



**Universidad Nacional
de La Matanza**
Escuela de Posgrado

Universidad Nacional de La Matanza
Escuela de Posgrado

**TESIS DE
MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

“El vínculo como paciente”

Autor: Lic. Ana Sloninsky

***Director:* Mag. Silvio Zirlinger**

Buenos Aires, *agosto de 2015*

INTRODUCCION

¿Qué significa ser analista de niños? Winnicott diría que formamos parte del “trabajo sucio” de la crianza y que “si todo va bien”, el niño nos olvidará, aunque formemos parte de su historia vital. Iremos a parar al “limbo”, el mismo lugar donde va a parar la “amnesia infantil”. Claro que el “trabajo sucio” se traslada a lo cotidiano del consultorio donde se conglomeran un sinfín de situaciones problemáticas que el niño nos cuenta a su manera: por ejemplo, que se rehúse a entrar o a irse, que exprese su deseo de “meterse” en la casa del analista (en el caso de que el consultorio funcione en la casa particular del analista), que quiera escaparse a la calle (si el acceso es directo), que el niño esté excesivamente acelerado y agote al analista, que insista en llevarse el material de la caja y/o lo sustraiga aunque la respuesta sea negativa, o se rehúse a dejar su producción (gráfica, moldeado, etc.) o, que pase “como un tornado” dejando un desparramo a su paso, que se empaque y decida “no usar la sesión” durmiendo o “haciéndose el dormido”, que se niegue a responder las consignas de un psicodiagnóstico, proponiendo negociaciones constantemente, entre tantas otras cosas.

A diferencia del análisis de adultos, en las terapias con los niños intervienen otras personas: los padres. Ellos también nos comunican sus preocupaciones y/o limitaciones a su manera, generando otro tipo de situaciones conflictivas: por ejemplo, que se atrasen en los pagos sin previo aviso, que no los traigan ni avisen, que no los busquen en el horario convenido, que no informen sobre cambios drásticos en la vida de sus hijos (mudanzas, muertes, enfermedades), la pérdida de ecuanimidad en relación a uno de los padres con la consiguiente desconfianza del otro, que no confíen en la palabra del analista, que rivalicen con él: “Desde que le habla a usted, no me cuenta nada a mí”, “ustedes hacen magia y no le explican nada a la mamá”, que manden a sus hijos a análisis y jamás lo consideren para ellos. Están los casos de los chicos *judicializados*, con la consiguiente pérdida de espontaneidad del vínculo, etc.

Sin embargo, pese a todo los problemas que conlleva el psicoanálisis de niños –como el de adultos, sobra la aclaración–, nos surgieron algunos interrogantes luego de años de clínica. ¿Cómo logramos una alianza terapéutica tan intensa especialmente con las

madres y sus hijos en terapia? ¿Cómo logramos un excelente clima de juego, habiendo tanto conflicto en el entorno?

Esos interrogantes son parte de los debates técnicos dentro del campo del análisis de niños. Estos debates son, asimismo, representantes de la revisión de los conceptos fundamentales psicoanalíticos sobre la estructuración del psiquismo y la psicología evolutiva en el siglo XX. Tales avances y reformulaciones han producido un cambio fundamental en la consideración de la infancia, identificándola como etapa productora de las bases para el desarrollo del individuo y crucial para la psicopatología adulta. Esta consideración ha motivado innumerables investigaciones sobre el campo de la primera infancia y, al mismo tiempo, la técnica psicoterapéutica con niños ha sido impactada por tales desarrollos, promoviendo debates y modificaciones que ponen en tensión la teoría clásica sobre la técnica analítica.

El aumento de conocimiento respecto de los primeros tiempos de la vida promueve la articulación entre la biología, pediatría, psicología y el psicoanálisis. Las intersecciones entre estas disciplinas y la influencia sociocultural componen una trama compleja donde los conceptos coexisten, se superponen o se relacionan.

En el campo del psicoanálisis se produjo la multiplicación de teorías acerca del desarrollo infantil, la constitución subjetiva y la estructuración del aparato psíquico. Cada teoría se sostiene en modelos conceptuales no siempre compatibles, a partir de los cuales se desprende la construcción de una psicopatología. En este sentido, resulta hoy reduccionista sostener enfoques que plantean una causalidad única en la constitución psíquica.

La discrepancia entre una parte del psiquismo que evoluciona con el crecimiento y funciona en un nivel maduro, y una parte del psiquismo que permanece con modos primitivos de funcionamiento y de comprensión, es quizás el aporte más original a la salud mental del enfoque evolutivo en psicoanálisis (Fonagy y Target, 2003). En este sentido, el avance de conceptualizaciones sobre psiquismo temprano, ha permitido una mayor comprensión sobre las fallas parentales tempranas y su impacto tanto en la vida psíquica del niño, como en el entendimiento de su influencia sobre la vida psíquica adulta.

Desde el psicoanálisis y desde modelos psicodinámicos ampliados, autores como Winnicott, Mahler, Stern, Fonagy y Ainsworth han aportado a la teorización sobre el lugar y función del adulto cuidador, el valor de su presencia, el impacto de sus carencias en relación a la constitución de un tipo de vínculo saludable (o no) que impacte positivamente en el desarrollo psíquico del niño. Esta focalización en el vínculo abrió las puertas a los debates sobre el lugar del analista de niños en la asistencia terapéutica.

En esta tesis intentaremos tender algunos puentes entre conceptualizaciones psicoanalíticas clásicas de los primeros tiempos de estructuración psíquica y los aportes de autores que estudiaron los momentos iniciales de la vida desde la perspectiva evolutiva basada en la observación directa de interacciones tempranas, específicamente sobre fallas parentales tempranas, en función del aporte que constituyeron a la reformulación de la técnica terapéutica en niños, las definiciones de encuadre, el campo analítico, las intervenciones en el aquí y ahora y el rol del analista de niños.

Nos proponemos introducir un nuevo concepto a la teoría de la técnica: **el vínculo como paciente**, referido siempre al paciente en terapia individual. A saber, tenemos un paciente niño, quien más allá de su relato consciente trae consigo una historia inconsciente, que está construyendo. Tenemos ante nosotros lo sabido y lo no-sabido, que a veces aparece como “lo sabido no pensado” (C. Bollas 1991), portado en el inconsciente, no elaborado ni procesado en el campo actual. Los presentes traen en su inconsciente toda su historia vital, pero procesado en parte. Entendemos que nuestro “paciente” son esos vínculos inconscientes, aún no procesados. El *acto analítico* acontece desde dentro de este vínculo; en efecto, lo que promueve la modificación en el paciente está ligado al compromiso vincular del analista. Creemos que en el vínculo terapéutico es el mismo vínculo lo que cura, al permitir el despliegue de lo detenido, sintomático y repetido. Lo vivencial actualiza el acto analítico. La palabra ya es pasado, porque nomina algo ya acontecido, ya que poner en palabras lo que el niño siente alude a una temporalidad diferente. Por tanto, poner en acto en el vínculo terapéutico añade la dimensión vivencial (palabra más emoción). Como ejemplo de las reformulaciones técnicas que proponemos, analizaremos el valor de su aplicación a la comprensión de un caso clínico, estudiado como caso único.

PROPUESTA DE INVESTIGACION

Desde los primeros desarrollos freudianos sobre la constitución psíquica y psiquismo temprano se han producido cambios, debates y tensiones que promovieron el despliegue de múltiples perspectivas, enriquecidas a su vez, por autores provenientes de otros campos disciplinares afines.

Estos aportes han colaborado en la comprensión del origen intersubjetivo del psiquismo, las cualidades de las funciones parentales, el impacto de fallas tempranas en tal intercambio entre el bebé y sus cuidadores y, además, han promovido una serie de cuestionamientos acerca del valor del medio ambiente real del niño como factor favorecedor u obstaculizador de su desarrollo y crecimiento saludable.

Nos preguntamos ¿cuáles han sido los aportes conceptuales centrales a la teoría freudiana que permiten delimitar actualmente el campo clínico con niños como un escenario ampliado, que incluye a su red vincular real y que definen a la clínica analítica de niños como un campo intersubjetivo?

Por otro lado, ¿cuáles son las funciones terapéuticas y las herramientas técnicas que tiene el analista de niños en este contexto?

Finalmente, nos interrogamos si es posible pensar el trabajo analítico con niños focalizando al vínculo como paciente. ¿Que aporta esta perspectiva?

Para el análisis del caso único, definimos como problema de investigación el uso del encuadre al servicio de la construcción del vínculo terapéutico como paciente, es decir como foco del tratamiento analítico con niños.

Objetivos generales

- a) Historizar los aportes conceptuales centrales a la definición del proceso de constitución psíquica del niño como una dinámica intersubjetiva e intrapsíquica -sostenida en los vínculos tempranos posibles entre el niño y sus cuidadores- cuyas funciones principales son el desarrollo de la auto-regulación emocional, la mentalización y el sentimiento de seguridad, en tanto expresiones de la capacidad de metabolización psíquica.

- b) Describir como el uso particular del encuadre colabora y enriquece la fortaleza familiar y sostiene su potencial como co-metabolizador psíquico del niño, desde la conceptualización del "vínculo como paciente".

Objetivos específicos:

Dentro de los objetivos específicos nos proponemos:

- a) Reseñar y articular los desarrollos conceptuales dentro del psicoanálisis contemporáneo y la teoría del apego que han definido un campo de aplicación del psicoanálisis de niños, ampliado al medio-ambiente real del niño.
- b) Describir el modo en que el medio ambiente real del niño da cuenta del quehacer materno-paterno y de la fortaleza familiar (capacidad de reponerse a los traumas, migraciones, mudanzas, duelos, cirugías, origen del encuentro, miedos), en articulación con las capacidades y defensas del niño en tratamiento.
- c) Analizar los modos en que el "uso" del dispositivo o marco del tratamiento, implica una ampliación del sostén medio-ambiental al sostén del marco psicoterapéutico, al servicio de reforzarlo, manteniendo la "continuidad o monotonía".
- d) Describir las implicancias técnicas del sostén medio-ambiental real del niño. Es decir, en qué medida el analista debe implementar todas las modificaciones necesarias en pos de sostener la frecuencia y concreción de las sesiones estipuladas y entrevistas de orientación a padres, pensando la frecuencia como "dosis" de presencia vincular.

Enfoque epistemológico y metodológico

El enfoque cualitativo brinda el escenario epistemológico propicio para el abordaje de objetos privilegiados, entendidos como *objetos cualitativos por antonomasia* (Orti, 1996). Tal definición remite a una serie de atributos que hacen a tales objetos especialmente accesibles a las metodologías cualitativas. De todos los atributos definidos por Orti para tales objetos, en esta investigación tomaremos las cualidades de densidad subjetiva, abstracción, complejidad y sobredeterminación simbólica para caracterizar nuestro objeto de estudio.

Por *densidad subjetiva* se entiende al entretejido de vivencias, experiencias íntimas, fantasías, temores que emergen al considerar al objeto. El sujeto está encerrado de alguna forma en este entretejido o, dicho de otra forma, es expresado por ellas. El abordaje de la red ambiental real como soporte de la constitución psíquica del niño, implica abordar una relación real entre padres e hijos, sus fantasías, sus deseos, sus temores, sus imposibilidades, expresadas consciente e inconscientemente a través de sus actos de subjetivación o desubjetivación. Por otra parte, considerar al encuadre analítico como herramienta para abordar, andamiar esa red ambiental complica este objeto aún más, incluyendo a otro sujeto y su propio entramado intersubjetivo e inconsciente.

La cualidad de abstracción que remite al objeto, refleja el hecho de que tal objeto es una construcción teórica, no un fenómeno de la naturaleza. Puede ser abordado, desde el paradigma interpretativo, a partir de un modelado teórico que permite un recorte conceptual dentro de una interacción humana que tiene ciertas reglas y fines. Las condiciones anteriores ayudan a comprender su complejidad. El proceso de constitución psíquica del infante es, además, una dinámica que debe hacer lugar a la imprevisibilidad, a la novedad, a la sorpresa porque por definición es inédito y singular.

Por último, el atributo de sobredeterminación simbólica, ideológica y/o imaginaria, remite a aquellos objetos donde confluyen representaciones sociales, transferencias institucionales y roles jerárquicos alimentados desde factores ideológicos o fantasmáticos. Cabe traer como ejemplo las relaciones sobredeterminadas de jerarquías entre médico y paciente, entre el hospital y la comunidad que atraviesan los vínculos singulares entre analista y paciente (Vieytes, 2008).

Por otro lado, esta investigación se encuadra dentro de lo que puede entenderse como una *aproximación clínica*. Hablar de análisis clínico dentro de las Ciencias Humanas implica sostener que no es una disciplina pero remite a muchas disciplinas al mismo tiempo (Rheume, 1999).

Dentro de los abordajes posibles dentro de la investigación cualitativa, el análisis clínico intenta abordar un *sujeto social complejo*. Para ello, reclama la interacción de múltiples

disciplinas que aportan su perspectiva en la comprensión de una problemática también compleja.

La aproximación clínica es, antes que nada, un método de investigación que no pretende configurar un cuerpo teórico propio sino que se sirve de múltiples cuerpos teóricos para lograr una mayor comprensión del sujeto y su problemática. En esta línea, la sistematicidad y el rigor en la articulación son indispensables para contrarrestar la tendencia caótica o arbitraria que pudiera sobrevolar esta selección de teorías.

Los trazos característicos de este análisis clínico son: la importancia de profundizar en situaciones singulares concretas, la importancia (o inclusive la inevitabilidad) de reaccionar o accionar a situaciones de sufrimiento o malestar y la necesaria interacción entre el investigador y los otros sujetos.

Esta claro que esta perspectiva brinda el encuadre para poder pensar en una investigación donde el investigador sea partícipe de una situación donde es activo observador y actor. Al mismo tiempo, las teorías propias del investigador son las que le proveen el marco de lectura e interpretación a los fenómenos subjetivos que investigan. Finalmente, remite a la importancia del análisis de la singularidad para construir teoría.

A partir de lo anterior, se ha decidido exponer un abordaje triangulado del objeto de estudio, a partir de una dimensión conceptual, una técnica y una clínica; sostenido en fuentes bibliográficas (documentales) y primarias (caso clínico). A partir de las tres dimensiones y los dos tipos de fuentes, se buscarán encontrar convergencias, divergencias debates y posibilidades de aplicación clínica de los conceptos estudiados que, articulados, conforman el objeto de estudio.

La aplicación de las modalidades de abordaje clínico que definen el encuadre analítico como una herramienta técnica que permite intervenir sobre el medio ambiente real del niño con el fin de andamiar las funciones parentales fallidas, responden a lo que metodológicamente se entiende como estudio de caso.

Un estudio de caso consiste en la recopilación e interpretación de información detallada sobre un individuo, caso, proceso, institución, empresa, dentro de un encuadre espacio-

temporal definido (Yin, 1984). A partir de tal estrategia el investigador pretende una comprensión holística del caso en su totalidad a través de la exploración de una trama que comprende datos y tipos de relaciones teóricas entre esos datos.

Las preguntas formuladas oportunamente son respondidas, a partir de análisis del caso, a través de las teorizaciones del investigador que intenta establecer, en ese caso, cuán plausible es la lógica de su interpretación.

En este caso, es un caso definido de antemano por su pertinencia teórica y fenomenológica al tema de esta investigación. Se han protegido el anonimato y la confidencialidad de la información, tal como se establece en los protocolos estandarizados de investigación con sujetos. Al mismo tiempo, se ha obtenido el consentimiento informado de los participantes para ser seleccionados para esta investigación.

CAPITULO UNO

Estado del Arte De las conjeturas iniciales a las investigaciones actuales

Los orígenes de la estructuración psíquica, hipótesis iniciales

Freud (1896) concibe al viviente humano desvalido e incapaz de llevar a cabo la acción específica necesaria para cancelar la insatisfacción proveniente de la tensión endógena que le producen sus necesidades básicas de hambre y abrigo. Los etólogos han observado que cuanto mayor es el nivel de desarrollo cognitivo de una especie, más largo es el tiempo de dependencia de alguien más capacitado. El concepto de prematuración apunta a considerar insuficiente la dotación innata de la especie humana para tomar a su cargo su autopreservación y mantenerse con vida.

La prematuración y el desvalimiento y la falta de programa genético para su superación devinieron un desafío teórico y clínico que llevó a una multiplicidad de entrecruzamientos entre la psicología evolutiva y el psicoanálisis. La imposibilidad del infante para autopercatarse de su malestar y la incapacidad para resolverlo requieren de un “adulto auxiliador observador” que pueda leer los indicios de los estados afectivos del infante. Esta lectura se realiza desde la subjetividad del adulto jugada en este proceso de hominización.

El campo de la investigación en infantes y en díadas madre-bebé con metodología observacional empírica produjo nuevos conocimientos acerca de la vida afectiva de los infantes. Estos aportes pueden constituir una herramienta significativa para responder a algunos interrogantes y brechas en nuestros conocimientos teóricos acerca de la estructuración psíquica.

R. Spitz (1951, 1965), psicoanalista e investigador, fue pionero en los estudios sobre el primer año de vida, basados en observaciones filmadas. Retomando la línea freudiana de la teoría del apuntalamiento - fusión entre necesidad biológica y necesidad afectiva (autoconservación - sexualidad) - publicó en 1946 trabajos sobre la depresión anaclítica en niños hospitalizados durante la guerra. Sus testimonios desgarradores describen cómo niños separados de sus madres, atendidos en prolijas guarderías iban apagando su impulso vital, entraban en un llanto monótono y sin destinatario, rechazando el contacto humano primero y luego el alimento. La privación afectiva parcial o total llevaba a detenciones del desarrollo, propensión a contraer enfermedades y en los casos extremos a rechazo total a alimentarse y a muerte por marasmo. Spitz fue el primer psicoanalista en alertar acerca de la relación entre vínculo primario y depresiones graves en la infancia. Sus estudios tuvieron una importante influencia en los departamentos de pediatría y psicoanálisis infantil sobre la necesidad de prevención en salud mental.

Otros psicoanalistas basaron sus formulaciones teóricas en la observación de infantes y de interacciones tempranas: Bowlby (1969), Mahler (1975), Stern (1990), Lebovici (1988), Fonagy (2002) y otros.

Winnicott y Stern fueron autores que colaboraron conceptualmente en estos entrecruzamientos entre los aportes de la investigación con infantes y la clínica psicoanalítica con niños.

Winnicott, (1957) diferencia lo “temprano”, registrado por los observadores de bebés, de lo “profundo” proveniente de la construcción propuesta desde el psicoanálisis. Winnicott plantea la existencia de un desfasaje entre la interpretación profunda psicoanalítica de un material clínico resultante de conjeturar acerca de situaciones de la primera infancia, y su verificación en la observación directa de interacciones tempranas. El valor de la observación detallada es que permite puntualizar sutiles influencias del ambiente, de las cuales el infante no puede percatarse.

Stern (1985) propone la **interfaz** entre el “infante clínico” construido a través del relato producido en análisis y atravesado por la transferencia, y el “infante observado” producido a través de la investigación. Esta **interfaz** permite realizar saltos inferenciales

acerca de la vida subjetiva de los infantes que enriquecen la construcción de las teorías sobre el origen. Stern concluye que las inferencias que incluyen datos obtenidos en estudios observacionales experimentales otorgan mayor consistencia a la construcción de conocimiento acerca de la primera infancia.

Las investigaciones actuales basadas en observaciones filmadas y micro-analizadas de infantes desde las primeras horas de vida mostraron que los infantes poseen un notable desarrollo de las capacidades perceptivas innatas singulares y diferenciadas y produjeron un cambio en la concepción de los primeros tiempos de la vida (Brazelton y Cramer, 1993). En estos estudios se encontraron patrones de comportamiento tales como la habituación, irritabilidad, capacidad de ser consolado, reactividad ante estímulos, la aceptación o rechazo de acercamiento físico y otros (Brazelton, 1975). Estos aportes pueden relacionarse con la intuición de un yo real primitivo, caracterizado por montantes biológicos singulares y “objetivos” que se fusionarán con el intercambio libidinal y narcisizante con el objeto primario.

El acento, puesto por el psicoanálisis clásico en la estructuración del psiquismo, ubicando a los padres primordialmente como objetos o imagos pasibles de introyección y proyección, dio un vuelco a partir de los años 70. El nuevo “paradigma relacional” deja de concebir a la madre como objeto del niño y pasa a estudiar su participación real, sus comportamientos y sus fantasmas inconscientes (Dio Bleichmar, 2006). La relación madre-hijo y luego madre-padre-hijo pasan a ser las nuevas unidades de análisis y el enfoque evolutivo y psicoterapéutico pasa a ocuparse de las acciones interactivas observables entre padres e hijos.

El bebé como activo iniciador del encuentro

En este encuentro primero entre padres e hijos, los investigadores de infantes encontraron que los bebés son activos iniciadores de interacción. La hipótesis central de los investigadores de infantes es que los seres humanos tienen una fuerte necesidad innata de contacto intersubjetivo y bidireccional. Al menos en el 40 % del tiempo, las interacciones con el medio son iniciadas por los bebés.

Autores como Brazelton (1993) y Stern (1991), a través de sus investigaciones en la observación directa de bebés, coinciden en afirmar la participación activa, y de estilo propio en cada uno, del bebé en la relación con su madre. Sin dejar de tener en cuenta la fusión primaria entre la madre y el bebé (Brazelton postula la díada madre-bebé como la unidad de análisis por excelencia para el estudio del recién nacido), afirman que cada miembro de la díada se influye y moldea recíprocamente. Ricardo Rodulfo (1989), en su libro “El niño y el significante”, también desarrolla esta tesis: el niño no recibe pasivamente significantes ya hechos sino que recibe un material significativo que activamente extrae y procesa.

En este sentido, y no a modo de ejemplo sino de vía regia para la exploración de esta cuestión, es notable la conducta de los bebés ni bien pueden hacer uso de sus manos (esto es, cuando la maduración del sistema nervioso permite la prensión voluntaria, a partir de los cuatro meses aproximadamente, y más específica y notoriamente a partir del uso diferenciado de los dedos): Rodulfo la llama “actividad extractiva”, y efectivamente los vemos meter sus dedos en todos los agujeros del cuerpo de la madre (ojos, nariz, boca, aros, cadenitas, orejas, etc.).

El primer desafío del infante humano es el logro y mantenimiento de la homeostasis fisiológica y emocional, y éste es un proceso diádico y bidireccional. El adulto es una parte del sistema regulador del infante. La madre regula la homeostasis del infans a través de la satisfacción de las necesidades de hambre, apaciguamiento, sueño y acercamiento físico, y al mismo tiempo el infante colabora en la regulación de la lactopoyesis (producción láctea). Este proceso provoca la liberación de oxitocina que coopera en la contracción del miometrio uterino, facilitando la retracción del útero en el puerperio.

Los estudios observacionales mostraron la fuerte influencia que la capacidad propia de comunicación y autorregulación del bebé tiene sobre las respuestas de la madre. La conducta comunicativa del infante no es difusa como se pensaba sino que está organizada en configuraciones de cara, voz, gesto y mirada. Cada configuración (expresividad) comunica claramente el estado afectivo. Las rutinas interactivas cotidianas tienen una estructura narrativa de acción comunicativa y no de palabras y van constituyendo un sistema de sentido para el niño basado en una secuencia de mensajes

afectivos. Este sistema de sentido se establece mucho antes de que el niño pueda relacionarse con una narrativa de palabras.

Investigaciones han demostrado que la interacción temprana madre-bebé es un sutil interjuego entre desencuentros (mismatches) y encuentros (matches). Estos encuentros son los momentos de regulación mutua positiva donde la madre y el bebé coinciden en la expresión de afecto positivo. Cada participante infante y adulto señala su evaluación acerca del estado afectivo del otro y responde a ella. Cada miembro de la díada intenta mantener un estado de coordinación o reparar un estado de no-coordinación. La interacción madre-bebé se mueve sucesivamente desde estados coordinados o sincrónicos a estados no coordinados (Tronick et al, 1989, 1999; Schejtman y otros, 2003, 2004).

El aporte central de las investigaciones micro-analíticas sobre madres y bebés han podido llamar la atención sobre los clínicos que trabajan en el análisis de niños pues estudios a largo plazo corroboran una relación entre las fallas sostenidas y significativas en la relación temprana, con posteriores emergentes de la psicopatología del niño y el adulto.

Sobre el origen de la habilidad del cuidado materno

El cuidado parental evolucionó en los humanos probablemente junto a la adquisición del bipedismo, aunque, a este respecto, algunos antropólogos, como Lovejoy (1981), sugirieron que el bipedismo procedía originariamente de una variación en la reproducción genética y se desarrolló debido a las ventajas relacionadas con el cuidado de la descendencia inmadura. La especificidad del vínculo materno puede estar influenciada por la necesidad de proteger la descendencia contra los depredadores, como así lo ha sugerido la teoría del apego (Bowlby, 1969/1982), pero también por el espaciamiento entre nacimientos y la propagación demográfica. Desde este punto de vista, la selección del vínculo afectivo padres-infante puede haber estado relacionada con las capacidades concretas de la comunidad humana necesarias para la comunicación y el aprendizaje social.

De forma similar a lo que sucede con otros primates, los infantes son relativamente inmaduros en locomoción, mientras que son precoces en desarrollo comunicativo. Por esta razón, los humanos deben prepararse para llegar a ser madres y padres competentes con el fin de interactuar con sus niños/as y comunicarse con ellos justo desde el nacimiento. Es un largo entrenamiento humano, que se inicia desde la infancia (juegos con muñecas) y alcanza la maduración al final de la adolescencia a través de la identificación con las figuras parentales.

Por esta razón, los niños humanos son muy sociales desde el nacimiento, si no antes. Como Tomasello (1999) indica, “hay dos conductas sociales que podrían sugerir que los infantes humanos no son sólo sociales, como otros primates, sino que son más bien “ultra-sociales” (p.59). De hecho, desde el nacimiento, podemos observar “proto-conversaciones” (Trevarthen, 1979) entre padres e infantes, y la facultad de los neonatos humanos de realizar movimientos imitativos de la boca y la cabeza de los adultos (Meltoff & Moore, 1977, 1999); tales evidencias empíricas demuestran que las dimensiones emocionales de los lazos sociales están controladas por procesos biológicos muy conservados, que guían las expresiones de los sentimientos parentales como infantiles además de las conductas diádicas (Panksepp, 1998).

Al explorar la relación entre la actitud parental y el desarrollo de un infante, la teoría psicoanalítica ha resaltado fundamentalmente el papel del mundo intrapsíquico materno y paterno, que está esencialmente influido por los procesos inconscientes. Desde su punto de vista, Donald Winnicott (1956) llamó la atención sobre el peculiar estado mental materno que él denominó “preocupación maternal primaria”. Este estado mental es “casi una enfermedad” de la que una madre debe experimentar y de la que debe recuperarse para crear y sostener un entorno que pueda cumplir con las necesidades físicas y psicológicas de su infante. Winnicott señaló que este estado especial empieza hacia el final del embarazo y continúa a través de los primeros meses de la vida del bebé. Este importante concepto clínico y del desarrollo ha dado la oportunidad de explorar el estado mental de las madres durante el embarazo y el primer año de vida del bebé.

Esta construcción teórica sobre la maternidad tiene sus antecedentes en el pensamiento teórico de Freud, representado por la hipótesis de que cualquier relación experimentada

con los padres de uno en la infancia, tanto a nivel consciente como inconsciente, tendrá una influencia decisiva en el desarrollo de la personalidad del bebé. En su estudio “Introducción al Narcisismo”, Freud (1914) trata sobre los roles parentales durante el proceso intergeneracional, centrándose en la función de la “compulsión [de los padres] a atribuir toda clase de perfecciones al niño” (p.91), y en las siguientes líneas, añade: “el niño debe cumplir aquellos sueños deseados de los padres, sueños que ellos nunca realizaron” (p.91). En su ensayo posterior, “Psicología de las masas y análisis del yo”, Freud (1921) hace frente al otro aspecto de este proceso: en efecto, tiene en cuenta el mecanismo de identificación del niño que representa “la manifestación más temprana de un lazo afectivo con otra persona” (p. 105). A pesar de que Freud se refiere a la identificación con la “pre-historia personal” del padre a través de la cual uno “quisiera crecer como él y ser como él” (p.105), describe este tipo de vínculo en un bebé como la primera relación que tiene con su madre. Es interesante advertir que dentro del concepto de compulsión de atribuir [algo] a alguien se puede prever el descubrimiento posterior de M. Klein de la identificación proyectiva. Este mecanismo no es sólo intrapsíquico sino también intersubjetivo y podría implicar en sí mismo la modificación del objeto, sobre el que la proyección tiene lugar, en la fantasía y también en la realidad.

Otra contribución a la comprensión de los mecanismos intersubjetivos ha sido dada por Sandler (1976) quien habla sobre el concepto de realización (“actualization”) o mejor dicho de “una interacción de rol deseado, con una respuesta del objeto, deseada o imaginada, que está siendo tanto parte de la fantasía que se desea como la actividad del sujeto en ese deseo o fantasía” (p.64). Este concepto de Sandler resalta el intento principalmente inconsciente de manipular o provocar situaciones intersubjetivas actuales de modo que reproduzcan en el contexto presente aspectos de experiencias y relaciones pasadas. Aplicando esto a los padres y sus infantes, Selma Fraiberg (1980) escribió, “en cada habitación infantil hay fantasmas...visitantes del pasado olvidado de los padres...Estos espíritus antipáticos y no deseados son desterrados de la habitación... los lazos de amor protegen al niño y a sus padres contra los intrusos” (p.164). Puede suceder que en algunos casos la familia parezca estar poseída por sus fantasmas y los padres y su hijo puedan encontrarse re-actuando un momento o escena de otra época con otro grupo de personajes. En esta situación el bebé ya está en peligro, mostrando los síntomas tempranos de la inanición emocional o atribución maligna, porque él está cargado por el pasado opresivo de sus padres.

La teoría psicoanalítica ha resaltado fundamentalmente la constelación intrapsíquica y representacional materna, que está profundamente influida por las experiencias infantiles de la madre y por sus vicisitudes con las figuras parentales: en este contexto, los sucesos relacionales y la resonancia inconsciente están conectados recíprocamente.

Es interesante observar el énfasis en el carácter narcisista del amor parental y en la investidura pulsional del bebé, el cual influye en el estado afectivo materno especialmente durante los primeros meses del infante. De hecho, según el psicoanálisis, el desarrollo del infante está muy influido por las pulsiones que deben ser gratificadas por la madre con el fin de establecer una homeostasis básica. Sin embargo, las necesidades básicas del infante están en contraste con la organización del entorno.

Debates técnicos actuales sobre la clínica psicoanalítica con niños

A partir de lo anteriormente expuesto, la corroboración del papel activo del niño en la interacción temprana y de que la función maternante es un proceso en desarrollo permanente, se han podido predecir que el desencuentro sostenido entre ambos tiene impacto en el desarrollo psíquico del niño.

En esa línea los analista se han preguntado con regularidad, cuanto de estas fallas tempranas deben ser abordadas y cómo en el contexto del análisis de niños. Esta pregunta plantea la articulación conceptual entre teorías del desarrollo, psicopatología y técnica psicoanalítica.

Spector (s.f.) hace referencia a Winnicott y la evidencia sustancial que éste acumuló sobre cómo los patrones de salud del crecimiento de la personalidad infantil pueden ser distorsionados por las fallas familiares e impulsados por la familia. Además denominó a la psicosis adulta “una enfermedad por deficiencia en la infancia”, destacando que el medio falló en proveer el cuidado necesario. Lo que puede ser negativo para un niño es una madre que no posea esa identificación con un pecho capaz de tolerar y de transformar lo que resulta intolerable. En este caso, ella no puede responder de forma creativa a las proyecciones del bebé y requiere liberarse de un terror. Esto interfiere con el crecimiento de la capacidad del infante para coordinar acción con reacción, causa y

efecto, juntarse para ser dos, por lo que perturba o impide el crecimiento de una capacidad para pensar y vincular. La madre suele intentar ocultar esa falla mediante un acercamiento físico al malestar del infante. Una madre psicótica podrá proveer alivio físico, pero no podrá generar las condiciones de desarrollo de la capacidad para pensar (Spector, s/f).

Argulis y Rey (2011) indaga la obra de Winnicott y destaca que las deficiencias importantes de sostén, manipulación y presentación tendrán serias consecuencias en el self del infante, perturbando los procesos de integración, personalización y realización.

Sumado a lo expuesto, los estudios realizados por Iraurgi, Martínez-Pampliega, Iriarte y Sanz (2011) que se centran en la relación que existe entre el conflicto inter-parental y la adaptación de los hijos. El conflicto inter-parental tiene un efecto claro sobre la afectividad de los niños, pero no sobre su rendimiento académico (ya que éste se encuentra influido por el malestar emocional de los niños). Asimismo los estudios sobre violencia filio-parental y diferencias de género como también la importancia de la violencia intra-familiar en el desarrollo de las conductas violentas de hijos contra progenitores (Ibabe y Jaureguizar, 2011).

Enfocando las cuestiones técnicas, propuestas de Nemirowski (2005); Szmulewicz (2013); Sirota (2008); Winnicott (1962); Smola, Chernizky, Ungar, L. De Widder (2003); Silvia Bleichmar (2003) y Berraute et al. (2011) que se refieren a las herramientas del analista, al psicoanálisis de niños y a la interacción entre el analista, el niño y sus padres.

Nemirowsky (2005) analiza las herramientas del analista para afrontar situaciones complejas, quien destaca las características necesarias de un analista: "el esperar, contener, aguantar, reflejar, comprender a nuestro paciente, así como confirmar su existencia y la presencia de sus sentimientos, admitiendo lo manifiesto y estableciendo secuencias temporales. En un segundo paso, presentaremos alguna de estas secuencias al examen, recién cuando el paciente pueda hacerse cargo."

Es crucial atender y brindar contención. La disponibilidad para ayudar al paciente a que logre sus momentos de reflexión. Empatizar para que se produzca la transferencia de

necesidad. Para ello será importante: "reflejar, dar coherencia, significar y discriminar la emoción, comprender la secuencia del material manifiesto. Sólo si el analista aporta un marco confiable, creando un medio-ambiente adecuado y presentándose disponible para el paciente, éste podrá -ahora sí- intentar confiar en él" (Nemirowsky, 2005).

Además, Szmulewicz E. (2013) en cuanto a la subjetividad del terapeuta y el vínculo con el paciente, que son aspectos sustanciales, ya que es el terapeuta quien debe esforzarse por construirlo y mantenerlo. Se resalta el concepto de la autodevelación del terapeuta como una herramienta esencial, en la construcción del vínculo y en la mantención del mismo, como también en la recuperación de las rupturas. Estas últimas producen temor en el terapeuta, pero por otro lado, es una buena oportunidad para avanzar con el proceso, preocupándose por reparar el vínculo a través de la contención, asistencia y entendimiento.

Al mismo tiempo Sirota (2008), quien indaga la cuestión de la persona y presencia del analista de niños. En su artículo recuerda la secuencia que marca Winnicott en relación con el sentimiento de persona: "

- a) relajamiento en condiciones de confianza basada en la experiencia.
- b) actividad creadora, física y mental, manifestada en el juego.
- c) suma de estas experiencias para formar la base de un sentimiento de persona".

"...para actuar como una unidad no en defensa contra la ansiedad sino como expresión del YO SOY, estoy vivo, soy yo mismo (Winnicott, 1962). A partir de esta posición todo es creador" (1972, págs. 82 y 83).

La persona y su función analítica pasará por los cambios de la transferencia y la contratransferencia. Ser analista produce cambios en todos los aspectos de la persona, físicos y mentales, conscientes e inconscientes. Sólo la presencia de la persona en su función analítica permitirá su surgimiento.

Como expresión de la actualidad del debate, cabe recuperar para esta tesis los aportes de Ungar¹ donde sostiene que las capacidades del analista necesarias son pensar,

¹ En oportunidad de mesa redonda en la que participaron varios psicoanalistas con el fin de discutir y debatir el caso de un niño y el lugar del analista en la clínica de hoy (Smola, Chernizky, Ungar, L. De Widder, 2003).

comprender e interpretar; ser receptivo, observar y ser tolerante. La importancia de la disponibilidad del analista en un encuentro para que se produzca la transferencia durante el proceso analítico. Widder asimismo sostuvo: "Freud dice que el niño es un objeto muy favorable para el análisis, si bien no tolera mucho la asociación libre, la transferencia desempeña otro rol ya que los padres reales están presentes. El psicoanalista le da representaciones al paciente, cuya ayuda puede discernir lo inconsciente. Pero es necesaria una intervención del analista para que aflore el material patógeno. En la medida en que el otro, el analista está allí, el paciente se expresa."

Siguiendo con esta reflexión, se tomará la propuesta de Silvia Bleichmar (2003) que al analizar el psiquismo infantil postula la necesidad de distinguir el discurso parental del inconsciente infantil, distinguir los momentos en los que se constituye por metabolización y diferenciación dadas las condiciones de partida y destaca la importancia de la entrevista madre-hijo, destinada al conocimiento del niño y su historia.

Por otro lado, Rojas (2005) sobre el trabajo psicoanalítico con padres quien plantea que el analista del niño propone un dispositivo de acuerdo con las reglas analíticas y los roles que cada uno de los involucrados "padre", "madre", "analista del hijo/a". La transferencia parental, sitúa al analista en una posición de saber y poder. Es interesante su abordaje sobre la transferencia que se produce y las distintas modalidades de intervención.

En relación con las intervenciones del psicoanalista, Janin (2006) centrada en el juego y el dibujo, modos de decir del niño, mediante los cuales puede dar a conocer sus deseos, conflictos, angustias y temores. Janin aclara: "Pero descifrar palabras, acciones y juegos, dibujos y también silencios y gestos supone conocer la especificidad de ese lenguaje y la conflictiva psíquica que determina esa producción.". A veces no sólo se trata de descifrar, sino también de construir.

Como planteó Freud (1920, pág. 17) el juego es el medio privilegiado "para convertir en objeto de recuerdo y elaboración anímica lo que en sí mismo es displacentero". Es decir, en un modo privilegiado de elaboración de lo traumático. El niño rearma lo que vivió, toma sus memorias para crear otro mundo más agradable. Toma lo no placentero para transformarlo en placentero.

Según Winnicott, en el juego “concentrado” el niño pequeño habita el “espacio de ilusión o potencial”, entre “el propio-ser” individual y el ambiente que posteriormente dará el ingreso al “espacio cultural”.

La “capacidad de jugar” es considerada un dato clínico significativo. Jugar con otros niños o solo, con capacidad de disfrute, garantiza una protección contra los síntomas severos. Se agrega placer e imaginación rica, con percepción de la realidad exterior, hay esperanza de desarrollar un modo de vida personal, íntegro y con capacidad afectiva, dice Winnicott.

Según el autor, las cualidades del juego son: 1) preocupación y retraimiento más allá del contenido que con el crecimiento se transforma en concentración; 2) selección de fenómenos externos que organiza como si fueran sueños; 3) proceso que vía los fenómenos transicionales, se orienta hacia el juego compartido y desde allí a las experiencias culturales; 4) confianza en el ambiente y capacidad de estar solo en presencia de alguien; 5) inclusión del cuerpo pero que la excitación corporal lo interrumpe; 6) juego esencialmente satisfactorio; 7) se satura en la capacidad de contener experiencias; 8) es excitante y precario (oscila entre lo subjetivo y lo objetivo) y 9) los niños hacen amigos y enemigos dentro del juego, no fuera de él.

Winnicott describe una secuencia de relaciones vinculadas con el proceso de desarrollo a partir del comienzo del juego. Al comienzo el niño y el objeto se encuentran fusionados; la visión de este último es subjetiva y es la madre quien se orienta a hacer real al objeto. Luego, el objeto es repudiado, aceptado nuevamente y percibido en forma objetiva; dicho proceso depende de la existencia de una madre dispuesta a participar y devolver lo que se ofrece. La madre –o parte de ella- se encuentra en un “ir y venir” entre el “control mágico” del niño sostenido en su omnipotencia infantil y la progresiva inclusión de los objetos reales. Es esencial la existencia de un espacio potencial entre el niño y la madre, fundamentado por la confianza de la madre quien constituye el campo de juegos intermedios desde lo control mágico a la cultura. La unión recíproca entre la realidad psíquica personal y la experiencia de los objetos reales es precaria y se va fortaleciendo. Cuando un paciente no puede jugar, el terapeuta debe esperar este importante síntoma antes de interpretar fragmentos de la conducta.

Esta definición de las cualidades del juego, coincide hasta cierto punto con lo

conceptualizado por Piaget, quien define el juego como un área de actividad que asimila la realidad al Yo, no es adaptación. Lo define como indispensable para la transición hacia el vivir creador. En Winnicott se expresa a través de la necesidad de descubrir la realidad interior al vivenciar la realidad externa. El juego mismo es la “base de toda la existencia vivencial del ser humano”.

Finalmente, Esteve et al. (2012) centra sus desarrollos en el juego y la regulación afectiva en la infancia. El jugar es el modo principal del niño y es mediante el mismo que se pueden profundizar los modos de construcción simbólica. El psicoanálisis ha considerado el juego como el medio por el cual el niño domina sus impulsos, deseos y conflictos internos; que incluye necesariamente a los desarrollos de Winnicott sobre el juego del garabato. Permite la regulación de aspectos internos e interaccionales, como también la construcción de dominio del mundo. En el juego diádico, quien participan interactúan de la siguiente manera: el adulto con sus representaciones conscientes e inconscientes y el niño con un psiquismo en construcción.

A lo largo de este capítulo se han reseñado los aportes de las investigaciones sobre la díada madre-bebé en relación a describir y valorar la dinámica, los ajustes y desencuentros entre ambos con el fin de desarrollar modelos generales de interacción temprana.

Por otro lado, cabe resaltar que tales resultados, sumados a las investigaciones clínicas sobre sistemas de apego en diferentes estudios sobre adolescentes y adultos, han enfocado el valor de los patrones interaccionales temprano en la determinación de la psicopatología en la adultez. En esta tesis, el tema de investigación se circunscribe a los patrones relacionales tempranos y a los modos de acceder a ellos, a través del sostén medioambiental, en el contexto terapéutico. A lo largo del desarrollo de la tesis, se irán integrando diferentes conceptos y aportes teóricos en el campo del análisis de niños, considerando el valor presente y futuro para la vida psíquica del niño.

CAPITULO DOS

Estado de desamparo y desvalimiento

Las hipótesis freudianas sobre el inicio de la vida psíquica

Para definir el estado en el que el recién nacido arriba al mundo extrauterino, Freud (1926a) utilizó el término alemán *hilflosigkeit* y que fuera traducido como “desamparo” por López Ballesteros (1922-pág.2863 y 2879) y como “desvalimiento” por Etcheverry (1976- pág.130 y 156); lo que, a su vez, hace que en esas circunstancias se requiera – obligatoriamente – de la presencia de un otro. Así es cómo queda claro que una afirmación central de la teoría freudiana es que nos constituimos como sujetos psíquicos a partir del encuentro con un otro. De allí, los importantes desarrollos postfreudianos acerca de la cuestión del objeto, al que ya tempranamente Freud hiciera mención en su Proyecto de Psicología (1895), así como en su Carta 52 (1896) a Fliess.

Ya en 1910b Freud había señalado que “[...] el acto mismo del nacimiento es el peligro del que uno fue rescatado por el esfuerzo de la madre” (pág.166). Y allí afirmaba también que “El nacimiento es tanto el primero de todos los peligros mortales cuanto el arquetipo de todos los posteriores ante los cuales sentimos angustia” (pág. 166), angustia que habría de ser caracterizada como “automática”. Es así como quedan ligados el estado de angustia desbordante a la reminiscencia de momentos muy tempranos en la vida del sujeto, dado el peligro que lo acecha.

A partir de dicho estado de desamparo en el infans, Freud (1895) va a hacer referencia al “auxilio ajeno”, a cargo de un “individuo experimentado” generador de una “acción específica” (pág.362), la que – sabemos – está referida a la cualificación de cantidades que brotan de los distintos órganos del cuerpo (libidinización = narcisización = aporte de sentido). En este caso tendrá lugar una “[...] vivencia de satisfacción”, que tiene las más

hondas consecuencias para el desarrollo de las funciones en el individuo” (pág.363). En esta afirmación se refiere a lo que luego desarrollará como el acceso al terreno representacional del psiquismo.

Dice textualmente Freud:

“El organismo humano es, en un principio, incapaz de llevar a cabo esta acción específica, realizándola por medio de la *asistencia ajena*, al llamar la atención de una persona experimentada sobre el estado en que se encuentra el niño, mediante la conducción de la descarga por la vía de la alteración interna (por ejemplo, mediante el llanto del niño I). Esta vía de descarga adquiere así la importantísima función secundaria de la *comprensión (comunicación con el prójimo.T.)*, y la indefensión original del ser humano conviértese así en la fuente *primordial del todas las motivaciones morales.*” (Freud, 1895, pág. 229)

Un año más tarde, en la ya citada carta dirigida a Fliess (1896) Freud va a ser un poco más específico al transmitir la idea de que las primeras inscripciones psíquicas, de las cuales es responsable “[...] aquel otro prehistórico e inolvidable a quien ninguno posterior iguala ya” (pág. 280), son los “signos de percepción”, pertenecientes al área del inconsciente no reprimido y resultado del vínculo del objeto con los órganos sensoriales (cuerpo somático) del recién nacido.

Al mismo tiempo Freud sostiene que las vicisitudes del encuentro del bebé con el objeto materno pueden traer aparejada una falla en la génesis de la vivencia de satisfacción, dando paso a lo que él llamó “vivencia de dolor” (pág.364), generadora de una falla en el acceso a lo representacional y responsable del surgimiento de defectos de ligadura y acrecentamiento de cantidades libres, desorganizantes, en el psiquismo.

Freud (1915) llamó "yo de realidad inicial" a la instancia incipiente que ha distinguido un adentro y un afuera según una buena marca objetiva: El infans casi inerme muy pronto se halla en condiciones de establecer un primer distingo –registro de la primer diferencia- y una primera orientación entre estímulos de los que puede sustraerse mediante una acción muscular (huida) y otros estímulos frente a los cuales una acción así resulta inútil, pues conservan su carácter de esfuerzo (drang) constante. A los primeros, los imputa a un mundo exterior y los segundos son la marca de un mundo interior, correspondiente a necesidades pulsionales. Es en la eficacia de su actividad

muscular, que el viviente humano encuentra un asidero para separar un afuera y un adentro (Calzetta, 2000).

El concepto de yo de realidad inicial plantea una primera discriminación “objetiva” entre estímulos interiores y exteriores que se subsumirá al principio de placer-displacer, consecuencia de la vivencia de satisfacción. Los cuidados parentales satisfacen simultáneamente las pulsiones autoconservativas, a través de la satisfacción real de la necesidad y de las pulsiones sexuales, a través del plus libidinal con el que ejercen esos cuidados, ubicando al infans bajo predominio del principio del placer. Así el desvalimiento es reemplazado por un yo placer que prolonga el estado narcisista primordial.

Por otro lado, Freud habrá de agregar más tarde (1926a) que:

“[...] la madre, que primero había calmado todas las necesidades del feto mediante los dispositivos de su propio cuerpo, también tras el nacimiento prosigue esa misma función en parte con otros medios. Vida intrauterina y primera infancia constituyen un continuo, en medida mucho mayor de lo que nos lo haría pensar la llamativa cesura del acto del nacimiento. El objeto-madre psíquico sustituye para el niño la situación fetal biológica” (p.131).

Este estado es generado por el aumento de la tensión de necesidad del bebé, frente al cual él es impotente, lo cual lo instala en una situación que Freud catalogó como “traumática” y generadora de angustia. Dice claramente: “Llamemos *traumática* a una situación de desvalimiento vivenciada” (pág.155). Es en este punto en que adquiere especial relevancia en el desarrollo de esta Tesis el hecho de que lo mencionado nos introduce en las cuestiones vinculadas al *objeto*; a su accionar sobre el *infans* y a las distintas vicisitudes de ese *vínculo* intersubjetivo.

Dicen Laplanche y Pontalis (1996-pág.95): “El estado de desamparo, inherente a la dependencia total del pequeño ser con respecto a su madre, implica la *omnipotencia* de ésta. Influye así en forma decisiva en la estructuración del psiquismo, destinado a constituirse enteramente en la relación con el otro”

En relación a esto último, los mencionados autores (1996-pág.94) agregan:

“Para el adulto, el estado de desamparo constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia”. Y afirman (pág.95) que el peligro a que se ve expuesto el sujeto se caracteriza por la “[...] pérdida o separación, que implica un aumento progresivo de la tensión, hasta el punto de que, al final, el sujeto se ve incapaz de dominar las excitaciones y es desbordado por éstas: lo que define el estado generador del sentimiento de desamparo.” Y volviendo a Freud (1926a-pág.145): “Ello [...] eleva la significatividad de los peligros del mundo exterior, e incrementa enormemente el valor del único objeto que puede proteger de estos peligros [...] y crea la necesidad de ser amado, de que el hombre no se libraré más.”

¿Quién acude a su *encuentro*?; ¿cómo se produce el mismo?; ¿cuáles son las implicancias de dicho *encuentro*?; ¿cuáles los acontecimientos que se suceden a partir de allí?; son algunos de los principales interrogantes que planteados que se abordan en esta tesis.

CAPITULO TRES

Desarrollos post-freudianos sobre vínculos tempranos Klein, Fairbain, Bion, Winnicott

“No existe eso denominado bebé”

D. Winnicott

*La palabra “**vinculo**” viene del latín “vinculum” (atadura),
es una ligadura estrecha, pero no forzada.*

Una de las cuestiones centrales que abordan los autores que tomaron y expandieron los desarrollos freudianos, es el intento de modelizar hipótesis sobre los primeros momentos de la constitución psíquica desde la infancia y el lugar del cuidador en este devenir. En el estudio del psiquismo temprano, ciertos autores centraron su atención en procesos intrapsíquicos, sus modalidades de desarrollo y expresiones patológicas – como Melanie Klein-; otros estudiaron las regularidades y fallas de las diadas –como Winnicott y Kohut-. Sin embargo todos coincidieron y coinciden que de cómo se encuentren y vinculen el infante y su cuidador, depende en buena medida, los recursos psíquicos en momentos vitales posteriores.

Melanie Klein: fantasía inconsciente y defensas tempranas

Según Anguera y Miró (1995), buena parte de la psiquiatría y la psicología de comienzos del siglo XX partía del supuesto de que los niños no tenían conciencia de enfermedad, lo cual llevaba a extrapolar, con suerte, los modelos metapsicológicos y las teorías psicopatológicas de la adultez, para explicar la psicología infantil.

En esta situación de problemas teóricos y técnicos “la genialidad de Klein reside en

haber observado que la forma de expresión natural del niño es el juego y que, por consiguiente, puede ser utilizado como medio de comunicación con los pequeños”. Para el niño el juego no es “simplemente juego: es también trabajo. No se trata tan solo de una forma de explorar y controlar el mundo externo, sino de un medio por el cual controlar y expresar sus angustias a través de la manifestación y elaboración de las fantasías. Mediante el juego, el niño dramatiza sus fantasías y elabora así sus conflictos” (Segal, 1985).

Hasta la llegada de Klein, siguiendo a Freud la figura paterna fue ubicada como la figura central en el desarrollo del infante. El papel primordial del padre es constante en toda la obra de Freud, quedando en la penumbra la imagen de la madre (Anguera, 1987). Así, en uno de sus últimos textos escribió: “La paternidad es más importante que la maternidad” (Freud, 1937-39).

En cambio, Klein introduce definitivamente a la madre en el psicoanálisis. Como escribe Speziale Bagliacca (1988): “Con ello todo el sistema cambia en cada una de sus partes. No es que la imago materna fuera ignorada antes: no era un elemento clave de la metapsicología. Esta estaba centrada en el complejo edípico, donde la castración viene del padre y la madre tiende a ser un mero objeto de deseo. La madre, en otras palabras, no influía en todo el sistema”.

Efectivamente, con Klein la función materna empieza a “influir en todo el sistema”. Esta autora no solo señala a la madre como sujeto y objeto de nuestro mundo interno, como el centro de la primera relación que vincula al bebé a ansiedades y defensas primitivas, sino que además apunta la importancia de la comunicación no verbal tanto en el niño como en el adulto. Hasta después de Klein no se enfoca en la discusión científica la importancia del setting riguroso, es decir, del marco donde trabaja el analista.

En su elaboración Klein integró la teoría objetal y pulsional. Observó que la relación que todo niño/a mantenía con sus objetos se encontraba completamente influenciada por los impulsos que parten de sus fuentes libidinales: oral, anal y genital. De esta forma, para el niño, el objeto está teñido de las características pulsionales propias del momento libidinal que está viviendo. Así, concilió por una parte los aspectos biológicos pulsionales postulados por Freud con los más estrictamente psicológicos vinculados a las teorías de las relaciones objetales.

Según esta autora, en la mente del niño desde el inicio se da una intensa relación con los objetos, ya que éstos han sido incorporados o integrados y han pasado a formar parte de su mundo emocional, aunque el objeto de afecto no esté presente físicamente. Dichos objetos se mantienen con vida propia y coloreados emocionalmente en el psiquismo del niño, apareciendo a la vista del observador a través de la dramatización del juego o en la relación transferencial. Lo que observa el analista no es, evidentemente, una copia exacta de la relación y del objeto real al cual representa, sino que se encuentra deformado y distorsionado por la peculiar visión y forma de vivenciarlo de cada individuo.

Susan Isaacs (1943) da forma a las ideas Kleinianas sobre el carácter primario del mundo interno para la estructuración de las relaciones interpersonales. Establecer en 1º lugar, una precisión terminológica para diferenciar producciones imaginarias corrientes y el concepto psicoanalítico se refiere a un contenido, predominantemente inconsciente que prefiere que se lo denomine con la terminación en inglés *phantasy* y reservar *fantasy* para el resto de aspectos imaginarios, la traducción al habla hispana es fantasma que deviene del Francés. Plantea que la fantasía inconsciente es el contenido primario de los procesos mentales inconscientes y que no hay impulso, ni necesidad o respuesta instintiva que no sea vivida como una fantasía inconsciente. Los aspectos claves de esta propuesta sobre las fantasías inconscientes implican una radicalización intrapsíquica del mundo subjetivo:

- 1) en el supuesto de un origen interno con gran independencia de las experiencias concretas de la vida del niño: “Las fantasías inconscientes no se originan en el conocimiento articulado del mundo exterior, su fuente es interna, se encuentra en los impulsos instintivos”.
- 2) en el hecho de que se supone que al estar la vida mental gobernada por la fantasía el deseo funcionaría como un equivalente del acto, el “quiero” implicaría “estoy haciendo”, de ahí el planteamiento sobre la omnipotencia del infante y la dificultad del mismo para establecer una relación con la realidad. Si el niño se halla sumergido en fantasías persecutorias, “...llega a creer que su orina es muy dañina, pues así lo desea primitivamente y no porque su madre se enojó cuando mojó la cama”. La idea de que el pensamiento acerca de la realidad siempre se halla mediatizado por la fantasía inconsciente, el primer aprendizaje está basado

en impulsos orales, y todo lo que el niño toca, manipula, mira y explora está investido de libido oral, es la tesis que va a dar fundamento a que pulsiones y estas fantasías, que son su corolario mental, son el motor y la trama básica de la formación de símbolos.

- 3) en la cuasi equivalencia entre fantasía inconsciente y los mecanismos de defensa.

En la teoría de m. Klein, los padres tienen una influencia mitigante o correctiva sobre las ansiedades que producen estas fantasías que surgen como correlato de tendencias constitucionales innatas.

Klein consideraba que había una alternancia entre las dos posiciones posibles, respecto de las relaciones objetales, durante toda la vida, pero que en cada individuo podía predominar una sobre la otra. Un punto clave que caracteriza la posición esquizo-paranoide es la escisión, el atribuirle todo lo bueno y todo el amor a un objeto idealizado y todo el dolor, estrés y lo malo al objeto persecutorio. La posición esquizo-paranoide está marcada por la extrema labilidad de las representaciones mentales. El objeto bueno rápidamente puede ser experimentado como malo, lo malo se convierte en peor y lo bueno se convierte en un objeto aún más idealizado. A diferencia de esta posición, en la depresiva, el objeto ya no se ve de forma parcial, sino total, el objeto es la fuente de experiencias tanto buenas como malas. (Klein, 1935).

En la posición depresiva el infante se concientiza de su propia capacidad de amar y odiar a los padres. El descubrimiento del niño de esta ambivalencia y el miedo ante la amenaza de perder el objeto atacado, abre al niño a la experiencia de culpa tras esta hostilidad (Klein, 1929). La teoría kleiniana mantiene que el dolor psíquico asociado con la integración del objeto parcial escindido puede ser tan grande que el sujeto puede llegar a requerir la utilización de la negación en forma maníaca, el uso de reparación de forma obsesiva o el desprecio al objeto. Segal (1964) vinculó la capacidad de simbolización y sublimación con la reparación depresiva. Psicoanalistas kleinianos modernos ven como aspecto crítico en la posición depresiva el que el niño/a pueda separarse de la madre y tenga la capacidad de percibir al objeto como ser independiente.

Los desarrollos kleinianos plantean un entendimiento más diádico de la relación temprana, pues pone a la proyección como el proceso inicial en la construcción del mundo interno. Klein puso mucho énfasis en los impulsos destructivos generados en el interior del individuo derivados de la pulsión de muerte. Según esta perspectiva, el individuo dirige desde el inicio de la vida el impulso agresivo en forma defensiva hacia el exterior, en contra de un objeto.

Sin embargo, sería incorrecto decir que Klein se olvidó de la realidad exterior pues en varios textos retoma su influencia en el mundo interno mediante los procesos de introyección y proyección, pero siempre rescatando que la forma en cómo la realidad externa es vivida por el individuo depende de su mundo interno, de sus pulsiones. Las experiencias interpersonales, más que crear los mecanismos de defensa, los sentimientos, lo que hacían era incrementarlos, pero su creación estaba a cargo de los factores internos.

Los teóricos post kleinianos integrarán, aún más, los factores externos con los internos (Meltzer, 1974; Rosenfeld, 1965). La capacidad del niño para enfrentar el dolor y las ansiedades en la posición depresiva, viéndose a sí mismo como sujeto envidioso y destructivo, dependerá tanto del mundo externo, como de factores constitucionales. La fuerza del yo es incrementada con la identificación del niño con la representación del objeto bueno internalizado. Este yo fuerte es capaz de regular las ideas destructivas, reduciendo la necesidad de proyectar el odio. El yo débil permanece a merced de las defensas paranoides, no hay una culpa genuina ni una verdadera capacidad de reparación.

La obra de Melanie Klein constituyó un gran avance para el conocimiento sobre la mente infantil e impulsó la investigación en la sociedad Británica haciendo que muchos autores desarrollaran ideas propias sobre la temática. Estos autores (Fairbain, Guntrip, Balint, Winnicott, Bollas) significaron el comienzo de una tendencia hacia un reconocimiento mayor de la experiencia vivida como estructurante de la fantasía, apartándose de la idea de un innatismo fuerte, de la enorme importancia otorgada de las pulsiones, a la fantasía interna imponiéndose sobre la realidad exterior, como defendía Melanie Klein.

Fairbairn y las relaciones objetales

Fairbairn es considerado por muchos autores como el iniciador y creador de la teoría de las relaciones objetales. Este autor estudia el desarrollo de la personalidad, la psicopatología y la conducta en general, desde el punto de vista de las relaciones y experiencias del Yo con los objetos, tanto externos como internalizados. Entiende la evolución de la personalidad en función de las vicisitudes que afectan las relaciones objetales del individuo, que van desde unos estadios precoces de total dependencia infantil basados en una identificación primaria con el objeto, hasta otro estadio de dependencia madura que se basa en la diferenciación entre self y objeto. Fairbairn no acepta la existencia de la pulsión de muerte planteada por Freud, ya que la agresión surge como respuesta a la frustración. Así, con Fairbairn, el psicoanálisis se aleja de la biología y se centra en los sentimientos, es decir, en las relaciones afectivas.

Fairbairn sostenía que la idea de la libido no busca su descarga, sino que consiste en un tendencia que busca al objeto y sostuvo que esta motivación subvierte el principio de placer, ya que la lealtad a los objetos malos es independiente al principio, como queda demostrado en los casos de maltrato infantil en los cuales se mantiene el apego; Balint (1952) planteó que el niño busca de entrada el amor primario y que no se halla aislado del otro humano en una burbuja narcisista, como pensaba Freud. El autor que tuvo más influencia fue Winnicott quien introdujo una mirada de la relación madre-hijo que permitió comenzar a armonizar mejor los factores internos y externos. Su ideal sobre la madre que provee un ambiente de sostén a través de la relación facilitando la integración del amor y agresión, la emergencia de la preocupación por el otro y la tolerancia a la ambivalencia, son conceptos paralelos a las descripciones de las madres proveedoras de un apego seguro. Sus afectos enfatizan la dialéctica entre el contacto y la separación, lo que permitiría tanto la capacidad de relacionarse como la de estar solo. En caso de que los padres sean intrusivos e incapaces de reconocer las necesidades y particularidades del niño este creará un falso self.

