. 10-11)

Respecto de la psicosis Infantil, el origen para Winnicott debe buscarse en los avatares de la relación de adaptación recíproca madre – hijo, especialmente en el tiempo en que el niño experimenta desilusión hacia ella. Hasta ese momento el niño vivía en la ilusión de omnipotencia, en referencia a la permanencia de una madre suficientemente buena que lo sostiene – holding, lo cuida – handling, y le muestra los objetos – object – presenting.

Va a plantear que, si la madre falla, el bebé experimenta “*angustias impensables*”, “*agonías primitivas*” tales como el retorno a un estado de no integración, la sensación de caída incesante, la falta de impresión de residir en el cuerpo o la pérdida de sentido de la realidad. El niño se defiende contra la

ansiedad mediante mecanismos diversos: desintegración, despersonalización, estado autista, exacerbación del narcisismo primario, entre otros mecanismos defensivos.

Como plantea Marcelli (2006), para Winnicott, la enfermedad psicótica consiste en una defensa contra las sensaciones de agonía ya experimentadas. Es una organización desviada, patológica y específica. A diferencia de Klein y en menor medida de Mahler, que la consideran una fijación en los estadios normales del desarrollo.

Según expresa Roudinesco y Plon (2005) Winnicott definió la psicosis como un *“fracaso de la relación con la madre”*, siendo el *“buen funcionamiento del vínculo con la madre lo que le permite al niño organizar su Yo de manera sana y estable.”* (p. 1105)

A propósito del *“Coloquio de París”* en 1967, promovido y organizado por Maud Mannoni cuyo eje de exposición fue *“la infancia alienada”*, al no concurrir personalmente, Winnicott hace llegar sus aportes a fin de ser leídos. Allí expresa que, previo a estar él mismo influido por los aportes de Kanner sobre autismo, se había ocupado de esos casos considerándolos como *‘psicosis infantil’* (Mannoni 1971, p.99). Continúa desarrollando sus aportes acerca de autismo, e insta al debate con fundamentos respecto de la causa del mismo, entre quienes piensan que es física pero aún no se ha descubierto (como Vaughan y otros) o quienes sostienen la *“hipótesis en una perturbación en la delicada interacción de los factores individuales y del entorno, tal como operan en las etapas más precoces del crecimiento y del desarrollo humano.”* (...) *“Tener un hijo autista es ya bastante doloroso, y si, además de eso, los padres deben sentir que son responsables de ese estado, su carga puede volverse intolerable.”* (ob. cit. p.101).

Advierte aquí los riesgos de considerar que, si la causa del autismo es relacional, se caiga en el reduccionismo de culpabilizar a los padres de la patología del niño.

#### **2.4. EL JUEGO. Dispositivo analítico con niños: algunas conceptualizaciones sobre el juego y la transferencia**

¿Cómo se inicia el psicoanálisis de niños? M.Klein es considerada la fundadora del análisis infantil, e inaugura la técnica del juego con el análisis de *“Rita”*, en

1923. La autora, observa que el niño juega libre y espontáneamente, y establece que el juego puede ser al niño como el equivalente de la asociación libre al adulto. Al respecto, Bleichmar, S. (1993), respecto de los desarrollos de Klein, expresa: *“El intento de constituir el juego como equivalente de la asociación libre es el acto fundacional más fuerte por generar un campo que otorgue al análisis de niños un estatuto que permita la aplicación del método.”* (p. 3)

Siguiendo con Klein, plantea la analogía juego-sueño como formación de lo inconsciente, como modo de elaborar fantasías masturbatorias, hacer activo lo pasivo, como enigma a descifrar. Es decir, amplía el criterio de analizabilidad a los niños, e introduce la dimensión del juego, como herramienta para el conocimiento del sentido inconsciente que allí se juega.

En este sentido, Klein concibe el juego como el modo privilegiado del niño de elaborar la angustia y obtener placer. Al respecto, Cena (1988) plantea que cuando esta autora es interrogada sobre el psicoanálisis de niños, de sus afirmaciones se dependen dos grandes consecuencias de su teoría para la clínica; a saber: 1) si fuera posible, todo niño debiera ser analizado, solo cuestiones de otro orden lo hacen impracticable. 2) El jugar del niño, es el modo privilegiado de elaborar la angustia y obtener placer.

Explica que, pretender analizar niños sin juegos, es, desde Klein, como analizar adultos sin palabras; en tanto el juego habla, dice de los conflictos. Dicho de otro modo, el jugar en la sesión del niño es como el soñar en la del adulto, la vía regia de acceso a lo inconsciente.

El caso emblemático del pequeño Hans, constituye el primer niño objeto de estudio del psicoanálisis, pero sin realizar contacto directo con éste, ya que como es sabido, su análisis es llevado a cabo por Freud a través del relato del padre del menor. Al respecto, Anna Freud (1979) realiza de algún modo una crítica a la técnica de su padre, y cuestiona el análisis de un niño prescindiendo del mismo, marcando la diferencia de constitución psíquica del infante y el adulto. Expresa: *“Esta preocupación por las primeras experiencias de la vida hizo pensar que se convertirán en expertos especialistas en problemas de la niñez, aun cuando se ocuparán solamente del tratamiento de adultos (...)”* (p. 13).

Aquí mismo, A. Freud avanza sobre dos ideas; por un lado, la importancia de la observación directa del infante para establecer lo que ella denomina una psicología psicoanalítica del niño, lo que evidencia el papel del entorno en el

desarrollo. Por otro lado, plantea que el desarrollo del niño no se lleva a cabo según una programación ineludible de curso regular. Por el contrario, con la introducción del concepto de líneas de desarrollo, muestra que el proceso de desarrollo contiene en sí mismo un potencial de distorsión debido a la existencia de desigualdades, siempre presentes. Por lo tanto, postula que un desarrollo armonioso y homogéneo es más una utopía que una realidad clínica.

El juego es para Freud (1920) un modo de trabajo del aparato psíquico en una de sus manifestaciones más tempranas. Cuando invitamos al niño a jugar lo convocamos a una actividad donde vemos su comportamiento, su modo de relacionarse con los otros, lo vivido.

Asimismo, Tkaches (2012) expresa que Freud teoriza el juego antes de teorizar "*Más allá del principio del placer*", y el niño para jugar *for-da* tiene que haberse constituido una acantonada de instancias psíquicas que lo permitan, tiene que haber juego previo, por lo cual no sería el primer juego, tal como se ampliará más adelante con los aportes teóricos de Donald Winnicott y Phillippe Gutton.

Tkaches (ob.cit.) comenta que, para Bleichmar, el juego hay que pensarlo como producto psíquico, una formación intermedia entre la realidad y las fantasmáticas de un sujeto, y que, si bien pertenece a la realidad, están presentes ciertas leyes del proceso primario, por lo que no hay principio de identidad estable, encontrándose asociado al plano de la creencia.

Esta posibilidad de instalar el juego tiene que ver con un mecanismo de escisión psíquica; constituye un clivaje del psiquismo (del Yo) longitudinal, no trasversal como ocurre con lo inconsciente. Esta escisión permite al niño dividirse pensando que un objeto puede ser una cosa y la otra al mismo tiempo. Por ejemplo, una cuchara: micrófono y varita mágica; el Yo dispone por tanto de ambas representaciones, pero las usa de diferentes maneras.

En este sentido, el jugar que nos convoca, es aquel que el niño despliega en la terapia, en el encuentro con el analista y sobre la base del vínculo transferencial con éste, particularmente en los casos de patologías graves como aquí nos convoca.

Como explica Yannick (1990), F. Dolto legitima el psicoanálisis de niños psicóticos. Cree que siempre es posible, gracias a la transferencia, volver a dar una castración y, en consecuencia, reinscribir el deseo del niño en la ley:

*“Lo que digo es que los niños psicóticos tienen un código demasiado perturbado como para que los comprendamos directamente. Nuestro trabajo consiste en descifrar ese código por referencia a ellos mismos y a su historia (1985b, p. 145) el comportamiento de un niño psicótico debe entonces comprenderse siempre, por más aberrante que sea.” (p. 140).*

Asimismo, respecto de la transferencia resulta interesante agregar la interpretación que realiza Dolto del adormecimiento del terapeuta en sesión con los niños psicóticos:

*“Cuando el psicoanalista está en el estado cero, ellos se activan durante la sesión y se convierten en uno; a la inversa, si el terapeuta se despierta, dejan de actuar. La palabra más apropiada sería decirles: Ves, es preciso que yo duerma, ya que cuando tú me haces entregarme al sueño al darme lo que crees es la muerte – pero que es la verdadera vida -, entonces tú vives, te apoderas del derecho de vivir (1987 e, p. 29)” (p. 141)*

A propósito de la transferencia, en *“Textos inéditos”* (Saks, 1998) Dolto plantea que cuando vemos a un niño en análisis tenemos una transferencia, ya que, si no, no nos ocuparíamos de él y no lo escucharíamos. Agrega que, no siempre sabemos lo que hacemos ni tampoco lo que decimos. Explica que esto significa que estamos siempre en el plano del lenguaje que emana de lo más profundo de nuestro ser, y solo somos testigos de una parte de este lenguaje. Y es ésta la transferencia de un psicoanalista que puede dejar que su inconsciente diga algo que él jamás hubiese dicho o pensado.

Por tanto, la tarea analítica, requiere que el terapeuta cuente con ciertos elementos de análisis personal, bagaje teórico y experiencial que hagan posible sostener la particular relación transferencial con cada paciente. Piera Aulagnier (1984) plantea la importancia de dispensar el tiempo necesario para entrevistas preliminares a los fines de la *“autointerrogación”* profesional, para que el analista pueda hacer un *“auto-diagnóstico”* sobre su capacidad de investir y de preservar una relación transferencial no con un neurótico, un psicótico, un fronterizo, sino con lo que llegado el caso entrevea, más allá del síntoma, acerca de la singularidad del sujeto al que se enfrenta.” (p. 180)

Green (2007) a propósito de expresar el pensamiento de Winnicott, refiere: *“(…) la obra de Winnicott (...) puede resumirse así: cómo conjugar la experiencia en el trabajo analítico (...) con el pensamiento”* (p.87). Agrega que el pensamiento

en Winnicott estaba profundamente ligado a la experiencia, lo cual aventuraría a una experiencia con el paciente, aunque lo que ocurra allí nos parezca oscuro o se nos escape, siempre seríamos capaces de vivirla y hablar de ella.

Es decir, las consideraciones respecto del juego, en su valor estructurante del psiquismo, y como vía privilegiada de expresión (en aquellos casos que no exista una inhibición o carencia lúdica), remiten a pensar el fenómeno de la transferencia, como terreno en el que se construye el vínculo paciente – terapeuta y en el que tiene lugar un proceso analítico.

A propósito de la discusión de concepciones respecto de la transferencia, Tkaches (2012) plantea que para Anna Freud el niño no registra al analista como alguien que pueda ayudarlo, ya que no tiene conciencia de enfermedad ni de posibles beneficios para él del análisis, lo cual supone un problema de la instalación de la transferencia.

En este sentido, Anna Freud encuentra obstáculos en la viabilidad de una intervención analítica temprana, y subraya la importancia de intervenir desde el marco dado por la tarea pedagógica, es decir, desde la vinculación afectiva con el analista que ello supone, destacando, por ende, la necesidad de evitar la instauración de la transferencia negativa (Gaudio, 2010).

Por su parte, para Klein, el fenómeno de la transferencia está dado desde el principio, y por ello no se instaura y se puede interpretar, ya que, a diferencia de Anna Freud, plantea la existencia de un inconsciente desde los orígenes.

En términos generales, el analista se presenta como alguien nuevo en la vida del niño, que no se reduce a ser la repetición de su pasado, sino que le da una experiencia inédita, que ofrezca, como dice Tustin (1990), “*la oportunidad de re-experimentar los dramas infantiles tempranos (...)*” (p. 36), y más adelante, respecto de la especificidad de la transferencia infantil expresa: “*ésta difiere del concepto freudiano clásico de transferencia. En la transferencia infantil se dirigen al terapeuta sentimientos de bebé que despiertan en la situación de tratamiento.*” (p. 132).

## 2.5. Apertura del juego en su valor estructurante

Gutton (1976), plantea al juego como modo de expresión privilegiada del infans, lugar y camino de reencuentro de inconscientes, del terapeuta y del niño. Sabemos que no hay nada en la psique que no se organice bajo la forma de un jugar, comprendemos la posibilidad lúdica y gráfica como consecuencia de un proceso de estructuración psíquica y no, como mera consecuencia de factores evolutivos.

¿Qué es lo que hace que un niño pueda jugar? Develar este interrogante será una aproximación para dar respuesta a las inquietudes que movilizan el presente trabajo, y podemos aventurarnos a esbozar que la capacidad de jugar puesta en acto es consecuencia de la intersubjetividad. Es decir, (ob. cit.) en el jugar se puede ver representada toda la vida fantasmática del niño en los distintos momentos de su evolución libidinal. Se comprende el papel fundamental que debe ser dado a la función lúdica, verdadero organizador de la actividad psíquica. Esta puesta en escena que implica lo lúdico, modifica las relaciones entre el niño y los espectadores, por lo que el juego en este sentido, es esencialmente un diálogo, es decir, la actualización de toda una etapa pasada en una relación presente.

Freud (1908) en *“El creador literario y el fantaseo”* se pregunta si no debiéramos buscar en el niño las primeras huellas del quehacer poético, y afirma que:

*“Todo niño cuando juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio o, mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada. Además, sería injusto suponer que no toma en serio ese mundo; al contrario, toma muy en serio su juego, emplea en él grandes montos de afecto. Lo opuesto al juego no es la seriedad, sino ... la realidad efectiva. El niño diferencia muy bien de la realidad su mundo del juego, a pesar de toda su investidura afectiva; y tiende a apuntalar sus objetos y situaciones imaginados en cosas palpables y visibles del mundo real. Solo ese apuntalamiento es el que diferencia aún su ‘jugar’ del ‘fantasear.’ ” (pp. 127 - 128)*

De aquí se desprenden varias ideas; por un lado, que el jugar es una actividad del orden del placer y que ello no le quita seriedad, por el contrario, a su vez, expresa que el niño diferencia en su juego entre fantasía y realidad, de lo que podemos inferir como un dato clínico valioso la ausencia de éste discernimiento.

Asimismo, cuando hace mención al apuntalamiento en cosas palpables y visibles del mundo real, podemos asociarlo al valor del juguete, que Gutton (1976) lo describe como un *“símbolo ofrecido por la madre, es decir salido de su cuerpo, recibido por el cuerpo del niño como un signo de respuesta que engendra a su vez respuestas maternas: juegos, nuevas compras de juguetes, placer- desagrado maternal, etc., en un proceso de reverberación circular”* (p. 8) Respecto a la actividad de agrado y placer que implica el jugar, en *“Más allá del principio del placer”*, valiéndose de especulaciones teóricas, Freud (1920) revisa la concepción que tenía hasta el momento del aparato anímico, así como la teoría de las pulsiones.

Hasta ese momento, postulaba que los procesos anímicos estaban regidos por el principio del placer (que rehúye del displacer), pero como no todos los resultados de los procesos anímicos son placenteros, identifica ciertas objeciones al principio de placer. Uno de ellos es el juego del *fort-da*; teorización que surge de la observación de su pequeño nieto, Ernest, quien cuando su madre se ausentaba, jugaba la mayoría de las veces a hacer desaparecer y aparecer el objeto (carretel con hilo), lo que también contradice el principio del placer, por lo que concluye que el niño a través del juego hace activo lo vivido pasivamente, que en el caso del *for – da* es el abandono materno, y de esta manera, elabora la situación vivida. Por su parte, Casas (1999) dirá que el trabajo del juego implica la simbolización de una pérdida, *“la ausencia es lo que es displacentero y la simbolización hace presente el placer de la representación.”* (p.60)

Al respecto, para Gutton (1976):

*“El juego es derivado del encuentro de un presente libidinoso y una historia fantasmática, se propone como el cumplimiento actual de un deseo, es decir, como un movimiento que crea una situación en el presente; resultado actual. Este presente lúdico se desarrolla como una relación con el otro. El juguete despierta el deseo, se integra a la historia fantasmática pasada para convertirse en el elemento de una estructura actual abierta hacia el futuro.”* (p.29)

A propósito del placer en la actividad lúdica y el carácter interrelacional de la misma, este autor hace mención a las *actividades pre – lúdicas y actividades*

*lúdicas*, las cuales están dirigidas a procurar al niño un placer que sustituya al placer que da la madre, en ausencia de esta última.

Las *actividades pre-lúdicas*, como el prefijo lo indica, son las actividades que preceden el juego propiamente dicho, que se inicia a los dos años aproximadamente. Se trata de las primeras manipulaciones pre-lúdicas dentro de las actividades de placer en la relación madre – hijo, manipulaciones a partir de las cuales se definirá el juego propiamente dicho. En la relación inicial madre-hijo, la madre o su sustituto constituye el estímulo exterior, única fuente posible de placer. En ausencia materna el niño duerme o se encuentra en desagrado y desarrolla una serie de actividades de placer que tienen un valor sustitutivo con relación a la madre, como, por ejemplo, mediante actividades autoeróticas o mediante actividades pre-lúdicas. Estas experiencias de satisfacción sustitutivas tienen un valor de reducir parcialmente las tensiones de desagrado mediante la estimulación de una zona erógena, mediante el balanceo, por ejemplo, o mediante el uso del pre-juguete, como puede ser el chupete.

El *pre- juguete* consiste en todo aquello que la madre gradualmente da entre ella y el pecho, por ejemplo; upa, sonajero. Podemos hablar de *juguete* a partir de que simboliza el objeto ausente, porque será sustitución simbólica de algo.

En el tercer mes, el rostro humano parece ser el pre-juguete privilegiado. El pre-juguete es sustituto materno, destinado a reemplazarla. Los primeros ensayos de esconder-mostrar corresponden al cuarto mes de vida, a través de movimientos con la cabeza. Hay aquí como una repetición de la secuencia primordial en esta edad de la presencia y ausencia de la madre; se puede ver en esta actividad pre-lúdica, las primeras repeticiones que permiten superar la angustia provocada por la ausencia de la madre. Como continúa explicando Gutton, este juego puede ser descrito como expresión del desarrollo del Yo, cuando juega este juego, ya no confunde, como lo hacía hasta entonces, percepción y alucinación. En el hecho mismo de presentar una acción pre-lúdica, el niño muestra que tiene aceptado el rechazo provocado por la separación de la madre. Ha superado el fuerte desagrado de la ausencia por una búsqueda de satisfacción; la pérdida real del objeto con la separación materna es sustituida por la pérdida sufrida por el rechazo, como preámbulo del desplazamiento hacia los objetos, fuente ahora de placer. La esencia del rechazo radica en el hecho de lanzar una cosa lejos, lanzar juguetes y que se los devuelvan.

Por su parte, las *actividades lúdicas*, son un proceso psicológico mediatizado por un objeto real llamado juguete. La experiencia de jugar con la madre constituye el preámbulo a este vínculo estructural interno del juguete, constituido por el apego didáctico inicial madre-hijo, es decir, pre – lúdico. En esta seguridad el niño puede jugar-se a sí mismo; juega su pasado, su juego presente actualiza su pasado. En la actividad lúdica se crea así un desdoblamiento del niño: el que juega al presente, el que es jugado, retorno al pasado.

El *juego* es un proceso psicológico mediatizado por un objeto real llamado juguete. De ésta forma, la actividad pre-lúdica se transforma en actividad lúdica en el momento en que puede ser establecida la percepción de un objeto exterior. Hasta la aparición de la función simbólica no habría actividad lúdica real. Las actividades lúdicas escenifican la relación madre-hijo y, posteriormente, la relación con los otros. La dialéctica es siempre del orden de la ausencia – presencia materna; la ausencia materna es cambiada por la presencia del juguete. El papel fundamental de la función lúdica es ser organizador de la actividad psíquica, el juego es un diálogo, la actualización de toda una etapa pasada en una relación presente. *“Vale decir, pasado, presente y futuro son como las cuentas de un collar engarzado por el deseo.”* (Freud, 1908, p. 130)

Es fundamental diferenciar en polos opuestos el niño que juega del que tiene actividades autoeróticas, ya que el primero podrá acceder a lo simbólico; mientras que el segundo no juega, sino que se mantiene en una forma de expresión directamente corporal, sin mediatización de fantasmas. En este sentido, como expresa Winnicott (1971), *“cuando un paciente no puede jugar, el terapeuta debe esperar este importante síntoma antes de interpretar fragmentos de conducta.”* (p. 72).

Como expresa Marcellli (2006), Winnicott fue el primero en señalar claramente que las relaciones entre juego y juguete no son simples. Al respecto;

*“Un juguete `suficientemente bueno´ debe permitir que la creatividad se exprese; es por esta razón que el `juego del cordel´ o el (...) garabato (...) por su aspecto informe pueden crear un área de ilusión, de transición propia para la emergencia de esta creatividad. Los juguetes demasiado técnicos o sofisticados pueden limitar o interrumpir la capacidad inventiva. El exceso de juguetes también puede ser nefasto: demasiados juguetes*

*matan el juego (...) el juguete actúa entonces como una pantalla en el niño y el mundo exterior.” (p.210)*

## **2.6. Cuando el niño no juega y ello constituye el objetivo terapéutico.**

### **Algunos aspectos de la psicopatología en el juego**

*“Con una adecuada regulación, el juego se debería introducir como medicina.” (Aristóteles, citado por Tustin, 1990, p. 115)*

En relación a la especificidad de la psicoterapia con niños, Winnicott (1971) plantea: *“(…) la psicoterapia se realiza en la supervivencia de dos zonas de juego, la del paciente y la del terapeuta. Si este último no sabe jugar, no está capacitado para la tarea, si el que no sabe jugar es el paciente, hay que hacer algo para que pueda lograrlo, después de lo cual comienza la terapia.” (p.80).*

Winnicott reconoce juegos en que la angustia es tramitada y otros en que todo lo invade, y allí el juego se interrumpe o se vuelve compulsivo. Cuando aparece la ausencia lúdica, hay que llevar al niño de la incapacidad de jugar a jugar, y luego allí interpretar, por lo que la capacidad de jugar y habilitar el juego cuando éste se ve obturado, se constituye en una tarea esencial del terapeuta en el dispositivo analítico con niños.

El juego en sentido estricto tiene que ver con la creatividad, la sublimación y la puesta a raya de la pulsión. Si hay satisfacción directa de la pulsión el juego se arruina o entra en asociación psicopatológica. Al respecto, Marcelli (2006) plantea que cuanto más invasiva es la vida fantasmática del niño, mayor es la proyección sobre la realidad del entorno y más saturado está el juego de estas proyecciones. Esto se hace particularmente evidente en los niños prepsicóticos en los que la actividad lúdica está invadida por temas de devoración, destrucción, aniquilación y regresión, que contaminan el contenido del juego y su organización formal. Agrega que *“la invasión del juego por la pulsión agresiva es también característica del juego de los niños y adolescentes psicópatas, para los cuales jugar se convierte en el equivalente del paso a la acción pulsional”*. (p.207) Así como el hecho de romper los juguetes o romper el juego, *“puede ser indicativo también de dificultades del área transicional descrita por Winnicott, como muestra de la incapacidad del niño para contener la excitación y de la invasión por parte de la pulsión agresiva y destructiva.” (p.210)*

Considerando los impedimentos para el desarrollo del juego, Tustin (1990) plantea que el empleo idiosincrático de objetos de sensación duros coarta el empleo de objetos en una modalidad de juego normal. En ausencia de juego y de una vida sensorial normal, el desarrollo psíquico no es estimulado. Respecto del impedimento para el desarrollo del juego, compensa las carencias psicológicas tempranas sobrevalorando los contactos físicos táctiles y las sensaciones que éstos suscitan. En consecuencia, la vida mental no puede seguir un desarrollo adecuado, y la imaginación, que resulta esencial en el juego, queda bloqueada. El sentimiento de existencia pasa a depender del contacto con objetos y figuras autistas *“siempre-presentes, dadores de sensación. Esto protege a los niños de experimentar pérdidas, y por lo tanto nunca se ven estimulados a evocar personas u objetos ausentes por medio de figuraciones, imágenes y recuerdos”*. (p. 120).

Asimismo, agrega que, *“para ser capaces de jugar, los bebés necesitan que jueguen con ellos.”* (p.129), y explica que, este juego los ayuda a asimilar experiencia (ejemplo: juego de *“acá está”, “no está”*) que alivia el dolor de la ausencia. En este sentido, sitúa algunas diferencias sustanciales entre el niño que puede jugar y aquel que no, atravesando a éste último la falta de confianza básica y de un sentimiento de seguridad que ocasiona que el niño no pueda generar el necesario acto de fe que hace falta para pasar de una dependencia de muletas y tranquilizantes tangibles a una confianza en transformaciones intangibles, como figuraciones mentales, imágenes, recuerdos y pensamientos. *“En ausencia de estas posibilidades mentales, el juego no puede comenzar.”* (p.130) Si bien aquí la autora hace referencia a los niños autistas, se toma el aporte para pensar en los impedimentos del jugar, independientemente del diagnóstico diferencial.

En este sentido, se deduce que una de las dificultades centrales para el juego es la falta de simbolización y creatividad, como expresa Winnicott (1971), un rasgo importante del juego está en la libertad, tanto del niño como del adulto, de ser creadores (p.79).

Esto nos lleva a pensar en lo normal y lo patológico en el niño, y como plantea Reynoso (1980), se caracteriza, como todo proceso de crecimiento, por crisis y conflictos. Dirá que, la aparición de ciertos síntomas (fobias, inhibiciones,

conductas obsesivas, etc.) que en determinados momentos son patológicos, en otros momentos forman parte de etapas normales de su evolución. (p.214)

Asimismo, respecto de la carencia o ausencia lúdica, esto nos lleva a pensar en la diferenciación diagnóstica respecto de la naturaleza de la mismas; es decir, si posee valor de síntoma propiamente dicho, en tanto retorno de lo primariamente reprimido, por ejemplo, en caso que la carencia lúdica en un niño neurótico esté determinada por una inhibición de carácter sexual, o, que la base de dicha carencia, se asiente sobre un trastorno en la constitución psíquica, lo que no nos conduciría por la vía de la interpretación, sino, a crear mediante intervenciones subjetivantes las condiciones transicionales necesarias para que el juego pueda tener lugar.

En este sentido, como expresa Reynoso (ob. cit.) se debe diferenciar la inhibición de un niño neurótico de la un psicótico; para ello habrá que remitirse a otros indicadores. En los casos de neurosis, la inhibición lúdica es el producto de una inhibición internalizada, así la prohibición anal bloquea la actividad de juego dando lugar a formaciones obsesivas indefinidamente repetidas. En cambio, la prohibición edípica confiere al juguete la significación de un objeto fóbico. (p. 218).

Por lo tanto, cuando el juego no está presente, hacer nacer el mismo será el objetivo terapéutico, y el analista, como expresa Liberman y col (1981) deberá decodificar e interpretar el juego como acompañante o ayudante lúdico, pero dentro de ciertos límites que son aquellos bajo los cuales pueda mantener su rol terapéutico. (p. 63).

Por otro lado, el autor expresa que existen una serie de categorías que parecen juego, pero no lo son, lo que llama "*juego en alucinosis*". Explica que, cuando llega un niño a sesión caracterizado como un personaje, que por ciertas actitudes, verbalizaciones y detalles de la vestimenta no corresponderían a la edad cronológica o situación del paciente, estas conductas podrían tomarse como propias de niños que juegan representando un personaje, como actividades imaginativas, rasgos de personalidad histéricos, o simplemente como evidencia del gusto por disfrazarse, tan común en los niños (*le gusta disfrazarse de mujer*). Agrega que, no obstante, luego de un tiempo de tratamiento se comprueba que esta aparente actitud lúdica no era tal, y que estos niños no utilizan juguete alguno, limitándose a representar su personaje,

expresando en sus verbalizaciones la convicción de ser tal personaje, como conducta constante y sostenida, discutiendo cualquier cuestionamiento que se les hiciera respecto de que su conducta fuese *‘ como sí. ’* En este sentido, el aparente *‘ jugar ’* a ser un personaje, implicaría un estado alucinoso, en el que existe la convicción, sin base en la realidad de que se *‘ es ’* alguien que no se es. Se proyecta en la estructura de identidad, una imagen que solo existe para el sujeto y que es solo percibida por su conciencia. Lo central aquí es la alteración de la identidad, por lo que, como expresa el autor, podemos hablar de *‘ delirios de identidad. ’* (p.64).

Como plantea Marcelli (2006), en el análisis de las funciones del juego según la patología del niño, la clínica del objeto transicional resulta crucial, en la discriminación de su existencia o ausencia, existiendo una correlación entre la gravedad de la patología y la calidad del objeto transicional. En este sentido, la utilización satisfactoria de un objeto transicional parece correlacionarse con la capacidad de interiorizar unas relaciones de objeto de buena calidad.

Asimismo, las características físicas del objeto transicional son importantes, así como la permanencia de su investidura. Como expresa este autor haciendo referencia a Winnicott: *“normalmente el destino del objeto transicional es desaparecer progresivamente en ‘los limbos’; no es ni destruido ni abandonado, pero la investidura que el niño hace de este objeto se diluye poco a poco. Por el contrario, algunos niños no pueden renunciar, bien a la ilusión de un poder total sobre el objeto, bien a la protección regresiva que éste aporta.”* (p.209).

### 3. CASO CLÍNICO

#### “Thian y sus viajes”

-Tía, dime algo; tengo miedo porque está muy oscuro.

- ¿De qué te serviría, ya que no puedes verme?

- Eso no importa: apenas alguien habla, se hace la luz.

Sigmund Freud, Tres ensayos sobre una teoría sexual (1905)

#### 3.1. Palabras introductorias al caso clínico

Ambos padres, consultaron cuando Thian tenía cuatro años de edad, refiriendo como motivo principal de consulta las dificultades en el niño para conciliar y mantener el sueño, interrumpido con frecuencia por un despertar terrorífico; a lo que se sumaba la ausencia de lenguaje (solo presentaba sonidos guturales y gritos) y de control de esfínteres. El inicio de la etapa escolar, y las dificultades de adaptación que ello implicaría, fue un factor que precipitó la consulta, cuando el afuera le exigió como condición para el ingreso escolar pautas mínimas de autonomía esperables para la edad. Inicialmente, Thian solo permanecía tranquilo mientras se encontrase adherido al cuerpo de su madre, y no se separaba de éste en un radio mayor a los dos metros. La ausencia de juego de cualquier tipo y el estado de indiferenciación respecto del cuerpo de su madre, impresionaba al ojo del observador como un mismo cuerpo, especialmente visible en una conducta autoerótica característica de los primeros tiempos, cuando enredaba su pelo entre sus dedos, y luego, como prolongación de sí mismo, se desplazaba al pelo de su madre para continuar con esa misma tarea. ¿Era efectivamente para él el pelo de su madre pelo suyo, o intentaba rudimentariamente enlazar, trenzar “algo” que inscriba una línea de representación, de encuentro con un otro diferenciado, unidos por la sensualidad de la libido que pende de un cabello?

Este estado de fusión impedía cualquier atisbo de autonomía, por lo que, la escucha del “*agotamiento*” de los padres, y el “*terror*” del niño, según palabras textuales de los adultos, definieron como urgente asumir la responsabilidad y el compromiso terapéutico de emprender un proceso de abordaje analítico. Teniendo en cuenta lo desarrollado por Frizzera y Heuser (1998), podríamos decir que, se hacía imperioso pasar del cuerpo a la palabra, del grito a la melodía.

### 3.2. Desarrollo del caso clínico y articulaciones teóricas

#### 3.2.a. Primer Tiempo: De la trama clínica transferencial. Los encuentros iniciales y el despliegue de la demanda

Los padres de Thian, Ana y Juan,<sup>4</sup> concurren a Servicio de salud mental de Hospital derivados por neurología. Dicha derivación, fue producto de la resistencia parental a seguir el abordaje farmacológico indicado, sumado al impacto que les generó que tras una única entrevista indiquen administración de Test ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) “para descartar Autismo” y sugieran el certificado de discapacidad por: “*Trastornos del desarrollo*” (TGD). Como plantea Klein (1921 – 1945) en “*La psicoterapia de la psicosis*” (1930), cuando expresa que “*en los pacientes que el médico llega a ver, es a menudo imposible para él, en un único examen rápido, establecer la presencia de una esquizofrenia. De modo que muchos casos de este tipo son clasificados bajo títulos imprecisos, tales como `detención del desarrollo`.*” (p. 239)

Ana y Juan se mostraron preocupados por el diagnóstico de neurología, manifestando que el niño presenta ausencia de lenguaje, solo gritos y sonidos guturales, dificultades para conciliar el sueño, continuidad en el uso de pañales, y conductas disruptivas asociadas a estallidos de ira y dificultades en el lazo social. Querían saber “¿*Qué tiene?*”, agregando que siempre notaron ciertas diferencias con otros niños, pero que, para ellos, solo comenzó a ser una preocupación cuando las condiciones de dependencia materna y el uso de pañales resultó un impedimento para el inicio de la escolaridad obligatoria.

Acorde a los criterios de admisión, se realizó valoración inicial interdisciplinaria simultánea de psicología y psiquiatría. A primera vista, el niño se presentaba como lo que podría describirse, “un bebé gigante”. La adherencia al cuerpo materno era llamativa, solo se despegaba con pasos inseguros para explorar tímidamente el consultorio y volvía inmediatamente a la madre. Tenía el cabello largo y vestimenta unisex, que no denotaba una clara diferenciación de género. Asimismo, Ana expresaba, con cierto gozo, que en varias oportunidades su hijo era confundido con una nena.

---

<sup>4</sup> Los nombres del niño y de los padres son ficticios a los fines de preservar la identidad.

Lo descrito resulta representativo de la dificultad de separación; que remite a la dificultad para llegar a ese momento “*cumbre del proceso de romper el cascarón que parece coincidir con el esfuerzo de maduración de la locomoción activa que trae consigo un aumento en la presión maduracional de acción, para ejercer la locomoción y explorar unos segmentos más amplios de la realidad.*” (Mahler, 1972, p. 36)

Asimismo, remite a pensar en la analogía con el caso de “*la cuerda: Una técnica de comunicación*” (1960) que describe Winnicott (1965), donde pone de manifiesto la función del elemento “*cuerda*” de pasar de “*la unión a una negación de la separación*” (p.205). Metafóricamente, evoca la figura del astronauta que se aventura a explorar el espacio, pero que debe ser cauteloso de no alejarse demasiado de la base para no agotar los suministros de oxígeno. Así de peligroso se percibió que era para el niño la posibilidad de distanciarse de su madre, y la angustia de ésta de separarse de su hijo.

Esto lleva a pensar en las características de la díada. Sabemos que para que se estructure adecuadamente el Yo-piel (Anzieu,1995) la madre tiene que responder los mensajes del niño, siendo importante la constancia en los cuidados que ésta le dispensa, lo que da límites a la piel y al cuerpo. Es así como el niño siente la fantasía de fusión con la madre, de piel común con ésta, aquello que M. Mahler (1972) lo llama “*simbiosis*”, y René Spitz (1969) expresa que la etapa de *simbiosis* psicológica que tiene lugar durante el primer año de vida, deberá abrir paso al desarrollo de las interrelaciones sociales. Poco a poco se tiene que pasar de la fantasía de fusión a un Yo pensante. Si la madre no recibe correctamente el mensaje del niño tenemos una madre intrusiva, un entorno maternal intromisionante que impide que el pequeño constituya su propio Yo, perpetuando la dependencia más allá de lo necesario, sin la capacidad de desear. Esto es lo que parecía evidenciarse en Thian: la simbiosis con su madre, la indiferenciación respecto de ella, que se asemeja a lo que Tustin (1990) expresa respecto de los desarrollos de Mahler (1968) cuando dice: “*en la psicosis simbiótica pre-esquizofrénica (...) madre e hijo semejan una pareja de gemelos siameses, o un par de casas semi-desprendidas (...). Meltzer (1975) la denominó identificación adhesiva.*” (p.31).

Se presentaba como la perpetuación “más allá” de lo necesario del momento que Winnicott enuncia con la expresión “*el bebé no existe*”, para dar cuenta de la

imposibilidad de pensar a uno sin el otro. (Winnicott, 1965). En la misma línea, Spitz (1969) expresa: *“para el neonato, el medio circundante consiste, por así decirlo, en un solo individuo, la madre o quien la sustituye (...) incluso este individuo único no es percibido por el recién nacido como una entidad distinta a él, sino que es simplemente parte de la totalidad de sus necesidades y de su satisfacción.”* (p. 23). En este sentido surge como interrogante: ¿Qué peligros los acechaban a ambos en el mundo exterior? ¿qué posibilidades tenía Thian de existir, como la etimología de la palabra lo indica, fuera de su madre, siendo un otro diferenciado?

En la imagen de unión simbiótica que se interpreta a través de la cuerda imaginaria, se hacía literal la imposibilidad de separación - individuación en los intentos de movimiento concreto y exploración autónoma del espacio. Winnicott (1971) plantea que, entre la relación madre-niño, la separación puede afectar al surgimiento de los fenómenos transicionales. Si la madre se ausenta durante un lapso superior a determinado límite medido en minutos, horas o días, se disipa el recuerdo de la representación interna. Cuando ello se produce, los fenómenos transicionales se vuelven poco a poco carentes de sentido y el bebé no puede experimentarlos. *“Antes de la pérdida vemos a veces la exageración del empleo del objeto transicional como parte de la negación de que exista el peligro de desaparición de su sentido.”* (p.47)

Al momento de la consulta inicial, Ana y Juan se encontraban en pareja desde hacía diez años. Desde sus inicios se dedicaron a hacer *“shows”*, en los que la función de Ana era principalmente *“asistir”* a Juan mientras éste actuaba. En las entrevistas conjuntas con ambos, Juan se mostraba dominante hacia su mujer. Se auto percibía como el hijo favorito de su madre, ignorado por su padre y envidiado por sus hermanos. Su discurso parecía ensayado, artificial, ubicado en el lugar del damnificado, del dañado que exige reparación, *“una lógica en la actitud implícita del que se profesa como si dijese: ‘el ambiente me debe algo’”* (p. 175), tal como expresa Winnicott (1965), al referirse a las características del psicópata, el delincuente y el niño antisocial.

