

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

***Carrera de Especialización
Psicología y Psicoanálisis de los Vínculos***

Trabajo final integrador:

“De los nuevos tiempos y lo vincular”

***Trabajo presentado por:
Lic. Marcela Daniela Santomil***

***Dirección:
Dra. Sara Amores***

-2012-

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
+	Pose
	Vínculos
	N° INVENTARIO:
	R-1223

Agradecimientos

A la Dra. Sara Amores por su tiempo, por compartir conmigo sus saberes y por la calidez en sus correcciones.

A mis pacientes que me permitieron aprender en el encuentro *entre* ellos y yo.

Introducción.....	3
Un recorrido rizomático y no lineal.....	7
El pensamiento de la complejidad y la producción de subjetividad/es.....	
1. Pensamiento de la complejidad, ¿de qué estamos hablando?	
2. Del sujeto del inconsciente a otras subjetividades posibles	
Nuevas miradas, nuevos abordajes.....	13
¿Quién sufre en este vínculo?	
Otro relato: ¿De qué lado va la cuna?	
Psicodrama: otro modo de habitar “entre”.....	23
Juego y psicodrama, infaltables en mi caja de herramientas	
El caos y la complejidad no se llevan bien con las etiquetas	
Consideraciones finales.....	37

DE LOS NUEVOS TIEMPOS Y LO VINCULAR

INTRODUCCIÓN

Seleccionar por donde empezar a pensar este trabajo, ha sido una tarea muy difícil. La variedad de temas que aparecieron en las cursadas y la posibilidad múltiple de abordajes, hizo que en un principio, intentemos transmitir o sintetizar todo lo recorrido y esto es imposible.

Por otra parte, el recorrido y la experiencia por la propuesta vincular, desde lo personal es incipiente.

Puedo afirmar igualmente que la huella se instala desde el primer momento. Esto es paradójico, *el atravesar lo vincular*, nos modifica en forma instantánea; al modo de un acontecimiento¹.

Haré mención para iniciar este recorrido y fundamentar la anterior afirmación al concepto vertebral en la carrera, idea acuñada por Deleuze, me refiero el consabido “entre”.

Vale aclarar que podría surgir la pregunta: no sería acaso ¿el vínculo o lo vincular el concepto vertebral de la carrera? Pero realmente la respuesta posible y más viable para el recorrido que hemos hecho concuerda con la idea de que hablar de vínculo es hablar de entre. Nos cuesta pensar al vínculo de otra manera. Una de las definiciones que me resulta más contundente es la que plantea que “... *el vínculo (...)* *pivoteando sobre la diferencia pura de la ajenidad radical, el vínculo es de a dos y no hay un saber previo del dos, se encuentra en el territorio del entre y apunta a la producción de subjetividad*”.²

Por supuesto que debimos “desacomodar” nuestros saberes previos para abordar lo vincular desde el concepto de entre. Con esta iniciativa emprenderé estas primeras páginas.

Anecdóticamente deseo recordar la primera clase y la última de esta Carrera de Especialización. ¿Que diré?: iniciamos aquella tarde de viernes unos treinta alumnos y sólo finalizamos siete. Pero no es cuestión de número. Una presentación de conceptos puede hablar más que mil palabras.

¹ Según palabras de Lewkowics: Un acontecimiento es algo que en principio no tiene cabida en una estructura. Un acontecimiento, además, reordena de otro modo las cosas.

² Berenstein I. y Puget J. (1997). *Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Paidós.

Empezamos en el primer encuentro con “Pensamiento Filosófico Contemporáneo” y contemporaneizar empezó a ser un ejercicio difícil pero cotidiano. Todas las situaciones dejaron de ser aisladas y descontextualizadas para transformarse en “epocales”.

Apropiarnos (aprehender) del concepto de *entre* se transformó en un desafío para más de uno de nosotros, era una invitación salvaje a un cambio profundo de pensamiento para pasar a darle lugar a la complejidad y la multiplicidad de los nuevos tiempos.

En principio algunos pensamos que íbamos a solidificar nuestros conocimientos, ampliando y agregando nuevas cuestiones a las ya conocidas. Paulatinamente comprendimos que había un gran cambio de vocabulario, y que no era sólo esto, sino un cambio de posición que nos permitiría ver “todo” (lo conocido por nosotros) desde otro lugar. Quizás, al modo del protagonista del film *La sociedad de los poetas muertos*, cuando invita a sus alumnos a pararse sobre los pupitres, manifestándoles que desde ese lugar cambiaría su perspectiva.

Las concepciones filosóficas tan respetadas e instaladas por siglos entrarían en jaque, ya no se podría pensar en términos limitantes de bueno-malo, femenino-masculino, acuerdo o desacuerdo etc., se abrían las compuertas de varias posibilidades habilitadas por un pensamiento reticular. La complejidad y la multiplicidad serán dos protagonistas primordiales en la nueva propuesta de pensamiento. Creo que la imagen de “compuertas” nos brinda una visión realista de la irrupción de un pensamiento novedoso y avasallante que ingresa invadiendo y arrasando con lo establecido: tan quieto, estático, resolutivo y solvente que parece tener todas las respuestas.

Esta metáfora aludida, no la experimento a modo traumático y disruptivo promoviendo inseguridad e incertidumbre. La vivencia es semejante a una invitación, que como dice Denise Najmanovich en *Pensar la subjetividad*: implica “Abrir nuestro pensamiento creando espacios para lo informal *_como no formal y como sin forma_* implica dar lugar a los cambios como verdaderas transformaciones y no como un despliegue de lo mismo, y es por lo tanto una perspectiva tanto cognitiva como ética.” Lo que se despliega, ya no nos deja pensar de la misma manera y nos despierta de un letargo que impone movimiento.

Sin duda, en aquello vislumbramos un acontecimiento³, nosotros, comenzábamos a distinguir un cambio en el que otros ya habían hecho camino y habían multiplicado su pensamiento.

Dos nombres tomaron protagonismo en aquel inicio y en el de este trabajo, Gilles Deleuze y Jacques Derrida.

La formación de los presentes mayormente ha sido psicoanalítica y por ende lleva la marca de las representaciones teóricas de este “sistema” conocido por todos en el ámbito psi: transferencia, interpretación, construcciones en el análisis, sexualidad infantil, atención flotante, asociación libre, inconsciente, tópicos, narcisismo, represión, pulsión, angustia; entre otros forman parte de la meta-psicología freudiana, y por ende son los bastiones que si bien dan un marco teórico muy rico a veces impiden pensar lo nuevo, lo distinto, lo que no encaja, etc. Es decir, impide abrir nuestro pensamiento a la multiplicidad y a la complejidad, o a pensar rizomáticamente.

Pero sabemos que no se debe desechar lo bueno, no hay un antes y un después en esta formación; hay un aquí y ahora que está configurado por el “mientras tanto” de producir nuevas construcciones teóricas vinculares y adaptadas a la demanda epocal. Y de eso tratará este trabajo, de aproximarnos a los cambios de mentalidad que se fueron produciendo y que aún tienen que prosperar en el abordaje del paciente: sujeto vincular.

Por esta razón ha sido un desafío repensar nociones abriéndonos a la teoría vincular, la frase del novelista Francés Marcel Proust: *"El verdadero viaje de descubrimientos no consiste en buscar nuevas tierras, sino en ver con nuevos ojos"* resume a la precisión gran parte de las situaciones con las que nos hemos identificado en el transcurso de esta carrera. Es en definitiva la invitación que nos hace la teoría vincular. Mirar y revisar lo conocido con otros ojos, con apertura, con la posibilidad asombrosa de que nada esté absolutamente cerrado, acabado y terminado. Porque esto implicaría quedarnos afuera no solamente del conocimiento sino de una nueva vinculación *entre* subjetividades.

Ya no hablamos de *sujeto* como categoría a priori, aislada, fija y acabada, sino de *subjetivación* como *devenir*, Así que despojados de nuestro máximo exponente de análisis e interpretación, **el sujeto**, “emprendimos un camino de re-descubrimiento”⁴.

Subjetividad/es- vincular- reticular- entre- pareja/s - son algunos de los componentes de nuestra caja de herramientas.

³ Concepto original de Badiou, A. (1988) en *El ser y el acontecimiento*. Ed. Manantial

⁴ Parafraseando a Michel Foucault en *Omnes et singulatum* : Hacia una crítica de la <razón política> (1990) Barcelona. Paidós.

Figuras como Deleuze y Derrida serán protagonistas ocultos de estos nuevos conocimientos. Digo ocultos pues sostienen a modo de entramado filosófico las ideas que propiciarán en nosotros un pensamiento de la diferencia⁵.

Además de aparecer ellos, junto a actuales formadores que se irán citando, mi inclinación personal será volver a Winnicott a quién redescubro como excelso vincularista y promotor de ese espacio entre, constitutivo de subjetividades/s.

⁵ la *diferencia* (Deleuze) y la *différance* (Derrida)

UN RECORRIDO RIZOMÁTICO Y NO LINEAL:

Presentar un trabajo final de carrera de postgrado debe traslucir la incorporación de la metodología adecuada y el respeto de ciertas normas estandarizadas y aprobadas por la comunidad científica.

Pero espero se me permita una presentación de conceptos reticular para sostener un estilo de escritura coherente con el pensamiento.

No puede haber un único concepto desde el cual se puede iniciar este recorrido. Debemos poder transitar por todos y cada uno de ellos y llegaremos sin duda a los otros.

En este sentido se intentará abordar:

- Nuevos y distintos dispositivos vinculares
- Lo histórico y lo actual entramados
- Familia
- Apuntalamiento y Diagnóstico situacional

Revisando las ideas acerca de:

- Sujeto y subjetividad,
- sujeto vincular y subjetivación.

Todo desde la perspectiva del **pensamiento de la complejidad** y la **multiplicidad**.

Para tocar estos temas presentaré algunos historiales de tratamiento encabezados con las siguientes preguntas:

¿Responder a la demanda o proponer un dispositivo vincular?

¿Quién sufre en este vínculo?

¿De qué lado va la cuna?

Psicodrama: otro modo de habitar entre.

El pensamiento de la complejidad y la producción de subjetividad/es

1. Pensamiento de la complejidad, ¿de qué estamos hablando?:

Representante unívoco de pensamiento complejo es Edgar Morin. El “Observaba sin clemencia la realidad social, y centraba primordialmente sus investigaciones en el análisis de fenómenos culturalmente “desordenados” que se rotulan como lo irregular, lo desviado, lo incierto, lo indeterminado, lo aleatorio.”⁶ Siendo que estas son las características mismas de la **realidad**. La realidad es caótica y no ordenada.

Una de sus denominaciones más citada en su autoría es lo **multidimensional de los fenómenos humanos** en contraposición a la fragmentación de saberes que lleva a un orden visiblemente creíble pero poco real. Así también describe al sujeto. Habla de *homo complexus* y con *complexus* se refiere a “lo que está tejido en conjunto”. “Ello equivale a decir que en oposición al modo tradicional de pensamiento, que divide el campo de los conocimientos en disciplinas atrincheradas y clasificadas, el pensamiento complejo es un modo de religación (religar). Por consiguiente, se opone al aislamiento de los objetos de conocimiento, los restituye a su contexto y, toda vez que resulte posible, los reinserta en la globalidad a la cual pertenecen.”⁷

Al definir al *homo complexus*, Morin nos dice algo conocido en el ámbito vincular: lo que está tejido en conjunto, que es una trama, un entre, un vínculo. Dice que los hombres *somos criaturas sensibles, neuróticas y delirantes, al mismo tiempo que racionales*, y todo ello constituye el **tejido propiamente humano**.

“El ser humano es complejo y lleva en sí de modo bipolarizado los siguientes caracteres antagónicos: racional y delirante, trabajador y lúdico, empírico e imaginador, económico y dilapidador, prosaico y poético”⁸

Esta convivencia ambivalente pondría al pensamiento binarista de cara con un sujeto en conflicto. Para esta visión pasa a ser multivalente, es decir, complejo, múltiple, en un ser pueden convivir y son inherentes a él las diversas sensaciones, emociones, estilos, etc.

De hacer esta lectura hablamos entonces, cuando nos referimos a pensamiento complejo, una mirada que tenderá a pensar en todo el entretejido que aparece y no en el sujeto como unidad. Pensamiento de la complejidad para abordar vínculos. Vínculos que no calificaremos de complejos porque es inherente al vínculo, la complejidad.

⁶ Miguel Grinberg. (2003) Edgar Morin y el Pensamiento Complejo. Ed. Campo de Ideas.

⁷ Miguel Grinberg. Op.cit.

⁸ Miguel Grinberg. Op.cit.

Esta mirada nos permitirá afrontar una situación entramada con otra y nunca aislada. Donde no se presupongan dispositivos únicos y encuadres linealmente definidos sino que se pueda pensar en situación.

2. Del sujeto del inconsciente a otras subjetividades posibles

Pensemos en un terapeuta que atiende familias y parejas y realiza orientaciones a padres, suponemos que debiera tener un marco teórico para responder: ¿Qué es una familia? ¿Qué es una pareja? ¿Qué es una madre?

Si a cualquier persona le hiciéramos estas preguntas las respondería desde su visión subjetiva, o desde una construcción aprendida culturalmente, o desde una significación colectiva.

Los psicólogos intentamos renunciar a una posición subjetiva y suponemos poder posicionarnos desde nuestra neutralidad. Recordemos las diferencias entre neutralidad y abstinencia entre las cuales también la mirada vincular nos da una nueva postura. Se consideraron por mucho tiempo las reglas de neutralidad y abstinencia como fundamentales y de idéntico peso en la práctica analítica.

Podemos reflexionar acerca de la primera, ubicándola temporalmente en el pedido que se le hacía al analista de quién era esperable que fuera observador externo de su objeto de estudio “analizante o paciente” y guardara la mayor distancia posible (ideas de la modernidad y el positivismo); tengamos en cuenta que esa misma modernidad era la que tenía respuestas cerradas para las preguntas: qué es una madre, una pareja o una familia.

Dentro del pensamiento de la complejidad consideramos posible el sostenimiento de la abstinencia pero no de la neutralidad. Dice Carolina Pavlovsky “el agente de salud mental... no es un agente NEUTRO, lamentable para algunos este hecho, asumido en otros cuyo orgullo despierta. Se trata de la subjetividad pura: lo colectivo, lo personal, las transversalidades, lo intermedio, puro intersticio”⁹ es decir entonces que podremos preservar nuestra consabida abstinencia pero nunca la neutralidad será posible y es propio de nuestro aprendizaje comprender los beneficios de este trabajo desde la implicación.

⁹ Pavlovsky Carolina. (2003). Líneas de fuga en el trabajo con psicodrama.

“Si bien la implicación desde el primer enfoque institucional ha aparecido como obstáculo para la tarea analítica... Pensamos que pone en juego una función testimonial que supone necesariamente la presencia y el reconocimiento de otros, con los cuales armamos redes que permiten sostenernos en la subjetivación”¹⁰ (Matus, Rojas, Ventrici, Zadunaisky, 2002) Esto es precisamente a lo que hacemos referencia cuando decimos que trabajamos desde la abstinencia y no desde la neutralidad, a un analista implicado. A esto último haré referencia más adelante, en el primer caso a desarrollar en el trabajo.

Sabemos que “la abstinencia se halla implícitamente ligada al principio mismo del método analítico, en tanto que éste convierte en acto fundamental la interpretación, en lugar de satisfacer las exigencias libidinales del paciente.”¹¹ Esta funciona a modo de renuncia pulsional para dar curso al tratamiento y sus estrategias fundamentales.

En relación a la neutralidad, sin embargo, se ha dado lugar a muchos malentendidos. Un analista en estos tiempos asumirá que la objetividad total no es posible, porque no está exento de las representaciones de su época. No es ajeno a los cambios complejos, ni puede mantenerse inmutable en el tiempo. La implicación lo ubica en un aquí y ahora, viene a resolver la distancia óptima que la neutralidad proponía con un lugar insostenible.

¿Qué respondemos entonces a qué es, una familia, una pareja, una madre?

Previo al trabajo con la Teoría vincular yo hubiese respondido en cada caso con algunos supuestos de base, la idea de objeto libidinal, pensaría en las relaciones objetales, y en los vínculos primarios, etc.

Por otra parte en la Modernidad, el sujeto madre, la institución familia y la pareja como precursora de la familia tienen una clara definición. Dejando **por fuera** todo lo que no es una madre, una familia, una pareja.

Y entonces, ¿Habría respuesta posible? Creo importante para pensarlo, darle ingreso al concepto de subjetividad. No absolutizar, con respuestas que dejen por dentro o por fuera componentes de cada concepto. Porque seguramente en la búsqueda de respuestas aparezcan varias madres, varias familias y varias parejas.

Posición subjetiva no es subjetividad. Psiquismo no es subjetividad. Interioridad no es subjetividad. Debemos partir de derribar los opuestos, ya que son más los

¹⁰ Matus, S. y Rojas, M.C. (2003). La función del analista en la Clínica de redes. Jornadas de la AAPPG .

¹¹ Matus, S. y Rojas, M. C. op. Cit.

inconvenientes que los beneficios lo que nos trae pensar en pares de opuestos; objetividad-subjetividad, entre otros.

A qué denominamos hoy subjetividad, qué encierra esta construcción.

Según lo presenta Ana Fernández, simplemente diremos que no existe subjetividad “que ésta sólo se presenta bajo formas instituidas... hay subjetividades instituidas y hay procesos de subjetivación, recorridos en los que **se adviene otro** que quien se ha sido”¹²

Subjetividad es una forma de habitar. Una forma de ser esto que se es. En este caso, un analista que empieza a pensar lo vincular. Frente a la pregunta: ¿Qué es una madre? ¿Qué es una familia? ¿Qué es una pareja?

Dicen Susana Matus y María Cristina Rojas en Jornadas del año 2003: “Si entendemos entonces al analista como sujeto complejo en situación, diremos que éste pone en juego en la situación clínica, de modo inevitable, las diferentes dimensiones de su subjetividad, en excedencia respecto de su “**ir siendo**” **terapeuta**; se despliega, pues, como sujeto social y sujeto del vínculo, como sujeto responsable, político, histórico, ético, etc. Así, su “estar-con-otro”, entramado en la situación clínica, otorga a ésta una eficacia subjetivante no solamente para el paciente, también para el propio analista, copartícipe.”¹³

Cada vez el analista se podrá hacer las preguntas ¿Qué es una madre? ¿Qué es una familia? ¿Qué es una pareja? Y con esta perspectiva abordar “otras maternidades”, “otras familias”, “otras parejas” diversas a la subjetivamente construida.

Un analista copartícipe e implicado formará parte de la escena clínica y no el consabido rol de muerto. “Despliega y construye posiciones que le permiten armar relatos y rellenar lagunas frente a lo insemantizable, a la par que promover el armado de tramas vinculares novedosas. Se trata pues de crear condiciones para la enunciación creativa, subjetivante. Para ello, se va constituyendo la piel de la situación, el dispositivo opera, la abstinencia abre, se generan condiciones de apuntalamiento en ese tiempo/ espacio con otros, contrapuesto al aislamiento.”¹⁴ Es decir que su rol es más activo y complejo, es en un aquí y ahora, y es en el entramado de la transferencia que está ahí complejizándolo todo. La transferencia puede dejar de ser motor y obstáculo cuando puede empezarse a analizar la implicación.

¹² Bozzolo Raquel,(2004). Macrocontexto: el agotamiento de una nominación.

¹³ Matus, S.y Rojas, M.C. (2003).La función del analista en la Clínica de redes. Jornadas de la AAPPG .

¹⁴ Susana Matus y María Cristina Rojas (2003) Op. Cit.

NUEVAS MIRADAS, NUEVOS ABORDAJES

El cuerpo de este trabajo consistirá en relatar algunos casos clínicos en los cuales se pueden observar nuevos abordajes surgidos de la formación en psicoanálisis de los vínculos.

¿Quién sufre en este vínculo?

El mismo será presentado en interrelación con una viñeta clínica, desarrollando los siguientes conceptos:

Dispositivo - entrevistas preliminares - sufrimiento vincular - acting - posición del analista - implicación - abordaje clínico - encuadre - clínica de las redes.

Hago referencia al caso:

Una mamá solicita una primera entrevista para su hija de 8 años. Debido al requerimiento le indico que a dicho encuentro asista ella sin la niña y si es posible con el papá. Allí me aclara que el papá vive en otra provincia por lo cual vendrá ella. Llegado el momento de la entrevista María viene acompañada por un señor. Como el consultorio tiene una sala que compartimos con otros colegas atendiendo en forma simultánea le pregunto si vienen juntos. Ella me presenta a su acompañante y señala que Juan es su pareja y quería estar presente en la entrevista porque puede dar otra visión del problema.

Como señala Susana Matus en “La alternancia de encuadres en el abordaje clínico” debemos en primera instancia preguntarnos por la modalidad de intervención, sin limitarnos con un encuadre único que todos entendemos como universal.

Desde aquí me posicioné para invitar a ambos a iniciar la entrevista. Le solicité a María que hiciera referencia al motivo de consulta.

Comentó entonces, que Sol, había tenido un gran cambio de conducta. Se mostraba enojada, caprichosa. Que la demandaba permanentemente. Que la interrumpía en su lugar de trabajo (ella da clases de telar y

cuando Sol va a buscarla se angustia y no tolera esperarla en el auto, entonces irrumpe en la clase). Era entonces que ella no sabía como manejarla.

Le solicita a Juan que él agregue lo que le parezca. Él entonces hace referencia a lo que considera el motivo de esos cambios de conducta, señalando que la nena nunca ve al papá. Que él no la llama ni la viene a ver y que él también tiene hijos a la distancia y sabe lo importante que es estar presente.

Para el abordaje clínico del caso fue necesario que en el lugar de analista se desplegara la creatividad y el análisis de la implicación. Ya que la presentación de la problemática de Sol y cómo la misma fue planteada tenían en mí una resonancia particular. Esto puede atribuirse a la condición inherente al analista y que es, la de ser participante en el vínculo.

Escuchando los planteos de María y Juan se jerarquizó su discurso y se me fueron presentando preguntas, cómo: ¿quién sufre en este vínculo? ¿Es Sol? ¿Es la pareja por no saber cuál es el rol de cada uno? ¿Es un padre que quiere presentarse como figura parental modelo, mientras que hay otro padre supuestamente ausente?

Desde el comienzo de este tratamiento apareció lo novedoso. Era notable que esta pareja viniese ya con una hipótesis tan armada de lo que estaba ocurriendo en Sol, y de algún modo a confirmarla o exigir que alguien hiciera algo más. Fue así que les solicite que me contaran:

Cuánto hacía que ellos vivían juntos, cómo se produjo el armado de este nuevo lugar compartido. Si la casa era común a ambos o alguien se mudó a la casa del otro. Cómo dormían. Y si había ocurrido en los últimos seis meses algo que ellos consideraban importante comentarme.

Ya desde este momento se producía una cierta movilidad en el dispositivo de abordaje. Lo que ellos habían pensado como un tratamiento individual para un paciente (bidimensional) comenzaba a incluirlos.

La orientación de la entrevista fue dirigida a pensar que si Sol portaba un síntoma, el mismo había que re-situarlo. Es decir que “Una enfermedad no es un cuadro clínico, sino una combinatoria en un momento dado y en un contexto particular”¹⁵

Estas características que se han ido soslayando en relación al **encuadre** y al **abordaje clínico** tienen relación con pensar en el campo vincular la alternancia y flexibilidad del primero en función del segundo es sólo a los fines de favorecerlo, es decir propiciar un mejor abordaje clínico. (referencia al texto de consulta de Lic. Susana Matus)

Continuando con el relato señalan que viven en la casa donde antes vivían Sol y María. En un departamento pequeño que está edificado atrás de la casa de la abuela materna. Este lugar lo compartían madre e hija desde que el papá se mudó a otra provincia cuando Sol tenía dos años y medio. Ellos conviven desde hace un año y como dato muy relevante señalan el fallecimiento del abuelo materno hace tres meses con quien Sol compartía mucho tiempo. La familia de María participa bastante, por lo que ella comenta, opinando y haciendo señalamientos acerca de la relación que Juan debe tener con Sol (que no la rete, cuál es su rol, etc.)

Aparece entonces, otro momento en la entrevista. ¿Cómo pudo tanta información dejarse para el final o permanecer velada si no aparecía la pregunta?

Surge en primera instancia una “angustia de no asignación”¹⁶ para Sol, quien venía sosteniendo una diada con su mamá a quien ahora tiene que compartir. Por otra parte el fallecimiento de un abuelo que más de una vez habrá sido el referente paterno para la niña parece no tomarse como duelo a elaborar.

Por qué no pensar entonces que se pueda responder a esta demanda desde una “clínica de las redes”. Que esta paciente no se conciba aislada respecto de sus vínculos y que algo del orden del duelo por su abuelo y el duelo de su lugar junto a su mamá se pueda enunciar. No sólo por el hecho de “decir-lo” sino en función de generar apuntalamientos para afrontarlo y pensar nuevas ligaduras.

¹⁵ Matus S. (1997) La imposibilidad vincular en las patologías actuales. Trabajo presentado en la Jornada de Familia del Centro Oro. Bs.As.

¹⁶ Concepto original de Renne Kaës .

Aquí pensar una metapsicología de lo vincular implica plantear otro encuadre, otro dispositivo, otro análisis de la transferencia para entrar en el terreno. Principalmente involucra poder pensar el sufrimiento vincular “como un concepto intermediario que permita articular la cuestión clínica del motivo de consulta con una metapsicología propia”¹⁷ y acorde.

Frente a la pregunta: por donde deberá pasar este tratamiento, se me ocurre pensar que no es respondiendo a la pura demanda, a la que no se dará en primera instancia unívoca respuesta. Es decir, aceptando a Sol como paciente se estaría aceptando que ella ha hecho un síntoma y que esto es sólo cuestión suya. Como los que padecen este sufrimiento vincular son todos, se me ocurre proponerles algunas entrevistas de orientación a los tres.

Por un lado algo que los ayude a conocerse en su diferencia y a armar un vínculo desde allí. Para Juan será de fundamental experiencia poderse pensar en un vínculo con Sol donde no tenga que “enseñar nada de la paternidad verdadera”.

Lo posible del vínculo (Kaës) se dará en la medida que el pueda reconocer al papá de Sol como un sujeto distinto. Articular su diferencia y su semejanza. El papá de Sol es otro, también es padre como él pero la forma de ser padre de Juan no es la única forma de serlo. Si no fuese así las paternidades se duplicarían, y no se producirían subjetivamente.

¿Cuándo se produjo este sufrimiento?, al predominar una de las posibles formas de hacer semejanza o diferencia. Si predomina la **semejanza** y creo que esto es lo que ocurrió en este caso, hay un exceso de narcisismo. “Sólo a mi modo se puede ser padre” Todo lo diferente no es paternidad. Por ende Sol sentirá que ella no tiene un padre. Se sentirá aún más sola.

Sin embargo, si tuviera ingreso la **alteridad**, podríamos suponer el anudamiento de las dos dimensiones, **semejanza** y **ajenidad**. Aparece entonces un otro distinto. Otro que no es el padre de Sol, que es la pareja de su mamá pero que puede ser un buen referente que enseñe, que acompañe, que proteja, etc. Que funcione como padre.

La ajenidad, es inherente al vínculo. Dice Isidoro Berenstein: “a pesar de la identificación, algo del otro se resiste, no se puede incorporar y aun en lo semejante y lo diferente, una parte no puede inscribirse como propia, permanece no conocida, es lo ajeno y es inherente a la presencia del otro.”¹⁸ Creo que en especial el descubrimiento

¹⁷ Gomel, S. y Matus, S. (2006) Acerca del sufrimiento vincular. Actas de las Jornadas de la AAPPG. Bs. As.

¹⁸ Berenstein I, Una visión personal del psicoanálisis de las configuraciones vinculares.

de esta ajениdad debe ser trabajada por Juan, quien debe aprender a respetar un espacio en Sol desconocido e insondable para él. Sólo así se conformara un buen vínculo.

Cuando la conozco finalmente a Sol, pude inferir que tiene mayor claridad que los adultos para enfrentarse a los cambios complejos que ha vivido su familia. Por ejemplo: ella habla muy bien de Juan, dice quererlo y estar contenta con él. Y hace muchos relatos y dibujos en los que incluye a su papá, un papá que aunque está lejos está presente en el vínculo. