UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MATERIA: Clínica de niños y adolescentes

TITULAR: Por. Titular Regular Dra. Marisa Punta Rodolfo

Borradores de la Clínica:

*Sobre un tipo de intervención terapéutica en situaciones disruptivas,
en su estadio agudo*

Lic. Fabiana Tomei

Introducción

La clínica de lo traumático es compleja y variada.

En este trabajo intentaré dar cuenta de un *tipo de intervención terapéutica posible en situaciones disruptivas, en el momento agudo*, con la que tropecé accidentalmente en la clínica y que requiere ser pensada.

En los casos que estoy aquí considerando hubo una *demanda* de ayuda concreta y/o *de presencia concreta de un analista*, formulada inmediatamente después de ocurrido un acontecimiento disruptivo en el seno de una familia y en el que directa ó indirectamente estaba involucrado un niño. He sido informada con premura de la muerte o accidente padecido por un familiar muy cercano, antes o al mismo tiempo que otros familiares y, siempre antes que el pequeño por el solicitaban mi ayuda.

Regularmente la demanda (del adulto sobreviviente, de los abuelos o ambos padres dolientes) incluía que asistiera al hospital, a la casa, a los velatorios y a los sepelios.

En esta "*solicitud de presencia*", como prefiero llamarla por el momento, ha sido determinante el rol que me otorgaban de "psicóloga especialista en niños" (en palabras de los adultos afectados).

Los niños y los padres se mantuvieron cerca de mí en esas circunstancias (velatorio, hospital, casa) y agradecieron posteriormente mi presencia (a excepción de una familia).

En algunos casos preexistía un vínculo terapéutico con la familia ó el niño por el que se requería esa asistencia especial estaba ya en análisis; en otros, la intervención que menciono fue el primer acercamiento al niño y/o su familia y en ocasiones, el único.

En casi todos los casos una de las intervenciones fue “*estar*” (ó “*ser*” -jugando con la ambigüedad del verbo en inglés- *un lugar*, en el sentido de lugar para alojar ... la angustia, la esperanza, una garantía, la muerte proyectada...). “Estar físicamente presente y adaptarme suficientemente bien a los pedidos y a la demanda ” parece hoy , en una análisis retrospectivo, haber sido , entre todas, la intervención más importante ó más eficaz.

Lo inesperado en la clínica

Expondré estas situaciones que generaron cierta perplejidad, en tanto sacan al analista de su encuadre y de su tarea más habitual.

El trabajo con niños y adolescentes, así como con los pacientes con cuadros no neuróticos, nos tiene acostumbrados a crear dispositivos y modos de intervención singulares, que nos apartan del tranquilizante esquema de trabajo clásico.¹

Rocío y Julieta (6 y 8 años)

No conocí a Rocío ni a Julieta , ni a sus familias, antes de los velatorios de sus padres a los que asistí un tanto desconcertada y preguntándome cuál era mi función en ese momento.

La mamá de Rocío me llamó por teléfono casi a medianoche cuando se enteró que su marido, que jugaba un campeonato de rugby en otra ciudad , había fallecido imprevistamente de un aneurisma. El hermano púber de Rocío se había enterado de la noticia por sus amigos presentes en aquel partido, que a través de sus celulares y con sus cámaras le transmitieron los últimos momentos.

La mama articuló un pedido impreciso en relación “a acompañarlas” y ayudarle a darle a la más pequeña de la familia la desgraciada noticia .Temía por el impacto que podía tener, entiendo, el aciago acontecimiento, aunque ella lo desplazaba a la comunicación primera.