Era notable el dominio y la opresión que ejercía sobre Ana, quien se callaba cuando él la interrumpía, y asumía abiertamente respecto de su marido: *“es que no tengo tanta facilidad de palabra para expresarme como él.”*

Por su parte, Ana se mostraba desbordada por las conductas de su hijo, sin saber cómo responder a las mismas, y siempre expectante de mi mirada, en búsqueda de aprobación. La dependencia de la mirada de Ana, en contraposición al aparente desinterés en el contacto visual de su hijo, remite a pensar respecto de Ana, en el sobreinvertimiento de la expresión facial que acontece en los casos de fijación en la fase oral secundaria, como describe Neves – Hasson (1994, pp.- 66-67), que se correspondería con los cuadros depresivos y melancólicos, con particular disposición morbosa hacia la melancolía, tal como la describe Freud (1915-1917): *“una extraordinaria disminución de su amor propio, o sea un considerable empobrecimiento de su yo (...) indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable”* ( p.2093). En efecto, se comprende así la relación de sometimiento con el padre de su hijo, en la que de alguna manera ella creía merecer las acusaciones y malos tratos de los que era víctima, refiriendo padecer insomnio e inapetencia con frecuencia, síntomas compatibles con el cuadro descrito.

En el marco del tratamiento, la psiquiatra consideró oportuno instaurar esquema de medicación con motivo de restablecer los ritmos circadianos de Thian y posibilitar el descanso, ya que, referían que *“no había modo que se duerma,”* haciéndose notorio el agotamiento en el niño y principalmente en su madre. El padre en contadas ocasiones concurría a los encuentros, recayendo por completo en Ana la responsabilidad de la crianza.

En función de los fantasmas diagnósticos que traían, los cuales se hacían recurrentes, era preciso devolverles lo observado y trabajado con la mayor claridad posible, así como mantener encuentros con frecuencia. Se hizo referencia a la ausencia de indicadores compatibles con la hipótesis de autismo, y se apuntó a trabajar sobre el origen y las estrategias de abordaje del padecimiento subjetivo y los trastornos. En éste sentido, se reforzó la importancia de las entrevistas vinculares (del niño con ambos padres, el niño con cada uno de ellos y de ellos sin su hijo) así como de las individuales.

Finalmente, por insistencia de su padre, Thian se sometió en otro centro de atención a la administración de test ADOS. No arrojó indicadores compatibles con autismo, pero no escapó del *“Trastorno Generalizado del Desarrollo”*, reforzando de esta manera la hipótesis que tenían acerca del origen de las

dificultades de su hijo. La madre expresó: *“Leímos que tal vez la toma de anabólicos afecta el feto y yo para tener los músculos más marcados para los shows tomé los primeros meses sin saber que estaba embarazada.”* (...) Cuando interrogué sobre el embarazo y su situación emocional refirió: *“Yo me sentía muy triste, meses antes de que nazca Thian fallece mi suegra. Ella me quería mucho y yo también, fue un dolor muy grande para mí”*.

Green (citado en Schejerman, 2013) llamó duelo blanco a las consecuencias de una transformación del objeto vivo, fuente de vitalidad del hijo. *“Una desinvertidura masiva y temporaria en los primeros tiempos de la vida, deja huellas en lo inconsciente en forma de `agujeros psíquicos’ que serán colmados por reinvertiduras”* (p.281). Esto se percibe en el vínculo de Ana y Thian, en el que se evidencia la falta de disponibilidad psíquica para leer las necesidades de su hijo y devolver un producto con cierto grado de metabolización, lo que podría encontrarse ligado al duelo vivenciado antes de su nacimiento. Tomando las palabras de Winnicott (1971) se trataría de *“(...) la muerte de la madre cuando se halla presente (...)”* (p.56). El autor continúa planteando dicha idea en relación a lo que sucede en el niño en tiempos anteriores a lograr la capacidad de dar vida a las personas en la realidad psíquica interna, más allá de lo que pueden captar los sentidos (vista, olfato, tacto) (p.57). Es decir, la madre existe en la medida en que la pueda sentir, ver, tocar, escuchar. Por fuera de estos registros, si no se halla presente no se encuentra viva para el niño.

Pensar en la implicancia de los conceptos de *“madre muerta”* y *“padre muerto”* de Green (1986) permite reflexionar sobre aquel momento en el que ambos padres se encontraron simultáneamente en duelo. En el padre se percibe la falla en su *“función fundamental en la génesis del Superyó”* (p.251), como terceridad y ley paterna, así como en su función de contención y cuidado de su mujer. La tristeza de la madre y la disminución de su interés por el hijo se sitúan en el primer plano (p.257), habilitando a la construcción de inferencias con respecto a los efectos que pudo haber tenido lo mencionado en la vida posterior del niño, como así también de otras particularidades de cada padre en lo vincular con éste. En este sentido, se puede conjeturar que Thian ha quedado psíquicamente desinvertido de la mirada de ambos padres al mismo tiempo, en un *“estado de vacío”* (p.253).

Por su parte, en entrevista individual, Ana se angustió e irrumpió en llanto cuando la conversación derivó en las posibles causas acerca de lo que sucede con su hijo. Manifestó: *“Desde muy chiquito pasaba mucho tiempo jugando al video juego de Mario Bross y mirando Tv porque era lo único que lo tranquilizaba (...) era eso o estar pegado todo el tiempo a mí y yo necesitaba tiempo para hacer las cosas de la casa también”*. Por su parte, Juan reclamaba atención, presencia y cuestionaba el excesivo cuidado que según él Ana dispensaba al niño, mientras él se mantenía distante, ajeno a la crianza, o intervenía con conductas explosivas y violentas hacia su hijo a quien veía como rival, competidor por el amor de la madre, de la misma manera que competía cuando él era niño con sus hermanos por el amor de su madre. Esto despojaba a Thian de la posibilidad de ser *“His Majesty baby”* (Freud, 1914), lo dejaba en una relación simétrica de tipo fraterna respecto de su padre, quien se encontraba lejos de constituirse como ley de interdicción del incesto; por lo que no había padre real, en ejercicio de tal función. *“El padre real es el que, encontrando su goce junto a una mujer, no la buscará en su relación con el niño (...) no hará ley volviéndose hacia el hijo (...) nada peor que el padre –educador que (...) grita (...) en pocas palabras, que hace de sus hijos el objeto de su goce en lugar de encontrarlo junto a una mujer.”* (Julien, P. 1993, p. 49)

Ana, señaló que para tener relaciones sexuales *“distráían”* al niño con el uso del celular y que *“estimulaba”* a su marido para *“hacer más rápido”*. Esto a su vez, remite a pensar en dos aspectos; por un lado, en los efectos del uso temprano y abuso de pantalla en la constitución psíquica, y por otro, en la disociación de la pareja parental respecto de su propia sexualidad y el vínculo pervertido en relación al *“cuidado”* de su hijo, quien se convertía en interferencia para la relación marital, por lo que había que *“distrarlo”*, con lo cual quedaba en el lugar del estorbo o rival del padre, pero nunca en el lugar de niño - hijo. Sea por la razón que fuere, como expresa Janin (2011), si la madre no puede erotizar nada que no sea su propio cuerpo, sino puede transmitir una mirada deseante hacia el mundo y no hay un sustituto que realice esta tarea, difícilmente el bebé invista un exterior a él.

Sin embargo, puede evidenciarse que Ana lejos de encontrarse ausente físicamente del campo visual del niño, permanecía cerca, pero con severas dificultades para filtrar sus necesidades, metabolizar lo que le sucedía, y, sobre

todo, a su tiempo, poner la distancia necesaria entre ambos para construir un espacio propio para cada uno de ellos. En este sentido, surge lugar a la pregunta: ¿La permanencia cerca del niño era verdaderamente un encuentro con un hijo reconocido en su autonomía deseante o era fusión? Pareciera que la separación estaba mediada o posibilitada por el dispositivo electrónico, como si para “desenchufarse” de ella tendría que enchufarse a otro aparato.

Por su parte, Juan restaba importancia a la iniciación precoz en el uso y abuso de la pantalla (seis u ocho horas diarias teniendo poco menos de un año), alegando que él también desde pequeño jugaba a los videojuegos y seguían siendo objeto de su interés. En este sentido, *“el uso de la pantalla reemplaza el vínculo con los adultos, (...) no da cuenta de una experiencia creativa, sino que son objetos que están fundidos con el cuerpo y las sensaciones del niño. Los manejan de manera fija y estereotipada, escasamente asociados con la fantasía. En términos de Frances Tustin (1990) funcionan como ‘objetos autistas’ y ‘formas (figuras) autistas’.”* (Llanos, 2021, pp. 76, 77).

Ambos padres presentaban severas dificultades para pensar e interrogarse por la trama vincular y afectiva del padecimiento de su hijo. Pese a ello, en el transcurso del primer año de tratamiento fue posible identificar avances significativos, ya que, con casi seis años de edad, Thian logró el control de esfínteres presentando episodios esporádicos de enuresis secundaria nocturna. Accedió al lenguaje, nombrando, señalando por sí mismo los objetos, y armando frases cortas. En éste sentido, es posible identificar aquí, algo del acceso a la posición depresiva (1934) descrita por Klein, en tanto se evidencia, tal como se desarrolló, la sustitución y la capacidad de simbolizar, materializado en los logros antes mencionados, así como en la diferenciación Yo – no Yo. Al respecto, progresivamente, comenzó a dar cuenta de la separación y mayor necesidad de individuación, siendo él mismo quien pedía entrar solo al consultorio, sin su madre. Como expresa Janin (2013), en *“Ficha sobre la constitución del lenguaje”* la palabra separa y liga. Nombrando a la madre la tiene mágicamente, a la vez que la posibilidad de nombrarla supone el establecimiento de una distancia. Lo relatado hasta aquí se corresponde con el primer año de tratamiento, en el que fue posible pesquisar la dinámica familiar y vincular. Juan asistió intermitentemente a los encuentros durante este primer periodo, para desaparecer luego definitivamente del espacio y casi por completo de la vida de

su hijo y de la madre de éste, tras un hecho de violencia que marcó un hito en la vida de ellos y especialmente en el proceso terapéutico de Thian, dando lugar a lo que podemos representar como “el alumbramiento terapéutico de un niño.”

### **3.2.b. Segundo Tiempo: El alumbramiento del decir de un niño entre gestos, palabras y juegos en el encuentro terapéutico.**

Del interrogante inicial de los padres: “¿*Que tiene Thian?*”, y de las hipótesis “*neurobiológicas*”, se fue haciendo posible que su madre se interrogue: *¿Qué le está ocurriendo a mi hijo?, ¿Qué siente? ¿Qué mensaje transmite con sus conductas?* En este sentido, el sufrimiento ya no fue desestimado, “*dejó de ubicarse la patología allí donde hay funcionamientos que molestan*”, y ya no fue dejado de lado lo que el niño siente. (Janin, 2011, p. 10).

En el primer tiempo de abordaje era muy dificultoso armar una trama tendiente a instaurar intervenciones estructurantes, ya que los tiempos de permanencia en el consultorio eran mínimos y predominaba lo caótico. Tal vez ese primer tiempo fue tiempo de instauración de la transferencia madre – hijo, de construcción del espacio transicional para que el juego, ausente en el primer período, pudiera advenir. Laplanche (1996) define el concepto de transferencia como:

*“(…) proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica, (...) como terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.”* (p. 439)

Por su parte, Aulagnier (1984) plantea la importancia de dedicar el tiempo necesario a las entrevistas preliminares, a los fines que los analistas puedan realizar “*un `auto – diagnóstico´ sobre su capacidad de investir y de preservar una relación transferencial no con un neurótico, un psicótico, un fronterizo, sino con lo que llegado el caso entrevea, más allá del síntoma, acerca de la singularidad del sujeto a quien se enfrenta.*” (p. 180)

Habiendo realizado tal “auto – diagnóstico”, tuvo lugar mi encuentro con el niño, conectados principalmente a través del uso de melodías. Ingresaba al consultorio realizando sonidos, que ante la atracción que le generaban los dinosaurios, intenté transformarlos en el rugir de éstos, pero no despertaba su

atención para construir a través de ello un juego. Perdía rápidamente el interés y pasaba a otro objeto para hacer lo mismo, a modo exploratorio. No obstante, se veía atraído por los juguetes con sonidos y melodías de cuna, especialmente un pianito, con el que fuimos armando acordes y ritmos, llegando a incorporar, de la mano de la psiquiatra, un tambor, como otro elemento musical, y de ésta manera, armamos una banda. En ocasiones la madre participaba, y otras veces, el niño la empujaba del consultorio para que quede fuera. Este armado de melodías compartidas causaba gran emoción y alegría en Thian, constituyéndose en el primer armado de un espacio de juego recurrente que se siguió repitiendo en el tiempo, con mayor complejidad conforme fue creciendo, e incorporando la invención de canciones.