Bion y las primeras nociones intersubjetivistas

En el ámbito cultural inglés se debe a W. Bion (1897-1979), entre otras aportaciones, el desarrollo de una tradición de terapia de grupo conocida como el estilo seguido por la Tavistock Clinic, una variedad de practica psiquiátrica conocida como comunidad

terapéutica, sus trabajos sobre la psicosis y su modelo de la relación continente-contenido. En él, la madre es vista como el continente de las ansiedades proyectadas por el bebé, ansiedades que es necesario procesar, contener y metabolizar.

La Identificación Proyectiva (IP), concepto desarrollado por Klein como modalidad de incorporación del objeto, fue y ha sido fuente de valiosos aportes teóricos para explicar buena parte de las fallas tempranas severas y su impacto en el psiquismo del niño. Si bien Klein lo consideraba esencialmente como un proceso intrapsíquico, la contribución de Bion y otros autores ha sido mostrar como este mecanismo tiene lugar en el área de interjuego entre lo intrapsíquico y lo interpersonal (Marrone, 2001).

Por ejemplo Fonagy (2001) rescata el hecho de que entre los puntos en común entre este concepto y la teoría del apego, surge que el patrón desorganizado de apego se manifiesta como una conducta en el niño de control hacia los demás. Dentro del patrón de apego desorganizado, los niños actúan como si dominaran la relación, algunas veces, incluso, tratan a los padres de una forma aparentemente condescendiente o humillante. Aunque las explicaciones de este tipo de conductas se han dado desde diferentes perspectivas a las de la IP, una explicación basándose en este mecanismo resulta muy congruente al tomar en cuenta las historias pasadas de estos infantes. El patrón de apego desorganizado se ha asociado con experiencias parentales de traumas sin resolver, historias de maltrato infantil, depresión materna y abuso parental de drogas y alcohol. Es muy posible que niños expuestos a este tipo de privaciones sean confrontados de forma repetitiva con niveles intolerables de confusión y hostilidad del cuidador y, a su vez, ellos sean forzados a internalizar ciertos aspectos del cuidador que son incapaces de integrar. De esta forma, la estructura del self se forma alrededor de imágenes fragmentadas o de ausencia que el niño debe de externalizar para poder retener cualquier medida de coherencia. El proceso de IP encaja con la conducta descrita de estos niños como un intento de experimentarse a sí mismos como poseedores de un self coherente, externalizando en otros las partes inadmisibles de su interior. El infante mantiene la ilusión de que ahora estas partes están afuera, a través de un sutil control manipulativo de la conducta del otro u otros.

Esta sugerencia utiliza la elaboración de Bion (1959; 1962a) respecto al concepto de IP en la infancia. Bion asume que el infante, abrumado por las impresiones del mundo,

requiere otra mente humana (un contenedor) que tenga la capacidad de aceptar, absorber y transformar estas experiencias en significados. Una estructura de defensa masiva aparecerá si el cuidador fracasa en la tarea de contener los sentimientos abrumadores del infante, en reconocer y reflejar la comunicación emocional del niño/a. Para Bion, cuando la angustia es muy intensa, en especial por las fantasías persecutorias, el niño debe poder descargarla en su madre. Ella, si tiene ciertas capacidades emocionales, podrá absorberlas, “metabolizarlas” y regresarlas de una manera menos angustiante y, por lo tanto, más asimilable para su hijo/a. Desde esta perspectiva, un cuidador sensible será el progenitor capaz de absorber y retransmitir la experiencia psicológica del infante, de una forma metabolizada, respondiendo a las emociones del infante en términos de cuidado físico, en una manera que experimente y transforme estos sentimientos inmanejables en una forma tolerable. Esto implica la combinación de especularización de los afectos intolerables con señales emocionales que indiquen que el afecto ha sido “contenido”, que está bajo control (función alfa). El infante puede hacer frente a ello, aceptar y reinternalizar lo que ha proyectado anteriormente, de este modo crea una representación tolerable de estos momentos emocionales de interacción con el cuidador. Con el tiempo, el infante será capaz de internalizar esta función de transformación y tendrá la capacidad de contener y regular sus propios estados afectivos negativos. Sin embargo, si las dificultades experimentadas dentro del infante no son contenidas por la madre sino que causan en ella desarraigo emocional, el infante será dejado no con miedo o tristeza, que se vuelven tolerables mediante el cuidado materno, sino con un sentimiento de falta de ser entendido que lleva a la aparición del “terror sin nombre” (Bion, 1962b).

De este modo, para poder pensar o tolerar cualquier emoción de cierta intensidad que involucre un sentimiento psicológico, es necesario que la madre haya realizado bien su función continente; por identificación con esa capacidad materna se adquiere la “pantalla interna” que permite el proceso secundario, el juicio de realidad y la demora en la descarga de los impulsos. Cuando alguien no tiene esa capacidad continente interna, en cualquier situación de tensión elimina proyectivamente el aspecto ansiógeno dentro de un objeto externo (Bleichmar & Leiberman, 1989).

La relación continente–contenido se expresa como algo complementario entre la proyección del niño y la receptividad materna. La madre es continente de lo proyectado,

lo recibe y lo procesa. Bion designa con la palabra *reverie* al estado de receptividad materna a través de las funciones alfa, la naturaleza no verbal de este proceso implica que la proximidad física al cuidador es esencial, punto ampliamente retomado por la teoría del apego. La teoría ofrecida por Bion representa una perspectiva alterna con bases sociobiológicas de la necesidad del infante de estar cerca del cuidador, de la mente del adulto (Fonagy, 2001). Bion (1962b) propone que el desarrollo conceptual del infante y el reconocimiento de la distinción entre sujeto y objeto está vinculado a la experiencia emocional de satisfacción y, en particular, al ligamiento de las preconcepciones o expectativas innatas, con su realización en el cuidado materno. Más aún, desde la perspectiva de Bion, cuando la madre y el infante están ajustados el uno al otro, el infante se comporta de tal manera que la IP es un fenómeno realista más que defensivo y forma parte del funcionamiento y condición normal.

De este modo, autores como Sroufe (2000) afirman que, dada la extrema indefensión del infante durante los primeros meses de vida y la relativa dependencia durante el período juvenil, para estar bien regulado se requiere de mucha ayuda de los cuidadores (que sean sensibles y responsivos) para poder expresar, desde edades tempranas, tanto sentimientos de malestar como de satisfacción y en pocos meses expresar un amplio rango de sentimientos y necesidades. Sroufe también plantea que los infantes están equipados para jugar un papel primitivo en su propia regulación, pero no pueden regularse por sí mismos sino que necesitan cuidadores sensibles y responsivos.

Donald Winnicott, y el medioambiente real del niño

Médico pediatra de profesión, Winnicott es considerado como el principal gestor del psicoanálisis de niños en Londres antes de la llegada de Melanie Klein. Ubicado en el grupo de los independientes, Winnicott dejó un importante legado en la conceptualización de la vida psíquica del infante y su relación con la madre. Luego del arribo de Klein al escenario del psicoanálisis británico, Winnicott se nutrió de sus ideas, planteando acuerdos y diferencias sustanciales, básicamente, a partir de su posicionamiento respecto del papel de las fantasías inconscientes y la pulsión de muerte.

Por otro lado, la obra de Winnicott pone luz sobre un aspecto de la teoría freudiana sobre la cual sostuvo controversias, inclusive con el mismo Freud. Winnicott “apunta a que Freud desatendió el tema de los logros necesarios en el desarrollo temprano” (Abello, p.56) que, en opinión del autor, Freud consideraba garantizados, pues ésta era para él una “condición necesaria para que el narcisismo primario se constituyese” (Abello, p.56) de modo compatible con la salud. Dado que Winnicott enfatiza la importancia de la madre –o de quien cumpla su función– por el papel central que le cabe en la construcción del narcisismo primario, pone atención sobre la diferencia entre aquellos pacientes que han contado con maternaje adecuado de aquellos que no.

La obra de Winnicott recorre un arco de tensión que va desde su conocido *dictum* de que «el bebé no existe, lo que existe es la pareja de crianza», formulado en los años cuarenta dentro de su teoría del desarrollo emocional temprano, hasta la célebre frase que encabeza la dedicatoria del libro *Playing and Reality* (1971), «a mis pacientes, que pagaron por enseñarme», que culmina su labor teórico-clínica y, por ende, su vida. En el espacio intermedio entre estos dos asertos habita toda su filosofía psicoanalítica, en la que delimita numerosos conceptos como la madre suficientemente buena, la capacidad de estar a solas, la capacidad de preocuparse por el otro, la preocupación maternal primaria, el gesto espontáneo, el verdadero y el falso self, el uso del objeto..., desarrolla las modalidades de la consulta terapéutica y del psicoanálisis a demanda, y crea el juego del garabato o squiggle, entre sus diversas aportaciones. Por otro lado, Winnicott (1967) fue uno de los primeros teóricos que resaltó la importancia del desarrollo en la salud. Crítico de las perspectivas psicoanalíticas que consideraban a la salud simplemente como la ausencia de desordenes neuróticos, este autor propuso un modelo de salud que incluye la perspectiva del desarrollo.

El desarrollo emocional primitivo

Para Winnicott, el desarrollo humano no resulta sólo de las tendencias heredadas, sino también de una interacción compleja con los factores ambientales que considera primordiales, desde donde construye su teoría del desarrollo emocional primitivo. Las ideas del naturalista Charles Darwin sobre la adaptación de las especies al medio ejercen un gran influjo en la vocación investigadora del joven Winnicott («...supe de inmediato que Darwin era la horma de mi zapato», escribe), ideas que adapta

inversamente: es el medio (la madre) la que se debe adaptar al hijo. De ahí surgen dos voces indivisas, la adaptación activa y el ambiente facilitador.

Este autor (1967) concibió la salud como sinónimo de la madurez correspondiente a lo esperado en la edad cronológica del individuo; es decir, que el desarrollo prematuro del yo o de la conciencia de Sí mismo, no es “más sano” que cuando éste aparece de manera tardía. Para Winnicott (1967), el desarrollo depende del aporte del medio circundante “suficientemente bueno”, definiéndose éste como las condiciones que facilitan las diferentes tendencias heredadas del individuo. El ambiente suficientemente bueno se inicia mediante el reconocimiento y atención de las necesidades individuales del lactante, es decir a través de la preocupación materna primaria. Tal provisión de cuidado disminuye a medida que en el bebé va creciendo, enfrentándose con una serie de frustraciones no traumáticas que impulsarán el desarrollo.

Winnicott reafirma la importancia del mundo externo o medio ambiente en la crianza del niño y el carácter evolutivo del individuo. Su modelo de crecimiento emocional lo describe en tres etapas de acuerdo con el grado de dependencia del ser humano con respecto a su medio ambiente: un desarrollo emocional que parte de la etapa de la dependencia absoluta, pasa a la dependencia relativa y de ahí a la independencia, que nunca es total. Su tesis del desarrollo emocional primitivo lo expone en su artículo «Desarrollo emocional primitivo» (1945), que presenta en la Sociedad Psicoanalítica Británica, un ensayo que constituye un hito en su obra y que contiene, de forma rudimentaria, todos sus conceptos posteriores como el sostén, el objeto transicional, etc.

Winnicott plantea una configuración inicial, la configuración ambiente-individuo, como punto de partida de su teoría del desarrollo emocional del individuo, cuya tesis primordial es que el «bebé no existe, lo que existe es la pareja de crianza». Esta configuración es la unidad inicial de la etapa de la dependencia absoluta, donde prevalece la fusión ambiente-individuo (o madre-bebé). Al principio el individuo no constituye una unidad individual sino una unidad dual, por lo que precisa de un marco determinado, de un ambiente facilitador. Y si bien no es el único que destaca el papel de la madre en la crianza del hijo, es quien estudia su papel y sus funciones de forma más determinante. La idea de madre (o persona sustituta) como ambiente facilitador (o también: la madre-ambiente), inspirada por su doble actividad como pediatra y psicoanalista, es una de las

más importantes contribuciones al pensamiento psicoanalítico, en tanto que le permite desplegar –a él y a muchos psicoanalistas posteriormente- un amplio estudio de las diversas funciones maternas. La madre “suficientemente buena”, cabe aclarar como supuesto esencial de esta tesis, es eficiente, es posible, sólo si está suficientemente “sostenida” por el padre del niño o, en su defecto, por el entorno o medio ambiente real.

La madre suficientemente buena

El concepto de madre suficientemente buena, elaborado en la década de los cincuenta, es uno de los puntos fuertes de la teoría de Winnicott. Es una función materna asociada a la preocupación maternal primaria y la madre devota corriente. Con esta expresión describe a la madre «común y corriente» capaz de acomodarse a las necesidades del bebé: la madre que satisface las necesidades elementales del bebé en su estado de dependencia absoluta. Una madre que tiene una capacidad de realizar una adaptación activa, viva y sensible a las necesidades de su hijo; una madre dedicada a la crianza de su hijo. La madre que falla de un modo confiable; no de forma caótica (Lacruz, 2011).

Dice Lacruz:

“La madre suficientemente buena es aquella que preserva al bebé de la agonías primitivas o impensables; la que interviene en el proceso de ilusión/desilusión del bebé, modulando su omnipotencia con las frustraciones necesarias para introducirlo en el principio de realidad; la que es capaz de aceptar la omnipotencia del bebé y le permite crear el mundo; la que le ayuda a integrar el yo y a consolidar el verdadero self; aquella cuya adaptación materna no obedece a su disposición intelectual sino emocional: la que aprende de su propia experiencia de maternidad, no a lo que lee en los libros. Y añade que en esta función simbólica primordial la madre (o la persona sustituta) realiza una tarea específica o suficiente: la de ser una madre que no le provee a su hijo de todo lo que puede dar sino tan solo de lo preciso, conveniente o necesario” (p. 591).

Desarrollos posteriores como Bórquez Gopel (2014), destaca que Winnicott refiere la importancia que el ambiente (en un primer momento representado sólo por la madre), ofrezca al bebé las condiciones necesarias para que pueda desarrollarse física, intelectual y emocionalmente; manteniendo la continuidad y estabilidad requeridas. En

la misma línea, Auping Birch (2000) consiste en resaltar que para Winnicott "el medio ambiente no hace al niño", pero "lo que hace es permitirle realizar su potencial", es decir, "el bebé crece a su manera cuando encuentra un medio ambiente adecuado (Winnicott, 1963). Este ambiente tiene como centro a la madre suficientemente buena. Una madre que sostiene al bebé en la primer etapa de desarrollo, permite que se forme el ego del bebé y evitar la angustia o trastornos posteriores.

Así, el cuidado infantil o cuidado materno (mothering), es inherente a las primeras etapas de la vida –las de la dependencia absoluta y relativa–, en tanto que permite la progresiva estructuración psíquica del bebé. La interiorización de un cuidado materno confiable facilita el crecimiento armónico del bebé y lo protege de los estímulos nocivos del mundo externo. Winnicott se interesa por las funciones maternas como funciones estructurantes del psiquismo (de la subjetividad) del infans. Winnicott asigna a la madre tres funciones maternas esenciales en el cuidado infantil: el sostén (holding), el manejo o manipulación (handling) y la presentación objetal (objet-presenting).

De hecho, Winnicott considera que mientras el bebé vive en un mundo subjetivo no se puede hablar todavía de salud, pues el infante todavía depende y es uno solo con la madre. La integración y progresiva diferenciación, conduce al bebé al estado de unidad, al pronombre personal “yo”, que posibilita el “yo soy”, y da sentido al “yo hago”, momento en el que se puede hablar legítimamente de un niño sano en un medio circundante sano o deficitario.

Lacruz sintetiza:

“La continuidad del ser o continuidad existencial es un proceso evolutivo del desarrollo emocional que Winnicott destaca para señalar la transición del estado de ser primario al estado de Yo soy, esto es, el paso del ser al Yo soy. Un proceso que, presumiblemente, comienza con la disposición de la preocupación maternal primaria y se basa en la continuidad de la línea de la vida. Las funciones maternas generan un estado de confianza que permite la adecuada continuidad existencial del bebé» (p. 212). Winnicott lo formula así: «El bebé siendo, tiene que empezar a ser». El bebé potencial (siendo), tiene que expresar su gesto espontáneo (empezar a ser), movimiento que facilita la madre suficientemente buena y devota, que lo sostiene para seguir siendo

(going on being) hasta alcanzar el estado de Yo soy. La estabilidad ambiental facilita al bebé la continuidad del ser y el gesto espontáneo, y permite edificar el verdadero self. Las fallas maternas graduales se hacen tolerables para el bebé y le preservan de estímulos indeseables, de intrusiones y rupturas en su continuidad existencial. Las interferencias o rupturas en la díada madre-bebé constituyen una distorsión temprana de la línea de la vida, una interrupción en su continuidad existencial. En el estado de ser primario –que inicialmente llama caos central– el infans es un bebé potencial que precisa de los cuidados maternos para el despliegue de su gesto espontáneo. En consecuencia, el gesto espontáneo es la expresión del sentimiento de continuidad existencial (p. 294)”

El proceso de integración

Según Winnicott, cuando el bebé se encuentra con un ambiente facilitador suficientemente bueno, comienzan tres procesos que permitirán los logros de la integración, la personalización y la realización. Estos tres procesos guardan relación con las funciones de sostén, manipulación y presentación del objeto, que deben ser provistas por el medio –inicialmente la madre-.

Winnicott afirma que partimos de un estado de no integración inicial que atraviesa complejos desarrollos hacia la integración. Destaca que el desarrollo del bebé se da en un doble frente, pues al proceso de integración contribuyen tanto las experiencias instintivas, de fuentes endógenas, como el amplio repertorio de los cuidados brindados al infante, que llegan del ambiente. Cuando ésta es insuficiente “aparecerán estados que llamaremos disociados” o más expuestos a la eventualidad de futuras disociaciones. Por no integración “Winnicott se refiere a estados diversos de los que el niño no tiene un idea -o una vivencia- conjunta o integrada” (Abello, p.65). Así, el niño no tiene forma de comprobar, de sentirse siendo el mismo sujeto en los momentos de saciedad como en los de hambre. Tampoco en los estados alternantes de calma y excitación. Igual acontece con el objeto, no puede en un principio reconocer como la misma madre a aquella que se acerca de frente y a aquella otra que se aleja dando la espalda. Debe integrar progresivamente todas estas experiencias hasta poder sentirse el mismo en distintas situaciones y estados.

Para Winnicott, la *integración* será un proceso que dependerá de una tendencia psicológica heredada, es decir: existe siempre en el recién nacido la tendencia a la integración, la cual deberá ser apoyada y complementada por una actividad específica materna que denominará *holding* o sostén. El infante parte de elementos motores y sensoriales rudimentarios con los que nace, que le darán una pauta de existencia. Serán la matriz de su continuidad existencial, sobre la cual se asentarán “los rudimentos de una elaboración imaginativa del funcionamiento corporal” (Winnicott, 1995), sobre la cual actúa, protegiéndolo, la madre con el fin de evitar la aparición de la angustia inconcebible que, de emerger, cortarían la experiencia de continuidad existencial. El proceso que se opone a la integración es la desintegración, proceso defensivo específico relacionado con las psicosis.

Otro momento del proceso de integración, referido a la integración psicósomática, es la *personalización*. Se produce de modo concomitante a la diferenciación yo-no yo, en paralelo con el establecimiento de la membrana limitante adentro-afuera entre el bebé y su madre. La contrapartida facilitadora materna es el *handling* o manipulación. Se refiere a la correspondencia estrecha entre la actividad materna y el reconocimiento de su integración psicósomática. Supone, en palabras de Winnicott “que la persona que cuida al niño es capaz de conducir al bebé y al cuerpo del bebé como si los dos formaran una unidad” (1991). Esta función, la personalización, bien ejercida, tendrá como consecuencia una buena coordinación motora y tono muscular.

Por último, la función de *realización*, cuando el yo inicia las relaciones objetales. Llegado este momento, tendrá que existir de parte del medioambiente, la presentación de objeto. Esta actividad de la madre es particular porque se sostiene en una paradoja: ella le provee objetos en tanto debe sostener la ilusión de que él crea que estos son su propia creación omnipotente. Posteriormente llegará el momento en que pueda relacionarse con ellos.

Todos estos procesos articulados, según Winnicott, propician la estructuración del self desde la dependencia absoluta hacia la independencia (siempre relativa). Al mismo tiempo, ya en un artículo de 1958, el autor describe la *capacidad de estar a solas* como un logro madurativo del desarrollo emocional, diferenciándolo tanto del miedo como del

deseo de estar solo. Esta capacidad implica una paradoja: estar solo, en presencia de alguien. Este alguien es representado por la madre, su voz, la cuna o sus representantes. Abello da forma a la idea de que para que el bebé “pueda descubrir su propia vida personal” (p.93) es crucial la experiencia de estar solo. Desde allí podrá contactar con su self verdadero y expresarlo. El caso contrario está dado cuando, privado de dicho contacto, el bebé reacciona sistemáticamente a las intrusiones del ambiente, (o dicho de otro modo, las fuentes internas son re empleadas por los estímulos intrusivos externos). Se genera así un “falso self o falsa existencia” (p.93). Pero, dado que el yo infantil es inmaduro, precisa aún de la madre en función de yo auxiliar para lograr el equilibrio.

En la base de esta experiencia se ubica la *relacionalidad del yo* como opuesta a la *relacionalidad pulsional* –diferenciándose así de los desarrollos freudianos-. Las diferencias conceptuales entre necesidades del Ello y necesidades del Yo tienen para el autor importantes consecuencias teórico-clínicas. Focaliza entonces en el artículo que Winnicott escribiera en el año 1965 “La capacidad de estar solos”, para detenerse más puntualmente en algunas de las ideas que allí se plantean sobre las necesidades o capacidades del Yo. Afirma luego que el concepto winnicottiano de “relacionalidad del Yo” surge de la necesidad de “dar cuenta de un tipo de experiencia o de relación [...] en la que la madre comparte con su bebé un [...] clima” diferente de aquel que surge cuando es el Ello quien determina “la pauta relacional y la capacidad de sentir placer [...]” (Abello, p.94). Winnicott, propone la colaboración entre relaciones del Ello y relaciones del Yo. La idea central “es que el Ello asienta sus requerimientos sobre -y a través- de un determinado Yo, no en el vacío”. Por lo que un impulso de Ello puede “fortalecer a un yo fuerte” o bien “fracturar a un Yo débil” (Abello, p.96).

Sobre la transicionalidad

Hablar de lo transicional en Winnicott, implica concebir una paradoja que subyace a la estructura general de su obra. Dicho pensamiento paradójico, señala Lacruz (2011), surge desde el epicentro de su pensamiento en cuanto que es inherente al desarrollo del jugar, la creatividad, el objeto y los fenómenos transicionales. La paradoja es una figura de pensamiento cuya expresión envuelve una contradicción, en tanto que confronta dos elementos opuestos cuya tensión debe ser aceptada: «La paradoja debe ser aceptada, no resuelta», dice Winnicott. Cuando se tolera y respeta la paradoja se

otorga al pensamiento un carácter dialéctico, un movimiento que origina y sostiene una tercera tónica: el espacio potencial o transicional. Y esto es lo central en su pensamiento: lo dialéctico, lo dinámico, el movimiento que inscribe lo vivo.

El concepto de transicionalidad ha sido con frecuencia entendido erróneamente “por excesiva [...] catalogación de tipos de objetos transicionales y su correlación con la patología” (Lieberman, p.100). Sostiene que el analista inglés se refiere a “un tipo de experiencia que se sitúa “entre” diferentes oposiciones: “Por un lado, autoerotismo, actividad creativa primaria, no consciencia primaria de la deuda y, por el otro verdadera relación de objeto, proyección de lo previamente introyectado y reconocimiento de la deuda (gratitud)” (Lieberman, p.101).

El área de experiencia transicional es, paradójicamente, “al mismo tiempo subjetiva y objetiva, interna y externa, concebida y hallada [...]” (Lieberman, p.101) siendo necesario aceptar la paradoja de esta formulación para comprenderla. Menciona que el término transicional “alude [...] al movimiento emocional inherente a este momento del desarrollo que conduce “de la dependencia absoluta a la dependencia relativa o capacidad de preocupación por el otro” (Ibidem, p.102).

La ilusión de omnipotencia (de haber creado el pecho encontrado) es anterior y base necesaria sobre la que asentará luego la transicionalidad. Se describe un movimiento que va de la ilusión de “omnipotencia en relación con el pecho “encontrado-creado” (omnipotencia primaria) a una ilusión vinculada a la transicionalidad como tal, que tiene su origen en el objeto transicional” primera posesión no-yo. Este desplazamiento requiere del proceso gradual de desilusión que implica la pérdida de la omnipotencia primaria al irse incluyendo gradualmente, en forma no traumática, el no-yo. Así, el destino de los fenómenos y objetos transicionales no es perderse ni internalizarse, sino extenderse y difundirse en “un campo de experiencia mucho más vasto, que incluye el juego, la imaginación, el simbolismo”. De este modo, el juego, la creatividad y la experiencia cultural se desarrollan en ese particular espacio potencial, capaz de “albergar dentro de sí la paradoja que lo sostiene: la de la unión y la separación”.

De la madre al medioambiente real

Winnicott en 1970 hace una de sus más específicas declaraciones sobre el papel del

medioambiente real del niño a su desarrollo psíquico. Allí expresa su pensamiento respecto del sostén como una tarea compartida en varios niveles: “[...] el bebé es sostenido por su madre, ésta por el padre del bebé, [...] los padres del bebé por el grupo familiar y la familia está sostenida por la sociedad” (Abello, p.73). Alega que el concepto de sostén, de reconocido valor clínico, ha experimentado una importante ampliación, siendo en su opinión el psicoanálisis relacional “quien mejor ha tomado muchos conceptos de Winnicott para continuar con su desarrollo” (Abello, p.73)

La red de sostén compuesta por la familia, la escuela, el psicoanalista, las amistades y conocidos son de suma importancia para el desarrollo óptimo del niño. En relación con este tema y ante la propia ansiedad del mismo, Ariño et al. (2011) manifiesta que esa función de contención y sostén es la que permite una protección ante los estímulos para un restablecimiento del equilibrio. La madre que puede sostener a su infante, siempre está sostenida por "otro", padre o subrogado, en ciertos casos por el analista y en otros en los que no es lo adecuado, hasta por un hijo (Sloninsky de Groba, 1999). El padre es quien sostiene, ayuda y acompaña a la madre. Ambos, madre y padre interactúan y se complementan (Revista de Psicoterapia Psicoanalítica, 2004).

El balance sostén/interpretación

Para Winnicott, el tratamiento se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta; de dos personas que juegan juntas, «tratando de transformar en terreno de juego el peor de los desiertos», según Michel Leiris. Entre sus contribuciones a la clínica y a la técnica psicoanalítica destacan dos conceptos plenamente interrelacionados en su tarea como son el sostén y la interpretación. El sostén humano (human holding) es el prototipo de todo el cuidado materno, esencial para el desarrollo emocional temprano y la continuidad existencial del bebé. El término procede del verbo hold: sostener; amparar, contener. La expresión "sosteniendo al bebé" la toma Winnicott de una expresión coloquial inglesa que alude a alguien que coopera con otro en una tarea, se marcha y le deja a uno sosteniendo el bebé.

El sostén permite la integración y el sentimiento de unidad corporal del bebé al mantener un íntimo contacto físico y emocional con la madre, cuando lo acaricia, lo acuna, lo nombra, etc. El sostén implica la disposición materna respecto a la sensibilidad del bebé. La madre realiza una adaptación activa a las necesidades psíquicas y corporales del bebé, en orden al tacto, presión, temperatura, visión, audición, acción de la

gravedad, etc.. Un adecuado sostén favorece lo potencial del bebé y su creatividad; le protege de los peligros del exterior ya que le permite construir una membrana limitante que diferencia el yo del no yo. La falla del sostén determina una sensación de caída interminable, de agonías impensables, de amenaza de aniquilamiento. En «Variedades de psicoterapia», en relación con la tarea terapéutica, Winnicott plantea la tesis de que lo que se hace en la terapia equivale a un intento de imitar el proceso natural del cuidado materno. Winnicott hace equivalente el sostén al encuadre. En consecuencia, la labor primordial del terapeuta consiste en sostener al paciente.

Winnicott realiza su propia contribución a la teoría de la técnica psicoanalítica en cuanto a la interpretación, cuya función primordial consiste en favorecer sucesivas integraciones en el paciente. Winnicott es un autor cauteloso ante el énfasis otorgado en la comunidad psicoanalítica a la interpretación terapéutica. Dice: «De entrada parte de que el paciente y el terapeuta deben ser capaces “de jugar juntos”, ya que la interpretación se crea y se recrea dentro del área de juego compartido que ordena el espacio transicional y que se basa en la paradoja de lo creado de nuevo. Y para que pueda ser creada y usada por el paciente se precisa de un sostén terapéutico de confianza y seguridad. Para Winnicott, las intervenciones del analista son asistencias u objetos transicionales que el paciente transforma.

Previo a la formulación de una interpretación, tanto el paciente como el analista debe ser capaces de jugar, deben crear una común zona de insight. Para Winnicott, la interpretación solo puede ser enunciada dentro del área de juego compartido, una zona que se crea a partir de la confianza mutua. En consecuencia, la interpretación no se debe realizar fuera del área de juego. Cuando el paciente carece de la capacidad de jugar, se bloquea toda posibilidad de insight y de progreso personal. De ahí que toda interpretación establecida fuera de la zona de superposición de juego determina una resistencia.

El fundamento de toda interpretación es que el paciente haga insight de sus conflictos internos. En términos winnicottianos, el objetivo terapéutico consiste en favorecer el ser y el hacer del paciente, su vivir creador; en facilitar las integraciones de la continuidad existencial, para que se sienta vivo y real. «El modelo de la asociación libre y la atención flotante de Freud, en Winnicott cobra sentido en la superposición de dos zonas de

juego: la del paciente y la del terapeuta. Para Winnicott, y esto es central en su pensamiento, se crea en el espacio transicional. A partir de la paradoja de lo creado de nuevo, la interpretación es como un objeto encontrado y creado a la vez por el paciente. En consecuencia, el terapeuta opera como el asistente de la interpretación creativa generada por el propio paciente.

Winnicott destaca dos tipos de interpretación: las interpretaciones inteligentes y las interpretaciones reflejadas –o empáticas-. Las primeras son interpretaciones inadecuadas, que promueven en el paciente una suerte de “acatamiento”, que inhibe la riqueza de su “gesto espontáneo”; que no tienen en cuenta la capacidad de asimilación del paciente: inhiben su creatividad y su espontaneidad y le impiden su autodesarrollo. Le quitan al paciente su capacidad de jugar. Se trata de interpretaciones que satisfacen al analista o que se ajustan a su teoría, pero no al paciente. Winnicott las contrapone a las interpretaciones reflejadas, que son interpretaciones en las que el analista refleja las comunicaciones del paciente. Un tipo de interpretación en la que el paciente hace un reconocimiento de sí mismo a través del otro, mediante identificaciones cruzadas. El analista opera como espejo donde identificarse el paciente. Este tipo de interpretación favorece su capacidad de insight.

Finalmente, en la obra de Winnicott destacan dos modelos terapéuticos desarrollados a lo largo de su trayectoria clínica. Uno, la consulta terapéutica; otro, el psicoanálisis a demanda. La consulta terapéutica (therapeutic consultations) es una modalidad terapéutica desarrollada por Winnicott en su consultorio de Pediatría (Departamento de Psicología) del Hospital Paddington Green Children’s. Es una modalidad de primera entrevista con objetivos diagnósticos y terapéuticos a tiempo limitado (de uno a tres encuentros), en la que se aprovecha la «capacidad para creer [del paciente], en una persona que lo ayude y lo comprenda».

El psicoanálisis a demanda es una modalidad de psicoanálisis donde la frecuencia de las sesiones no se establece desde el habitual plazo fijado de antemano, sino a demanda del consultante. El método a demanda es una técnica que se adapta a las necesidades del paciente, que inscribe un proceso de juego en la dupla analítica, y que atiende la tensión creativa surgida en la transferencia.

A modo de síntesis

En este capítulo se han reseñado los aportes significativos de distintos autores que aportan a las teorías de las relaciones de objeto. La selección ha sido intencional, en oportunidad de mostrar el desarrollo de un pensamiento particular, el de Donald Winnicott. En esta tesis, el pasaje de un modelo teórico sobre la constitución psíquica predominantemente endopsíquica a otro, sostenido en el potencial real del medioambiente del niño, es fundamental para comprender los lineamientos técnicos básicos de la noción de “vínculo como paciente”.

Desde esta perspectiva, la meta terapéutica implica andamiar los vínculos de ese niño, identificado como paciente, por quienes sus padres consultan, a los fines de devolver o desarrollar su potencial como escenario del desarrollo emocional del infante. Debido a la misma estructura paradójica de la teoría winnicottiana, el trabajo terapéutico se lleva adelante con el niño y su entorno, buscando como meta, la creación de un espacio transicional (el terapéutico) donde convivan y se alimenten tanto las necesidades del niño como las habilidades de los cuidadores. En ese sentido, el lugar del analista es el de mediador, co-metabolizador, puente que favorece el encuentro real entre el niño y su entorno. Tal acontecimiento es real, en el sentido filosófico y pragmático, no pertenece al campo de la fantasía ni de la realidad psíquica del niño, sino que existe en el medioambiente real que lo contiene.

A continuación, se desarrollan dos teorías accesorias, complementarias, que proveen de observadores empíricos que permiten introducir dos aspectos accesorios al *ambiente suficientemente* bueno del niño: el potencial mentalizante de los padres y los estilos de apego, que sintetizan el desarrollo del sentimiento de seguridad, equivalente al desarrollo emocional saludable del niño, planteado por Winnicott.

CAPITULO CUATRO

El sentimiento de seguridad.

Observables operativos del desarrollo intersubjetivo

El “sí mismo” del niño y el sistema de apego

El ***sentimiento de seguridad*** no es una condición natural sino un camino potencial del desarrollo, que puede o no ser recorrido. En una “psicopatología del desarrollo” (Waddington, Bowlby, 1973) la personalidad se mueve a lo largo de senderos que se bifurcan en dirección de la seguridad o de la inseguridad. Esta visión de la psicopatología se opone a un modelo determinista lineal que supone un recorrido predeterminado. La figura del bebé o niño que atraviesa determinadas fases de la evolución de la libido (una etapa “oral”, otra “anal” y luego otra “genital”) sería un ejemplo de linealidad, de fuerte tono endogenista. En una psicopatología del desarrollo, el individuo y el ambiente interaccionan permanentemente.

Si bien, en términos teóricos, parecen posiciones opuestas, en realidad, en la práctica clínica parecen complementarse. Las conceptualizaciones endogenistas de las cuales podemos tomar los desarrollos freudianos como ejemplos, muestran modos estables y persistentes de organización entre lo somático y lo psíquico que pueden y son complementados muy eficazmente con las teorías “del desarrollo” que aportan el modo en que el mundo intersubjetivo del niño colabora, potencia u obstaculiza esta integración. En esta línea se presentan los desarrollos de Bowlby y Stern que conceptualizan esta interacción temprana en relación a criterios de salud y patología temprana.

El “*Si Mismo*” del niño, los aportes de Daniel Stern

Daniel Stern fue psiquiatra, psicoanalista e investigador de infantes cuyo interés principal fue siempre el intento de reconstruir las tempranas experiencias del niño en la interacción con sus cuidadores. Stern plantea que el desarrollo no se da por cambios progresivos sino por saltos que describen procesos co-creados entre el infante y sus cuidadores. Estos saltos son oportunidades para cambios estructurales de consecuencias trascendentes.

La originalidad del trabajo de Stern es que partiendo de una orientación psicoanalítica construye sus teorías a partir de un enfoque evolutivo prospectivo no basado en la psicopatología. En este sentido, como clínico, diferencia entre las consultas por dificultades en el acompañamiento del desarrollo y en las interacciones niño-padres de cuadros psicopatológicos definidos.

Stern (1985) amplió el estudio del vínculo temprano más allá de la teoría del apuntalamiento. Si bien en los primeros tres meses de vida el mantenimiento de la homeostasis se caracteriza por la regulación fisiológica del bebé, las investigaciones muestran que más frecuentemente la regulación se sostiene en el intercambio de conductas sociales que en la satisfacción de la necesidad instintiva. Así, profundizó en el enfoque interpersonal. La exploración y actividad del bebé y sus estados emocionales se producen vía la estimulación del otro y son una creación mutua. La empatía de la madre para leer los mensajes no verbales del bebé y las respuestas de éste activan un diálogo interactivo que aporta a la regulación mutua.

De este modo propone que los infantes tienen una vida subjetiva, aun desde los primerísimos momentos y ubica en el centro de su indagación al sentido de sí mismo, el cual entiende como un patrón constante de percatación, una experiencia subjetiva organizadora que partiendo de lo preverbal va adquiriendo sentidos más complejos hasta llegar a la autopercatación verbal.

Las experiencias interactivas son internalizadas como vivencias de “estar con” el otro significativo y se integran a la memoria episódica relacional, a través de la internalización de las experiencias de repetidas gratificaciones interpersonales con el

cuidador primario quien tiene a su cargo la regulación afectiva del infante y la transformación de los estados emocionales negativos en positivos. Esto puede ocurrir con o sin conciencia de ello por parte del infante.

Stern encontró que los infantes poseen una capacidad general innata para tomar información recibida en una modalidad sensorial y traducirla a otra modalidad sensorial sin aprendizajes previos. Los infantes parecen experimentar un mundo de unidad perceptual en el que perciben cualidades amodales, representan abstractamente esas cualidades y después las trasponen a otras modalidades. El tipo de representaciones abstractas que el infante experimenta no son sensaciones visuales, táctiles o auditivas, ni objetos identificables sino formas, intensidades y pautas temporales, cualidades más bien globales de la experiencia.

Stern llega a estas conclusiones a partir del resultado de investigaciones microanalíticas con bebés. Entre ellas, Meltzof y Borton en 1979 que cuestionan las teorizaciones de Piaget sobre la articulación sucesiva en la adquisición de los esquemas de acción por parte del bebé. Los investigadores concluyeron que esta transferencia de información háptico-visual se encuentra en las primeras semanas y va mejorando a medida que el bebé crece. Otros trabajos se hicieron presentando a los bebés sonidos del habla por vía visual y por vía auditiva. Los infantes miraban por más tiempo los rostros cuyos labios coincidían con los sonidos que escuchaban que aquellos rostros que movían los labios en disonancia con los vocablos escuchados. Stern considera que los infantes están preconstituidos para realizar este tipo de equivalencias transmodales, y para forjar ciertas integraciones de su experiencia sensorial. Los infantes no necesitan tener experiencias repetidas para formar algunas de las piezas del sí mismo y del otro.

Para este autor, cada etapa es una oportunidad única de desarrollo, pero también lo es de cierre y autonomía. El desarrollo no implica sólo la ampliación de la recepción de estímulos, también implica, cierre y selección. El desarrollo implica capacidad de seleccionar estímulos metabolizables y evitar la inundación. Decir no a la oferta del ambiente es un indicio de autonomía.

Estos conocimientos respecto de las capacidades innatas de los bebés y de la discriminación perceptual temprana pueden corresponderse con el planteo freudiano del

yo de realidad inicial, como marca objetiva de discriminación entre un interior y un exterior. Por otro lado la noción de cierre y autonomía, también postulada por las neurociencias puede corresponderse con el planteo freudiano de un yo como dispositivo que inhiba las grandes transferencias de cantidad de excitación. A partir de las experiencias con el objeto maternante, el Yo se va constituyendo como sistema de representaciones investidas libidinalmente, que retiene en esa trama representacional una cantidad de energía suficiente como para asegurar su eficacia y reprimir así la reproducción alucinatoria del objeto, logrando la discriminación (Calzetta, 2000).

Así, plantea que la capacidad de ir cerrándose y seleccionar estímulos tiene un progreso evolutivo cuyos indicadores de autorregulación y autonomía se van complejizando. Si bien, los recién nacidos muestran sutiles pero precarios esbozos de autorregulación, a partir de los **4 meses** puede observarse cómo los bebés utilizan la desviación de la mirada para expresar su deseo de cesar la interacción. A **los 7 meses** ya expresan su deseo de autonomía con gestos claros de corte y vocalizaciones. A los **14 meses** ya adquirida la marcha el bebé muestra excitación y placer por huir del adulto. Disfruta el ejercicio de su nueva motricidad y se regocija alejándose del cuidador del cual, al mismo tiempo, se siente tan dependiente. A los **2 años** ya es el lenguaje el que manifiesta el deseo del niño de valerse por sí mismo y auto sostenerse, “yo solito”.

Stern plantea que los infantes comienzan a experimentar desde el nacimiento un sentido del **sí mismo emergente**. Están preconstituidos para darse cuenta de los procesos de autoorganización, para ser selectivamente responsivos a los distintos acontecimientos de la vida cotidiana. Nunca hay total indiferenciación **sí mismo-otro** y entre los 2 y los 6 meses van consolidando un sentido de **sí mismo nuclear** como unidad separada tendiente a la cohesión, a un sentido de la propia agencia, logrando un sentido de sí mismo nuclear y de otro nuclear con continuidad en el tiempo y agente de sus propias acciones. Este logro evolutivo se basa en la incipiente posibilidad de memoria de la propia experiencia y en un aumento de las distinciones físicas y sensoriales entre el sí mismo y el otro.

De los 9 a los 18 meses el infante logra un sentido de **sí mismo subjetivo** a partir del cual se experimenta a sí mismo y al otro en términos de compartir y diferenciar intenciones. El infante descubre que tiene una mente y que otras personas también la

tienen, dando una nueva perspectiva organizadora a su vida social en la cual se produce un dominio de relacionamiento intersubjetivo. En este estadio, el infante comienza a compartir estados afectivos. Stern desarrolló el concepto de “entonamiento afectivo” que caracteriza este estadio. El adulto no se limita a imitar o reflejar la tonalidad afectiva del bebé sino que se da un proceso de acompañamiento activo, como quien se suma a un coro para entonar. Este entonamiento comprende la lectura por parte del progenitor del estado afectivo del infante y pone en acción conductas que den cuenta de la correspondencia con el estado afectivo del infante. El infante lee la acción del progenitor como teniendo que ver con su propia experiencia emocional y recíprocamente. Muchas veces, la madre desentona deliberadamente para conseguir que el niño la siga, como “poniéndose a tono”, en una afinación compartida.

A partir de los 2 años se produce el sentido del **sí mismo verbal**. Si bien el relacionamiento verbal constituye una ampliación y enriquecimiento de la comunicación y la aspiración a la autopercepción, Stern advierte que este dominio solo recubre parcialmente las experiencias del dominio de relacionamiento emergente, nuclear y subjetivo. Estos dominios permanecerán en parte independientes del lenguaje y provocan una escisión en la experiencia del sí mismo. De esto se desprende que se producen dos líneas en el desarrollo: el lenguaje como nueva forma de relacionamiento y el lenguaje como un problema para la integración de la experiencia del sí mismo y la experiencia con el otro.

Stern, aun proviniendo del campo evolutivo, toma la perspectiva psicoanalítica respecto de la condición doble del lenguaje. El lenguaje brinda una ampliación del modelo relacional y una nueva forma de autoregistro e integración que expande la experiencia interpersonal, pero al mismo tiempo introduce el desfase entre dos formas simultáneas de experiencia interpersonal: la vivida y la representada. El lenguaje por su relación con lo inconsciente inaugura también el equívoco y el desencuentro.

Así, el encuentro con el otro es un acontecimiento objetivo. Es el “estar con”. El énfasis se halla puesto en describir la experiencia de estar –con-otro compartiendo una acción para hacer que suceda algo que no podría ocurrir sin la combinación de la conducta de ambos. El infante está con otro que regula su propia experiencia: en este sentido, el

otro es otro regulador del sí mismo, la interacción es un poderoso medio de regulación de múltiples dimensiones del psiquismo:

- la cualidad de la actividad.
- la intensidad del afecto
- la seguridad del apego
- la categoría de afecto
- la atención, la curiosidad y compromiso cognitivo
- el estado neurofisiológico

Está claro que los sentimientos fuertes y representaciones importantes no son necesariamente forjados por los actos mismos de ser alimentado o puesto a dormir, sino por la manera en que esos actos se realizan. Y esa manera suele quedar mejor explicada por la diversidad de dimensiones enumeradas de la regulación del sí de otros. Así, las acciones de regulación son experiencias creadas mutuamente y corresponden a lo que sostiene la incompletud estructural de las experiencias interactivas. La actividad de crianza temprana se basa en la acción reguladora del sí mismo por los adultos como un continuo y generalizado conjunto de procedimientos que son a su vez la experiencia que vive el infante.

El niño registra como experiencia subjetiva su experiencia tal cual es vivida, lo que sucede en la realidad con los otros reguladores del sí mismo. Stern describe a cualquier experiencia de estar-con-otro incluye:

- a) Alteraciones significativas en el estado emocional del infante que le pertenecen aunque hayan sido mutuamente creadas.
- b) A la otra persona tal como es vista, oída y sentida en el momento de la alteración.
- c) Un sentido del sí mismo nuclear y del otro nuclear.
- d) Una variedad de situaciones en las que estos hechos ocurren.

La experiencia del sí mismo depende de la presencia y de la acción del otro, pero sigue perteneciendo enteramente al sí mismo. No hay ninguna distorsión, el infante se ha representado la realidad con exactitud. Por eso la ausencia del otro es devastadora, pues el sí mismo se siente a merced de todos y cada uno de sus desequilibrios o carencias. En condiciones normales el infante ha experimentado ciclos análogos de gran regocijo, debido a los juegos que se le realizan. Sea el juego que sea que la madre

haga, el bebé lo experimenta como pertenecientes a ella en tanto otro objeto físico, ésta es una de las maneras en las que el bebé experimenta la organización, cohesión, y capacidad de acción del adulto como distinta de sí mismo. Además las conductas de los progenitores son complementarias de las del niño, hacen algo distinto, por lo tanto el sí mismo y el otro se mantiene separados, puesto que los indicios preceptuales revelan que el otro sigue una pauta temporal, espacial, de intensidad y/o del movimiento, diferente.

Solo el estado afectivo pertenece al sí mismo y es invariante. La verdad es lo que permite que el infante triangule e identifique que invariantes pertenecen a quién, y lo que puede explicar los patrones de apego diferentes con la mamá y el papá que puede estructurar el bebé. Con respecto a la idea de fusión o indiferenciación perceptiva de Winnicott, Mahler y otros autores psicoanalíticos, Stern es muy enfático en la necesidad de descartar esta noción sosteniendo que el bebé es capaz de un mínimo de diferenciación perceptiva desde momentos iniciales de su vida, contradiciendo así la hipótesis inicial de una indiferenciación primaria.

La teoría del Apego, los aportes de John Bowlby

Bowlby comenzó su formación psicoanalítica en Londres alrededor de los años 30 con Joan Riviere como su analista y Melanie Klein como su supervisora, pero desde el principio encontró difícil aceptar las creencias dogmáticas de sus supervisores, que no satisfacían las normas científicas que había aprendido en Cambridge (Parkes 1995 citado en Marrone 2001).

Entre 1941 y 1945, en la Asociación Psicoanalítica Británica, se desarrollaron grandes polémicas referentes a cuestiones de teoría y técnica. Como resultado de estas discusiones se dividió la asociación en tres grupos: freudianos, kleinianos e independientes. Esta división aún existe y cada grupo tiene su propia estructura orgánica dentro la institución. Del primer grupo destacaron Ana Freud, Burlingham, Glover, Melita (la hija de Klein), entre otros; en el grupo de Melanie Klein: Isaacs, Riviere, Segal, Rosenfeld, etc.; y en el de los independientes: Bowlby, Balint, Fairbairn,

Winnicott, Bollas, siendo una de las características distintivas de este grupo la búsqueda del origen de la psicopatología en sucesos reales.

El grupo de los independientes abandonó el modelo pulsional y desarrolló la teoría del self-objeto, en la cual los componentes del self interaccionan dinámicamente entre sí y complementariamente con los objetos internos y externos. Estos autores tratan de entender el desarrollo del individuo como una unidad en interacción. Se ve al self como constituido por la gestalt de las relaciones interpersonales pasadas y presentes y su integración y continuidad es mantenida por dicha gestalt (Fonagy, 2001).

Si estas contribuciones, a las que se ha hecho referencia, se establecen dentro del contexto psicoanalítico, la teoría del apego de Bowlby ha inspirado un importante cambio para entender el desarrollo de la relación cuidador/a-infante. Hay importantes imbricaciones entre la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales y la teoría del apego (Levine, Tuber, Slade, & Ward, 1991), ya que ambas se centran en la relación cuidador/a-infante y en los modelos mentales del sí mismo y el otro que un/una niño/a desarrolla a través de las interacciones con los cuidadores. En ambas teorías se destaca la importancia de los modelos representacionales que se forman en la infancia y se modifican en los años posteriores, guiando el funcionamiento individual y la construcción de las relaciones significativas.

Según la teoría del apego, los infantes que reciben un cuidado regular básico tienden a elegir las figuras de apego, lo que indica que la proximidad a una figura de apego es suficiente para el desarrollo de un vínculo de apego (Bowlby, 1969/1982). Bowlby admitió que el sistema de cuidados está en relación mutua con el sistema de apego, evolucionando en paralelo el uno con el otro, y realizando una función adaptativa en proteger la descendencia y, finalmente, la idoneidad reproductiva (George & Solomon, 1999). Se están empezando a explorar los modos en los que los sistemas conductuales del infante interactúan con los del/de la cuidador/a y viceversa.

Al nacer ninguno de nosotros somos capaces de regular nuestras propias emociones (Botella, 2005; Schore, 2001; Fonagy, 1999). La relación más temprana que se establece y nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más próximo, que se encargará de responder a

nuestras señales o reacciones emocionales (Fonagy, 2004). Esto dependerá de la proximidad y seguridad alcanzada a través de la conducta de apego y por supuesto de la disponibilidad del cuidador primario (Hervás, 2000; Main, 1996). Estos lazos o vínculos afectivos que se establecen y perduran en el tiempo hacen sentir al individuo los primeros sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono, miedo). Para Lafuente (2000), la relación afectiva paterno-filial es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad. Así, la respuesta de temor suscitada ante la inaccesibilidad de la madre, es una reacción de adaptación básica que en el curso de la evolución se ha convertido en una respuesta esencial para la contribución de la supervivencia de la especie (Bowlby, 1990).

Sobre la vinculación afectiva o apego y su posterior relevancia, Musitu y Cava (2001) dicen que existen dos aspectos del ámbito familiar que se han relacionado sistemáticamente con la autoestima en los hijos; una, la importancia del apego con el cuidador principal y dos, los estilos de socialización parental. Esta necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos está recogida en la Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby (1980, 1973, 1969). En el núcleo de esta teoría se encuentra la necesidad recíproca de las relaciones tempranas, lo que para Hofer (1995) es ya una precondition normal probablemente en todos los mamíferos, incluyendo los humanos.

El primero en desarrollar una teoría de apego a partir de los conceptos que aportara la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar porqué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación, fue John Bowlby, quien intentó mezclar los conceptos provenientes de la etología, del psicoanálisis y de la teoría general de los sistemas (Fonagy, 2004; Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003) para explicar el lazo emocional del hijo con la madre (Aizpuru, 1994).

El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo (Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003). Bowlby (1993, pág, 60) definió la conducta de

apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”.

Teniendo en cuenta esta premisa y apoyándose en las investigaciones sobre plasticidad cerebral, que han puesto en evidencia que durante los primeros años de vida tiene lugar un proceso de desarrollo muy importante, Botella (2005) cita unos principios básicos:

- Todos los animales, incluidos los de la especie humana, buscan la protección y cuidado de sus padres cuando experimentan peligros y amenazas.
- Esta búsqueda de protección tiene un papel evolutivo de supervivencia fundamental (Hofer, 1995).
- En general, la figura de apego es la madre y rápidamente se genera una clara preferencia hacia ella (Fonagy, 2004; Del Barrio 2002; Belsky, 1999).
- En los bebés, el malestar que conduce a la búsqueda de apego también puede ser provocado por el hambre, la sed y/o el dolor físico.
- El sistema conductual de apego no es único, sino que forma parte de un conjunto en el que figuran también la exploración, el cuidado y el apareamiento (Aizpuru, 1994).
- El sistema de apego tiene una función homeostática al contribuir a mantener el equilibrio entre las conductas exploratorias y las de proximidad.

A esta contribución Girón, Rodríguez y Sánchez (2003) añaden lo siguiente: cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad. La experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza que facilita la exploración tanto del mundo físico como del social (Bowlby, 1990).

Evolución de la teoría del apego. Modelos mentales.

En un primer momento Bowlby (1969) hizo una descripción meramente conductual; la necesidad aparece en ausencia del cuidador/a y la presencia de éste/a hace

desaparecer esa necesidad. En 1973 Bowlby sostuvo que la meta del sistema de apego era mantener al cuidador accesible y receptivo y para referirse a esto, utilizó el término disponibilidad. Posteriormente, Bowlby (1980) incorporó la noción de que las experiencias con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos, dan lugar a modelos representacionales. Craik, (1943) citado en Fonagy (2004) ya se había anticipado dando nombre a esta serie de mecanismos cognitivos refiriéndose a ellos como Modelos de Funcionamiento Interno.

En esta misma línea, entendemos que **un sistema de apego alcanza el objetivo cuando ofrece seguridad al niño**. Por tanto desde esta perspectiva, la respuesta sensible del cuidador es ya un primer organizador psíquico e implica dos operaciones: conseguir acceso al estado mental del niño y atribuir significado a ese estado mental (Girón, 2003). Para que el cuidador pueda hacerlo debe tener un buen nivel de función reflexiva (Fonagy, 1999; Fonagy, Leigh, Steele y cols., 1996). Pero este tipo de funcionamiento mental no sería posible desde una lectura determinista de la investigación neurológica (Wylie y Simon, 2004), lo que hemos de agradecer a Bowlby.

Como comenta Botella (2005) la disposición innata a buscar protección ante el peligro o amenaza es regulada en cada momento por los Modelos Internos de Funcionamiento. El mismo Bowlby (1990, 1989) hizo referencia a los mecanismos que subyacen la asociación causal entre el tipo de apego infantil y las posteriores vinculaciones emocionales, los modelos representacionales. Se trata de representaciones mentales generadas en la primera infancia a partir de la interacción con los padres o cuidadores principales e incluyen información sobre sí mismos, la figura de apego y la relación entre ambos. Es decir, una idea de quiénes y cómo son sus figuras de apego, y qué puede esperar de ellas. Una vez interiorizados por el niño los modelos representacionales de su relación con las figuras de apego, estos mismos modelos le van a servir de guía para el establecimiento de otras relaciones significativas a lo largo de su vida (Bowlby, 1989).

Con este modelo representacional como base, niños y niñas y, posteriormente adolescentes, se enfrentarán al resto de relaciones interpersonales que establezcan constituyendo un buen predictor de la conducta y competencia futura (Lafuente, 2000). Los modelos representacionales internos que se forman en los niños, a partir de las primeras respuestas significativas de sus cuidadores a sus necesidades de apego, van a

constituir el sistema con el cual el niño va a modelar su conducta, tanto ante sí mismo como ante los demás (Girón, 2003). Según Botella (2005) dado su origen evolutivamente previo al lenguaje y a la maduración de las estructuras neurológicas necesarias para la memoria explícita, tales modelos se codifican en la memoria implícita.

En suma, puede afirmarse que las funciones primordiales de apego son:

- a) Mantenimiento de la proximidad
- b) Base segura desde la cual explorar el mundo
- c) Refugio seguro en el que buscar consuelo y seguridad ante el peligro o la amenaza.

Estilos de apego. Vinculación afectiva.

En los primeros estudios naturalistas de Mary Ainsworth (1963) de los Ganda en Uganda, encontró una información muy rica para el estudio de las diferencias en la calidad de la relación madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego (citado en Oliva, 2004 y Del Barrio, 2002). Esta información le llevó a identificar unos estilos de apego en la interacción madre-hijo, que reflejan las normas que determinan nuestras respuestas ante situaciones que nos trastornan emocionalmente, es decir, nuestra forma primordial de autorregulación emocional (Botella, 2005). Otro trabajo realizado posteriormente confirmó estos datos (Bell y Ainsworth, 1972).

Unos años más tarde, Ainsworth y cols., (1978) diseñaron una situación experimental, la Situación del Extraño, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. La Situación del Extraño es una simple prueba de laboratorio para medir el apego, en niños de 1-2 años. Consta de dos episodios de una breve separación entre el niño y la persona que lo cuida. El objetivo era evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y sobretodo en los momentos de separación y de reunión con la madre o cuidador.

En los resultados de la prueba, Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos estilos de apego

establecidos:

1. Apego seguro
2. Apego inseguro-evitativo
3. Apego inseguro ambivalente

En el apego seguro aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Se interpreta como un Modelo de Funcionamiento Interno caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta (Fonagy, 2004). Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades. El estilo de apego seguro se ha observado en un 55%-65% de niños en muestras no clínicas (Botella, 2005; Del Barrio, 2002). Oliva (2004) cita la cifra del 65%-70% de los niños observados en distintas investigaciones realizadas en los Estados Unidos.

Para Aizpuru (1994) **un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas.** Las características del cuidado materno en este caso son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión (Botella, 2005).

En el apego inseguro-evitativo, la observación fue interpretada como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad de la madre o cuidador principal, mostrando poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador. Incluso si la madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento (Fonagy, 2004; Oliva, 2004). En la situación extraña los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005). Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño y su reacción carente de emociones ante la madre, podría interpretarse como una conducta saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas (citado en Oliva, 2004). El estilo de apego inseguro-evitativo se ha observado en un 20%-30% de niños en

muestras no clínicas. (Botella, 2005; Oliva, 2004; Del Barrio, 2002).

Las características del cuidado materno en este caso son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto (Botella, 2005). Respecto a las conductas maternas, Aizpuru (1994) nos dice que las madres de niños con estilo inseguro-evitativo pueden ser sobre-estimulantes e intrusivas.

En el apego inseguro-ambivalente el niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004). Estos niños se mostraban tan preocupados por la ausencia de la madre que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Sus respuestas emocionales iban desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto (Oliva, 2004). En este tipo de apego parece que la madre o cuidador, está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. Para Mikulincer (1998), es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás. Este estilo de apego se ha observado en un 5%-15% en niños de muestras no clínicas (Botella, 2005; Del Barrio, 2002). Oliva (2004) nos da cifras del 10% en los estudios realizados en los Estados Unidos. Sin embargo, Oliva también indica que en estudios realizados en Israel y Japón se encuentran porcentajes más altos.

Las características del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005). Se podría decir que el rasgo que más define a estas madres es el no estar siempre disponibles. Sin embargo, algunos estudios (Stevenson-Hinde y Shouldice, 1995; Isabella, 1993) han encontrado que en algunas circunstancias estas madres se encuentran responsivas y sensibles, lo que podría indicar que son capaces de interactuar positivamente con el niño cuando se encuentran emocionalmente estables. En la misma línea Oliva (2004) destaca la actitud de las madres de interferir durante la conducta exploratoria de los niños, este aspecto unido a que en algunas ocasiones las madres se muestran responsivas y sensibles podría aumentar la dependencia y falta de autonomía del niño. Esto puede llegar a explicar la percepción que el niño puede llegar a tener del comportamiento contradictorio de la

madre. Cassidy y Berlin (1994) consideran estas conductas como una estrategia, no necesariamente consciente, dirigida a aumentar la dependencia del niño, asegurando su cercanía y utilizándola como figura de apego.

Los tres estilos de apego descritos por Ainsworth han sido considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego (Oliva, 2004; Main y Cassidy, 1988). Sin embargo otros autores han propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado desorganizado-desorientado que recoge muchas de las características de los dos grupos de inseguro ya descritos y que inicialmente eran considerados como inclasificables (Main y Solomon, 1986). Este tipo de apego aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso (Botella, 2005). Se trata de niños que muestran la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004). Como destaca Botella (2005) estos niños pasan por una situación de colapso de sus estrategias conductuales. El estilo de apego inseguro comporta un factor de riesgo en cuanto a la manifestación de problemas psicológicos, mientras que el apego seguro constituye un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superación frente a la adversidad (Siegel, 1999).

Desarrollo y determinantes en la seguridad del apego.

Según el modelo Bowlby-Ainsworth los determinantes de la seguridad de apego pueden ser próximos o distantes. Los determinantes próximos son los que influyen en la calidad de la relación padres-hijo y abarcan, sobre todo, el temperamento infantil y la sensibilidad de la madre. Los determinantes distantes son los que influirán en el futuro (Fonagy, 2004). Por otra parte, diferentes investigaciones sobre el temperamento infantil no consideran, el temperamento como un poderoso determinante de la seguridad del apego (Fonagy, 2004; Vaughn y Bost 1999). Vaughn y Bost concluyen una exhaustiva revisión sobre el tema con estas palabras: “La seguridad del apego influye en el temperamento cuando se trata de comprender la personalidad y/o para explicar características de las acciones interpersonales” (p.218).

Se ha establecido que la conducta de apego encuentra su periodo álgido entre los nueve meses y los tres años. A este punto referido, Griffin y Bartholomew (1994) añaden

que las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. Esto puede interpretarse también como un periodo crítico, puesto que la mayor parte de las carencias de apego que pueden lastrar la conducta infantil posterior se centra en estos años (Del Barrio, 2002; Winnicott, 1995; Bowlby, 1980).

El apego suele producirse respecto de la madre, pero puede ser establecido con cualquier persona que haga sus veces, ya sea varón o mujer. Si que existe una cierta unidad de criterio en que los cuidados maternos contribuyen claramente a la seguridad del apego, especialmente la sensibilidad materna y la tolerancia a la ansiedad (Fonagy, 2004; Del Barrio, 2002; Belsky 1999), aunque ésta no tenga una sólida base empírica como mantiene Fonagy (2004). Sobre este punto referido, Oliva (2004) añade, basándose en un meta análisis realizado por Fox, Kimberly y Schafer (1991), que existe una clara concordancia entre el tipo de apego que el niño establece con ambos progenitores y no sólo con la madre. El mismo Oliva, da una posible explicación de esta concordancia al sostener que la Situación del Extraño evalúa el modelo interno activo que el niño ha elaborado a partir de su interacción con la madre o la figura principal de apego.

De esta manera, en el estudio del niño y la conducta de apego nos interesa sobre todo la interacción que se produce entre el niño y el adulto responsable de la crianza. Esta relación se convierte en el primer ambiente o clima emocional que vive el niño y que le introduce en el grupo familiar (Fonagy, 2004; Hervás 2000; Main, 1996), y a través de éste, también en el grupo social y cultural en el que la familia se desenvuelve (Del Barrio, 2002; Musitu y Cava, 2001). La familia es el primer referente social, por lo que su papel es esencial a la hora de configurar los esquemas que regularán la interacción futura del niño con el entorno (Musitu y Cava, 2001; Trianes, 2002).

La importancia de las tareas evolutivas características de cada etapa comienzan en los primeros meses, y tienen que ver con el establecimiento de un buen lazo afectivo con los padres y la regulación biológica: interacción madre-padre, formulación de una buena relación de apego, exploración, experimentación y dominio del mundo del objeto (Trianes, 2002). Para Winnicott (1995) el desarrollo emocional durante el primer año establece la base de la salud mental en el individuo humano.

Sobre la importancia de la familia, Aizpuru (1994) menciona que el apego a la madre o cuidador principal, es sólo uno, el primero de tres apegos verdaderos que ocurren en la vida. El segundo sería en la adolescencia tardía, en la búsqueda del segundo objeto, la pareja, y el tercero sería hacia el hijo o hijos. Así entendida, la función del apego es garantizar la supervivencia en una etapa temprana (Botella, 2005) como ya hemos citado antes. El aprendizaje de las distintas intensidades de la reacción emocional y la interpretación de unos indicadores como agradables o desagradables se gesta en el periodo de apego y a través de la persona de referencia (Del Barrio, 2002; Lafuente, 2000). En consecuencia el apego se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, otros y el mundo social en general y juicios que afectan la formación y mantenimiento de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo (Bowlby citado en Bourbeau, y cols., 1998).

En términos de los objetivos de esta Tesis, la teoría del apego y las formulaciones evolucionistas de Stern, aportan una conceptualización de corte fenomenológica de las conductas y condiciones que el medioambiente real del niño debe cumplir para sostener el desarrollo de las potencialidades psíquicas del infante en condiciones óptimas.

Cabe aclarar que en relación a las afirmaciones de estas teorías cobran un sentido más pleno dentro del marco psicoanalítico pues pueden articularse con las distintas modalidades de procesamiento psíquico durante los primeros años de vida. En este sentido, la propuesta de esta Tesis es concebir una articulación conceptual interdisciplinaria donde aportes de diferentes teóricos puedan complementar distintas dimensiones del fenómeno estudiado.

CAPITULO CINCO

Mentalización y Seguridad.

Metas terapéuticas en el tratamiento dinámico con niños

“...a menos que el terapeuta pueda capacitar a su paciente para sentir algún grado de seguridad, la terapia no puede empezar siquiera”

(Bowlby, 1988, p. 162)

La seguridad como destino vital

Tanto Bowlby (1989) como Ainsworth (1989) apuntaron la importancia que tienen los vínculos de apego establecidos con los padres durante la infancia para el establecimiento de posteriores relaciones afectivas. Desde esta referencia precursora, Botella (2005), Oliva (2004), Del Barrio (2002), Trianes (2002), Winnicott (1995) y Griffin y Bartholomew (1994), mantienen que los niños y niñas que establecieron relaciones de apego seguro con unos padres que se mostraron cariñosos y sensibles a sus peticiones estarán más capacitados para establecer relaciones caracterizadas por la intimidad y el afecto con sus iguales.

Este enfoque fenomenológico contempla como factores fundamentales los esquemas emocionales en la misma línea y compatible con el modelo cognitivo. Así, los esquemas mentales se entienden como estructuras mentales que moldean las experiencias y fenómenos emocionales a partir de los cuales se producen las diferentes respuestas emocionales propias de cada persona (Botella, 2005). Para Greenberg y Safran (citado en Botella, 1994), por ejemplo, es la conciencia presente de las personas o la falta de ella, sus constructos y el significado de su experiencia lo que determina la mayor parte de su conducta inadaptada y su disfunción.

Es por ello que la psicopatología está relacionada con la incapacidad de las personas para integrar, aceptar y tratar con sus sentimientos y necesidades primarias a lo largo de su desarrollo, y no con las necesidades neuróticas (Botella, 1994). La frustración repetida ante la necesidad, por ejemplo en los estilos de apego inseguros, acaba por formar la representación de una estructura nuclear del sí mismo que supone una visión particular del mundo; esto puede incluir, por lo tanto, visiones y creencias negativas sobre el mundo y sobre uno mismo también (Rodríguez-Testal, Carrasco, Del Barrio, y Catalán, 2002; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Kelly, 1963).

En la malla intersubjetiva familiar y con la influencia del lenguaje se van estructurando los modelos representacionales, tanto de las figuras de apego como del sí mismo (self), que jugarán un importante papel en la experiencia interna de seguridad o inseguridad del sujeto. Estos modelos son construidos por vía semántica (“lo que se le dice al niño”) y por vía episódica (“lo que el niño percibe directamente”). Se puede decir de los modelos representacionales que son “procesadores de información”, idea que se ajusta a la función que Bowlby le atribuía al psiquismo.

En tanto procesadores de información, los modelos de representación evalúan el estado del self y del vínculo, y emiten pronósticos. Tanto el sentimiento de “desesperanza”, o sea la creencia de que no hay salida, como su opuesto, el sentimiento de “esperanza”, o sea la creencia de que habrá solución, surgen de las evaluaciones y pronósticos de los modelos internos. De este modo, los modelos sobre las figuras de apego y sobre el sí mismo gobernarán los deseos, expectativas, miedos, seguridades e inseguridades del sujeto (Bowlby, 1988).

A pesar de su importancia, las representaciones del sí mismo (self) no siempre han tenido el espacio que merecen en la psicopatología y en la clínica (Bleichmar, 1997).

En esta ocasión nos ocuparemos de las representaciones del sí mismo en lo que concierne a los sentimientos de seguridad e inseguridad. Comenzaremos con Freud, quien efectuó una penetrante observación sobre las representaciones del sí mismo, la importancia del lazo de amor entre madre e hijo y el sentimiento de seguridad de este último. Escribió: “Cuando uno ha sido el predilecto indiscutido de la madre, conservará

toda la vida ese sentimiento de conquistador, esa confianza en el éxito que no pocas veces lo atraen de verdad” (Freud, 1917, p. 150)

La importancia de un confiable vínculo de amor –que los teóricos posteriormente conceptualizarían como “una base segura”– brinda confianza interior al niño para enfrentar la vida. Un hijo así amado (indiscutido) tendrá según Freud un “sentimiento de conquistador”, una confianza en sus propias fuerzas que eventualmente puede llevarlo al éxito. El sentirse amado incrementa la autoestima, haciendo que el sujeto se sienta seguro y enfrente las adversidades. Freud anticipaba en varias décadas una de las conclusiones del estudio de Emily Werner en Kauai que mostró que los llamados “niños invulnerables” que atravesaron grandes adversidades (“niños resilientes”) habían tenido al menos una persona que los había amado incondicionalmente, sin importar sus características físicas u emocionales. En medio del horror esa relación afectiva les había proporcionado una seguridad que los protegió y les permitió desarrollarse alejados de una patología de otro modo esperable (Manciaux y otros, 2001).

En *La separación afectiva* (1973) Bowlby se refirió a personas con alto grado de confianza y seguridad en sí mismas (self-reliance) que aunque experimenten angustias o depresiones pueden enfrentarlas y no derrumbarse. Frente a circunstancias desfavorables pueden asimilar mejor las frustraciones. El niño con confianza y seguridad interior ha incorporado resilientes “recursos internos” para hacer frente a las adversidades. Cuando un suceso le genere angustia o se deprima, acudirá a su memoria impregnada de recuerdos de apego seguro y de representaciones positivas sobre sí mismo y sobre los otros (modelos de representación) y estos recuerdos construirán representaciones, algunas prácticas y eficaces y otras artísticas y creativas, sobre la salida de la dificultad. La influencia de una relación materna/paterna empática que funciona como una base segura es fundamental para la construcción de un sentimiento de seguridad que permite enfrentar en mejores condiciones las inevitables adversidades de la vida.

En su interés conceptual sobre el sentimiento de seguridad, muchos autores sostienen el valor psíquico de la vivencia de un vínculo seguro para el infante. Bowlby habla de “base segura” coincidiendo con Freud (1917) respecto de el peso específico de la certeza de haber sido predilecto, además de otros autores como Fairbairn (1962) quien

describió una “dependencia madura”, Klein (1940) y el concepto de “objeto bueno introyectado” y con Erikson (1983) y su noción de “confianza básica”.

En términos más concretos, este sentido de seguridad emocional por parte del niño necesita (considerando la evidencia sobre la ontogenia y filogenia humana) del establecimiento de vínculos afectivos de apego que posean las características de: estabilidad (permanencia constante en el tiempo de los cuidadores), continuidad (cantidad de tiempo en el cuidado): especificidad (existencia de un número limitado de cuidadores significativos); predictibilidad (anticipación de hábitos ambientales así como de estrategias de regulación predecibles por parte de los cuidadores; sensibilidad (entendida desde la idea de inversión parental o nivel de compromiso en el cuidado) y; finalmente ausencia de estrés (aplicación de estrategias de cuidado que no sean en sí mismo, un activador de la amenaza y el peligro por parte de los cuidadores). Podría postularse que estas condiciones podrían ser algo así como “el ambiente evolutivo esperable” para el mantenimiento de una organización humana coherente, adaptativa y flexible.

Por otro lado, Bowlby ha sido el que le otorgó un sólido fundamento teórico transdisciplinario al relacionar el sentimiento de seguridad con el apego y la teoría de la evolución (Darwin). El apego une a la cría con su cuidador proporcionándole seguridad y un refugio protector al servicio de la supervivencia.

El congénere posee *home valency* como gusta decir el etólogo Eibl-Eibesfeldt (1970). En esta línea, Stern (1980) estima que la magnitud de la contribución de Bowlby al describir el lazo de apego entre cría y cuidadores se refiere –nada más ni nada menos– que a la identificación de un eslabón perdido en la unión entre generaciones. La cadena intergeneracional emplea los vínculos de apego para enhebrar sus eslabones. Si bien no como factor exclusivo, la supervivencia y el desarrollo de nuestra especie se asientan en el lazo de apego. Una cría si no come no vive (nutrición), pero si no tiene a su madre o sustituto que le proteja de otros peligros (apego) no sobrevivirá, aunque coma. No solo Stern, diversos evolucionistas han señalado que sin el vínculo entre padres e hijos el hombre no podría haber evolucionado del modo como lo ha hecho (Sagan, 1992; Leaky, 1992).

Stern muestra un lugar vacío en las teorías evolucionistas y en la conceptualización psicoanalítica sobre el desarrollo. Ese lugar viene a ser llenado por la teoría del apego. Si tal es la importancia del apego en la historia evolutiva del hombre, ni la teoría de la evolución ni el psicoanálisis estarían en condiciones de ignorar la magnitud de su aporte. Si bien la supervivencia es el núcleo originario del apego, este no queda reducido a esa función. Cuando el apego es satisfecho por un cuidador empático y sensible a las necesidades del niño, éste es profundamente amado (*deeply loved*) (Bowlby, 1991) y el vínculo que establece se convierte en un lazo de amor (*bond of love*).

La constelación maternal: puerta de entrada al universo del niño

David Stern denomina constelación maternal a estos cuatro temas juntos y sus funciones concernientes. Cada uno de estos temas conlleva un grupo organizado de ideas, deseos, temores, recuerdos y razones que determinará o influenciará los sentimientos de la madre, sus acciones, interpretaciones, relaciones interpersonales y otras conductas de adaptación. Esta organización también puede estructurar aspectos de su vida psíquica que van mucho más allá de la fase en la que predominan.

La constelación maternal hace referencia a tres preocupaciones y discursos diferentes que tienen lugar tanto interna como externamente:

- El discurso de la madre con su propia madre (especialmente *con-su-propia-madre-como- madre-cuando-ella-era-niña*) u otros modelos maternantes de referencia (amigas, compañeras de profesión, abuela, vecinas, etc.);
- El discurso consigo misma (especialmente *consigo-misma-como-madre*)

El análisis de los mecanismos de construcción del sujeto que se ponen en marcha ante el fenómeno de la maternidad sugiere que tras el nacimiento del bebé, y especialmente si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única organización psíquica a la cual hemos denominado constelación maternal.

Organizadora de la psique, esta “constelación” determinará un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos. Se trata de una

nueva organización temporal cuya duración es muy variable, ya que oscila de meses a años, pero durante ese tiempo se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre y deja a un lado las organizaciones o los complejos nucleares previos que ocupaban ese papel central. La constelación maternal no aparece como otra variante o derivada de las construcciones psíquicas ya existentes, sino que se considera por derecho propio una construcción única e independiente de gran magnitud y completamente normal en la vida de la mayor parte de las madres. (La situación es algo diferente cuando se aplica al padre, pero su descripción puede hacerse a partir de la construcción de la constelación maternal.) La fase de la constelación maternal no es un periodo crítico o sensible, y que la organización psíquica que emerge durante esta fase puede ser permanente, transitoria o, más frecuentemente, permanentemente evocable.

La constelación maternal no es universal ni innata. Sabemos que en otras épocas históricas y culturas esta colección de temas y funciones hubiera sido muy diferente o inexistente. Asimismo, cuando las condiciones les son propicias, los hombres también pueden elaborar una constelación maternal (aunque no lo hacen con frecuencia). Estamos describiendo un fenómeno observado en las sociedades occidentales desarrolladas y postindustriales, y encontrado casi exclusivamente en las madres. No pretendemos que este fenómeno se aplique más allá del marco de la época cultural y política actual. Existen influencias psicobiológicas y especialmente hormonales incuestionables que priman la sensibilidad y las tendencias de los nuevos padres a desarrollar algún tipo de constelación maternal.

No obstante, las condiciones socioculturales parecen desempeñar un papel dominante en la manera y el momento en que estas influencias psicobiológicas entran en acción. Incluso bajo las mismas condiciones socioculturales, la emergencia de la constelación maternal no es obligatoria. Sólo la mayoría de las mujeres, pero no todas, desarrollan una constelación maternal.

En esta situación el “paciente” suele ser la díada madre-hijo o la tríada madre-padre-hijo, refiriéndose con “madre” al primer progenitor encargado de cuidar al niño. En la presentación de su método utiliza un esquema en cuyo centro sitúa la interacción entre el niño y la madre y al que, progresivamente va añadiendo elementos que van

configurando los diferentes enfoques teóricos. Esta interacción central consiste en la conducta manifestada por cada uno de ellos en respuesta al otro. Se trata de una interacción visible y audible para un tercero. Hasta este momento el enfoque es puramente conductista, se trata de una interacción, no de una relación.

Una relación es el recuerdo de interacciones previas (Hinde, 1979), determinada también por la percepción y la interpretación de esa interacción a través de los distintos prismas particulares (fantasías, esperanzas, temores, tradiciones y mitos familiares, experiencias personales importantes, presiones actuales y otros factores) del participante. Denomina representación de la interacción a la amalgama de recuerdos e interpretaciones. Al añadir las representaciones de la madre sobre la relación se recogen los elementos básicos de un enfoque terapéutico cognitivo o de un enfoque de inspiración psicodinámica limitado. El bebé también construye un mundo representativo que interpreta y orienta las interacciones actuales. El terapeuta es el último miembro de la situación clínica, no sólo interactúa objetivamente sino que tiene además un mundo representativo que da parte de su significado a la interacción y da forma concreta a la intervención del terapeuta. En este momento añade un elemento más ya que, cuando la madre participa en el proceso terapéutico, puede ver a su hijo y verse a sí misma haciendo de madre, y ver lo que sucede entre ellos de una forma distinta a cuando está sola. La madre crea una representación que incluye la visión adquirida en la relación terapéutica, visión que puede tener valor terapéutico, y la imagen que tiene la madre del terapeuta. De la misma forma que la representación del terapeuta contiene una imagen de la madre. -Esto se verá claramente en el desarrollo de la viñeta clínica en los próximos capítulos-.

Aparecen a través de la madre y el niño todos los elementos propios de la teoría psicoanalítica, entendido a partir de las nociones de transferencia y contratransferencia. También permite ver que las fantasías de la madre influyen las fantasías del niño y viceversa. En su esquema considera la figura del padre o de la pareja de la madre. Partiendo de la base de que esté presente, éste interactúa con la madre y con el niño (y con el terapeuta) y también elabora representaciones de su relación con ellos. Este esquema recoge todos los elementos básicos de un enfoque sistémico de la familia. Este método puede abrirse para incluir a otros cuidadores clave que no se adecuan al criterio de relación biológica con el niño. Bajo el término sistemas de ayuda reúne los

distintos niveles de cuidados secundarios y terciarios, los cuales pueden servir de fuerza de mantenimiento constante o de influencia ocasional en casi todos (o varios) de los elementos del esquema básico.

El sistema de ayuda tendrá un gran efecto directo en las representaciones de la madre (sobre todo las de su imagen como madre y como persona), un poco menos en el nivel comportamental y, menos aún en el bebé.

Los cuatro puntos básicos del esquema, y por lo tanto, del método son:

1. Casi todos los elementos están siempre presentes y actuando.
2. Todos los elementos son interdependientes.
3. Todos los elementos se relacionan de forma dinámica y se influyen mutuamente.
4. Una acción terapéutica que logre modificar un elemento acabará cambiando todos los demás elementos separados.

Desde este punto de vista, puede considerarse que los diferentes enfoques terapéuticos son distintas puertas de entrada a un mismo sistema dinámico interdependiente. La principal fuerza de este método es su generalidad no específica que transforma las intervenciones clínicas específicas en resultados clínicos generales. La acción terapéutica influirá en todo el método, de manera que no tenga importancia cómo, dónde o por qué se produjo el primer cambio. De este modo, los elementos interrelacionados de la situación clínica forjarán resultados comunes a partir de lo que en un principio eran enfoques distintos.

El carácter de este método hace que en la práctica clínica actual sea difícil restringir la terapéutica a una sola puerta de entrada. Dejando aparte la opinión del terapeuta, la terapia es simultáneamente una psicoterapia individual (con el progenitor principal), de pareja (con el marido y la mujer) y familiar (con la tríada), ya sea de forma paralela o secuencial.

El mundo representacional de los padres

Según Stern, el mundo representacional de los padres es el primer elemento que debe estudiarse en la situación clínica. Resulta útil pensar en la situación clínica en términos de mundos paralelos: el mundo externo real y objetivable y el mundo mental subjetivo e imaginativo de las representaciones. Este mundo representativo no sólo comprende las

experiencias parentales de las interacciones actuales con el bebé sino también sus fantasías, sus esperanzas, sus temores, sus sueños, los recuerdos de su propia infancia, el propio modelo parental y las profecías sobre el futuro del niño.

El autor parte del supuesto de que estas representaciones se basan y se construyen principalmente a partir de la experiencia interactiva, y más precisamente, de la experiencia subjetiva de estar con otra persona. Describe estas representaciones en términos de “modelos de-estar-con”. La experiencia interactiva puede ser real y vivida o virtual e imaginada (fantaseada), pero siempre habrá una interacción subyacente. Las representaciones relacionadas con objetos no se forman cuando se incorpora algo externo, tal como sugieren la internalización y la introyección. Se forman desde dentro, a partir de lo que le sucede a la persona en su relación con los demás.

Define dos conceptos centrales:

- Un “modelo de-estar-con”: se basa en la experiencia interactiva de estar con una persona en concreto de una forma determinada. Se trata de un modelo mental de experiencia de estar-con-alguien de una forma concreta, que además se repite en la vida corriente.
- Una “representación de-estar-con”: es una red de muchos modelos específicos de estar-con unidos por un rasgo común. Las actividades organizadas por un sistema motivador suelen tener un tema común, la alimentación, el juego o la separación. Otras representaciones se organizan en torno a experiencias afectivas. Hay representaciones que pueden ser una reunión de varias representaciones que comparten un rasgo común más amplio, como una persona, un lugar o una función. Las representaciones tienen diferentes medidas y jerarquías.

La constelación maternal propiamente dicha

Tras el nacimiento del un bebé y especialmente si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única organización psíquica que Stern denomina constelación maternal. Determinará un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos. Obliga a los clínicos a adoptar un marco distinto de tratamiento, con un nuevo tipo de alianza terapéutica. Su duración es muy variable, pero durante ese

tiempo se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre y desplaza a las organizaciones o los complejos nucleares previos que ocupaban ese papel central. Es una construcción única, independiente, de gran magnitud y completamente normal en la vida de la mayor parte de las madres.

Si no se aprecia el carácter y la predominancia de la constelación maternal, es difícil llegar a los principales temas subjetivos que experimenta la madre, la estructura de los problemas para los que busca ayuda y la forma de alianza terapéutica que más necesita. Se refiere a tres preocupaciones y discursos diferentes que tienen lugar tanto interna como externamente: el discurso de la madre con su propia madre, el discurso consigo misma y el discurso con su bebé. Esta trilogía maternal es la principal preocupación ya que requiere la mayor parte de su elaboración y de su reelaboración mental. Empieza a existir una nueva tríada psíquica “madre de la madre-madre-bebé”.

En nuestra cultura, cuando una mujer se convierte en madre surgen varios temas asociados:

- ¿Puede mantener en vida al bebé y hacerle crecer? Tema de la vida y el crecimiento.
- ¿Puede relacionarse afectivamente con el bebé de forma natural y garantizar el desarrollo psíquico del bebé para que sea tal como ella desea? Tema de la relación primaria.
- ¿Sabrá la madre cómo crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones? Tema de la matriz de apoyo.
- ¿Será capaz la madre de transformar su propia identidad para permitir y facilitar estas funciones? Tema de la reorganización de la identidad.

Cada uno de esos temas conlleva un grupo organizado de ideas, deseos, temores, recuerdos y razones que determinará o influenciará los sentimientos de la madre, sus acciones, interpretaciones, relaciones interpersonales y otras conductas de adaptación. Esta organización también puede estructurar aspectos de su vida psíquica que va mucho más allá de la fase en la predomina.

Denomina “Constelación Maternal” a estos cuatro temas juntos y sus funciones concernientes y, “trilogía maternal” a los tres discursos que la madre tiene que reunir. No es universal ni innata. En nuestra sociedad, las condiciones culturales que parecen

desempeñar una función esencial en la conformación de la estructura final de la constelación maternal que conocemos incluyen los siguientes factores:

- La sociedad valora mucho a los bebés: su supervivencia, bienestar y óptimo desarrollo.
- Se supone que el bebé es deseado.
- La cultura valora mucho el papel maternal y la madre es valorada en parte como persona por su participación y éxito en el papel maternal.
- La responsabilidad última del cuidado del bebé se deposita en la madre aunque ésta delegue gran parte de esta función en otras personas.
- Se espera que la madre ame al bebé.
- Se espera que el padre y las demás personas ayuden a la madre a cumplir su papel maternal durante el período inicial.

La familia, la sociedad y la cultura no ofrecen a la madre la experiencia, la formación o la ayuda suficiente para que desempeñe sola y fácilmente su papel maternal. Está claro que esos factores socioculturales se reflejan en los cuatro temas y funciones que crean la constelación maternal predominante en nuestra sociedad. Incluso bajo las mismas condiciones, la emergencia de la constelación maternal no es obligatoria. La mayoría de las mujeres la desarrolla pero no todas. La sociedad es relativamente tolerante respecto a la fuerza y la calidad de la constelación maternal que elabora una madre, pero en lo que respecta a su conducta, esta tolerancia báscula rápidamente hacia el campo de lo extraño, lo patológico o directamente criminal. La fase de la constelación maternal no es un período crítico o sensible. La organización psíquica que emerge durante esta fase puede ser permanente, transitoria o, más frecuentemente, permanentemente evocable.

Conclusión de los aportes teóricos

Los últimos dos capítulos revisan aportes teóricos que permiten comprender las variables en juego respecto al proceso de constitución psíquica del niño, el potencial heredado, el papel determinante del medioambiente real, las consecuencias emocionales y cognitivas de sus fallas tempranas y el lugar específico que debe ocupar el terapeuta de niños en este escenario.

Queda claro que el camino recorrido es uno de muchos posibles, sería interminable reseñar aportes complementarios de otros autores como Kohut, Balint, Mahler,

Aulagnier por nombrar algunos, en relación a desarrollar una comprensión plena de las complementariedades posibles entre distintas formulaciones metapsicológicas y evidencias clínicas del interjuego entre el niño y su entorno.

El objetivo de esta Tesis es identificar las raíces conceptuales, centrales a la obra de Winnicott, que permiten fundamentar la focalización del entorno del niño –sus vínculos, sus cuidadores, la red extensa- en el diseño del encuadre de tratamiento y las estrategias terapéuticas. En este camino, se han identificado otros aportes, que aportan sistematicidad en la descripción fenomenológica, tanto de las fallas tempranas del entorno –como es el caso de los vínculos patológicos en la teoría del apego- como en la construcción de un nuevo objeto terapéutico, nacido junto con el niño, que lo acogen y sostienen –la constelación maternal- que son parte del mundo psíquico del infante desde su nacimiento. Como dice Winnicott, el bebé no existe solo, existe en la díada con su madre. Esta díada inicial esta hoy día, complementada por el papel del padre y sus otros cuidadores. Es más, cada cuidador del infante, arriba al vínculo con su propia historia, fantasías, temores, creencias, mandatos, ideales y todo ello es parte del escenario terapéutico que el analista podrá considerar al diseñar un modelo de asistencia singular para la demanda de cada niño en particular.

A continuación, se desarrolla un capítulo específicamente técnico. Se abordan la técnica activa, las consecuencias técnicas de tener en cuenta a la *constelación maternal* como modelo de comprensión del infante –respecto de las nociones de transferencia y alianza terapéutica-, y determinadas consideraciones sobre intervenciones interpretativas sostenidas en el juego, que aportan a la comprensión del caso único incluido en esta tesis.

CAPITULO SEIS

Abordaje técnico ampliado: las fallas parentales tempranas y la función analítica “el vínculo como paciente”

“Sería agradable poder aceptar en análisis solamente a aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses de vida, hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas. Pero esta era del psicoanálisis se está acercando irremisiblemente a su fin”.
Winnicott (1955)

La presencia necesaria para el desarrollo de la subjetividad

Cuando Bowlby introduce el concepto de apego conceptualiza una forma de poder simbolizar algo distinto de la necesidad sexual: la necesidad humana de apego. Necesidad que si no es satisfecha dentro de unos márgenes de corrección y sintonía de los padres, puede producir experiencias no simbolizadas ni reprimidas, sino denegadas o renegadas y probablemente generadoras de déficits.

Al hablar de apego pensamos en algo espacial, primario y relativo al encuentro. Pero la consumación del apego es vía del logro de la proximidad, es un estado de relajación para ponerse en contacto con las cosas, el entorno, explorar, esta es la naturaleza del apego (Holmes, 1993). Alude claramente a la seguridad. Algo que se sitúa en el nivel de la necesidad, y que Bowlby, primer psicoanalista que lo describió, lo coloca en el nivel del instinto. Desde entonces, y aunque ha sido ampliamente criticado, muchos analistas, designándolo directamente o no, en sus exposiciones teóricas o en sus casos clínicos, se topan con el apego, lo describen y a veces, sin saberlo, lo señalan, lo contienen. De hecho, en el espacio analítico, el apego se deja ver con frecuencia. Khan

habla de encuentro, Winnicott de provisión ambiental.

El concepto acompaña, acompasado a la evolución del psicoanálisis en el camino que parte del padre tiránico de Freud a la madre abandonica de Bowlby, para terminar en una madre suficientemente buena de Winnicott, compañera sentimental del padre apegado del Ulises de Kohut. ¿Qué pensamos, entonces, que es el apego?. Abordado desde lo concreto y tomado desde su falta, el desapego, no sería sólo el resultado del abandono materno, estaría también ligado a los conceptos de ausencia de calidad en la relación con la figura de apego (padre o madre), inadecuado sostén y contención, desajuste de sintonía, etc. Es decir, no sería sólo la pérdida de ese espacio junto a la madre, habría más; la víctima de la privación no es un recipiente pasivo de estrés, es un agente activo en una relación dinámica con su entorno, intentando encontrar sentido a la experiencia, para dirigirla y desarrollarla pero también para caer en la privación y su patología.

Debe recordar la definición de Mary Ainsworth: “el apego es aquel lazo afectivo (¿Vínculo?) que una persona o animal forma entre él y una figura específica (figura de apego)” (1969) . Siendo necesario, para un apego sano, que, dentro de ese lazo, se ubique la gestión adecuada de los elementos mencionados: sostén, contención, etc. Hablaríamos entonces de la calidad del lazo no de su cantidad.

Desde un punto de vista más genérico, básicamente el apego es una necesidad, un sistema motivacional independiente. En esta tesis se ha fundamentado que el psiquismo no se rige y construye sólo basándose en la teoría del desarrollo libidinal, es decir en una única línea de desarrollo, pues si bien la sexualidad, tal como la libidinización por la madre a través de los cuidados, es generadora de una dirección del psiquismo, también lo son otras motivaciones (Killingmo, 1989; Lichtenberg et al., 1992; Bleichmar, 1997). Es posible que dicho sistema motivacional tenga que ver más con la construcción de muchas de las patologías de déficit que las de conflicto.

Desde esta perspectiva, la técnica analítica requeriría de la provisión de una base segura a través de la presentación de una figura estable de apego, lo que nos remite al terapeuta proveedor y contenedor de Winnicott, un terapeuta que actúe y comprenda con fiabilidad, con capacidad de respuesta sintonizada con su paciente y pueda dar

sostén y contención suficiente para procesar el afecto negativo.

Bowlby nos conduce a D.W. Winnicott, una de las piedras angulares junto con Ferenczi de la revisión técnica del psicoanálisis en su dimensión terapéutica. Los conceptos teóricos de Winnicott de “Madre ambiente”, “espacio potencial” y “objeto transicional” son una buena demostración de que no hay mejor aportación técnica que un buen desarrollo teórico basado en la observación clínica. La “madre ambiente” es como el lecho donde se llevan a cabo las relaciones objetales: la condición para que surjan los objetos. Es una presencia indiferenciada que será detectada como ausencia o representación, que permite que surja lo subjetivo. El terapeuta debe ocupar el lugar de esa “madre ambiente” y facilitar un entorno emocional favorable que sirva de soporte para que las condiciones innatas de integración logren su óptimo desarrollo. El concepto propuesto por Winnicott de holding (sostén) y handling (manipulación) incluyen manejar lo corporal en la psicoterapia pues el “sostenimiento” tiene su base en la función fisiológica, física, de contacto epidérmico.

Dichas condiciones requieren la presencia de un espacio potencial, manteniendo un encuadre analítico que reúna las condiciones necesarias para brindar una “segunda oportunidad para el desarrollo, otorgando esta vez el “sostenimiento” suficientemente bueno que no tuvo en la infancia”. El proceso analítico retoma el desarrollo del Sujeto en aquel punto donde quedó colgado a consecuencia de una falla en el ambiente. Winnicott concibe la regresión como una vuelta a los estados desorganizados de la relación diádica con la madre.

En la relación “madre-ambiente”, las vivencias se producen en un campo donde existen muy pocas experiencias de diferencia entre interno y externo, de yo y no yo, de presentación y representación. En tal estado psicológico interviene la provisión de ilusión del objeto subjetivo por parte de la madre (Winnicott, 1962, 1965), en la cual el objeto subjetivo es vivido como si fuese creado por él. Si en el espacio existente entre realidad y fantasía se hace posible la subjetividad, el significado personal, la formación del símbolo y la imaginación, será tarea del terapeuta crear ese espacio donde surja el reconocimiento, pues se trata de generar un espacio transicional, de creación, de juego en el cual se puedan tener vivencias correctoras. Las técnicas del abordaje propio del infante, centradas en el juego y los dispositivos plásticos, buscan funcionar como

mediadores para la creación, para proveer esa atmósfera en un código propio, natural para el niño.

Buena parte de la meta analítica esta dirigida hacia el surgimiento o desarrollo de la subjetividad del niño, proceso que incluye necesariamente a la subjetividad del analista como contrapartida. Christopher Bollas aborda el tema de la subjetividad del analista con posiciones técnicas que derivan coherentemente de sus posturas teóricas. Bollas también concibe una relación total con el paciente, que incluye pero no agota el paradigma transferencia-contratransferencia.

De hecho, al inicio de su libro *Fuerzas de destino* (1989) parte de una reflexión en la que segrega dichos fenómenos paradigmáticos de alguna otra cosa que acontece en la escena analítica y que concierne al uso que el paciente hace de él para expresar fragmentos de su propio idioma. A partir de ahí despliega su concepto de *Propio-ser genuino*, referente esencial en toda su obra. Para ello recoge la definición de Winnicott: “el potencial heredado que experimenta una continuidad de existir, y que a su modo y a su ritmo adquiere una realidad psíquica personal y un esquema corporal personal” y, finalmente, expone su propia elaboración: “Para mí es suficiente decir que los infantes, al nacer, están en posesión de un potencial de personalidad que en parte está auspiciado genéticamente y que este propio ser genuino, en el curso de una vida, busca expresar y elaborar ese potencial a través de formaciones de existir y allegarse” (1989; pp. 23-24).

Bollas “cree” firmemente en la existencia de ese elemento nuclear singular, original de cada individuo, que constituye un potencial de personalidad, y que como tal habrá de realizarse y configurar su propio idioma en relación con el ambiente. Opina que este conjunto de disposiciones heredadas es un *saber no pensado* que inaugura el Yo, que define como: “aquellos procesos organizadores inconscientes determinados por una estructura mental que se desenvuelve a partir de la disposición heredada del infante y de la dialéctica entre este carácter intrínseco del niño y la lógica del sistema de cuidados parental. El yo precede en mucho al advenimiento del sujeto” (1989; p. 339).

¿Cómo se desarrolla este proceso de individuación a través del uso de objetos?. Aquí acuña Bollas uno de sus más conocidos conceptos al referirse necesariamente al

“ambiente facilitador” que determina el desarrollo: el Objeto transformacional. Reelabora el concepto de Winnicott de “madre ambiente”: “ la madre es significativa e identificable menos como un objeto que como un proceso que es identificado con transformaciones acumulativas interiores y exteriores” (1987; p. 30). La memoria de esa relación con la madre aboca al individuo a lo largo de su vida a buscar objetos que procuren una transformación del self, lo que para Bollas estaría en la base de la experiencia estética.

Ahora bien, el analista de niños tiene el desafío interesante de diseñar un modo singular de aproximación a esta madre, más o menos presente, más o menos continente y de decidir cómo intervenir para propiciar la reformulación de ese potencial transformador que puede desplegar hacia sí misma y hacia el niño.

Los aportes del trabajo con los aspectos manifiestos de la relación parental

Los terapeutas que trabajan con niños saben que la construcción de una alianza de trabajo con los padres de sus pacientes es un requisito fundamental para el éxito del tratamiento. El modo de construirla, así como el tipo de relación que establecen con ellos, e inclusive el lugar que les dan en el proceso terapéutico, es variable. Respecto a este último punto, podríamos decir -de un modo tal vez un poco esquemático- que hay cinco maneras habituales de configurar dicho lugar.

- 1) Excluyendo a los padres del tratamiento: esta posición suele basarse en una cierta manera de leer a Freud, según la cual los síntomas (tanto del adulto como del niño) son desenlaces de un conflicto intrapsíquico, que tiene lugar entre el empuje pulsional, las representaciones acerca de la realidad (incluyendo en ellas la amenaza de castración y la pérdida de objeto) y la presión del superyó.
- 2) Incluyéndolos para brindarles información: esta alternativa no se diferencia mucho de la primera, ya que no se trabaja propiamente con los padres, sólo se les brinda información respecto de la marcha del tratamiento.
- 3) Inclusión de los padres en el interior de las sesiones: en este caso sí hay un trabajo con los padres o, mejor dicho, con ellos en tanto forman parte de un sistema junto con el hijo. Lo que se focaliza en esos casos es la relación que se da entre los padres y entre ellos y el hijo. La posibilidad de *ver* la interacción en vivo brinda valiosa información sobre la dinámica vincular y sobre la relación de ésta con la problemática por la que el niño consultó. El terapeuta trabaja sobre las

situaciones problemáticas que se despliegan en la sesión, haciendo explícita la dinámica subyacente a las interacciones disfuncionales.

- 4) Se trabaja con los padres y no con el hijo: esta posibilidad se pone en juego cuando se considera que las dificultades, los síntomas que el niño presenta son el emergente de la conflictiva parental.
- 5) Los padres son derivados a psicoterapia: en esta modalidad, y en la medida en que se advierte la necesidad de que los padres resuelvan ciertos conflictos que inciden en las perturbaciones que presenta su hijo, se los deriva para que hagan un tratamiento en el que puedan trabajar sobre dichos conflictos.

Las tres últimas maneras de plantear el lugar de los padres en el proceso, derivan de un modo de pensar la relación padres-hijo y los conflictos de este último, desde una perspectiva más cercana al pensamiento relacional, según la cual los síntomas del niño son expresión de las fallas en la función parental. Por otra parte, el terapeuta que se reúne con ellos es el mismo que atiende al niño y el foco en el trabajo con los padres es sumamente específico, ya que se trata de colaborar –y en este sentido se enfatiza la relación colaborativa- para que optimicen su *capacidad de mentalizar y de sostener al niño, el despliegue de sus cualidades subjetivas y la relación con su entorno*, tanto en relación a ellos mismos como en relación a su hijo.

El abordaje del entorno real del niño

Stern plantea determinadas pautas técnicas relacionadas a sus desarrollos conceptuales sobre la constelación maternal. Según este autor, para la madre que presenta un problema de relación con su hijo, la organización psíquica determinante es la constelación maternal. Este concepto implica una revisión de términos clásicos como la transferencia en el tratamiento, la abstinencia y la alianza real operativa con los padres, con el fin de convertirse en un soporte real de apoyo al entorno del niño.

La transferencia que aparece implica la elaboración de un deseo de ser valorada, respaldada, ayudada, instruida y apreciada por una figura maternal. En la situación de transferencia, esta búsqueda y estos encuentros se intensifican y se centran en el terapeuta. El peligro de esta situación para el marco del tratamiento y para la alianza terapéutica es que el terapeuta sea incapaz de responder a estos deseos y

necesidades, tanto a nivel personal como terapéutico, porque aplique un marco adecuado para la neurosis pero no para la constelación maternal.

Una vez que el terapeuta ha aceptado esta forma de transferencia y la considera apropiada dentro del marco de la constelación maternal, puede ser más activo, abstenerse menos a nivel emocional, sentirse más libre para “actuar” y puede centrarse más en el potencial, en las capacidades y los aspectos positivos que en la patología y los conflictos. Esta postura remarca la necesidad no sólo de avanzar en las intervenciones interpretativas destinadas a otorgar sentido a la conflictiva materna o parental, sino a resaltar y poner en valor aquellas modalidades parentales acertadas y naturalmente eficaces.

La consecuencia es suministrar un marco de alianza y transferencia que permita al terapeuta convertirse en un tipo especial de matriz de apoyo que pueda valorar, apoyar y apreciar a la madre y por lo tanto “sostenerla” de forma que sus funciones maternas queden al descubierto y sean facilitadas. Puede hacerlo sin detrimento de su funcionamiento, su autoestima o su independencia. Puede ayudarla a cambiar o a volver a conectar su representación mediante experiencias emocionales correctivas y mediante la interpretación y el modelaje. Se presta a la exploración y descubrimiento de un potencial maternal previamente desconocido y a la búsqueda de cualquier figura alternativa que haya tenido un papel maternal positivo en el pasado que pueda utilizarse ahora. Concretamente Stern señala que el terapeuta puede suministrarle los consejos realistas y la ayuda práctica necesaria y fomenta su capacidad para crear la “distorsiones positivas” necesarias de su bebé que se convertirán en profecías autosatisfactorias.

Aquello que Stern denomina como modelaje y consejos, remite a la posibilidad del terapeuta o del analista, de trabajar con los aspectos reales del vínculo. Sobre la alianza terapéutica con el niño y su familia para intervenir, más allá de la interpretación de los aspectos inconscientes emergentes en el plano relacional. Del mismo modo, al considerar la existencia de “distorsiones positivas” que ayudan en la relación de confianza entre esa mamá y su bebé, puede entenderse como el sostenimiento de ciertos aspectos transferenciales que acerca y fortalecen el vínculo temprano.

De este modo, el despliegue técnico disponible para el abordaje de niños y de las fallas o déficits parentales, corre los límites del marco teórico-técnico, proponiendo un debate sobre el tipo de intervención pensable, susceptible de ser incluidas dentro del tratamiento analítico. Pueden entenderse los consejos de crianza como parte de la técnica analítica? Sostener a la madre en tratamiento permite reforzar sus logros? Demandar una presencia real de la madre puede ir de la mano de la necesidad de una presencia real del analista, en tanto figura real valorada con un saber técnico específico?

El lugar de la acción en la teoría y en la práctica psicoterapéutica

Dentro del Modelo de Constelación Maternal, Stern focaliza la necesidad de articular el plano de la acción real con el de los aspectos intrapsíquicos del niño. El peso que se da a las acciones frente a los eventos psíquicos distingue los principales enfoques terapéuticos, pero, tanto las acciones como los fenómenos mentales, deben volver a examinarse y reconciliarse. Lo más interesante y productivo a nivel teórico es la dialéctica que existe entre ambos.

El encuentro entre los niños en fase preverbal y sus padres contribuye a la dialéctica entre acción y pensamiento en el terreno clínico. Para ello, Stern sostiene un valor central del *análisis microanalítico de las observaciones de infantes*. Sostiene que únicamente a través de la observación y la reflexión sobre las acciones y las interacciones personales que sirven de experiencia estructuradora para la vida mental del niño. Por esa razón, el autor argumenta que *la entrevista microanalítica suministra un medio para explorar la experiencia interactiva vivida*, depositando un énfasis considerable en las acciones y recurriendo al examen de las acciones y las interacciones para evocar recuerdos y representaciones previos a estas experiencias. El acto puede tener una transparencia que revele una motivación subyacente que no tiene la palabra, también puede mostrar muchas cosas que no podrían alcanzar nunca la conciencia ni ser dichas con palabras. Las técnicas que se centran mayormente en la conducta, como la entrevista microanalítica, y los métodos de observación y análisis conductual suministran los medios para seguir la vía de la acción.

La observación microanalítica, fue originalmente concebida como un diseño de

investigación pero, con el tiempo, sus aspectos centrales, fueron fundamentando la necesidad clínica de la presencia del terapeuta como observador de las interacciones cotidianas entre la madre y su hijo, entre el niño y su padre y con el entorno familiar nuclear. De acuerdo con Winnicott, se afirma que la presencia real y sostenida es algo a construir en las interacciones cotidianas y mínimas.

Tanto los teóricos del apego como los investigadores evolutivos encuadrados en paradigmas psicodinámicos acuerdan con este principio básico respecto de la necesidad de **estar allí y observar** los modos-de-estar tanto de la dupla madre-niño como del núcleo familiar madre-padre-niño. Es en la acción cotidiana que los padres pueden mostrar las formas de sostener y mentalizar a su hijo a través de una disponibilidad real que promueve el despliegue de los procesos de simbolización y transformación psíquica implícitos.

Reconstrucción del pasado inmediato y del pasado lejano. Los recuerdos no verbales

La exploración clínica y la utilización terapéutica de recuerdos no verbales han sido casi siempre problemáticas según Stern. El material no verbal se concibe como hilo conductor hacia y desde un evento de la vida interpersonal que consiste en agentes con deseos y objetivos que cometen una acción en un determinado momento y lugar. Crea en la mente del terapeuta, y posteriormente, en la mente del paciente un dispositivo mental y una estructura para trabajar hacia la integración de los sentimientos no verbales en la trama lineal de una vida.

La experiencia de observar la interacción entre padres e hijo es un terreno de formación excelente para reconocer la praxis de las interacciones, tanto verbales como no verbales. Ahí se descubrirán las principales corrientes de transferencia o los temas conflictivos esenciales. En estos postulados es que el autor basa el “modelo de-estar-con” como modelo para explorar el modo en que “las cosas suceden normalmente”. De ese modo el terapeuta puede distinguir dos tipos de experiencia diferentes que adquieren importancia clínica: los eventos inusuales, traumáticos, simbólicos o especialmente reveladores, considerados especiales por su carácter extraordinario, y los eventos ordinarios que, generalmente pasan desapercibidos o que cuando se hacen manifiestos no requieren comentarios. Los eventos inusuales adquieren su significado

por contraste con lo ordinario o canónico. Pero resalta el valor central de estos últimos, los eventos cotidianos, pues construyen un contexto, un entorno desapercibido que puede facilitar el desarrollo psíquico y emocional del niño, o –por su cobertura fallida– obstaculizar el mismo.

Puede claramente identificarse que, en términos técnicos, Stern apuntala la consideración del entorno real del niño, como el medio donde puede intervenir clínicamente. Es a través del trabajo con los padres reales donde se revisa esta constelación que se activa con el nacimiento de un hijo y, mediante el accionar real del terapeuta, proponer diversas facilitaciones. Por otro lado, favorece el estudio del “hacer”. Los modos en que el quehacer materno y paterno, cuando no también el medio extenso, colaboran con el crecimiento del niño y producen eventos que aumentan su padecimiento. Se considera fundamental para esta Tesis sus aportes, en términos de definir el medioambiente real del niño.

Las puertas de entrada: lo vincular

Aquellos abordajes terapéuticos con niños, de fundamento psicodinámico e intersubjetivista, parten del supuesto de que existe un alto nivel de reciprocidad entre la conducta interactiva de los padres y del niño. El objetivo real es la interacción o la relación y no sólo la conducta de la madre o de ambos padres. Como generalmente es más fácil y práctico hacer que los padres modifiquen primero su conducta interactiva manifiesta, éste se convierte en efecto en el principal objetivo terapéutico y en la vía de acceso.

La alianza terapéutica positiva es primordial y el terapeuta empleará cualquier medio que considere necesario y razonable para lograr este objetivo. Incluye visitas a domicilio, educación, consejos, ayuda práctica, y respaldo e intervención ante otros organismos. Otro rasgo importante de este tratamiento es el fortalecimiento positivo de las conductas maternas correctas, adecuadas o incluso suficientes. Incluye la identificación de conductas parentales positivas, es decir, el hecho de descubrirlas en el repertorio de la madre y ayudarlas a emerger. En este enfoque, cabe prestar fundamental atención a la dinámica transferencial y reacciones contratransferenciales puesto que mucho de lo implícito, de la dinámica inconsciente, de los modelos identificatorios de los padres, y de

la fantasmática en juego, emergen a través de la observancia de la transferencia y la contratransferencia propia de esa relación terapéutica ampliada.

Dentro de las posibilidades de pensar al vínculo como una relación ampliada, cabe incluir a otros miembros de la familia si es necesario. Figuras de apego fundamentales, redes de asistencia compensatoria cuando la madre y el padre no están disponibles, personas del entorno del niño que aportan soporte y sostén salutífero, son incluidos como partes del medioambiente real del niño dentro del tratamiento.

Es un paradigma para explorar los primeros patrones vinculares de la familia nuclear cuando actúa como tríada y cómo se forman y se alteran las múltiples configuraciones posibles de esa tríada. La transferencia de la familia, junta y separada, y la contratransferencia del terapeuta desempeñan un papel muy importante en este enfoque porque el terapeuta no puede actuar sin conocer desde qué posición está actuando y cuál es su papel. *El objetivo final es modificar las interacciones familiares, no a los miembros de la familia, motivo por el cual este tipo de terapia se une a las filas de los enfoques centrados en la conducta manifiesta pero, que desde la lectura del terapeuta, son el emergente de una serie de modelos inconscientes que se actualizan con la llegada de un nuevo hijo y que expresan sus fortalezas y sus fallas.*

Estos cambios no se consideran en términos de fortalecimiento, sino de alteración del marco o del contexto, permitiendo o favoreciendo por lo tanto, la emergencia de nuevos patrones vinculares. Lo que ha cambiado es el patrón interactivo, no las personas. Estos terapeutas son muy conscientes de que el hecho de cambiar los patrones interactivos puede llevar a modificar las representaciones, pero esto va más allá de su campo de acción manifiesto.

Independientemente de la distancia técnica de estas propuestas con las clásicas psicoanalíticas, uno de los ejes compartidos es el valor sustancial del tercero en escena junto a la díada madre-hijo. Esta terceridad puede asignarse al padre naturalmente y también al terapeuta. El “tercero” puede ser considerado, como mínimo, un elemento necesario para socializar y entrar a formar parte de la cultura, es un agente que abre la díada exclusiva formada por la madre y el hijo. Siguiendo a Lebovici, denomina “triadificación” a los procesos comportamentales de formación de la tríada, y

“triangulación” a los procesos intrapsíquicos de experimentación de la tríada. Los procesos de triadificación y triangulación deben estudiarse en todos los cambios posibles que se puedan sufrir con la llegada de la intersubjetividad, de la capacidad verbal y simbólica.

Variaciones en la Técnica Analítica

Dentro del planteamiento clásico de Freud la terapia consistía en encontrar la expresión en la conciencia de una representación reprimida. Desde esta perspectiva es indiscutible que los deseos y fantasías, como expresión del mundo pulsional, no deben ser satisfechos por parte del analista (Regla de la abstinencia). Para Winnicott, se produce un fallo específico del ambiente del cual el individuo se defiende a través de la “congelación de la situación de fracaso”. Se crea la expectativa inconsciente (ilusión) de que más adelante habrá una oportunidad para que ésta pueda ser descongelada y re-experimentada durante la regresión en un medio adaptado. Utiliza en el proceso analítico el concepto de Necesidades del Yo. Este nuevo enfoque obliga a revisar la técnica clásica del proceso analítico.

Respecto del marco analítico y el encuadre, Winnicott propone considerar el marco analítico como una simbolización de la metáfora de la relación madre-hijo, condición necesaria para favorecer la regresión del paciente y dispositivo de observación privilegiado. Aunque esta idea pueda estar presente en algunos modelos psicoanalíticos, en el de Winnicott tiene un carácter especial. El análisis llenaría un vacío de la historia del sujeto que quedó a la espera de ser colmado. Para el autor los fallos ambientales tempranos son relativos, existe un congelamiento de la situación de fracaso. En él coinciden una acumulación de ideas, recuerdos y sentimientos relacionados. La acumulación expresaría la esperanza de que en el futuro pueda surgir una nueva oportunidad, para que todas esas sensaciones puedan ser expresadas y superadas. El espacio de la sesión da una segunda oportunidad para el desarrollo emocional dentro del proceso analítico, otorgando esta vez, el sostenimiento suficientemente bueno que el individuo no tuvo en su infancia.

Se aprecia la idea de encuadre en un sentido amplio incluyendo el espacio real de la

consulta, los objetos del mismo, la presencia del analista, el espacio-tiempo de la sesión y hasta los espacios y tiempos que rodean el ámbito de la sesión. En el encuadre analítico el autor reproduce técnicas de maternalización más tempranas e invita a la regresión por su confiabilidad; por lo tanto, la función del encuadre es una adaptación activa, no deberá establecerse de una vez y para siempre, sino de un modo dinámico en función de las necesidades del Yo, del grado de regresión a la dependencia que el paciente presenta en cada momento o el más adecuado para que se desarrolle el proceso analítico.

El objetivo del analista sería intentar salir al encuentro del verdadero self del sujeto, ya que permanece escondido, por lo tanto, da importancia a proporcionar un marco emocional donde el paciente no se sienta amenazado y se anime a compartirlo.

En el encuentro el analista crea procesos que nunca existieron, capacidades y funciones psicológicas, ayudando a que el paciente se dote de estructuras ausentes. Afirma que el marco analítico es un medio para el crecimiento personal y no exclusivamente un lugar de traducción del inconsciente. La interpretación y la palabra ocupan otro papel en el tratamiento psicoanalítico diferente que el dado por Freud. El modelo de la relación madre-bebé en la que la comunicación es relativamente no verbal, se convierte en un paradigma del proceso analítico, como señala en su trabajo “ La teoría de la relación parento-filial : “en realidad, la palabra “bebé” implica que no habla, (infans), asimismo, no es de poca utilidad considerar que la infancia es la fase anterior a la presentación de palabras y el uso de símbolos verbales” y en otro lugar: “la diferencia entre el niño y el adulto radica en que el primero a menudo juega en lugar de hablar. Sin embargo, la diferencia carece casi por completo de significación y, de hecho, algunos adultos dibujan o juegan” (1960).

Winnicott no considera el lenguaje en sí mismo como eje formativo de la identidad. Da a entender que existe un lenguaje del cuidado materno que no se realiza sólo con palabras: “Lo importante para el paciente, y lo que le importa al paciente es siempre lo que le importa a él, no es tanto la exactitud de la interpretación como la disposición del analista para ayudarlo, su capacidad para identificarse con el paciente y creer así en lo que hace falta y satisfacer sus necesidades tan pronto le sean indicadas, ya sea por medio del lenguaje verbal, no verba o preverbal”⁴⁰ (op. cit.) El acto de la interpretación

surge de la identificación del analista con el paciente, cuando, hasta cierto punto, imagina cómo es “ esa” persona en “ ese” momento y como consecuencia piensa “ creer en”, y en qué es lo que necesita.

La identificación, entonces es un compromiso, como también lo es la preocupación maternal primaria. No sería como dice Freud que sólo “ revela al paciente, el significado secreto de sus ocurrencias”, sino que utiliza la identificación para significar el cuidado materno. Winnicott compara las interpretaciones verbales del analista con un alimento para el paciente. El ritmo y el momento de la interpretación es otro punto crucial. Es la necesidad del niño de mamar la que da la oportunidad a la madre de alimentarlo, y asemejándolo con la situación analítica, es el paciente quién nos facilita la oportunidad de desarrollar nuestra capacidad de interpretar. “No se trata tanto de brindar satisfacción al bebé como de permitir que el bebé encuentre al objeto y se entienda con él”.

Como consecuencia, una buena interpretación es algo que el paciente puede albergar en su mente. La interpretación siempre está al servicio del proceso evolutivo en el que conocer y ser conocido tiene un significado y una importancia cada vez más evidente. Nos recuerda además, que es imposible obligar al paciente a integrar una interpretación forzada. Analista y paciente, al igual que la madre y el bebé, trabajan en un área intermedia de ilusión que siempre es vulnerable a la intrusión. Winnicott alerta sobre el peligro de convertirse en una madre omnipotente. Su objetivo es estar atento como analista, no ser un obstáculo en el proceso del análisis ni usurpar el papel del paciente.

Al continuar y ampliar la tradición winnicottiana, Christopher Bollas ha efectuado hasta el presente aportes técnicos destacados que derivan, como se ha dicho, de su concepción de la relación analítica como relación total. Bollas desarrolla sus propuestas en torno a dos ejes conceptuales: el uso del analista por el paciente y la instalación del analista como sujeto. De ahí derivan sus ampliaciones de la técnica que se orientan a un mayor develamiento del procedimiento analítico y sitúan la discusión en la naturaleza subjetiva de las intervenciones del analista.

El punto de partida en que se sitúa Bollas se asienta en su disposición a ser usado como objeto por el paciente. En el sentido amplio que el autor confiere a este uso, algunos aspectos del mismo pertenecen a una categoría de sentido diferente de la

representada por el concepto de conflicto inconsciente reprimido. Dice Bollas: “Me refiero al movimiento psíquico que se produce cuando el analizando tiene la libertad de usar al psicoanalista como a un objeto a cuyo través pueda formular y elaborar su idioma de personalidad “ (1989, p. 20).

La Técnica Activa como articulación de escucha y acción

Ya en 1918, Freud escribe en *Los caminos de la Terapia Psicoanalítica*: “Nunca hemos pretendido haber alcanzado la cima de nuestro saber ni de nuestro poder, y ahora como antes, estamos dispuestos a reconocer las imperfecciones de nuestro conocimiento, añadir a él nuevos elementos e introducir en nuestros métodos todas aquellas modificaciones que puedan significar un progreso”, y más adelante: “Así pues, el desarrollo de nuestra terapia emprenderá sin duda otros caminos, sobre todo aquel que Ferenczi (...) ha caracterizado recientemente como la ‘*actividad*’ del analista” (Ferenczi, 2009, pág. 157). En este trabajo de Freud, ésta y otras referencias a los desarrollos de Ferenczi avalan las intervenciones que uno de sus discípulos predilectos comienza a poner en práctica, a pesar que a posteriori va a ser apartado de su núcleo y de la Sociedad Psicoanalítica, para luego, durante la presidencia de IPA del Dr. Etchegoyen, sea reivindicado su lugar y las contribuciones de Sandor Ferenczi.

Ferenczi (1873-1933), líder de la Escuela de Budapest, fue miembro del círculo más íntimo de Freud. Este fecundo analista, de quien se ha dicho que era el más clínico de todos los analistas de la Primera Generación y ex-presidente de la Asociación Internacional Psicoanalítica, tuvo un rol preponderante en la formulación de Programas de entrenamiento para psicoanalistas proponiendo mayor flexibilidad y una "intervención activa" por parte de los terapeutas, abogando por evitar el uso de la "neutralidad técnica" como un refugio de agresión pasiva tras la cual se manifestaban pulsiones de frialdad y crueldad (Stanton, 1990).

La “técnica activa” fue postulada como un recurso utilizable únicamente a los fines de disolver los momentos en los que el tratamiento parecía estar en un impasse. Implicaba que el analista activamente prescribiera ciertas acciones o actitudes de paciente en sesión y se apoyaba en la idea de que el agotamiento y la esterilidad de las

asociaciones libres se explicaban, con bastante frecuencia, por un retiro de la libido del trabajo analítico en beneficio de fantasías o satisfacciones físicas inconscientes. Esto era el resultado de una crisis en la relación transferencial, y el analista debía entonces descubrir hacia dónde había sido desplazada la libido para tratar de movilizarla y reconducirla a la senda del trabajo asociativo. La intervención activa se desplegaba en dos fases sucesivas, destinadas a permitir la actividad y el control de las actividades eróticas. Textualmente:

"Tan pronto como sea superado el estancamiento del análisis, que es la única justificación y único motivo del cambio momentáneo de técnica, el especialista volverá a asumir la actitud pasiva y receptiva, más favorable para la cooperación eficiente del inconsciente del médico". (Ferenczi, 2009)

Para resumir, la técnica activa es el conjunto de procedimientos técnicos a través de los cuales el analista no se limita sólo a brindar interpretaciones, sino que formula órdenes y prohibiciones referentes a ciertos comportamientos repetitivos del analizado (durante la cura y fuera de ella), cuando éstos procuran al sujeto satisfacciones tales que impiden el progreso de la cura.

El recurrir a medidas activas, se justificaría del siguiente modo: a la inversa del método catártico, en el cual el surgimiento de un recuerdo provoca una reacción emocional; la técnica activa, provocando el actuar y la manifestación del afecto, facilita el retorno de lo reprimido. Este tipo de intervenciones, tal como queda explicitado en la cita anterior, puede ser usado en aquellos momentos de estancamiento en el análisis y para destrabarlo; luego el analista retoma su modalidad tradicional de trabajo.

Sumado a los desarrollos ya mencionados, las innovaciones de Ferenczi en las distintas áreas en desarrollo del psicoanálisis actual, sus escritos lúcidos en observaciones clínicas, su propuesta de integración de lo biológico y lo psicológico, el énfasis en la importancia del terapeuta como "persona" y en la contratransferencia como parámetro técnico, su noción del "lenguaje de la ternura y de la pasión", y su desarrollo del Bioanálisis, solo por citar algunos aspectos de su obra, aportan de manera central a los fundamentos de la Intervención activa que intenta conceptualizarse en esta tesis.

Además de proponer una renovación y una mutación de los parámetros psicoterapéuticos que "inauguran un giro en la historia misma de ciertos conceptos claves del psicoanálisis a los que hoy en día, todos los psicoanalistas recurren mas o menos directamente, tanto en la teoría como en la práctica" (Stanton, 1997, pág. 6), desarrolla nuevas conceptualizaciones teóricas que son aportes significativos a la disciplina psicoanalítica.

Ferenczi avanza sobre la exploración de las regiones psíquicas más allá de lo edípico, de lo simbólico, e intenta explicar las capacidades de escisión del funcionamiento originario de la psiquis. Su obra incursiona en contenidos tales como: el concepto de introyección y proyección "primitivas"; la regresión en la cura psicoanalítica; la importancia de la contratransferencia en el tratamiento y la necesidad del propio análisis del terapeuta (segunda "regla fundamental" del análisis). Y en sus desarrollos relativos al impacto psíquico de los vínculos tempranos, realiza importantes distinciones entre el traumatismo, lo traumático y el trauma; entre el clivaje del yo y el clivaje narcisista como consecuencia de traumatismos psíquicos precoces; y entre el clivaje de los pensamientos y el cuerpo (clivaje somatopsíquico).

En este capítulo se han tratado de sintetizar las implicancias técnicas de los modelos recorridos en las secciones anteriores. Pensar, considerar las propuestas de los autores seleccionados, remiten a diversas y extensas revisiones de determinados conceptos teóricos y técnicos del marco analítico. Al mismo tiempo, abren juego a la consideración y enriquecimiento, al diálogo teórico y técnico del paradigma psicoanalítico con otros desarrollos compatibles dentro de las teorías psicodinámicas. Existen observaciones comunes, consensos válidos y debates que son los que permiten el crecimiento y fortalecimiento de la práctica del análisis de niños. En la sección siguiente se presenta un caso que será analizado en función de los nodos teóricos y técnicos ya considerados.

Aplicación en una presentación de caso clínico. Acompañando a Kevin.

En el presente apartado se presenta el desarrollo del tratamiento psicoterapéutico de un niño –Kevin–, describiendo mediante viñetas clínicas el proceso transitado con él y sus padres. Se focaliza la relación entre padres e hijos, incluyendo los conocimientos

actuales del psicoanálisis relacional. Pensadas desde el apego y mostrando intervenciones eficaces acordes con la particular interacción entre Kevin y sus padres.

Me propongo, desde la práctica clínica, revisar ciertas delimitaciones técnicas, y sus fundamentos teóricos subyacentes, a la luz de una perspectiva integradora, abarcando:

1. las capacidades parentales de Juan y María, los padres
2. Los procedimientos diagnósticos
3. historiales clínicos que ilustren los diferentes modos de intervención con el niño y sus padres.

Análisis del caso clínico:

1. Se intentará, desde la investigación clínica, detectar los dispositivos de intervención que favorecieron los cambios sintomáticos, tratando de integrar los niveles inconscientes (intrasubjetivos) con los preconscious (intersubjetivos).
2. Se articulará este material clínico con aportes teóricos de los autores reseñados en esta tesis.

Breve relato acerca del modo en el cual Kevin llega a la consulta

Primera consulta: En el mes de Septiembre del año 2005, una colega me deriva un niño de 5 años par hacer una preparación psicológica pre-quirúrgica. Se presentan con su mamá en el horario estipulado. Su padre no concurre inicialmente dado que se encuentra trabajando.

K es un niño muy simpático, con una gran conexión afectiva, mira a los ojos y pregunta todo. Llega cargado de juguetes, la mirada de su madre también es muy vivaz. María le explica a K quien soy yo. La conexión inicial es muy buena, pero M se queda en la sala de espera. K ingresa al consultorio e investiga todo el entorno. Si bien hay una caja con material escolar sobre su mesita, se conecta predominantemente por lo que está “por fuera”, y especialmente con los objetos de mi biblioteca. Se niega a dibujar, dice que prefiere que lo haga yo. Le pregunto si él sabe porque esta en el consultorio. A lo que

responde que en un mes lo operaran porque hay una “bolita que no le bajó” (testículo en resorte), agrega: “tengo mucho miedo a la operación”; “Ayer una enfermera me pinchó Con una aguja grande” (se refiere a un estudio pre-quirúrgico). Agrega “La odio, me asusté mucho y ella es una mala”. Cuando hace ese comentario, le saltan algunas lágrimas. Propongo un horario de entrevista con los padres y noto que es difícil encontrar un horario con Juan, ya que trabaja mucho, practica deportes y hace “viajes de negocios”.

Datos familiares:

Juan: 48 años. Dirige su agencia de diseño gráfico. Si bien no concluyó su carrera, es exitoso profesionalmente.

Descree de la psicología, tiene un matrimonio anterior, del cual tiene 2 hijos mellizos: Pedro y Pablo (17 años). Ambos trabajan en la agencia con su papá. La relación con la ex mujer de Juan es conflictiva aún después de 10 años de separación.

María: 35 años. Dirige una agencia de modelos publicitarias, en una oficina propia. Nació en la provincia de San Juan y llegó a Bs. As luego de finalizada su escuela secundaria. En ese momento lo conoció a Juan, quién estaba aún casado con su primera mujer. La familia de M aún vive en la provincia y se visitan con frecuencia.

Kevin: 5 años. Cursa el preescolar en un jardín de infantes de su barrio.

Luna: 2 años. Hija menor del matrimonio.

Loba: Es una mascota, Golden Retriever, Muy querida por ambos niños.

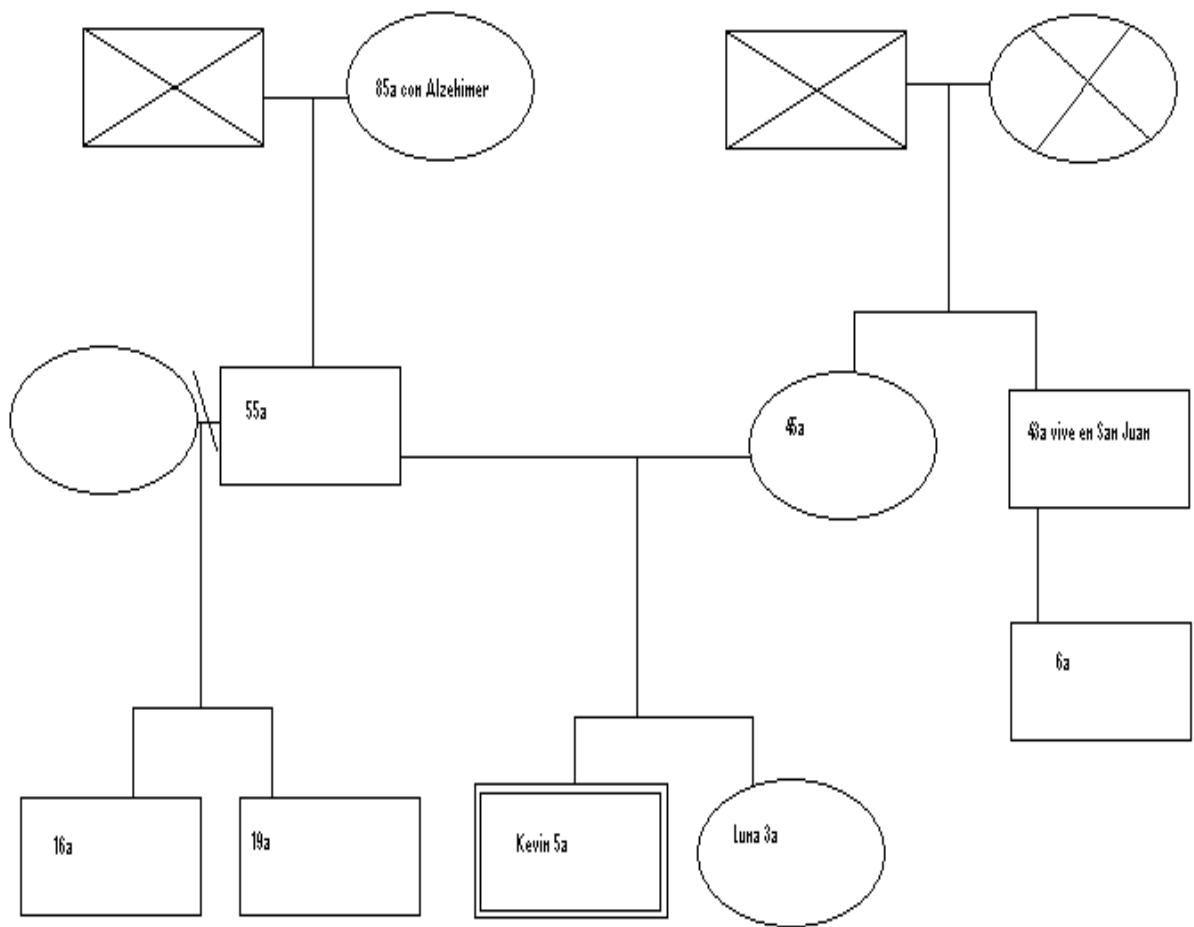
Empleadas: Rosa, trabaja con retiro (50 años). Sofía, trabaja con cama (25 años). Son madre e hija. Al momento de la consulta, Sofía está embarazada y se va ir en breve.

María manifiesta “temor a los cambios” y agrega: “K es muy apegado y la va a extrañar muchísimo a Sofía”.

Entrevista de Padres con la Madre de K sola.

“Decido venir sola porque el padre de Kevin nunca dispone del tiempo para estar y yo me sobrecargo bañándolos y contándoles cuentos. Él no está acostumbrado a dedicarse a ellos, así era con su primera mujer, quién se ocupaba totalmente de sus hijos. Yo trabajo muchas horas y esos ratos no quiero delegarlos en empleadas, pero no los comparto con el padre”. Quien pareciera sentirse “culpable” de ocuparse de “estos” hijos y “nivela para abajo” no ocupándose de ninguno.

Genograma



Emergentes observables de Kevin y sus padres a lo largo del tratamiento

Aspectos Descriptivos

Primera consulta: En el mes de Septiembre del año 2005, una colega me deriva un niño de 5 años para hacer una preparación psicológica pre-quirúrgica.

Se presentan con su mamá en el horario estipulado. Su padre no concurre inicialmente dado que se encuentra trabajando.

Descripción del primer encuentro:

K es un niño muy simpático, con una gran conexión afectiva, mira a los ojos y pregunta todo. Llega cargado de juguetes, la mirada de su madre también es muy vivaz. María le explica a K quien soy yo. La conexión inicial es muy buena, pero M se queda en la sala de espera.

K ingresa al consultorio e investiga todo el entorno. Se niega a dibujar, dice que prefiere que lo haga yo. Le pregunto si él sabe porque esta en el consultorio. A lo que responde que en un mes lo operaran porque hay una “bolita que no le bajó” (testículo en resorte), agrega: “tengo mucho miedo a la operación”

“Ayer una enfermera me pinchó Con una aguja grande” (se refiere a un estudio pre-quirúrgico). Agrega “La odio, me asusté mucho y ella es una mala y una hija de puta”. Cuando hace ese comentario, le saltan algunas lágrimas.

Propongo un horario de entrevista con los padres y noto que es difícil encontrar un horario con Juan, ya que trabaja mucho, practica deportes y hace “viajes de negocios”.

Datos familiares:

Juan: 48 años. Dirige su agencia de diseño gráfico. Si bien no concluyó su carrera, es exitoso profesionalmente.

Descree de la psicología, tiene un matrimonio anterior, del cual tiene 2 hijos: Pedro (20 años) y Pablo (17 años). Ambos trabajan en la agencia con su papá.

Ocurrencias-Asociaciones-Interpretaciones

1)- Si bien hay una caja con material escolar sobre su mesita se conecta predominantemente con lo que está “por fuera”, y especialmente con los objetos de la biblioteca.

2)- Es llamativa la intensidad de su enojo.

3)- Noto que este papá tiene pocos horarios libres.

La relación con la ex mujer de Juan es conflictiva aún después de 10 años de separación.

María: 35 años. Dirige una agencia de modelos publicitarias, en una oficina propia. Nació en la provincia de San Juan y llegó a Bs. As luego de finalizada su escuela secundaria. En ese momento lo conoció a Juan, quién estaba aún casado con su primera mujer. La familia de M aún vive en la provincia y se visitan con frecuencia.

Kevin: 5 años. Cursa el preescolar en un jardín de infantes de su barrio. Luna: 2 años. Hija menor del matrimonio. Loba: Es una mascota, Golden Retriever. Muy querida por ambos niños. Empleadas: Rosa, trabaja con retiro (50 años). Sofía, trabaja con cama (25 años). Son madre e hija. Al momento de la consulta, Sofía está embarazada y se irá en breve por dicho motivo.

María manifiesta “temor a los cambios” y agrega: “K es muy pegado y la va a extrañar muchísimo a Sofía”

Entrevista Diciembre 2008. Kevin:

No podemos concretar la entrevista de cierre antes de vacaciones porque Luna, hermana de K, está con fiebre y llanto constante y no la quieren dejar con la empleada. Tienen que pagar los honorarios y falta la devolución del último mes de tratamiento con K, el cual fue muy exitoso. La madre de K relata por teléfono que Luna rechaza la comida y no se despega de ella, se aferra a su regazo, mientras llora.

Pasare por su casa (j) el sábado al mediodía. K. está en casa de un amigo, sus padres reciben en el living y Luna demuestra el comportamiento previamente descrito por la madre. La madre de K relata llorando que van al casamiento del hijo de ese tío desaparecido que se recibió de abogado y organiza un hermoso casamiento en San Juan al que invita a toda la familia, incluida su madre (viuda del desaparecido) que se negó a criarlo. Este muchacho fue criado por sus otros tíos.

Mientras María llora, Luna sale de su regazo, deja de llorar y se va a comer.

4)-Me llama la atención que continúen los conflictos después de tanto tiempo.

5)- Me pregunto que relación hay entre la vida activa que tiene esta familia y su descripción de “temor a los cambios”.

6)- Agradezco haber decidido visitarlos en su casa, porque recordé un tramo de la historia familiar que había quedado por fuera del consultorio. A medida que transcurre el relato, los papas de Kevin reconocen el valor de este viaje, y el lugar importante que ellos ocupan para los familiares de San Juan. Todo este contenido, se acompaña de un alivio esperanzador, dando figurabilidad desde el relato a una historia trágica que cobra coherencia a partir de la vida de este sobrino, con su capacidad de “reparación”.

7)- Pareciera que Luna se desprende de su madre cuando ella está sostenida por la escucha analítica.

- Me siento frente a los tres y recuerdo vagamente que ellos tienen en San Juan familiares desaparecidos (la abuela de ella, bisabuela de K y L; y un tío abuelo, hermano de la abuela de los niños)

El cuadro febril de Luna remite, y ellos, que veían peligrar el viaje, logran pasear por San Juan y disfrutar del casamiento. También reciben la buena nueva de los progresos de Kevin.

Entrevista de Padres con la Madre de K sola: “Decido venir sola porque el padre de Kevin nunca dispone del tiempo para estar y yo me sobrecargo bañándolos y contándoles cuentos. Él no está acostumbrado a dedicarse a ellos, así era con su primera mujer, quién se ocupaba totalmente de sus hijos. Yo trabajo muchas horas y esos ratos no quiero delegarlos en empleadas, pero no los comparto con el padre”.

La frecuencia de entrevistas era semanal con Kevin y quincenal con los padres. En una de esas entrevistas quincenales, promediando el tratamiento, Juan manifiesta que su ex mujer estaba psicótica; que no reconocía el divorcio, ni la nueva familia, los nuevos hijos de Juan; y los hijos del primer matrimonio no se animaban a contrariar el discurso de la madre. Llevando esta situación a un ocultamiento de lo “inocultable”.

Al final de la terapia se mudan a una casa que tiene tres divisiones: Un sector para hijos adolescentes del primer matrimonio de él, que nunca tuvieron lugar físico para pernoctar en casa de él, un sector para la abuela (discapacitada) con Alzheimer, que es la madre del padre y tiene más de 80 años, y un sector para la familia actual, Padres, Kevin y luna.

La madre ayuda fuertemente al padre, quien padece síntomas de estrés y cansancio. La madre manifiesta que es hora de terminar con los celos virulentos de la ex mujer de su marido, quien prohibía que sus hijos pernoctaran en casa de su padre. (Además carecían de lugar físico para hacerlo).

1° año de terapia: El medio-hermano lo trae tarde con anteojos oscuros. Manifiesta severas dificultades en la Facultad (Carrera de Diseño).

“El vínculo como paciente”

8)- María le esta haciendo lugar a cambios que no son solamente pérdidas sino que implican crecimiento.

9)- Pareciera sentirse “culpable” de ocuparse de “estos” hijos y “nivela para abajo” no ocupándose de ninguno.

10)- Toda la familia se hacía eco de una desmentida psicótica de los cambios familiares. No se trataba de un miedo a los cambios, sino de una dificultad para hacerse cargo, de las consecuencias que resultaban de dichos cambios. Sostener una familia numerosa, compuesta por hijos de dos matrimonios: una Familia Ensamblada. Incorporando, el crecimiento de los nuevos hijos y de las nuevas generaciones. Que incluyen al hijo del familiar desaparecido. La ex mujer de Juan, estaba enajenada, pero no desaparecida. Es importante, pensar, la diferencia, como un organizador de las diferentes generaciones.

11)- Esta casa pareciera “plasmarse” en su planta, la “integración” familiar que no se había alcanzado anteriormente. /La ausencia de “juego” y “dibujo”, daba cuenta de un sector de la personalidad de K sintomática: Pasivo Rígido. /Se identifica con sus hermanos adolescentes, excluidos (por el discurso paranoide, negativo de la ex mujer del padre “esa puta se robó a su padre”). / Esa familia excluida remitía también al sector “desaparecido” de la familia de la madre./K ponía en acto, al no jugar ni crear, una “desmentida” de su existencia./No aceptaba dibujar como un niño de cinco años, no aceptaba ser un niño de su edad, existir. Añoraba a los abuelos maternos fallecidos antes de su nacimiento, por identificación al relato de añoranza de su madre.

12)- “Onda misterio”. Aportando datos sobre sus propias dificultades. Ya que este hermano lo venía a buscar cada vez mas tarde. Desafiando así el encuadre de trabajo. Donde en una misma jornada de consultorio atendía a un paciente adulto a continuación. Razón por la cual tuve que empezar a

Kevin escalaba mi biblioteca y revisaba objetos con mucho cuidado. Diciendo extraño a mi abuelo.

“Dibujá vos, yo no sé”, murmuraba.

Decía que su padre sabía todo y tenía todo, que viajaba en el avión particular de un amigo empresario, llamado López.

A los 4 años Kevin no jugaba, acumulaba y coleccionaba, muñecos pequeños.

2 año de tratamiento:

En pre-escolar, despliega roles de liderazgo, siendo sus iniciativas gráficas seguidos por otros chicos. Kevin hace juego creativo, dramático, de roles, y usa su colección de muñequitos al servicio de los guiones que él inventa.

Fin de análisis: Kevin dibuja normalmente para su edad, en hoja grande.

Yo reuní a los padres

incluir esta modalidad del medio -hermano en las reuniones con los padres. Explicitando que tenía que atender a otro paciente, y que tenía que ofrecer mi propia red de sostén (mi empleada), como un Plus silencioso.

13)- Interrogantes: ¿los objetos de los estantes de la biblioteca, lo remitían a un señor de la edad de su abuelo? En el periodo del pre-quirúrgico, Kevin incorporó la posibilidad de interactuar conmigo, la terapeuta podría tener la edad de su abuela (que falleció muy joven). En ese periodo hablaba de extrañar a su abuelito, a pesar de nunca haberlo conocido por identificación con la nostalgia de su mamá? O un modo de emocionar y/o seducir a su mamá?.

Dibujando con Kevin en sesión

1- Kevin elige un personaje de su colección que trae en una caja de lata.

2- Propongo que lo pasemos al papel.

3- Dibujo la silueta.

4- Busco una estrategia de complejidad creciente (como maestra de dibujo) e implemento un sistema, para que amplíe el soporte de sus gráficos.

5- Agrego hojas cada vez más grandes.

6- Comienzo el dibujo y Kevin lo completa

7- Luego Kevin comienza un dibujo y yo lo completo.

Al inicio dibujar era sinónimo de recorrer con el lápiz la silueta de un muñeco (esquema de un dibujo). No podía simbolizar, no aceptaba dibujar como un niño (exceso de omnipotencia) no podía dibujar su “realidad interna” porque habitaba un mundo de fantasías omnipotentes. A mayor omnipotencia mental y física, mostraba, menor libertad de acción en su capacidad gráfica y asociativa.

14)- Conclusión: crece, juega, se divierte e inventa.

Logros terapéuticos:

Los padres empezaron a “hacer” cuando señalé que lo buscaban tarde, que Kevin no tenía lugar para dormir con los hermanos. El podía dejar a su hijo mayor trabajando y el encargarse de buscar personalmente a Kevin.

La construcción de una casa para todos, implicó, mayor dedicación material, tener una casa más grande. Implicando la construcción de un patrimonio compartido. Pudiendo los hijos mayores cuidar a los menores si están y tienen lugar. Sin lugar en la casa familiar la ayuda de los hermanos mayores nunca resultaba eficiente.

Esto favoreció el insight del padre encontrando un modo distinto más participativo en la relación con Kevin. Resultó operativo, mantener un discurso descriptivo, que no alteró la sensibilidad del padre al modo de un juicio de valor, y él se prestó a modificarlo, lo pudo escuchar porque no fue presentado de un modo persecutorio.

¿Cómo se visualiza “el vínculo como paciente”? Por recurrencias y convergencias (repetición).

Hay demanda de esfuerzo físico: ir a la casa/ dibujar para Kevin/ prestar la empleada.

Implicando una presencia más del “hacer” que del “pensar”.

Al comienzo, estaban poco presentes y se veían poco. Entendieron más los recursos, al hacerlos “visibles”. Todos perteneciendo a una familia ensamblada, nueva. Implicando un crecimiento familiar.

La desorganización operativa, la escisión de duelos y conflictos, hablarían de cierta “Debilidad familiar”. Nos preguntábamos cómo sería la organización económica en esta familia. Y cómo podría influir esta situación en los déficits de Kevin (no simbolizaba, ni dibujaba, ni jugaba) Esto colaboraría para entender, sus déficits organizativos, sus duelos y conflictos escindidos.

Al concluir esta Terapia, se amplió la función reflexiva de esta familia, en el uso de sus recursos. No necesitaban de mi presencia concreta. Una vez que estuvo incorporada, la función analítica a la capacidad de pensarse ellos mismos, en la circulación de sus propios vínculos.

El viaje a San Juan se concreta y nuestro año terapéutico se concluye.

Conclusiones generales:

La experiencia con Kevin comenzó a sus 4 años y concluyó a sus 6 años. Como es lógico, nunca me visito después, pero resulta incuestionable la presencia de este tratamiento en su vida.

En esa época, él era un coleccionista de juguetes maravillosos, pero no jugaba.

Al año siguiente, atrapado por sus miedos y por su imposibilidad de jugar, el mismo solicito volver a verme. Durante ese primer año lo acompañé en la faz controladora y aburrida de sus juegos, siempre le faltaba un muñequito nuevo, siempre demandaba en una juguetería vecina lo que veía en la vidriera. Es entre el final de ese año y el comienzo del siguiente, en el que aparece su despliegue.

Pensamos que el trabajo en paralelo con los padres colaboró en la velocidad de recuperación de Kevin.

Pensamos que lo transgeneracional ocupaba en esta familia un lugar preponderante. La única posibilidad de hacerlo formar parte del tratamiento de Kevin, fue convocando a los padres. El resultado no se hizo esperar.

También Kevin necesitaba ser atendido, ya que su juego estaba muy comprometido; esto avalaría nuestra propuesta del tratamiento combinado, pensando en paralelo ambos espacios.

Numeraré mis intervenciones con el fin de explicitar con mayor amplitud, mi modo particular de pensar la Clínica con niños:

1)-Noto en Kevin, una actividad exploratoria del consultorio, compatible con un Apego Seguro, que empieza a experimentar en el vínculo Terapéutico. Al modo de la Confiabilidad del analista (Winnicott).

2)-Expresar su enojo, frente a un adulto, también puede significar una ampliación de su Yo, retraído y empobrecido. Recibir una inyección, es diferente de construir un vínculo conmigo. Aunque ambas intervenciones, tengan relación con su salud; forma parte de la rutina de su pre-quirúrgico. Lo incisivo en Psicoterapia, es diferente, ya que se relaciona con herramientas verbales, gráficas y lúdicas. Además, le aporta un espacio nuevo para pensar y ser pensado. Le aporto otro modo de intervención, relacionado con un “being”: pensando, jugando y dibujando con él, en Sesión.

3)-Su padre, esta poco disponible para ser “usado” por Kevin, para dibujar o jugar. En lugar de tener un encuentro individual, comparten una vez a la semana, un partido de fútbol, al que concurren también, sus hermanos mayores.

4)-A través de la sintomatología de Kevin (Miedos, inhibición para jugar y dibujar), es la primera vez, que se hace visible, la sintomatología de esta familia, con dificultades, para “ensamblarse”.

5)-Esta familia “numerosa”, progresó en un “como si”, en relación a su integración. Construyendo un “Falso Self”, encubierto en el “ser muchos”. La capacidad de registro de la madre, forma parte de su potencial (Winnicott), que se expresa a través de su “Constelación Maternal”, al decir de Stern. Ya que fue ella misma, la que promovió esta consulta, pidiendo una derivación a su analista individual.

6)-Mi actitud activa de concurrir a su domicilio, es “empática”, con la posición preocupada de la madre, de no poder asistir a la entrevista de “cierre” y devolución de fin de año. Concordante con la conciencia de poca integración familiar, que venían sosteniendo en el vínculo cotidiano.

7)-Luna (la hermanita menor de Kevin), demuestra en acto, al bajarse fácilmente del regazo de su madre, que hablar de estas dificultades en los vínculos, promueve en ella, un Apego Seguro. Mi presencia agrega “Sostén”, al relato materno y esto aumenta, su confianza, para desprenderse.

8)-Se pone en acto, lo que primero fue pensado y demandado por esta familia, como necesidad de cambio (Rousillon).

9)-La culpa, es un indicador de restricción(es lo que le sucede al padre) ya que la Constelación Maternal, promueve activamente, el crecimiento y la integración.

10)-El registro de diferencia que promueve los cambios, implica crecimiento para Kevin y el despliegue de mayor espacio (psíquico y físico), para esta familia.

11)-La plantilla de la planta arquitectónica de la casa nueva (grande), es homologa de la ampliación de la capacidad lúdica y grafica de Kevin. Funciona como un “relato” concordante.

12)-Al haber mayor lugar, son detectadas las dificultades del medio hermano de Kevin, que llega tarde a buscarlo mostrando su carencia organizativa que suplementaba la empleada del consultorio, esperando su llegada. La indicación posterior fue Terapia individual para este adolescente.

13)-Observo en el desarrollo que escribo en el cuadro, que se corresponde con el incremento de nuevas identificaciones. Ya que transforma, la identificación a la “nostalgia materna”, en la búsqueda activa, de figuras tróficas presentes en el entorno: Conversa mas con su padre, que comienza a traerlo a sesión, se acerca a sus hermanos mayores, incorpora juego de roles en las sesiones.

14) Conclusión: Crece, juega, se divierte e inventa. Organizamos el cierre y la despedida.

Conclusiones y referencias al caso clínico

Kevin está encerrado en el entretejido vincular, de su familia. El abordaje terapéutico de la red ambiental real; nos permitió revisar, el soporte de la constitución psíquica de este niño. Esto implicó abordar la relación real entre padres e hijo, (fantasías, deseos, temores y dificultades), expresadas consciente e inconscientemente a través de sus actos.

El encuadre analítico como herramienta para abordar, andamiar, esa red ambiental se complica aún más, incluyendo a otro sujeto y su propio entramado intersubjetivo e inconsciente (el lugar del analista). La cualidad de abstracción que remite al objeto, refleja el hecho de que la red ambiental es una construcción, no un fenómeno de la naturaleza. Puede ser abordado, desde el paradigma interpretativo, o desde la interacción humana con sus reglas.

Dentro de esta investigación cualitativa, el análisis clínico buscó abordar un sujeto social complejo ya que se sirvió de múltiples cuerpos teóricos para comprender al niño y su problemática: Kevin, su familia y su circunstancia.

Andamiaje de la red ambiental. Diferentes autores

El método de Winnicott (1965) diferencia lo “temprano”, registrado por la observación del bebé, de lo “profundo” proveniente de la construcción del psicoanálisis planteando un desfase en la interpretación profunda psicoanalítica. Especialmente cuando se trata de un material clínico que resulta de conjeturar sobre acontecimientos de la primera infancia y su verificación en la observación directa de interacciones tempranas, repetidas en el presente, en terapia.

Partiendo desde Winnicott, que define al bebé, con su madre, incluyendo el medio-ambiente real y el "quehacer materno" tuvimos que apelar, a los aportes de otros autores que nos prestaran una metapsicología consistente.

Los diferentes enfoques terapéuticos, de este modo, son distintas vías de acceso a un mismo sistema dinámico independiente. La fuerza de su método es su generalidad no

específica que transforma las intervenciones clínicas específicas en resultados clínicos generales. De allí nuestra grata sorpresa al descubrir los cambios operados en Kevin y su familia.

Esta terapia, resultó simultáneamente: una psicoterapia individual (con el niño), de pareja y orientación a padres (con los padres) y familiar (con la triada). Donde se suma las conclusiones del analista y las entrevistas individuales con la madre. También apareció su hermano, cuando lo retiraba de la sesión. A esto se suma, haber visitado su domicilio para la entrevista de cierre y devolución. O sea, que se trata de una Terapia con varias puertas de entrada. También, la cadena de los vínculos intergeneracionales, enhebra eslabones, al re-crear, modelos y vínculos de apego. Teorizaciones que vienen a llenar el vacío que dejan las Teorías evolucionistas y psicoanalíticas sobre el desarrollo.

Stern, (1985) haciendo aportes cuasi-sistémicos y cognitivistas, se mantiene dentro del Psicoanálisis, ya que incluye la transferencia y contratransferencia. También la presencia real del analista, como agente catalizador de los cambios operados en la clínica. Además, incluye la circunstancia socio-cultural de la "Constelación maternal" y las múltiples transferencias en el encuadre ampliado para el tratamiento de niños. Stern propone la interfase, entre el "infante clínico" a través del relato en análisis y en transferencia y el "infante observado" producido a través de la investigación.

En la constelación maternal de la madre de Kevin, aparece el discurso de la madre, con su propia madre y con las diferencias, ella se crió en Provincia y su madre no trabajaba. Kevin es atendido por una empleada, pero a la noche ella se siente muy exigida a ocuparse personalmente de sus hijos. Además, que se choca con su propio discurso y abrumada de cansancio, no puede responder a sus altas expectativas.

Afortunadamente, su constelación maternal, es intervenida por la palabra de la analista que la habilita como madre activa y observadora, además de lucida y promotora de cambios en esta familia. Su constelación maternal, se ve enriquecida por la mirada analítica, pensamientos, indicaciones y orientaciones.

Cuando su madre participa en el proceso terapéutico, puede ver a Kevin y verse a sí misma, haciendo de madre, la madre crea una representación que incluye la visión adquirida en la relación terapéutica, visión que puede tener valor terapéutico, y la imagen que tienen la madre por un lado y el niño, del terapeuta, su estilo y su actitud, también es incluida.

El padre por identificación, también aporta a la constelación maternal. Por eso, el paciente es la díada madre-hijo y por momentos la tríada que incluye al padre, por esta razón, el paciente es el vínculo, aquello que circula entre ellos y la analista, en un espacio propio, el del consultorio.

El terapeuta añade un elemento más, diría Stern, suma a la observación de la interacción, la representación de la misma (recuerdo de interacciones previas, fantasías, esperanzas, temores, tradiciones, mitos familiares, experiencias personales importantes, presiones actuales).

Bowlby (1969-1988) supone que el vínculo materno en su especificidad puede vincularse a la necesidad de proteger la descendencia contra los depredadores, como lo sugiere la teoría del apego. Cuando este apego es satisfecho por un cuidador empático y sensible a las necesidades del niño, este resulta sentirse profundamente amado.

El vínculo afectivo padres-infante recrea constantemente, la capacidad humana necesaria para la comunicación y el aprendizaje social. Los infantes en comparación con otros primates son inmaduros en locomoción, pero precoces en el desarrollo comunicativo. Deben prepararse para ser madres y padres y comunicarse con sus hijos desde el nacimiento. Los niños humanos son sociales aun antes de nacer.

Cuando Bowlby introduce el concepto de apego busca simbolizar algo diferente de la necesidad sexual: la necesidad humana de apego. Necesidad que debería ser satisfecha dentro de márgenes de corrección y sintonía con los padres, de lo contrario, puede producir experiencias no simbolizadas ni reprimidas, sino denegadas o renegadas y probablemente generadoras de déficits.

Al hablar de apego pensamos en algo espacial, primario, relativo al encuentro. La consumación del apego es consecuencia del logro de la proximidad, es un estado de relajación que permite el contacto con las cosas, explorar el entorno, esta es la naturaleza del apego. Alude claramente a la seguridad. Kevin no puede explorar, cuando colecciona rígidamente sus muñecos. Es aquí donde inauguramos la idea del “Vínculo como paciente”, de lo cual el caso Kevin, es un ejemplo.

El concepto de Apego, acompaña el camino que parte del padre tiránico de Freud a la madre abandonica de Bowlby, para terminar en la madre suficientemente buena de Winnicott. El apego inseguro estaría ligado a la baja calidad de la relación con los progenitores, al inadecuado sostén, desajuste de sintonía, poca contención. Kevin ¿es víctima de la privación?, es un agente activo en una relación dinámica con su entorno que busca encontrarle un sentido a esta experiencia para desarrollarla, pero también corre el riesgo de caer en patología.

Para que el vínculo de apego con su padre, sea sano, dentro de ese lazo debe circular de modo adecuado: sostén, cercanía, etc. Se trata más de la calidad del lazo que de su cantidad. El apego, con su padre, es una necesidad, un sistema motivacional independiente, que tiene que ver más con patologías de déficit que de conflicto.

Bowlby, nos conduce a Winnicott que junto con Ferenczi (empatía) aportan una revisión técnica del psicoanálisis en su dimensión terapéutica. Siendo sus pilares: la “madre suficientemente buena, el espacio potencial, el gesto espontáneo y el objeto transicional”. La mejor aportación técnica fue la de hacer un buen desarrollo teórico basado en la observación clínica. La madre ambiente es el espacio, donde se llevan a cabo los vínculos: la condición para que surjan los objetos, pasando de subjetivos a objetivos. La madre de Kevin, como gestora de esta consulta, opera en este sentido, sosteniendo adecuadamente su función.

Es así que Kevin obtiene en este encuadre analítico, la reunión de las condiciones necesarias que le brindan una “segunda oportunidad”, recibiendo este niño el “sostenimiento analítico, suficientemente bueno” que no tuvo en la infancia. El análisis de Kevin retomó su desarrollo subjetivo en aquel punto donde quedó detenido a consecuencia de una falla en el ambiente. La regresión fue un retorno a los estados

desorganizados de la relación diádica con la madre; en un campo donde aun no existía una buena experiencia de diferencia entre interno y externo, yo y no/yo, presentación y representación.

En su Psicoterapia, se usaron técnicas de abordaje centradas en el juego y actividades plásticas que funcionaron como mediadores para la creatividad, generando un clima natural de juego para este niño.

Para Winnicott la técnica analítica requeriría de la provisión de una base segura a través de la presentación de una figura estable de apego. Situación que nos remite al terapeuta proveedor y contenedor, confiable que actúa y comprende, con capacidad de respuesta sintonizada y que puede ofrecer sostén y contención suficiente para procesar afectos negativos. Pensamos que esto sucedió en esta Terapia.

Y Winnicott, avalaría este enfoque, diciendo que la confiabilidad, continuidad y monotonía del analista, aportaron, una presencia inédita, base de nuevas experiencias y descubrimientos. Como los que realizan Kevin y su familia, a partir de esta Terapia.

Kevin sostenía que tenía que explicar, en sesión todas las transformaciones de su colección de transformers y que por esa razón, no podía faltar.

También esta experiencia de transformación en un paciente y su familia, dejaron una marca en la analista que, en un a posteriori, se transformo en un motor de la escritura de esta Tesis.

CONCLUSIONES

Cuando entre nosotros comentamos el estado actual de la práctica de la psicoterapia, solemos escuchar respuestas que podrían agruparse en dos tendencias principales. Para los más optimistas, asistimos a una época revolucionaria y estimulante gracias al mejor conocimiento de los factores que influyen sobre el proceso de la psicoterapia. Conocimiento derivado de los nuevos campos de aplicación (pacientes fronterizos, psicóticos, narcisistas, grupos, parejas, niños), de la ampliación del concepto de motivación (no sólo el sexo y la agresividad, también la afiliación y pertenencia a grupos, el narcisismo, las necesidades relacionales), y de la importancia atribuida a los déficits de desarrollo, la creación del vínculo entre analista y paciente y al uso de la propia subjetividad del analista. Los más pesimistas opinan que la proliferación de técnicas tan dispares produce una fragmentación caótica y confusa de la práctica terapéutica.

Partiendo de estas reflexiones, el objetivo de esta tesis consistió en hacer un recorrido por la obra de algunos autores (Ferenczi, Bowlby, Winnicott, Bollas, Klein, Mahler, Stern y otros) que profundizaron creativamente en la teoría y en la técnica psicoanalíticas, pero que al hacerlo abrieron al tiempo una discusión honesta al colocarse ellos mismos como objeto de investigación.

La eliminación de la hipocresía profesional, que es la que traumatiza a los niños: “nuestros pacientes”, coloca a la sinceridad en un nivel imprescindible, lo que se confirma con todos los tipos de pacientes. Personas para los que ahora hay tratamientos que evitan su marginación y que están “legalizados” por los logros terapéuticos obtenidos. Ya no es necesario el “furor curandis” de los primeros innovadores; tampoco hay que trabajar “endureciendo la piel”, hoy se puede contener, acompañar, dar una nueva posibilidad de vida, sostener, crear un ambiente facilitador, sin renunciar por ello a una comprensión teórica y técnica de esta manera de concebir el encuentro terapéutico.

Las aportaciones incorporadas a lo largo de este trabajo dejan entrever un modelo de psicoterapia psicoanalítica diseñado desde la intersubjetividad del vínculo en el encuentro con lo genuino de cada persona. Modelo que da cabida a las nuevas manifestaciones de los trastornos que “de-construyen de manera natural” las concepciones psicopatológicas clásicas. Un acercamiento psicoanalítico activo y abierto a una escucha plural, que presta más atención a la salud y al desarrollo que a la patología.

La propuesta que hacemos refiere a una práctica analítica en la que las fronteras entre psicoanálisis y psicoterapia no derivan de proposiciones teóricas sino del alcance que en el encuentro con cada caso tiene la intervención. Una práctica donde cabe la contención, el sostenimiento y la gestión, la intervención expresiva, la narcisización, la utilización activa y selecta de la contratransferencia. Una labor que pertenece al encuentro entre dos personas -o tres personas, o las que sean necesarias-; espacio de encuentro donde se descubren, aprenden y cambian en una relación global que incluye lo normal y lo patológico. Un encuentro que posibilita un espacio potencial para el desarrollo e integración del sí mismo en una relación íntima y exclusiva. Un mutuo intercambio enriquecedor mediado por un vínculo que, si bien es forzosamente asimétrico, promueve el despliegue de la creatividad y el crecimiento en el mundo interno los participantes dentro de una dinámica intersubjetiva guiada hacia ciertos fines. Un espacio “a disposición del paciente” donde el objeto paciente no son las personas sino las relaciones, los lazos que portan las funciones de sostén y metabolización psíquica.

En definitiva se trata de un psicoanálisis que a lo “sabido y pensado” incorpore lo no pensado, lo nuevo, en un proceso continuo de debate y creación, como espacio de juego. Y una concepción del encuentro psicoterapéutico como “una segunda oportunidad para el desarrollo” en el que disponer del sostenimiento que permite afrontar las experiencias de integración. Un espacio transicional, de creación, de recuperación del juego, en el seno del cual pueden tener lugar vivencias correctoras de las fallas ambientales de la infancia, donde la singularidad del individuo puede expresarse y configurar su propio idioma con los objetos. En esta tesis se afirma que, ese espacio, ese lugar, esa potencialidad es abordable a través de una vía, del vínculo.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S. (1973). The development of infant-mother attachment. In B. Caldwell & H. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research*, Vol. 3 (pp. 1-94). Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in Strange Situation behavior of one year olds. In H. R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 17-58). New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333-341.
- Ajuriaguerra, J., Rego, A. & López-Zea, A. (1976). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- Balint, M. (1939). On transference and counter-transference (con A. Balint). *International Journal of*
of
- Balint, M. (1968) *La falta básica*, Buenos Aires: Paidós, 1982.
- Balint, M. (1981). Prefacio. En S. Ferenczi, *Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa
Barcelona: Paidós, 1981)
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "reading the mind in the eyes" test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-252.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21(3), 1155-1166.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self-and object-representations. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 305-337.
- Beebe, B., & Lachmann F. M. (2002). *Infant research and adult attachment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1994). Representations and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.
- Belsky, J., & Kelly, J. (1994). *The transition to parenthood: How a first child changes a marriage, why some couples grow closer and other apart*. New York: Delacorte Press.
- Berenstein, I. (1981). *Psicoanálisis de la estructura familiar*. Barcelona: Paidós.
- Bion, W. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308-315.
- Bion, W. (1962a). *Learning from experience*. London: Heinemann.

- Bion, W. (1962b). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Bion, W.R. (1966a). *Apreniendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W.R. (1966b). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
- Blatt, S., & Levy, K. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1).
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Paidós. Madrid.
- Bleichmar, N., & Leiberman, C. (1989). *El Psicoanálisis después de Freud* (1997 ed.). México: Paidós.
- Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Bollas, C. (1989). *Fuerzas del destino. Psicoanálisis e idioma humano*. Buenos Aires: Amorrortu ed.,
- Bollas, C. (1992). *Ser un personaje. Psicoanálisis y experiencia del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós,
- Bowlby, J (1973). *La separación afectiva*. Paidós. Buenos Aires.
- Bowlby, J (1980). *Loss*. Basic Books. USA.
- Bowlby, J (1988). *A secure base*. Basic Books.USA.
- Bowlby, J (1991). *Proscript*. En *Attachment across the life circle*, Murray Parkes & Marris,
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 89 -113.
- Bowlby, J. (1969, 1973, 1980). *Attachment and Loss*. Vol. I Attachment; Vol. II Separation; Vol.III
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol 1: Attachment. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1, Attachment*. New York: Basic.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Loss, sadness and depression*. Vol 3 (1998 ed.). Londres: Pimlico.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Implications of Attachment Theory* (1998 ed.). London: Routledge.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B.G. (1993). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T.B. (1975). Parent–infant interaction. *Ciba Foundation Symposium*, 33 Amsterdam: Associated Scientific Publishers.
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 1061-1100). New York: Wiley.
- Bretherton, I. (1991). Roots and growing points of attachment theory. en Parkes, Stevenson-Hinde y Calpe. T.I.

- Calzetta, J.J. (2000). Algunas puntualizaciones sobre los momentos iniciales en la constitución del aparato psíquico. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones
- Campbell, B.K. (1977). An assessment of mother-infant interaction and the subsequent development of the infant in the first two years of life. Dissertations Abstract International.
- Caparrós, N. (1992b) Psicopatología analítico vincular. Tomo II. Madrid. Quipú ed.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized-disoriented attachment relationships in mal-treated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Carneiro, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The Prenatal Lausanne Trilogue Play: A new observational assessment tool of the Prenatal Co-Parenting Alliance. *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207-228.
- Casement, P. (1985) Aprender del Paciente, Buenos Aires: Amorrortu, 1990
- Casement, P. (1990) Further Learning from the Patient, London: Routledge.
- Cassidy, J. (1988). The self as related to child-mother attachment at 6. *Child Development*, 59: 121- castellana, Buenos Aires: Hormé].
- Chiron, C., Jambaque, L, Nabbout, R., Lounes, R., Syrota, A., & Dulac, O. (1997). The right brain hemisphere is dominant in human infants. *Brain*, 120, 1057-1065.
- Cohen, L. J., & Slade, A. (1999). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In *Handbook of infant mental health* (pp. 20-36). New York: Wiley & Sons.
- Completas. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV
- Completas. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV
- Completas. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV.
- Completas. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T.III
- constelación maternal. Barcelona: Paidós, 1997]
- Countertransference. London: Hogarth. (Versión castellana, Buenos Aires: Paidós).
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). When partners become parents: The big life change for couples. New York: HarperCollins.
- Diamond, N. (2001). La Obra de John Bowlby como Paradigma Psicoanalítico. In *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Diccionario Latino-Español Spes (1960). Barcelona: Publicaciones y ediciones Spes.
- Dio Bleichmar, E. (2003). Discusión del trabajo "Hacia un modelo pluralista de la motivación basado en el paradigma del apego", de Mauricio Cortina y Giovanni Liotti. *Aperturas Psicoanalíticas*, 15.
- Eagle, M (1995).The developmental Perspectives of Attachment and Psychoanalytic

- Eagle, M. (1995). The developmental perspectives of attachment psychoanalytic theory. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Development and Clinical Perspectives* (pp. 123-150). New York: Analysis Press.
- Ed. Espasa Calpe. T.I.
- Ed. Espasa Calpe. T.II
- Eibl-Eibesfeldt, I (1970). *Amor y odio*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Erikson, E (1983). *Infancia y sociedad*, Buenos Aires: Horme-Paidós.
- Fairbairn, R. (1943). The repression and the return of bad objects. *British J. Medical Psychology*, 19:
- Fairbairn, R. (1952). *Psycho-Analytic Studies of the Personality*. London: Routledge [versión Fairbairn, R (1962). *Estructura psicoanalítica de la personalidad*. Hormé. Buenos Aires.
- Fajardo, B. (1993), The relevance of infant research to Psychoanalysis *International Journal of Psychoanalysis* 74, 975.
- Ferenczi, S. (1909). *Transferencia e Introyección* . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid:
- Ferenczi, S. (1919). *La técnica psicoanalítica* . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid:
- Ferenczi, S. (1921). *Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis*. En *Ibid. Psicoanálisis*.
- Ferenczi, S. (1926). *Las contraindicaciones de la técnica activa* . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras*
- Ferenczi, S. (1928). *La adaptación de la familia al niño*. En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*.
- Ferenczi, S. (1929). *El niño mal recibido y su instinto de muerte*. En *Ibid. Psicoanálisis. Obras*
- Ferenczi, S. (1929). *Principio de relajación y neocatarsis* . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras*
- Ferenczi, S. (1981). *Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. (Todos los artículos
- Ferrater Mora, J. *Diccionario de Filosofía*. Editorial Ariel, Barcelona, 1994.
- Fonagy, P (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other Press, Nueva York.
- Fonagy, P. y Target, M. *Psychoanalytic Theories. Perspectives from Developmental Psychopathology*. Whurr Publishers. London and Philadelphia.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). *Playing with reality. I: Theory of mind and the normal development of psychic reality*. In-ternational Journal of Psychoanalysis, 77, 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). *Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis*. *Psychoanalytic Dialogues*, 8,87-114.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.,Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization: Developmental, Clinical and Theoretical Perspectives*. New York:Other Press.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health*. London: Tavistock.

- Freud, S. (1984). Psicología de las masas y análisis del yo. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1921).
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. In Obras Completas, Vol. I (pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1897). Carta 69. In Obras Completas, Vol. I (pp. 301-302). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1900). La Interpretación de los Sueños. In Obras Completas, Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre la teoría sexual. In Obras Completas, Vol. VII (pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años Obras Completas. Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). On narcissism: An introduction. Standard Edition, 14. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. In Obras Completas, Vol. XIV (pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915b). Lo inconsciente. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores,
- Freud, S. (1917). 23a conferencia. Los caminos de la formación del síntoma. In Obras Completas, Vol. XVI (pp. 325-343). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Obras Completas. Tomo XVII.
- Freud, S. (1920a). Más allá del principio del placer. In Obras Completas, Vol. XVIII (pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu (2001, 9a).
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. In Obras Completas, Vol. XIX (pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia. In Obras Completas, Vol. XX, (pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930). El Malestar en la Cultura. In Obras Completas, Vol. XXI (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1931). Sobre la sexualidad femenina. In Obras Completas, Vol. XXI (pp. 223-244). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. In Obras Completas, Vol. XXII (pp. 1-168). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1940). Esquema del Psicoanálisis. In Obras Completas, Vol. XXIII (pp. 133-209). Buenos Aires: Amorrortu (2001, 6a).
- Freud, S. (1984). Introducción del narcisismo. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1997). Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.

- García, R. (2000). El conocimiento en construcción. Barcelona: Gedisa.
- Green, A. (1980). La madre muerta en Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1993). Desconocimiento del inconsciente (Ciencia y psicoanálisis) En el inconsciente y la Ciencia. Amorrortu.
- Gutiérrez, G. (1999). Una forma de entender la integración. Aperturas Psicoanalíticas, 3.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. Int. Journal of Psycho-Analysis. 21: 1-2.
- Hofer, M (1995). Hidden regulators: implications for a New Understanding of Attachment, Hofer, M. A. (1990). Early symbiotic processes: Hard evidence from a soft place. In A. Glick & S. Bone (Eds.), *Pleasure beyond the pleasure principle* (pp. 55-78). New Haven, CT: Yale University Press.
- Hogarth. [versión castellana: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador Barcelona:
- Holmes, J (1995). Something there is That doesn't love a wall. John Bowlby, Attachment
- Holmes, J. (1993). John Bowlby and the Attachment Theory. Londres: Routledge.
- Holmes, J. (1996). Attachment, Intimacy, Autonomy. Using Attachment Theory in Adult Psychotherapy. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Holmes, J. (2001). The Search for the Secure Base. Attachment Theory and Psychotherapy. Sussex: Routledge.
- Hopkins, J. (1990). The observed Infant of Attachment Theory. British Journal Psychotherapy, 6(4), 460-470. Hormé. Buenos Aires.
- Horton, P. C. (1995). The comforting substrate and the right brain. Bulletin of the Menninger Clinic, 59, 480-486. Insel, T. R., & Young, L. J. (2001). The neurobiology of attachment. Nature Review Neuroscience, 2(2), 129-136.
- Izard, C.E., Dougherty, L. (1980). A system for identifying affect and expressions by holistic judgments (AFFEX). Newark: University of Delaware, Instructional Resources Center.
- Jallinsky, S. y otros (2001-2002). Capítulo "Complejidad". Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Jiménez Avelló, J. y Genovés, A. (1998). Para leer a Ferenczi. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Joseph, R. (1996). Neuropsychiatry, neuropsychology, and clinical neuroscience, 2nded. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Journal of Psycho-Analysis, 43: 238-239.
- Juri, L. (2001). Juanito ¿Edipo o Apego? In La Teoría del Apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática.
- Kesselman, H. (1978). Las escenas temidas del coordinador de grupo. Madrid: Fundamentos, 1981
- Khan, M. M. (1974). La intimidad del Sí mismo. Madrid: Saltés, 1980.
- Khan, M. M. (1983). Locura y soledad. Buenos Aires: Lugar editorial, 1991.

- Khan, M. M. (1988). Cuando llegue la primavera. Tomas de conciencia en el psicoanálisis clínico.
- Kinsley, C. H., Madonia, L., Gifford, G. W., Tureski, K., Griffin, G. R., Lowry, C., et al. (1999). Motherhood improves learning and memory. *Nature*, 402, 137.
- Klein, M. (1929). Infantile anxiety - situations reflected in a work of art and the creative impulse. In *Love Guilt and Reparation and other works 1921-1945* (1998 ed., pp. 210-218). Londres: Vintage.
- Klein, M. (1964). Contribuciones al psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé. Koupernik, C. (1976). Desarrollo psicomotor en la primera infancia. Buenos Aires: Planeta.
- Klein, M. (1952). The origins of transference. *The Writings of Melanie Klein*, 3. pp. 48-56. London:
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Lacan, J. (1971) El estadio del espejo como formador de la función del yo ["je"] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En Lacan, J. *Escritos 1*. México: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1949).
- Lacan, J. (1975). *El Seminario I: Los Escritos Técnicos de Freud (1953)*. Paris: Seuil (v. castellana:
- Lacan, J. (1991). *Le Seminaire VIII: Le Transfert (1960-61)*. Paris: Seuil
- Laplanche, J. (1988). *Problemáticas*. Vol. 1 *La Angustia*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Laplanche, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Leaky, R (1992). *Nuestros orígenes*. Crítica. Barcelona.
- Lebovici, S. Y Weil-Halpern F. (1989). *Psychopathologie du Bébé*. Paris: Presses universitaires de France.
- Lebovici, S., (1988). *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Las interacciones precoces. Buenos Aires: Amorrortu.
- Leckman, J. F., Feldman, R., Swain, J. E., Eicher, V., Thompson, N., & Mayes, L. C. (2004). Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment. *Journal of Neural Transmission*, 111, 753-771.
- Levine, L. V., Tuber, S. B., Slade, A., & Ward, M. J. (1991). Mother's mental representations and their relationship to mother-infant attachment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 454-469.
- Lichtenberg, J. D. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lovejoy, C. O. (1981). The origin of man. *Science*, 211, 341-350.
- Lichtenberg, J.D., Lachman, F.M. y Fosshage, J.L. (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a*
- Little, M. I. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of*
- Little, M. I. (1957). R. The analyst's total response to his patient's needs. *International Journal of*

- Little, M. I. (1990) *Relato de mi análisis con Winnicott*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.
- Loss. London: Hogarth. [versión castellana: Buenos Aires: Paidós]
Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV
Madrid: Ed. Espasa Calpe. T.IV.
- Mahler, M. (1968) *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación*, Mexico: J. Moritz, 1972.
- Mahler, M. (1972) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar, 1977.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1997). *Adult Attachment Interview scoring and classification systems*. Unpublished Handbook, University of California Berkeley, Berkeley, CA.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research (Monograph of the Society for Research in Child Development, Vol. 50, pp. 66-104)*.
- Manciaux, M; Vanistendael, S; Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001). *La resiliencia. Resistir y*
- Manning, J. T., Trivers, R. L., Thornhill, R., Singh, D., Denman, J., Eklo, M. H., et al. (1997). Ear asymmetry and left-side cradling. *Evolution and Human Behavior*, 18, 327-340.
- Marris (eds.) *Attachment across the life cycle*, Londres: Routledge.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Mayes, L. C., Swain, J. E., & Leckman, J. F. (2005). Parental attachment systems: neural circuits, genes, and experiential contributions to parental engagement. *Clinical Neuroscience Research*, 4, 301-313.
- Meltzer, D. (1974). Mutism in infantile autism, schizophrenia and manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 397-404.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates, *Science*, 198, 75-78.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1999). Persons and representation: Why infant imitation is important for theories of human development. In J. Nadel & G. Butterworth (Eds.), *Imitation in infancy (pp. 9-35)*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mitchell, S. (1998). Attachment theory and psychoanalytic tradition: reflections on human relationality. *British Journal of Psychotherapy*, 15, 177 -193.
- Morin, E (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Morris, D. (1980). *Infant attachment and problem solving in the toddler: Relations to mother's family history*. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota.
- Nitschke, J. B., Nelson, E. E., Rusch, B. D., Fox, A. S., Oakes, T. R., & Davidson, R. J. (2004). Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. *Neuroimage*, 21(2), 583-592.
- Osofsky, J. (1995). Perspectives on attachment and psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*,

- 12(3), 347-362. P. Eds, Routledge, London.
- Papousek, H., & Papousek, M. (1979). Early ontogeny of human social interaction: Its biological roots and social dimensions. In M. von Cranach, K. Foppa, W. Lepenies, & D. Ploog (Eds.), *Human ethology: Claims and limits of a new discipline* (pp. 456-478). New York: Cambridge University Press.
- Pichón Rivière, E. (1971). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Galerna
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Pines, D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: A psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 8, 234-251.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransferences. en *Transference and*
- Rappaport, D., & Gill, M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 153-162.
- Rosenfeld, H. (1965). *Psychotics States: A Psychoanalytic Approach*. Nueva York: International University Press.
- Rosenfeld, H. (1974). Discussion on the paper by Greenson on transference: Freud or Klein.
- Rosenfeld, H. (1987) *Impasse e interpretación*, Madrid: Tecnipublicaciones, 1990.
- Sabourin, P. (1981). *Visir secreto y cabeza de turco*. En S. Ferenczi, *Psicoanálisis. Obras*
- Sagan, C (1992). *Sombras de antepasados olvidados*. Planeta. Barcelona.
- Sander, L. (1991). Recognition process: Specificity and organization in early human development. Paper presented at University of Massachusetts Conference on The Psychic Life of the Infant, June, 1991.
- Sandler, J. (1976). Actualization and object relationships. *Journal of the Philadelphia Association of Psychoanalysis*, 3, 59-70.
- Sandler, J. (2003). On Attachment to internal objects. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 12-26.
- Sandler, J.; Dare, Ch. y Holder, A. (1973) *El paciente y el Analista*, Barcelona: Paidós, 1986.
- Scandinavian Journal of Psychology*, 26: 53-62.
- Schejtman, C. (1998). *Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano, Universidad de Belgrano.
- Schejtman, C. (2006) *Regulación afectiva diádica madre-bebé y autorregulación del Infante en la estructuración psíquica temprana*. Anuario XIII Facultad de Psicología, UBA.
- Schejtman, C., Leonardelli, E. Vardy, I., Huerín, V. (2003) *Aportes de una metodología de evaluación cuantitativa al estudio de la interacción temprana madre-bebé*. *Memorias de las X jornadas de investigación Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología*, Tomo III.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorder of the self*. New York: Norton.

- Searles, H. (1979). *Le contre-transfert*. Paris: Gallimard, 1981.
- Segal, H. (1964). Phantasy and other mental processes. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 191-194.
- Separation and Loss. En Goldberg, S; Muir, R y Kerr, S. (Eds.) *Attachment Theory*. The
- Sieratzki, J. S., & Woll, B. (1996). Why do mothers cradle babies on their left? *Lancet*, 347, 1746-1748.
- Slade, A. (1999). Representation, Symbolization, and Affect Regulation in the Concomitant Treatment of a Mother and Child: Attachment Theory and Child Psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5 pp. 797 - 830), Traducido por M^a Elena Boda en *Aperturas Psicoanalíticas*, No 5.
- Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Zero to Three*, 6, 10-15.
- Social, Developmental and clinical Perspectives. The Analytic Press. USA.
- Spence, D. (1982). Narrative truth and historical truth: meaning and interpretation in psychoanalysis.
- Speranza, A. M., Ammaniti, M., & Trentini, C. (2006). An overview of maternal depression, infant reactions and intervention programmes. *Clinical Neuropsychiatry*, 3(1), 57-68.
- Spitz, R. (1951). The psychogenic diseases in infancy: an attempt at their etiologic classification. *The psychoanalytic study of the child*. 6.1951.
- Spitz, R. (1965). *The first year of life*. New York International University Press.
- Spitz, R. (1973). *El primer año de la vida del niño*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.
- Stern, D (1980). Foreword a la Edición Inglesa de Loss de J.Bowlby. Basic Books. USA.
- Stern, D. (1978). *La primera relación madre-hijo*. Madrid: Ed. Morata.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1990). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books. [versión castellana: La
- Stern, D. N. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1986). The problem of sharing affective states between mother and infant. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Etd Evolutiva*, 6(1), 91-99.

- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stern, D., et al. (1998). Non interpretative mechanism in psychoanalytic Therapy. *Int. J. Psycho-Anal*, 70,903.
- Stolorow, R.D. y Atwood, G. (1992). *Contexts of Being*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R.D., Atwood, G. y Brandchaft, B. (Ed.) (1994). *The Intersubjective Perspective*. Northvale,
- Threvarthen, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In D.R. Olson (Ed.): *The social foundations of language and thought. Essays in Honor of Jerome Bruner*. N,Y, Norton.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication* (pp. 321-347). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Tronick, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Tronick, E.Z., Weinberg, K. (1999). Gender differences and their relation to maternal depression. *Stress, Coping and Depression*. Johnson et al Editors. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. New Jersey. London.
- Weinberg, K., Tronick, E.Z. (1996) Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the Still-face. *Child development*, 67.
- Weinberg, K., Tronick, E.Z., E. Cohn, J., Olson, K. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, Vol. 35.
- Winnicott, D (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1947). Hate in the Counter-Transference. Incluido en *Collected Papers: Through*
- Winnicott, D. W. (1958) *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London:
- Winnicott, D. W. (1960a). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of*
- Winnicott, D. W. (1960b). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33: 17-21. (Ed.), *The predicament of the family: A psychoanalytical symposium* (pp. 26-33). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of mother and family in child development. In P. Lomas

Winnicott, D. (1971). Realidad y juego. Gedisa.

Winnicott, D.W. (1978). El concepto de individuo sano. Incluido en D. W. Winnicott y otros.
Donald

Winnicott, D.W. (1989) Sostén e Interpretación, Barcelona: Paidós, 1992.

Winnicott, D. (1991). Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós.

Wittling W. (1997). The right hemisphere and the human stress response. Acta Physiologica Scandinavica, 640(Suppl.), 55-59. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.