Los familiares de Julieta golpearon la puerta de mi domicilio con desesperación una mañana. No me conocían, alguien les había dado mi

¹“En pacientes con determinado diagnóstico, la provisión y el mantenimiento del encuadre son más importantes que la tarea interpretativa. Si esto ocurre, uno siente un desafío... ”, Winnicott (1964) en “La importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en Psicoanálisis”.

nombre y recomendado como “especialista en niños”. En un accidente automovilístico acababan de fallecer los padres de la niña, que estaba en el hospital milagrosamente había salido ilesa. Los parientes no podían comprender aún que había ocurrido. Me llevaron al hospital, para sostenerlos a ellos, para transmitirle a Julieta algo que ya sabía, para que monitoreara su reacción, para ayudarlos a entender lo incomprensible....? Y luego me “la encargaron” durante el velatorio. Así de ambiguo y amplio fue el pedido.

Julián(3 años 5 meses)

Fui convocada a la casa de un niño cuyo hermano falleció accidentalmente por un disparo de arma. Los padres, anonadados, pidieron a un familiar que me fueran a recoger y me llevaran a la casa donde había ocurrido el siniestro. Años antes yo había sido la analista de uno de los hijos. El pequeñito permanecía en el sillón en el que había ocurrido la tragedia, manchado de sangre. Había gente a su alrededor pero él estaba solito como si nadie pudiera hablar con él, mirarlo o sacarlo de esa escena trágica. Cuando le hablé me reconoció de inmediato (generalmente acompañaba a su hermano hasta el consultorio). En ese sillón del que no se quería mover hicimos el juego del garabato luego, lo llevé al baño, lo conduje a otro domicilio y lo acompañé hasta la noche. En ese tiempo comió, descansó y volvimos a jugar al garabato. En sus dibujos plasmó el ruido del estallido del arma, el peso del cuerpo de su hermano sobre su espalda y “un conejo se iba a un cielo - lleno de puntitos de color rojo- en una escalera”. Hablamos largamente del conejo y juntos le dibujamos una casa en el cielo.

Los papás llegaron muy entrada la noche, y pusieron palabras a lo que él “ya sabía” (y había dibujado), en mi presencia, con mi ayuda y sus dibujos.

Tiempo después manifestó síntomas e iniciamos un análisis que resultó exitoso. A los 8 años, nuevamente volvió a terapia porque no podía hacer las cuentas. Tenía la misma edad que el hermano al morir y se preguntaba si iba a seguir siendo mayor que él. No quería “pasarle, no quería cumplir años”.

A los 15 años retornó por tercera vez. Jaqueado por imágenes del accidente que se activaban automáticamente en el duermevela, y en las que yo aparecía, venía a preguntarme si había sido así la escena o si estaba alucinando, “volviéndose loco”.

En los años siguientes él y sus papás hicieron consultas cada vez que se “disparaba” una esquirla en su cabeza, volvían a revivir esos fragmentos y necesitaban chequear su veracidad.

Todavía hoy, para estos papás y para él ya un joven, soy quien tengo la memoria de lo sucedido. De hecho, afirman que soy “la única que sabe cómo

llegó el arma a la casa". Ellos no pueden recordar la conversación con el policía "a la que me llevaron" en la que se reconstruyó ese camino.

También me han participado de las buenas nuevas, como la del nacimiento de un nuevo hijo, la graduación de mi antiguo paciente ó un logro familiar (la mudanza a otra casa, el inicio de un negocio familiar...).

Omar (9 años) y Zaira (6 años)

Habíamos hecho un recorrido juntos cuando había muerto una hermanita discapacitada.

Cuando me vieron llegar acompañando al papá se pusieron de inmediato a llorar. Me confesaron que al verme en su casa comprendieron que algo le había pasado a su mamá. Y comenzaron a lamentarse por el destino de tres cachorritos que tenían en aquella casa. Efectivamente ese día ella había decidido "reunirse con la hija muerta", anhelo que les había expresado unos días antes cuando había sido el aniversario.

Juanita (4 años, 8 meses)

(La situación que sigue merece un apartado especial ya que difiere de las que veníamos tratando en su curso y desenlace así como el lugar asignado al analista)

Vi a la niña un par de ocasiones antes del siniestro. El papá y su nueva pareja, que ejercían la tenencia provisoria, habían solicitado un psicodiagnóstico. Motivaba el pedido la sospecha de que Juana estaba siendo abusada sexualmente por una persona del entorno materno. Ésta sólo se comunicó conmigo por teléfono para autorizar el estudio, cruzando acusaciones con la pareja del ex marido, y canceló sistemáticamente todas las entrevistas que pautamos.

En el primer encuentro con Juana surge con contundencia que vive bajo las amenazas constantes de suicidio de su madre, que efectivamente cumple arrojándose al río al promediar la tercera consulta.

Cuando las autoridades se comunican con el padre, él depositó literalmente a la niña en mi consultorio (no tenía sesión ese día y la dejó con la persona encargada de abrir la puerta, comentándole el llamado que no daba mucha información sobre lo sucedido y sin esperarme). Regresó 4 horas después cuando finalizaron los trámites policiales. En el interín, mientras implementaba con Juanita el juego del garabato, nos comunicamos alternativamente por teléfono varias veces. Me pidió imperiosamente que le dijera a Juana lo que

había ocurrido con la madre, demanda que me negué a responder en los términos que él la formulaba. Sonaba como una orden desconsiderada para que yo efectuara un trámite más, tal vez para evitarse él el dolor de enfrentarse a la niña y a sus propios afectos. Le señalé que era él ó cualquier familiar cercano a la niña (que lo acompañaban en ese momento) ó por lo menos en su presencia quienes debían decírselo, en el consultorio y con mi ayuda, atendiendo a las dificultades que me impresionaban en la contratransferencia.

De todas maneras, y dado lo imprevisto de esa consulta y del tiempo transcurrido fue necesario poner en palabras la situación. Le dije a Juana que su papá la había traído al consultorio porque había surgido una situación compleja con su mamá que requería que él se ocupara. Inmediatamente la niña tomó un recipiente, lo llenó de plasticola e insertó una calavera (que reinaba en la punta de un lápiz del consultorio).

Nunca más vi a Juana ni al padre después que se retiraron aquel día arrojándomela la niña la calavera que arrancó de la plasticola. Poco tiempo después el padre me llamó para comentarme que se iban de la ciudad para “dejar lo feo atrás” (sic).

Nunca abonaron esa consulta.

Desmenucemos estas situaciones :

-Sobre la Demanda

En todas ellas hubo una *demanda de presencia muy concreta, formulada al inicio muy ambiguamente*. Era difícil determinar si había un pedido de ayuda para ellos , para los niños ó para ambos y estrictamente, qué tipo de ayuda imaginaban.

En algunos padres prevalecía el pedir ayuda para ayudar a sus hijos (una fantasía de que la analista pudiera ponerlos a resguardo, atenuar el impacto ó evitar los síntomas y garantizar su salud).

Otros, parecían pedir ayuda para poder transmitirles a sus hijos una verdad terrible o dolorosa. En estas situaciones imprevistas ante las cuales colapsaban sus propios recursos psíquicos necesitaban pensar con otro..., recomponer algo de sus propios recursos antes de enfrentar al niño aunque algunos pedían una prótesis prefabricada (que “se le dieran el texto” ó un mito) más que un espacio para pensar juntos ó bien que la analista tomara el lugar de ellos y se encargara directamente de dar la desdichada información.

Además, requerían mi presencia concreta en el hospital, el velatorio, el sepelio, que *“los acompañara”*, desbordando una intervención puntual ó simplemente de donación o construcción representacional. Una presencia sostenida, continua que se desplazara por los distintos espacios (del hospital a la casa o al velatorio, cuando comían, se aseaban, cuando lloraban...)

Siempre estaba involucrado un niño/a(cuyas edades oscilaban entre 3 a 8; los hermanos más grandes no aparecían con tanta insistencia). Nunca hubo una demanda exclusiva ó directa de ayuda para los padres ó la hicieron a través de ellos (que los ayudara a ayudar...).

-En lo que respecta a *la Transferencia*:

Con Omar y Zaira preexistía una relación terapéutica y Juanita había desplegado ya sus angustias en sus primeros encuentros. Para Julián era una figura conocida y hasta idealizada por el carácter transitorio con su hermano

Rocío y Julieta no me conocían.

Todos los padres refirieron al analista “como especialista en niños”.

Todos (excepto Juanita aunque luego su papá me telefoneó para comentarme su mudanza) aceptaron y posteriormente agradecieron mi asistencia (atípica) en tales circunstancias.

-Sobre las *intervenciones*:

Con algunos padres se pudo trabajar analíticamente : acogiéndolos en su anonadamiento, para poner en palabras a sus afectos y a sus temores, para sostenerlos en sus funciones ó como soportes representacionales y libidinales de sus hijos, para articular una primera representación de lo sucedido para poder ser donada a sus hijos y a ellos mismos....

Resultó más importante y eficaz *el ser (estar) del analista en función de superficie* que lo dicho. Se trataba más de que funcionara como un espacio *factible de adaptarse sin fallas a sus necesidades*.

La presencia misma de la analista fue la intervención para Rocío y Julieta y sus familias “como el garante o observador -garante del buen curso de las cosas” ya que no hubo otras intervenciones más que acompañarlas ó *hacer holding* en su llanto o recogiendo las pocas palabras que balbucearon.

Para Omar y Zaira la llegada a su casa del analista fuera del entorno habitual generó un efecto de significación y desplegaron sus temores a través de los “cachorritos” que pudieron comenzar a ser trabajados en ese momento.

Con Julián y Juanita nos comunicamos a través del juego del garabato, que se extendió por horas.

-Desenlace:

Algunas condujeron posteriormente a un trabajo analítico sostenido (Julián, Omar y Zaira)

En otros casos se trató de una intervención puntual (Rocío y Julieta)

En Juanita el trabajo previo fue suspendido, se proyectó lo terrible en ese espacio y en la ciudad y, la familia completa huyó con planes maníacos.

-Afectos contrasferenciales:

Cierta *perplejidad* ante un requerimiento tan amplio y ambiguo (estar en distintos y muy íntimos lugares que un analista frecuenta raramente con sus "consultantes ó pacientes").

Incomodidad en situaciones muy lejos del encuadre analítico, especialmente cuando ciertas diferenciaciones (tranquilizadoras) entre el familiar y el no familiar se volvían himenoides y me encontraba ayudando a un niño a cambiarse la ropa manchada ó acompañándolo a dormir, cuando llevaba al baño velatorio ó a su casa a una pequeña que apenas conocía porque no quería estar sola, cuando entraba a los distintos ambientes de la casa de mis pacientes (a sus mundos concretos, ya no fantaseados), cuando la policía me confundía con un familiar y me daba un reporte (sobre el accidente de auto ó un arma), cuando los padres me llevaban para hablar con el médico ó con el encargado del servicio fúnebre.

Fuerte sentimiento, a pesar de las preguntas y temores, *que debía estar allí y ajustarme a esos requerimientos*, que debía permanecer en ese rol y en esos lugares hasta que ellos lo dispusieran. *Un pensamiento* insistente ó consigna de trabajo en transferencia a Winnicott sobre "*brindar un encuadre humano*".

La constante *alerta y vigilancia* para mantenerme lo suficientemente cercana afectivamente a los traumatizados para entenderlos y al mismo tiempo, con la distancia necesaria para sostener mi un rol analítico. *El temor de infringir la prescripta abstinencia* ó excederme en una situación novedosa para la que no contaba con un modelo preestablecido ó avalado por los colegas de antemano.

Al mismo tiempo la *convicción de “quien mejor entrenado que un analista para transformar una relación humana ante una catástrofe en un contacto de contención y holding?”* (Benyakar²)

En busca de un marco teórico

Dos autores acudieron a mí en el intento de articular estos abordajes singulares con un marco teórico. Ellos son Winnicott y Moty Benkayar. Comenzaré en sentido inverso a cómo aparecieron en mis asociaciones.