La melodía fue propiciando la aparición de lo simbólico. *“Melodía, ritmo que traza un camino que conduce al encuentro espejado con el semejante. Pulsación que va emplazando una escena narcisista, apertura de lo imaginario, juego de búsquedas, encuentros, presencias y ausencias que propician lo simbólico. Movimiento que va recubriendo lo real.”* (Frizzera, Heuser, 1998, p.131)

Conforme se consolidaba más *“jugar a la banda”* requería mayor compromiso de las terapeutas, un estado de ánimo alerta y atento a las variaciones de ritmos y melodías, que lo alejaban de lo repetitivo y monocorde. Como expresa Valeros (1997) a propósito del caso *“Roberto”*:

*“El analista es quien se adapta lo máximo que le sea posible al estado mental del paciente y no a la inversa (...) el vínculo transferencial así establecido tiene dos formas principales y simultáneas. Por un lado, la interacción basada en la coordinación de los ritmos musicales. Esta variedad de transferencia estaría relacionada con formas básicas de la interacción humana que son el centro de la vida psicológica entre los dos y los seis meses de edad, en el desarrollo normal. Intercambios de miradas, balbuceos, sonrisas, juegos de escondidas, la esencia de estas interacciones sociales parece ser la coordinación y la sincronía de las conductas.”* (pp.104, 105)

El autor agrega que esta forma de interacción humana no desaparece, sino que subyace en otras formas de intercambios humanos que luego se hacen más aparentes: intercambios de estados afectivos y de conocimientos.

Recién en este segundo tiempo se pudo apreciar el despliegue lúdico creativo y simbólico que posibilitó que a través de una dramatización mostrativa el niño deleva su sufrimiento, algo que parecía taponado y acallado. Es así como Thian ingresó al consultorio de manera intempestiva, me miró a los ojos con tristeza y furia, luego observó el piso con desesperación como si alguien yaciera allí, y empezó a dar patadas en ese sitio. Irrumpió en llanto y dijo: *“Papá a mamá”, “yo salvé a mamá”*. En ese momento interpreté: *“Entiendo que me estas contando que pasó algo que te asustó mucho, parece que tu papá le pegó a tu mamá y que vos la ayudaste”*. El niño asintió con la cabeza y en una representación mostrativa de los hechos abriendo y cerrando la puerta con violencia, dramatiza cómo a los empujones él mismo saca a su padre de la casa. Como expresa Janin (2013) en *“Ficha sobre la constitución del lenguaje”* la palabra tiene el valor de expulsar lo vivido como displacentero y a la vez recuperar el objeto amado. De la palabra-frase se pasa a dos palabras, núcleo y predicado, algo que permanece igual y algo variable. El niño cuenta en acciones y esto muestra ya esbozos de representaciones preconscientes que se van instaurando. Hay un pensamiento que es un pensar en acciones, pensamiento cinético, en imágenes motrices. A la vez que: ese lenguaje, totalmente ligado a la acción, le posibilita poner afuera y contar a otro sus vivencias, transformando lo pasivo en activo, una de las finalidades que Freud le atribuye al juego.

Luego Ana relató la escena de violencia sufrida señalando que no había sido la primera, que se cansó de darle la razón a su marido y de no contradecirlo. Que, así como la golpeó a ella, en otras oportunidades, siendo un bebé, también zamarreó a Thian en varias ocasiones *“para que no lllore”, o “lo encerraba en el baño como castigo, o para que no moleste”*. Tal como expresa Janin (2014), *“hay algunas situaciones que suelen funcionar como desencadenantes del maltrato. Una de ellas es el llanto del bebé. En tanto hace revivir la propia inermidad, el desamparo absoluto (...)”* (p. 222). En estas situaciones, tal como lo describe Aulagnier (1977) el niño se encontraría expuesto a la *“violencia secundaria, que se abre camino apoyándose en su predecesora, de la que representa un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento del Yo, (...) la violencia se ejerce sobre el Yo.”* (pp. 34-35)

Se hace evidente en el niño el impacto en su subjetividad de estas vivencias de dolor en las que quedan *“caminos de arrasamiento psíquico, que como `la marca*

*del rayo, quiebra conexiones. Inscripciones que llevan a la huida, a la desinvestidura del objeto mnemónico hostil, al vaciamiento representacional.*" (Janin, 2014, p. 20) Vivencias de dolor que no fueron mitigadas por una vivencia calmante capaz de ligar lo doloroso a otras vivencias, o que, por la magnitud de la violencia ejercida excluye cualquier posibilidad inmediata de reparación. De aquí se desprende la conclusión del universo de violencia en el que estaban insertos el niño y su madre, lo cual, en muchas oportunidades era desmentido por ella, armándose un circuito de funcionamiento perverso de control y dominio del otro, con una modalidad violenta de vinculación que opera como traumatismo.

Luego de este último episodio de violencia, tras ser contado en acto y luego puesto en palabras por Thian, los padres se separan. El niño y su madre se mudan a la casa de los abuelos maternos, quedando confinados a ocupar una habitación como vivienda durante cuatro años, hasta que Ana pudo conseguir vivienda propia. Thian perdió vínculo con su padre, quien tampoco concurreó más a las entrevistas. En un primer momento, adujo no poder ver a su hijo por dificultades económicas, no haciéndose cargo de manutención alguna, y luego, argumentó, según referencias de Ana, que: *"voces del más allá le decían que, para proteger a su hijo no tenía que verlo, que él está en un movimiento espiritual muy grande y que es importante que confíen en él y en sus visiones."* No obstante, si se trataba de aspectos relativos a tramites de beneficio personal, se movilizaba e interactuaba con el niño y su madre sin dificultad alguna. Estos encuentros esporádicos desencadenaban por lo regular "crisis" en Thian, como las llamaban, siendo el antecedente que precipitó sus dos internaciones por salud mental. Como expresa Donzino (1996) es importante en la clínica psicoanalítica con niños precisar qué entendemos por crisis, según sea el caso. Las crisis de Thian, se observan en la línea de lo que describe el autor citando a M. Klein (1932) a propósito del caso Erna, y a Arminda Aberasturi respecto de sus aportes al caso Juanito, quienes *"se refieren a 'crisis' para denotar una situación de extrema ansiedad, angustia o rabia, sin una precisión metapsicológica."* (p.1)

Por lo tanto, los reencuentros con su padre, despertaban el horror en Thian, provocándole episodios de crisis de angustia que lo desestabilizaban emocionalmente, tras lo cual decía *"soñar con el diablo"* y que *"el diablo se le*

*aparecía por las noches.*” Agregaba que su padre era para él claramente el diablo, y adjudicaba a “*la sangre de Juan*” el origen de sus “*malas conductas*”. Algo de lo fallido del linaje se ponía en juego, pero a su vez, el intento de diferenciación y el deseo de no identificación con esta figura hostil y amenazante que se intrusaba fantasmáticamente en su mente por las noches, del mismo modo que lo hacía con la violencia secundaria durante el día.

Si consideramos las características parentales, tanto maternas, como paternas, se hace presente la relación existente entre la patología grave del niño y la de sus padres. Esto remite a pensar en lo planteado por Françoise Dolto (citada en Yannick, 1990) quien es la primera en enlazar la posibilidad de transmisión de las bases para el desarrollo de la psicosis a través de las generaciones, asociado al déficit de la transmisión simbólica de ciertas experiencias generalmente traumatizantes, en el sentido de aquello que, por su alta carga energética, pueda haber impactado en el psiquismo, y requerido para su elaboración un procesamiento simbólico mayor al recibido, quedando como agujero representacional, como quistes. Esto se puede relacionar con el hecho de que para Thian su padre no era “como el diablo”, en alusión a un “como sí”, sino que, por el contrario, “era el diablo”, en su literalidad, sin posibilidad de simbolización alguna.

Luego de la separación, Ana comenzó a hablar de la violencia que antes ejercía Juan sobre ella, e identificó que su hijo comenzó a hacer lo mismo que su padre. Menciona malos tratos, contestaciones, y agresiones físicas: “*se me encima, me hace frente*”, palabras que repiquetean bañadas de gozo y miedo, dicho en tono monocorde, como si no pudiera escucharse a sí misma lo que dice. Conforme Thian crece, siendo un púber de diez años de edad, su madre relata situaciones en las que la violencia llega como un contínuum en el que no hay borde ni límite, tanto en su hijo como en ella. Comentó espantada que el niño le decía que quería que ambos tengan un hijo (comprendiendo que para ello él y su madre debían tener relaciones sexuales), que continuaba en ocasiones durmiendo con él en la misma cama, y que, coincidentemente con ello, se orinaba casi todas las noches, haciéndose evidente el factor excitatorio de la micción.

En esta línea, la identificación operante con un padre violento, podría traducirse en el niño como la siguiente expresión: “Deseo ser como mi padre para obtener el amor de mi madre, ya que ella ama a los violentos.” No obstante, éste deseo

de “ser como”, en el caso de Thian se trastoca, facilitado por la pasividad y el goce masoquista materno por: “ser su padre”, en identificación proyectiva masiva<sup>5</sup> con la figura de éste, con la borradura de todo dique, del temor a la castración y de la prohibición del incesto.

Conforme se avanzaba en el proceso terapéutico, quedaba más al descubierto la fragilidad psíquica y la imposibilidad de esta madre de diferenciación respecto de su hijo. No se podía privar del cuerpo del niño, y se ruborizaba cuando relataba situaciones en las que Thian le propuso “*tener sexo*”, sin poder dar cuenta de la cadena de situaciones incestuosas que ella misma propiciaba; como bañarlo, limpiarle la cola con toallitas húmedas, dormir con él, permitirle que permaneciera en el baño junto a ella mientras ésta lo ocupaba, entre otras. Al respecto, Françoise Dolto (citado en Yannick, 1990) plantea:

*“Toda castración, cualquiera sea el estadio en que interviene, es entonces para F. Dolto, como la castración edípica, a la vez simbólica y simbolígena. Simbólica porque no depende de una ley local sino de la ley de la especie. Simbolígena porque cuando se da una castración, el placer interdicto debe simbolizarse en el lenguaje, mediante el ejercicio de la función simbólica. Las castraciones se inscriben entonces en una dialéctica de la iniciación a lo simbólico del acceso a la simbolización”.* Luego, agrega: “(...) Para que una castración cobre sentido para el niño es fundamental que sea entregada - ‘dada’ , como escribe F. Dolto - por un adulto, él mismo inscripto en la Ley. Dar una castración no es simplemente frustrar” (p. 117).

En este sentido, para castrar al niño, la madre tuvo que haber sido atravesada ella misma por las castraciones simbolígenas. Al respecto, en las entrevistas, surge como descubrimiento para ella el recuerdo inédito de situaciones de abuso sexual intrafamiliar padecidas en su infancia.

Las quejas de Ana acerca de las conductas violentas de su hijo, se complementaban con confesiones catárticas (posiblemente fogueadas por su

---

<sup>5</sup> “(...) la *identificación proyectiva masiva con el objeto*, supone una fantasía de “convertirse” en el objeto o en un aspecto concreto o versión del objeto (...) mientras que el objeto se convierte en el self, o personifica un aspecto insoportable del self (proceso descrito primero por Anna Freud (1937) como “identificación con el agresor. Sugeriré que tales estados de identificación patológica suponen el uso excesivo, no solo de proyecciones violentas, sino también de introyecciones patológicas concretas, y que este modo de funcionar también depende para su “éxito” del uso masivo de las defensas maníacas”. (Ignès Sodrè, 2012, p.4)

madre) por parte del niño: *“le pegue a mi mamá, no lo voy a volver a hacer, le pedí disculpas,”* luego de lo cual cerraba el diálogo e impedía vehementemente toda pregunta que posibilitara alguna reflexión o profundización de ello. El pensamiento quedaba excluido, y cualquier interrogante ocasionaba su enojo e irritación. La exposición de esta madre a situaciones abusivas y violentas se reiteran en la gran mayoría de los vínculos que establece, con lo cual; surge la pregunta: ¿Para su hijo *“ser malo”*, como se refería a él mismo, sería un modo de encontrar un lugar en el deseo de la madre, quien se rodea y elige siempre a los malos? Esto se asocia con lo planteado por Maud Mannoni (1988), cuando expresa que: *“en ciertos casos graves el niño es inducido a moldear una `madre de niño anormal´, y a introducir a veces, con un carácter sadomasoquista, un tipo de relación simbiótica de la que el padre queda excluido.”* En este sentido, la autora comprende que la enfermedad del niño es el síntoma de aquello que *“no marcha”* en el medio que lo rodea, del *“drama familiar que lo desborda.”* (p.33)

### **3.2.c. El juego como constructo de una experiencia compartida de carácter transformador.**

La presencia del juego en su carácter simbólico propició movimientos tanto en la trama intrapsíquica como intersubjetiva. El juego como producto en sí mismo propició la complejización psíquica. Al separarse Ana y Juan, se infiere que se puso coto a un modo de relación sadomasoquista. Respecto del niño es posible conjeturar que al denunciar la violencia padecida rompió el silencio y el sometimiento a su padre, como también lo hacía su madre, y por la posibilidad de simbolización y separación de los cuerpos que el juego implica, marcó a su vez una distancia con ésta, la apertura de un área transicional. Cuando comenzó a hablar, el discurso era ecolálico, con expresiones de lenguaje neutro tomado de los dibujos animados, observándose luego una mutación más asociada a intentos de imitación de modelos identificatorios: los *“youtubers”*. Progresivamente se fue despojando en gran medida de lo bizarro de su discurso y de su presentación.

Luego de la construcción del ritmo *“niño – terapeutas”*, expresión que incluye a la psiquiatra, a la que luego se sumó una psicopedagoga al armado de *“la banda”*, a través de las melodías y los sonidos balbuceados, comenzó a cobrar mayor significación el uso del lenguaje, como valiosa y nueva adquisición.

Acostumbraba al inicio de las sesiones a comentar lo que para él eran datos de interés para pedir luego, pasar al juego.

Bastante más adelante, a sus diez años de edad, pasa al plano gráfico como lugar de aposentamiento y expresión. Si bien el análisis del dibujo excede el objetivo del presente trabajo y no se teoriza al respecto, se señala a modo de hito y logro en el proceso de estructuración y complejización psíquica del niño.

A lo largo del proceso de terapia, el juego simbólico fue un trabajo de constructo, procurando transformar en juego, a través de la disposición empática y mediante intervenciones estructurantes, aquellos elementos no ligados a ninguna representación o bizarros que el niño llevaba a sesión. Por su parte, Thian pudo activar la potencia simbólica que antes se encontraba fallida por el desencuentro con el otro, en sus vínculos más tempranos. Como expresa Dolto (1982), citada por Yannick (1990) respecto del autismo, pero que también podría hacerse extensivo a las psicosis y patologías graves: *“los autistas tienen una comunicación extraordinariamente rica, y plena de sentido que nosotros no observamos (...) son como músicos sin oídos y pintores sin ojos. Su espíritu creativo está constantemente en acción, pero no pasa jamás a la etapa de la realización creadora para otro.”* (p. 139).

Aquí Dolto hace referencia a esta potencia simbólica que no se pudo desplegar porque fallo el encuentro, y no le permitió al niño en su momento armar circuito pulsional y lazo con otro. En este sentido, tal como lo plantea Dolto en su posicionamiento ético y teórico, el potencial simbólico presente supone pensar que en el niño psicótico y autista hay *‘algo’* sobre lo cual trabajar. El juego de *“la banda”* y el trabajo conjunto con los padres (mientras fue posible) armó ritmo, lazo, circuito libidinal que abrió caminos de encuentro con otro en cuanto tal, y a partir de allí, lo autoerótico como podía serlo antes enrollarse el propio pelo o el de su madre indiferenciadamente, dejó paso al juego compartido. Los dinosaurios, que antes solo le interesaban como *objetos autistas de sensación* (Tustin, 1990), ahora rugían, peleaban, huían, armaban manada. No poseían valor por ser parte del cuerpo propio, ni por proporcionar sensaciones táctiles, había cobrado valor de *juguete*, en tanto *“símbolo ofrecido por la madre.”* (Gutton, 1976, p. 4). Y ello fue posible en la relación analítica, que se creó a través del vínculo transferencial, el espacio transicional donde el juego pudo asentar. En este sentido, luego del armado de los ritmos terapeuta-niño a través

del “juego de la banda”, y la denuncia por parte del niño de la violencia padecida, tuvo lugar una mayor apertura simbólica del juego.

La complejización de lo lúdico dio lugar a los “zombis,” a los “túneles desconocidos y secretos”, pasajes de una dimensión a otra y “exploraciones de lugares desconocidos”. En el contexto de estos juegos, proponía a la terapeuta que le tire una soga o estreche su mano por medio de un gesto, ya sea para “salir de un pozo” o “cruzar un charco”, con expresiones como: “tírame una soga que me caigo”, “¡No!, me van a capturar los zombis, ayúdame a salir.” Todo en el contexto de la dramatización de viajes y aventuras en el que se exploraban países desconocidos por él, particularmente “China” y “Paris,” destinos elegidos preferentemente en pandemia, a través de las sesiones virtuales. Thian quería expandir su mundo de representaciones, explorar lo desconocido, investir nuevos objetos, nuevos lugares, amar y ser amado por alguien más, además de su madre. Quería tener novia, ser adolescente, irse de su casa.

La mano que pedía que le extendiera para salir de un pozo, y la cuerda imaginaria que debía arrojarle para rescatarlo del “vacío” al cual podría caer, remite a aquella unión umbilical con su madre, imprimiendo mediante el juego un carácter elaborativo en el que aquella cuerda sea símbolo de la negación de la separación tal como describe Winnicott (1965, p.206) y no la literalidad de la misma.

Posteriormente, no aparece más la cuerda en los juegos, pero si el gesto de estrechar la mano a la terapeuta o pedir que se la entrecruce, como ayuda para salir de una situación riesgosa, difícil. A propósito del relato del caso del cordel, Winnicott (1971) manifiesta: “le expliqué a la madre que su hijo se encontraba ante el temor a una separación, y trataba de negarla utilizando el cordel, del mismo modo que un adulto negaba su separación respecto de un amigo empleando el teléfono.” (p.50) Empero, podría pensarse que en la posibilidad de inscripción que permitió la labor lúdica en transferencia, el pegoteo que en un principio posibilitaba a Thian ser en el contacto estrecho con el cuerpo de la madre, habilitó el surgimiento de una zona de intersección e intermedia de experiencia que dió lugar a la creación e individuación, reflejada en los logros a lo largo del tratamiento, ya que, como se mencionó anteriormente, dejó los pañales, accedió al lenguaje y pudo comenzar a entrar solo al consultorio. Procesos que dan cuenta de una mayor complejidad psíquica y de la posibilidad

de reconocimiento Yo / no-Yo, fantasía/realidad. Tal como expresa Winnicott (1965): “*si el proceso de maduración se hace en la buena dirección, se produciría la progresiva separación entre el Yo y el no – Yo, y como lógica consecuencia, la separación que la madre `suficientemente buena´ debería garantizar con sus cuidados.*” (p.6)

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, la posibilidad de *ser* que ofrecía Ana a su hijo se encontraba íntimamente ligada a lo que éste veía en ella. En relación a ello, Winnicott (1971) se pregunta: *¿qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre?* Expresa que en el intercambio se ve a sí mismo, como si fuese un espejo que devuelve y refleja su propio estado de ánimo y, en algunos casos, la rigidez de sus propias defensas. ¿Qué veía Thian en una madre atravesando un duelo, agravado por cierta disposición morbosa, angustiada por no saber qué hacer con su hijo, atrapada quizás en fantasmas propios de la relación con sus objetos primarios de amor, sin la contención y acompañamiento de Juan en la crianza de él? “(...) *Si el rostro de la madre no responde, un espejo será entonces algo que se mira, no algo dentro de lo cual se mira (...)*” (Winnicott. p.182).

Entre el psiquismo materno y el cuerpo del bebé hay un lazo fusional indispensable para que se vaya generando el sentimiento de habitar un psiquismo en ese cuerpo. En los primeros tiempos de vida del niño, incluso de la vida intrauterina, es imprescindible que quien ocupe la función de maternar atravesase un estado muy especial, una condición psicológica que permita adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades de su hijo, llamada “*preocupación maternal primaria*” (Winnicott, 1956, pp.1364-1365). Justamente, para que se alcance dicho estado es necesaria la función de un tercero desde sus inicios, que pueda brindar apoyo y contención a la mamá en el vínculo con su hijo. Precisamente, ésta fue una de las dificultades de Juan para operar desde esa función.

El juego que se sostuvo mediante sesiones online durante la pandemia por COVID-19, podría dividirse en dos momentos. El primer momento, al inicio de la pandemia, cuando continúa con la propuesta claramente lúdica de “*jugar a los viajes*”, “*viajes a china*” y a otros “*lugares peligrosos*”. Lo amenazante estaba dado por una variedad de monstruos y desafíos contra los que luchábamos y salíamos victoriosos, según el guion que él proponía.

En una oportunidad, jugando a “*explorar*”, hace el gesto de poner su mano arriba de las cejas haciendo un “como sí”, simulando observar a su padre en medio de una multitud, pidiéndome que lo acompañe a su encuentro. Juego en conjunto, de búsquedas, encuentros - desencuentros, donde el lugar del otro opera como nexo, lazo, a través de palabras “*dame la mano*” y “*ayúdame a...*”. Viraje que permite la escritura de un nuevo capítulo en la vida del niño, un camino de nuevas posibilidades.

Un segundo momento de las sesiones en pandemia, está dado por una presentación más bizarra ante la cámara, en la que el juego no tiene lugar, y en el que la mención a la posibilidad del mismo lo exasperaba, según decía: “*¡esto es real, vos no me crees, no entendés nada!*” En ese momento Thian aparecía con dos pelotas de fútbol bajo la remera representando sus senos, ya que no era él sino “*Lara*”, la “*novia de Thian.*” Este momento coincide con una situación de tensión y crisis familiar, que tiene como consecuencia la búsqueda de vivienda en plena pandemia, ya que Ana decía “*no poder seguir viviendo con sus padres porque no lo soportaban a su hijo.*” Este momento crítico en la vida del niño, desencadenó un estado alucinósico, siendo lo central aquí, la ausencia del “*como sí*” y la alteración de la identidad, por lo que, como expresa Liberman y col (1980), podemos hablar de *delirios de identidad.* (p.64)

Por otra parte, es sabido que los cambios y reestructuraciones propios de la emergencia puberal, ponen a pruebas la solidez de las bases de la estructuración psíquica, y en este sentido, dicha emergencia podría haber propiciado tales delirios de identidad. Se conjetura que puede haberse creado, a modo autoerótico, una imagen femenina de sí mismo, comparable tal vez a la alucinación del pecho en el lactante, como un intento de restitución de la simbiosis perdida. En este sentido, “*las defensas psicóticas no son sino meros intentos de restitución de un Yo rudimentario fragmentado que sirve el propósito de la supervivencia.*” (Mahler, 1972, pp. 87, 88).

Al retomar la presencialidad, desapareció “*Lara*” y nunca volvió a hablar de ella, solo decía que le gustaban las “*mujeres con pechos grandes.*” Se diluyó el estado “*alucinosico*”, volviendo a restaurarse el “*como sí*” del juego, y salió a rodar por el mundo compartido con los otros nuevamente.

Retornaron los “*juegos de viajes*”, y de “*matar zombies*”, escapar y/o convertirnos en muertos vivos cuando nos mordían. El juego consistía en ocultarnos bajo el

escritorio, porque escuchábamos sonidos extraños en el exterior, según él indicaba. Debíamos hacer silencio y sigilosamente buscar algún arma para defendernos. Cuando él daba la señal de ataque y me advertía que había un zombi cerca mío yo debía atacar, él cuidaba mi espalda y yo la suya, a su tiempo.

### **3.2.d. Situación Actual: El mundo que hoy nos muestra Thian**

Finalmente, Ana logró alquilar una pequeña vivienda, luego de peregrinar por distintos alojamientos, pensiones, alquileres de piezas en casas de familia, siempre eligiendo los malos, los malos tratos y con- tratos desfavorables para ella, en la que, como profecía auto cumplida, quedaba a merced de la benevolencia de quien no tuviera en sus intenciones el objetivo de aprovecharse de su vulnerabilidad y la de su hijo.

Este hecho fue significado por Ana como un gran logro, ya que en la convivencia en la casa de otros siempre se sentía juzgada como madre, señalándosele, según refería, que debía ser “*más firme*”, o “*darle un buen chirlo*”.

Thian siempre quedaba en el lugar del “niño problema”, no siendo alojado afectivamente por nadie más que por su madre. Él es todo para ella y ella es todo para él. Ana refería no contar todo lo que su hijo le hacía y decía para que “*no le agarren idea*”, pero en ese mismo ocultamiento / encubrimiento, lo sustruía de su lugar de hijo y de niño para ubicarlo como sucesor de su padre. ¿Cómo sería posible responsabilizar a un niño de los conflictos con un adulto? ¿A quién encubría en realidad? ¿Qué deseo ocultaba ese encubrimiento? Me pregunto qué chance tiene Thian de escapar al designio del deseo materno.

Actualmente, con diez años de edad, ha atravesado situaciones que trazan un panorama muy complejo signado por la locura y la violencia familiar, en el que, pese a sus dificultades, Thian deja entrever sus recursos simbólicos, presentándose como el actor más sano de su entorno; luchando con los fantasmas, con los zombis proyectados sobre él y con las dificultades que lo aquejan. Al respecto, para hacer frente a esta realidad, se valió del empleo de múltiples mecanismos defensivos, entre los cuales sobresalen la negación masiva, el desplazamiento, la condensación y la indiferenciación. No obstante, en otros momentos recurrió a mecanismos más saludables, y pudo dar cuenta de recursos psíquicos muy valiosos, como la posibilidad de reflexión y la expresión gráfica.

Al respecto, es posible ver con claridad que, conforme el niño mejora, su madre sufre alguna descompensación. Como expresa Mannoni, (1988):

*“He comenzado a atribuir gran importancia a la escucha del drama familiar que envuelve al síntoma – hijo. Pues a menudo solo es posible ‘curar’ al niño si el analista desplaza el problema por el que los padres han venido a consultarlo. Así, lo que surge a veces en el revelamiento de una situación es la enfermedad de uno u otro de los padres, ‘enfermedad’ que los trastornos del hijo cumplían la función de taponar.”* (p.18)

Ana se encuentra en tratamiento psiquiátrico y psicológico desde hace un par de años. Recientemente, ingirió grandes cantidades de ansiolíticos como intento de suicidio, el cual desmiente por temor a *“que le quiten a su hijo”*. Al momento de los hechos, se encontraba sola con Thian, quien al ver que su madre no despertaba llamó por teléfono a emergencias y a sus abuelos. De esa manera, Thian rescata por segunda vez a su mamá, tal como él mismo lo significa: *“primero la salvé cuando papá le pegaba, y ahora que le salía espuma por la boca yo también la salvé, llame al 911, como me enseñó ella.”*

En relación al intento de suicidio de su madre expresa: *“Yo a mamá cuando sea más grande la tengo que abandonar, igual que hizo mi papá, porque si no, la voy a terminar matando.”* *“Yo no puedo estar con ninguno de ellos dos, sino voy a terminar igual.”*

Esta afirmación, se relaciona con la pregunta que se formula (Janin, 2011): *¿Cómo se pasa de ser un eslabón en una historia ajena a tener una historia propia?* (p.16) Al respecto, resulta interesante pensar en los movimientos que realiza el niño para constituirse en objeto de deseo de sus padres, especialmente de su madre, y a posteriori, los intentos de diferenciación de éstos y construcción de su propia historia.

Si pensamos en aquello que constituye la historia libidinal, como expresa Janin (ob.cit.) comprendemos en sentido amplio que, las pulsiones sexuales, el Yo, las defensas, el súper Yo, y el ideal del Yo se constituyen en una historia vincular. Pero para el advenimiento de ese Yo y las instancias que lo secundan, la trama vincular en relación a la intervención amorosa de otro resulta primordial.

El espacio de terapia aparecía en esos momentos de turbulencia familiar como pausa que aquietaba los fantasmas agitados y conflictuados de otros, los que,

en otros tiempos, traía a sesión como fragmentos de sueños atolondrados por encontrar escape, irrumpiendo en su mente como palabras sin sentido.

En este sentido, el juego le permite crear significado, sentido al actuar caótico de los otros, establecer un equilibrio entre lo subjetivo y la realidad objetiva. Así como en otros momentos el espacio transicional se encontró en riesgo frente a episodios con potencial traumático (Ejemplo: intento de suicidio de la madre), o, frente al embate de fantasías que tienden a imponerse como realidad (Ejemplo.: ser Lara) y hacer que el juego deje de ser tal, o el inter-juego de varias situaciones.

#### 4. REFLEXIONES FINALES

En una revisión crítica del proceso analítico, considero que las condiciones socio-económicas de vulnerabilidad y desprotección con que Ana se presentaba ante el mundo, constituyó un factor distractor inicial de su padecimiento en salud mental. Mostraba una conmovedora dedicación y abnegación hacia su hijo, a modo sacrificial, en el que su cuidado le insumía las veinticuatro horas del día, según ella misma expresaba. Con el tiempo, fue posible pensar que aquello no era la renuncia o la postergación transitoria de las necesidades propias por amor a otro, por el registro del hijo en cuanto tal que demanda de una “madre devota”. Era la con-fusión / fusión madre hijo que ella misma propiciaba en función de su dañada historia libidinal. Tal como afirma Dolto en el prólogo de *“La primera entrevista con el Psicoanalista”*, de Maud Mannoni (1978): *“en la primera infancia, (...) casi siempre los trastornos son de reacción frente a las dificultades de los padres, y también ante trastornos de los hermanos o del clima interrelacional ambiental.”* (p. 17)

Desde el inicio del abordaje se procuró desarmar el supuesto diagnóstico de *“Trastorno Generalizado del Desarrollo”* asignado por neurología y el fantasma del *“autismo”*. En algunos momentos fue posible el trabajo con los padres, y en otros, cuando las dificultades de los adultos eran mayores, les resultaba más tranquilizador volver al diagnóstico inicial, el que los eximia de implicarse en la problemática de su hijo.

Thian se presentaba como un niño con severas fallas en su proceso de estructuración psíquica, que si bien inicialmente por su conducta y particular vínculo con su madre impresionaba padecer un cuadro compatible con la *“psicosis simbiótica de Mahler”*, en el transcurso del tratamiento se evidenció como un niño severamente traumatizado por la violencia, y afectado a modo reactivo por la patología parental, recurriendo por momentos a mecanismos defensivos característicos de la psicosis; tal como propone Mahler (1972) considerar el problema de ésta estructura en términos de una serie complementaria, en la que, entre otros factores, durante la fase autista y simbiótica más vulnerable ocurriría una traumatización muy severa en el infante, y el objeto humano en el mundo externo pierde su capacidad catalizadora. En este sentido, se asocia la capacidad de jugar, que el niño adquirió en el proceso de terapia, con la posibilidad de separación y diferenciación materna, ya que,

como expresa Casas (1999), el juego permite la simbolización de la ausencia materna, que no existe antes del mismo, sino, que se construye a posteriori. Tal como explica la autora, esto *“implica una ausencia sobre fondo de presencia, y la presencia sobre fondo de ausencia que permite la marca, la inscripción, ámbito de dominio del significante psicoanalítico, gesto y voz, donde cuenta la relación, la diferencia, la oposición, generando sentidos.”* (p.65)

En este sentido, la capacidad de postergación, de espera, es un elemento central en el proceso de estructuración. *“El juego de itinerancias de presencia – ausencia, modo natural de expresión de la pulsión escandida en su relación repitiéndose, redobla también la escandida relación de objeto que se ejercita entre el niño y su madre.”* (ob. cit. p.122)

Por otra parte, como señala Tustin (1990) a propósito del diagnóstico diferencial se observa más fácilmente cuando el niño se empieza a recuperar, no mientras permanece en un estado autista fusionado, similar a la presentación inicial de Thian.

Al respecto, en el transcurso del proceso, Thian sorprendió en distintos momentos apelando a recursos simbólicos elaborados, como el despliegue de su capacidad lúdica creativa, luego gráfica, así como su sagacidad de análisis y reflexión: *“Yo a mamá cuando sea más grande la tengo que abandonar, igual que hizo mi papá, porque si no, la voy a terminar matando.”* En este contexto, desplegó otra posibilidad de ser, de habitar su cuerpo, pudo pensarse a sí mismo siendo otro, otro diferente de su padre y de su madre: *“yo no puedo estar con ninguno de ellos dos, sino voy a terminar igual.”*

Tal vez aquí se pueda vislumbrar algo de la *represión originaria como el clivaje inaugural del aparato, aquel que tiene la virtualidad de constituir una tópica definitiva.*” (Bleichmar, 1986, p. 58). Winnicott (citado en Nemirovsky, 2007) plantea que son considerados pacientes graves quienes no han podido desarrollar un espacio transicional. No obstante, en Thian se alternan como movimientos de luces y sombras, como en el teatro negro de Praga, momentos de repliegue/ despliegue, momentos de potencialidad estratégica, y momentos de oscuridad aterradora que amenazan con ciclopes furiosos, donde lo transicional implosiona.

Al inicio del tratamiento, se trabajaron los tiempos iniciales de armado de psiquismo y construcción de vínculo. Fue posible pesquisar allí la dinámica

familiar y vincular, creando las bases de la transferencia con el niño y con su madre. Posteriormente mediante el uso de melodías, se fue dando lugar al armado de la “la banda” y a la construcción progresiva de juegos cada vez más simbólicos y elaborados. Asimismo, el espacio de terapia funcionó como terceridad, como legalidad externa a la endogamia familiar, siendo posible para el niño denunciar mostrativamente en acto la violencia padecida por él y por su madre, pudiendo a partir de allí aparecer Thian como diferente de ella.

Tal como expresa Casas (1999), este procesamiento simbólico que el juego anuda involucra la palabra del otro y su discurso en acto, lo que debe ser reconocido en el caso del analista de niños. *“Es un modo de acceder al sujeto produciéndose desde la indefensión que lo marca a fuego, hasta la independencia, en su radical necesidad del otro. Tránsito donde la apropiación significativa de lo real es correlativa a los procesos representacionales.”* (p.62)

En un movimiento análogo a la construcción de los ritmos madre – hijo, se construyó el vínculo terapeuta – niño, invistiendo y narcisizando el mismo, creando así un encuentro. De esta manera, en la superposición de dos zonas de juego (Winnicott. 1971. p.61), la del paciente y la de la analista, se posibilitó y habilitó el jugar. Jugar en términos de acción, de un hacer en un lugar y un tiempo (p.64). Tuvo lugar un juego en conjunto, de búsquedas y encuentros, donde el lugar del otro opera como nexo, lazo, a través de palabras como: *“dame la mano”* y *“ayúdame a...”*.

Esta zona de juego, intermedia de experiencias creada con el niño, se vio facilitada por la creación del ambiente propicio para que experimente el sentimiento de sostén y confianza.

A través de este ofrecimiento se favoreció un disfrute del juego y paulatinamente un pasaje desde la dependencia absoluta a cierta autonomía. Juego propiamente dicho, en tanto simbólico, y no ya ligado al autoerotismo de enredarse el pelo o quedarse ensimismado enroscando un objeto. En este sentido, la posibilidad de ir-se del cuerpo de la madre y comenzar a evocar mediante la palabra distintas situaciones en el juego, da cuenta de cómo operó la posibilidad de separación y el recorrido hacia la independencia.

En el transcurso del proceso terapéutico, Thian y su madre dieron a conocer sus dificultades, sus miedos y la naturaleza de los episodios de violencia sufridos. Es en transferencia que la voz materna se hizo oír. La circulación de la palabra

suplió la falta de *“facilidad de palabra”*, que a la luz de los hechos era una voz silenciada. En este sentido, *“el psicoanalista intenta oír, detrás del sujeto que habla, a aquel que está presente en un deseo que la angustia autentifica y oculta a la vez, amurallado en ese cuerpo y esa inteligencia más o menos desarrollados, y que intenta la comunicación con otro sujeto”* (Mannoni, 1978, p.14).

Partiendo de la concepción Winnicottiana, se comprende que el desarrollo de un tratamiento que haga factible la recuperación de un cuadro grave, resultará de un encuentro con un objeto que posibilite la puesta en escena de necesidades tempranas insatisfechas que permanecieron congeladas a la espera de estos encuentros que facilitaran su despliegue. (Nemirovsky. 2007. p.119).

Al respecto, cuanto más tempranamente se interviene analíticamente, mayor es la posibilidad de encuentro y más alentador es el pronóstico de ese sujeto, y esto se constituyó en una de mis motivaciones principales para emprender la responsabilidad analítica y el compromiso ético de conducir su tratamiento.

En este sentido, tanto en el ámbito de atención pública como privada, es frecuente que la consulta con psicología se realice en tiempos tardíos; ya sea por desconocimiento, desmentida de las dificultades, o, por haberse dado prioridad a los abordajes médicos, particularmente de neurología, con lo cual el tratamiento de la problemática de las patologías graves y el sufrimiento psíquico del niño y su familia cae bajo el dominio del abordaje médico - farmacológico. Lo que es peor aún, se observa muchos niños que, habiendo tenido acceso al abordaje en psicología, éste resultó ser un proceso de adiestramiento y corrección de lo desviado mediante pautas de adaptación social, quedando por fuera la problemática subjetiva y la génesis vincular del conflicto, generando el robustecimiento de la patología y la potencialidad de que la misma detone en cuadros psicopatológicos agravados en un futuro. Tal como expresa Dolto (1981) *“El conflicto edipiano que se manifiesta en la pubertad puede entonces llevar a la delincuencia o a trastornos psicóticos.”* (p. 190)

La apuesta de trabajo con Thian fue dar lugar al despliegue de su subjetividad y comprender el juego en su valor estructurante, lo que implicó el establecimiento de un vínculo transferencial donde el espacio transicional fue la base sobre la que el jugar tuvo lugar.

Por el contrario, en los momentos en que la carencia lúdica marcó la escena, me propuse la tarea de ofrecer la experiencia inédita de seguridad y confianza, que brinde las bases del sentimiento de sí, sosteniendo su juego inicialmente con la mirada y esperando el momento de ser invitada a jugar. Esperando la inauguración del juego como un encuentro terapéutico, lo que implicó un posicionamiento tendiente a posibilitar intervenciones subjetivantes, en la apertura y disposición al encuentro, como acto creativo y siempre nuevo.

En este sentido, el juego en su valor estructurante del psiquismo se inauguró en el transcurso del tratamiento a través de múltiples movimientos niño – terapeuta y padres – terapeuta, que implicaron como condición inicial la capacidad empática, la *“simpatía real”*, que como expresa Ferenczi (1928) a propósito de *“la elasticidad de la técnica psicoanalítica”*, tarde o temprano tal esfuerzo se verá reflejado en una transferencia positiva. Asimismo, agrega que la mente del analista oscila constantemente entre la empatía, la autoobservación y la tarea de formular juicios. *“El analista, como una banda elástica, debe ceder a las tracciones del paciente, pero sin dejar de traccionar en su propia dirección, hasta que una de las posiciones, cualquiera de las dos, se manifieste como evidentemente insostenible.”* (p. 97) Esto se relaciona con lo planteado por Aulagnier (1984) respecto de la importancia de dispensar el tiempo necesario para las entrevistas preliminares a los fines de la *“autointerrogación”* profesional, con el objetivo que el analista pueda hacer un *“auto-diagnóstico sobre su capacidad de invertir y de preservar una relación transferencial no con un neurótico, un psicótico, un fronterizo, sino con lo que llegado el caso entrevea, más allá del síntoma, acerca de la singularidad del sujeto al que se enfrenta.”* (p. 180).

En relación a ello, durante el prolongado tratamiento en curso, contra transferencialmente he transitado diversos períodos en el análisis de Thian, en los que al igual que él, me sentí por momentos entre sombras rodeada de zombis, y en otras ocasiones, esperanzada, creyendo encontrar salidas, puentes y cuerdas de auxilio ante dilemas de abordaje clínico.

No resulta sencillo su abordaje, pero asumo sesión a sesión el desafío, ya que implica un arduo trabajo con el niño y su contexto, especialmente con su madre, en lo que intervienen por tanto múltiples transferencias, en las que *“el analista, para responder a su ética, y no traicionar su hacer, que es propiciar en el paciente*

*la búsqueda de la realización de su deseo, precisa intervenir junto a los padres, sin someterse ni hacer acuerdos". (Sigal, 1998, p.5)*

Por lo tanto, si nuestro hacer como analistas es propiciar en el paciente la búsqueda de la realización de su deseo, esto implica acompañar a ese niño en su proceso de descubrimiento y subjetivación, a través de los reordenamientos estructurales que atraviesa. En este punto, es posible retomar lo planteado inicialmente respecto del concepto de "*après – coup*", en tanto el aparato psíquico del niño se encuentra "*abierto a nuevas resignificaciones y en vías de transformación hacia nuevos niveles de complejización posible. (...).*" (Bleichmar, 1993, p. 215). Esto se relaciona con la importancia de la consideración del periodo de latencia para pensar la estructuración psíquica; tal como lo describe Casas (1999), como "*espacio y tiempo diferidos que hablan de una dialéctica de significación que el a posteriori configura con la articulación del nuevo sentido (...) es entre cuerpo y palabra que aparecen sentidos. En la infancia, la consistencia de lo imaginario es directamente proporcional a la indefensión, y disminuye a medida que la desilusión gana lugar.*" (p.124)

Por lo tanto, tal como plantea la autora, los juegos son constitutivos, consustanciales a la estructuración psíquica, y en tanto realmente efectivos, deben ser lúdicos y placenteros. Expresa; "*hay un lado de eficacia simbólica, en el sentido de hacer posible la estructuración del aparato psíquico, que se juega entre el niño y la madre en un ámbito de amor. Ámbito que habilita la repetición propia de la pulsión en reiteraciones del juego, adquiriendo el pleno sentido de acontecimiento psíquico.*" (Casas, 1999, p.60)

El juego entonces, es "*producción significativa (...) que habilita e instaura, al mismo tiempo, la inscripción psíquica y la circulación del deseo. Producción que también conlleva la posibilidad de que el signo se haga símbolo y que aparezca la singularidad, es decir, un momento de subjetividad que hace a la historización del sujeto.*" (ob.cit. p. 63)

Pienso el análisis con niños como un espacio solo sondable por el vínculo y la transferencia, terreno de la subjetividad y del deseo en camino de devenir, siempre nuevo e inagotable, siempre desconocido, solo asequible al adulto si asume su ignorancia, por lo que el desafío es eterno; y el juego, en tanto vía privilegiada de expresión del infans y estructurante del psiquismo, será una de las claves para acceder a ello.

## Índice Bibliográfico

1. Anzieu, D. (1995) El pensar. Del Yo – piel a Yo pensante. Madrid: Biblioteca Nueva.
2. Ariès, P (1987). El niño y la vida familiar en el antiguo régimen, Taurus, Madrid, Cap. 2
3. Aulagnier; P. (1977) La violencia de la interpretación- Del pictograma al enunciado. 2º edición (2010) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
4. Aulagnier, P. (1984) El aprendiz de historiador y el maestro – brujo. Del discurso identificante al discurso delirante. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
5. Aulagnier, P. (1994) Un intérprete en busca de sentido. Cap.10: Observaciones sobre la estructura psicótica. Buenos Aires, Siglo XXI editores s.a. de C.V.
6. Barroso, A. (2012). Sobre la concepción del sujeto en Freud y Lacan. Revista Alternativa de Psicología. Tercera Época. Año XVI N°27.
7. Bion, W. (1962) Aprendiendo de la experiencia. Cap. XII. 1º edición biblioteca fundamental de las ciencias de la psicología (2015) Buenos Aires; Argentina. Ed. Paidós.
8. Bleichmar, S. (1993) La fundación de lo inconsciente. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
9. Bleichmar, S. (1986) En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
10. Bleichmar, S. (1997). “Estatuto de lo histórico en psicoanálisis.” Revista la Oreja, Año VII, N°13, Facultad de Psicología, Rosario.
11. Casas de Pereda Myrta (1999). En el camino de la simbolización. Cap. 3, 4 y 7. Editorial Paidós, Buenos Aires – Argentina.
12. Cena, M. T (1988) Revista N°15 Actualización en Psicoanálisis de Niños. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Buenos Aires, Argentina.
13. Dolto, F. (1981) “El juego del deseo”. Cap. 7: El complejo de Edipo, las etapas estructurantes y sus accidentes (1968). Ed. Siglo XXI. España.
14. Dolto F. (1984) Imagen Inconsciente del cuerpo. 1º edición, Buenos Aires, Argentina: Paidós.

15. Doltó y Nasio (1987) *El niño del espejo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
16. Dolto, F. (1973) *El caso Dominique*. Ed. Siglo XXI Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
17. Donzino, G. (1996) "Ser niño en tiempo de crisis" *Revista Cuestiones de Infancia*, UCES, Vol. 1. APBA. Buenos Aires, Argentina.
18. Ferenczi, S. (1928) Cap.VII. *La elasticidad de la técnica psicoanalítica*. Problemas y métodos del psicoanálisis (2009) 2º edición. Ed.Hormé. Buenos Aires, Argentina.
19. Freud, S. *Obras Completas*:
20. (1886 – 1899) *Publicaciones psicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud. "Carta 52"*. Vol. 1, Bs. As. Argentina- Amorrortu.
21. (1905): "*Tres ensayos para una teoría sexual*" Vol. VII Bs. As. Argentina- Amorrortu.
22. (1908). "*El creador literario y el fantaseo*" Vol. IX. Bs. As. Argentina: Amorrortu.
23. (1914) "*Introducción al narcisismo*", Vol. XIV, Bs. As. Argentina- Amorrortu.
24. (1915) "*Pulsiones y destinos de pulsión*", Vol. XIV, Bs. As. Argentina- Amorrortu.
25. (1917) "*Duelo y Melancolía*", Vol. XIV, Bs. As. Argentina – Amorrortu.
26. 1920) "*Más allá del Principio de placer*", Vol. XVIII. Argentina: Amorrortu.
27. (1932) "*Sobre la conquista del fuego*." Vol, XXII, Argentina: Amorrortu.
28. (1950 [1887 – 1902]) "*Proyecto de Psicología para neurólogos*". Vol. 1, Bs. As. Argentina- Amorrortu.
29. Freud, A. (1961). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona. Editorial Paidós.
30. Freud, A. (1979). *Normalidad y patología en la niñez*. Barcelona: Editorial Paidós. Ibérica.
31. Frizzera, O. Heuser, C. (1998) "Del grito a la melodía", *Revista Cuestiones de Infancia*, UCES; 3: 125 – 133. Buenos Aires, Argentina.
32. Gaudio, R. (2010). *La transferencia en la clínica con niños: continuidades y rupturas*. *Revista de Psicología* nº11. P. 181 – 197. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de la Plata.

33. Green André (2007). Jugar con Winnicott. Ed. Amorrortu. Buenos Aires – Madrid.
34. Green André (1986). Cap.6: la madre muerta. Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
35. Gutton, Phillippe (1976) El juego de los niños. Barcelona, España. Nova
36. Ignés Sodr  (2012)  Qui n es quién? Apuntes sobre las identificaciones patológicas. Revista “Temas de Psicoanálisis. Número 3 – enero 2012.
37. Isely, Maria Pia, compiladora y autora (2022) Aportes de Donald W. Winnicott a la clínica actual. Colección Addenda psicoanálisis y cultura. Ed. Ricardo Vergara. Argentina
38. Janin, B. (2003) El psicoanalista ante las patologías graves en niños. Entre la urgencia y la cronicidad. Revista cuestiones de Infancia; UCES: volumen 7. Buenos Aires, Argentina.
39. Janin, B. (2011) El sufrimiento psíquico en los niños. Buenos Aires, Argentina: Noveduc
40. Janin, B. (2013) Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
41. Janin, B. (2013) Ficha Facultad de Psicología UBA. Cátedra de Psicología Evolutiva “Sobre la constitución del lenguaje.”
42. Julien, P. (1993) El manto de No . Ensayo sobre la paternidad. Ed. Alianza Estudio. Buenos Aires, Argentina.
43. Klein, M. Obras completas. (1921 - 1945) 1 Amor, culpa y reparación. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
44. Lacan (1949) El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Escritos 1. Siglo XXI.
45. Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires.
46. Liberman y col (1981) Juego y actividades pseudo lúdicas en el psicoanálisis de niños. Revista Argentina de Psicoanálisis Vol.11, n  27 p. 57 – 89.
47. Llanos L. (2021) La clínica con niños con patología grave en el contexto de la pandemia Covid-19 en Argentina. Revista Cuestiones de infancia, UCES vol. 22. Buenos Aires, Argentina.

48. Mahler M. (1972) Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. Psicosis infantil. México, Ed. Joaquín Mortiz
49. Mannoni, M. (1978) Prologo de Dolto. La Primera Entrevista con el Psicoanalista. Ed. Gedisa. España.
50. Mannoni, M. (1988) Lo que falta en la verdad para ser dicha. Buenos Aires; Argentina. Ediciones Nueva Visión.
51. Mannoni, M. y otros. (1971) Psicosis infantil. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
52. Marcelli, D. (2006). Manual de Psicopatología del niño. 7º edición. Ed. Elsevier Masson. París.
53. Neves, N. Hasson (1994) Del suceder psíquico. Erogeneidad y estructuración del yo en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires, Argentina. Ed. Nueva Visión.
54. Nemirovski, C. (2007). Winnicott y Kohut. "Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría". La intersubjetividad y los trastornos complejos. 1º edición. – Buenos Aires, Ed. Grama.
55. Reynoso, R. (1980), Psicopatología y Clínica infanto-juvenil. Tomo 1 Ed. Belgrano. Cap. II "Juego" Apartado 2: "Psicopatología de la hora de juego."
56. Roudinesco, É y Plon, M (1998) Diccionario de psicoanálisis. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
57. Roudinesco, É (2018) Diccionario amoroso del psicoanálisis. 1º edición. Ed. Debate, Buenos Aires, Argentina.
58. Sacks, A. (1998) Françoise Dolto, textos inéditos. Buenos Aires, Argentina: Alianza
59. Schejtman, F. (2013). El Sinthomanalista y el analista síntoma. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
60. Sigal de Rosenberg, Ana M<sup>a</sup>. (1988) psicoanálisis con niños. La legitimidad de un campo. Los padres, la represión, y la circulación de significantes enigmáticos en la conducción de la cura. Trabajo

presentado en el IV Coloquio Internacional J. Laplanche, en Gramado – Brasil.

61. Spitz, René (1969) El primer año de vida del niño. Ed. Fondo de Cultura Económica. México – Argentina.
62. Tkaches, C. (2012). Actualización clínica sobre el juego y la transferencia en el dispositivo analítico con niños. Seminario de Formación en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Odeipus.
63. Tustin, F (1990) El cascaron protector en niños y adultos. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1992.
64. Valeros, J. (1997) El jugar del analista- Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires – Argentina.
65. Winnicott, D. (1956). Escritos de pediatría y psicoanálisis. *Preocupación maternal primaria*. Barcelona, España: Laia.
66. Winnicott, D. (1965). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
67. Winnicott, D (1971). Realidad y juego. *Objetos transicionales y fenómenos transicionales*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
68. Yannick, F. (1990). De la ética a la práctica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires; Argentina: Nueva Visión.