Benyakar (2005)³ distingue 3 estadios de intervención en casos de catástrofes y desastres sociales:

- 1-El agudo
- 2-El inmediato después del evento que comienza entre dos a tres meses y el año
- 3-El crónico (que se prolonga después del año)

Cada uno de estos tiene cualidades específicas y requiere intervenciones diferenciales.

El autor insiste en marcar la *diferencia entre asistencia y tratamiento* que considero pertinente sostener y en postular que los analistas debemos estar presentes en situaciones de catástrofe o desastre social, tanto en la asistencia como en el tratamiento de los damnificados. Así, diferencia “*la atención por presencia*” -que según él excluye la demanda- y “*la atención por demanda*”. En la primera, el analista se presenta “como referente de cualquier necesidad que surgiese ante una situación terrible” (evoca su participación como terapeuta en la Guerra del Golfo cuando luego de un bombardeo ayuda a los damnificados a alojarse en un hotel, y distribuye jabones, toallas, etc.). Sostiene que el carácter repentino de los impactos disruptivos provoca una enajenación en el damnificado que coarta la demanda y que es *esta sutil presencia del analista en la situación de catástrofe misma la que posibilitará a posteriori el surgimiento de una “verdadera demanda terapéutica”* o sea, que cifra casi toda su efectividad en ese potencial de apertura de una labor terapéutica (más clásica) posterior más que en la intervención puntal misma.

²M. Benyakar: “El psicoanalista ante desastre y catástrofes sociales”, en *Actualidad Psicológica* Nº 336, Año XXX, Noviembre 2005, Bs. As.

³Op. cit.

Es en el segundo momento donde se realiza la tarea “esencial del psicoanálisis” esto es, la construcción de significados y la interpretación de los fenómenos del inconsciente.

Destaca que el despliegue de las cualidades de *contención y holding*, con *la flexibilidad necesaria* para moverse en un encuadre no sólido, sin perder *la actitud analítica* son propios del trabajo del analista durante el estadio agudo de una situación disruptiva.

Adhiero a su idea pero me propongo indagar por qué son necesarias estas cualidades en ese momento y por qué resulta efectiva ese tipo particular de presencia. Sobre estos puntos volveré luego de visitar a Winnicott.

Algunas diferencias con nuestro dispositivo se nos imponen ya. En primer lugar la diferencia entre catástrofe ó desastre social, como son las guerras en las que el dispositivo que menciona el autor se gestó, en las que todo un orden resulta trastocado y en las que el mismo analista está inmerso y, un evento disruptivo que afecta a una familia, que impacta en un niño y en su entorno de una manera singular y a veces en diferentes grados en cada uno de ellos. Por otra lado, Benyakar es miembro de los recursos sanitarios y del ejército del Estado israelí. Su presencia no es requerida en el momento agudo por un particular como en los casos que me han tocado en suerte, de allí que anule la demanda en ese estadio (presente en mi muestra).

Además, el hecho de tratarse de una guerra disminuye al papel de la impreparación (puede no anticiparse un ataque pero es posible imaginarlo, hasta esperarlo en la medida que hay una guerra en curso y “prepararse”).

Winnicott : Consulta terapéutica y el juego del garabato

Puede ser pensado este dispositivo novedoso y de intervención puntual como una consulta terapéutica?.

Winnicott la propone para “problemas clínicos agudos”, “crisis agudas con mucho sufrimiento que promueven una demanda de atención”⁴, casos en los que por diversas razones no es posible poner en marcha un proceso analítico ó éste no sería en esas circunstancias más efectivo o mejor para un paciente.

Nuestras situaciones cumplen los criterios para su aplicación a excepción “de la de contar con una ambiente suficientemente bueno” ó “una familia en

⁴Carlos Tkach : “ La consulta terapéutica y la práctica clínica”, en *Actualidad Psicológica* Nº 4002, Año XXXVI, Noviembre 2011, Bs. As.

funcionamiento”⁵. En los ejemplos que he descripto el ambiente está igual de conmocionado, shockeado, paralizado o arrasado por lo imprevisto como lo está el niño, pero no por esto deja de ser suficientemente bueno. El pedir ayuda, el poder identificarse con el sufrimiento de sus hijos evidencia la persistencia en su funcionamiento a pesar del golpe.

Advierte Winnicott que aunque esta práctica no es psicoanálisis en el sentido de una labor continuada donde emergen en un proceso elementos de la neurosis de transferencia para ser interpretados, “hay posibilidades de efectuar un trabajo psicoterapéutico profundo y eficaz si se hace un buen aprovechamiento... de ellas”⁶. La posibilidad de intervenir y ser eficaz radica en el particular lazo transferencial que se produce en esos encuentros. Winnicott advirtió que los niños soñaban con él la noche anterior. El paciente concurría a la consulta con una creencia o capacidad para creer en una persona que lo ayude y comprenda. “El terapeuta tiene un rol preasignado que se basa en la pauta de expectativa del paciente”⁷. Esta confianza, esta esperanza del paciente le da “una cualidad sagrada al momento” y una gran oportunidad al terapeuta de intervenir si la aprovecha, si se deja tomar por esa atmósfera, si juega ese rol preasignado.

No queda acaso posicionado en ese lugar el analista, como objeto subjetivo, y no es esa la creencia que opera en los padres y familiares de Rocío, Julieta, Julián, Omar y Zaira cuando me llaman? No es ese rol y esa atmósfera de confianza y fe la que me brinda la posibilidad de establecer con estos niños una comunicación profunda corporal, fantasmática, representacional, donde aparecen sus impresiones, sus afectos, su “saber” sobre los hechos, sus temores, sus primeras versiones?. La búsqueda de esa comunicación es el propósito principal de estas consultas y la creación de un “entre” (más que la resolución sintomática). Para Carlos Tkach⁸ “el juego del garabato -que fue simplemente un medio para hacer contacto con el Julián y Juanita-, evidencia en la materialidad de los dibujos que el producto no es exclusivamente de uno o de otro...sino de la superposición de las zonas de juego”.

⁵D. Winnicott: “ El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo”(1965), en *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Ed.Paidós ; Bs. As. ,1991.

⁶D. Winnicott : “El valor de la consulta terapéutica” (1965) en *Exploraciones Psicoanalíticas II*, Ed.Paidós , Bs. As.,1993

⁷D. Winnicott: *Clínica psicoanalítica infantil*, Introducción, Ed. Lumen Hormé, Bs. As.1993

⁸Ob. Cit

Brindar un encuadre humano es la única consigna técnica propuesta por Winnicott. Por lo demás el analista debe gozar de libertad para adoptar cualquier técnica que sea apropiada al caso.

Si este objetivo se cumple el sujeto puede abrigar la esperanza de continuar en una terapia sostenida....

Algunos de los consultantes mencionados en este trabajo luego devinieron pacientes.

Veamos ahora por qué el uso la consulta terapéutica se ha revelado efectivo en situaciones traumáticas. Que características intrínsecas coadyuvan?. Por qué es necesario jugar como objeto subjetivo en la transferencia?.

Para ello examinemos qué califica Winnicott como trauma⁹.

Su significado varía en función de la etapa del desarrollo emocional.

En la etapa de dependencia produce un quiebre en la continuidad existencial. Implica un derrumbe en el ámbito de la confiabilidad del ambiente a causa de su falla ó intrusión violenta que echa por tierra la experiencia de ilusión y la idealización del objeto (y secundariamente desencadena odio en el sujeto que lo vive como persecución), es una pérdida de la fe en la provisión ambiental que sostiene , en la capacidad de crear.

Winnicott¹⁰ también habla del trauma como derrumbe de la organización yoica no experimentado por el sujeto debido a que ha ocurrido en una etapa muy temprana, origen de angustias impensables, ante el cual se organiza defensivamente una enfermedad.

En estos casos Winnicott se refiere a aquellos hechos (a esos derrumbes) que el sujeto no puede recordar, que “aún no han tenido lugar porque el paciente no estaba allí para que sucediese”, ó en otras palabras a aquello que la integración yoica no es capaz de abarcar.

Más allá de la etapa del desarrollo en que se encontraban mis consultantes, en su mayoría preescolares¹¹, no son estas trágicas pérdidas “hechos que aun no

⁹D. Winnicott: “El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia” (1965), en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Ed. Paidós , Bs. As., 1991

¹⁰D. Winnicott: “El temor al derrumbe” (1974), en *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, N° 2, 1982

¹¹La idea de trauma ...significa una experiencia para la cual las defensas yoicas fueron insuficientes en la etapa del desarrollo emocional que a la sazón se hallaba el individuo, o en el estado del paciente (...) después ...prontamente se organizan nuevas defensas , pero en el milésimo de segundo anterior a ello, el individuo ve quebrada su continuidad existencial...”

han tenido lugar” como dice Winnicott porque el sujeto no estaba allí para experimentarlo?. Se trata de suicidios y accidentes, muertes trágicas e imprevistas de las figuras de apego y de identificación a las que los niños estaban fuertemente enlazados. Estas muertes además conmocionaron de tal manera el entorno y a las figuras de apego sobrevivientes, que aunque vivas temporalmente, funcionaron como no disponibles psíquicamente y hasta los niños temieron por su suerte (en el caso de Julián el padre cayó en una depresión profunda que requirió internación, la madre de Rocío desarrolló una enfermedad grave, y durante mucho tiempo fue incierto el destino de Julieta) .

Estas serie de rupturas generaron angustias intensísimas en los niños (que no corresponden al orden de la castración) .

Puedo articular este punto, no sin cierto forzamiento, con Benyakar¹² cuando dice que si bien un sujeto traumatizado (estos niños y padres) dispone de la información consciente, es decir no desconoce lo sucedido y puede reproducirlo, no hay una apropiación subjetiva de lo acaecido. Benyakar habla de una internalización pasiva, desubjetivamente de lo fáctico externo como modo de inscripción propia de lo traumático, que da como resultado (en cualquier etapa del desarrollo) un producto que denomina introducto (para diferenciarlo del resultado de la introyección normal) que se activará, de manera automática, conservando sus propiedades perceptuales como en Julián y Omar .

El trabajo analítico posterior emprendido con ambos (en sus terapias) tuvo como objetivo transformar esa inscripción no articulable, no entramable en la cuenta psíquica en una relato evocable.

Volviendo a Winnicott, al funcionar el analista bajo la omnipotencia del sujeto no posibilita que estos fenómenos queden bajo este ámbito para propiciar su inscripción subjetivante?, no reestablece la ilusión abruptamente interrumpida por la situación traumática?.

Podría pensarse que en la contratransferencia esa necesidad de no fallar y creencia en la necesidad de ajustarme a las necesidades responde a esa necesidad del paciente de controlar al medio indispensable para inscribir .

“Lo cierto es que la dependencia temprana sigue teniendo sentido a lo largo quizá en forma disfrazada de toda la vida” ,Winnicott en “EL concepto de regresión clínica comparada con el de organización defensiva” (1967)

¹²M. Benyakar: *Lo traumático*, tomo I, Ed.Biblos, Bs. As., 2006

El dispositivo todo ofrece una nueva provisión ambiental que restituye la confiabilidad en el ambiente y posibilita la dependencia (la regresión “en sentido benigno”¹³), donde todo puede recomenzar.

Juanita y su papá controlan el medio a través de una identificación proyectiva.

Tal vez la función del analista también sea acoger lo terrible proyectado, que el medio se haga cargo ó responsable de la agresión y soporte la agresión (ya que ha fallado grosera e imprevistamente). Según esta perspectiva, es posible que mi negativa a darle la noticia a Juanita sin la presencia del padre haya malogrado su espacio y el vínculo transferencial con la familia.

En términos clásicos esta expectativa de que el analista funcione adaptándose a las necesidades de los consultantes y la identificación proyectiva podrían atribuirse a la puesta en funcionamiento de pulsión de domino como forma de lidiar con lo traumático.¹⁴

Conclusiones

Aunque no podamos predecir el efecto que sobre un aparato psíquico tengan eventos fácticos disruptivos como los que hemos descripto ni evitar la posibilidad de desarrollos psicopatológicos considero que *el acompañamiento o asistencia y la intervención en esos primerísimos momentos* pueden tener un carácter “preventivo” en tanto:

1- En su dimensión de *holding material* ó concreto ayudan a restablecer la confianza en un vínculo y en la comunicación en momentos en que el entorno ha colapsado y prima el desamparo.

Al colocarse el objeto analista bajo la omnipotencia del otro crea la idea de un entorno controlable eficaz operativamente para el aparato afectado, y así ayuda a restablecer la confiabilidad (anterior al derrumbe) en el ambiente que lo sostiene permitiendo la regresión (benigna) a la dependencia y reduciendo la posibilidad de que el niño recurra al autosostén como medida defensiva ante lo traumático .

2- Como oferta de *holding representacional* el analista es garantía de que alguien conserva sus capacidades de elaboración y va a poder guiar ó ayudar a entender; es testimonio de un lugar y un otro no dañado. Contrarresta la

¹³D. Winnicott: “El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva “ (1967), en *Exploraciones Psicoanalíticas*, Ed. Paidós, Bs. As.

¹⁴S. Freud: *Más allá del principio de Inercia*, O. C , Amorrortu; Bs. As.

vivencia de desvalimiento ¹⁵ y permite sostener la confianza en la activación de los propios recursos elaborativos (por identificación).

3- Como consecuencia de los dos anteriores puede propiciar condiciones para que surja posteriormente una demanda de análisis.

Mayo, 2012

¹⁵Vivencia de desvalimiento: percepción endopsíquica de la propia incapacidad para procesar, de la pérdida de recursos para articular (Benyakar, op. cit.)

Bibliografía consultada

M. Benyakar: *Lo traumático*, tomos I y II, Ed. Biblos, Bs. As., 2006

M. Benyakar: "El psicoanalista ante desastre y catástrofes sociales", en *Actualidad Psicológica* N° 336, Año XXX, Noviembre 2005, Bs. As.

S. Freud: *Más allá del principio de inercia*, O.C. ., Amorrortu

C. Tkach: "La consulta terapéutica y la práctica clínica", en *Actualidad Psicológica* N° 4002, Año XXXVI, Noviembre 2011, Bs. As.

C. Tkach: "El concepto de trauma de Freud a Winnicott: un recorrido hasta la actualidad", trabajo inédito presentado en las XII Jornada de Actualización en Clínica y Psicopatología Infante Juvenil, Noviembre de 2009, Secretaría de Extensión Universitaria, Ftad. de Psicología, UBA,

D. Winnicott : "El valor de la consulta terapéutica" (1965) en *Exploraciones Psicoanalíticas II*, Ed. Paidós , Bs. As., 1993

D. Winnicott: *Clínica psicoanalítica infantil*, introducción, Ed. Lumen Hormé, Bs. As. 1993

D. Winnicott: "El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia" (1965), en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Ed. Paidós , Bs. As., 1993

D. Winnicott: "Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis" (1964), en *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Ed. Paidós, Bs. As., 1991

D. Winnicott: "Notas sobre el repliegue y la represión " (1965), en *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Ed. Paidós, Bs. As., 1991

D. Winnicott: "El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva" (1967), en *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Ed. Paidós, Bs. As., 1991

D. Winnicott: "El temor al derrumbe" (1974), en *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, N° 2, 1982

Apuntes personales tomados del Seminario "Teoría y Clínica del niño preescolar y escolar" dictado por el Prof. Dr. Carlos Tkach en 2010, Carrera de Especialización en Prevención y Asistencia Psicológica en Infancia y Niñez, Ftad. de Psicología, UBA.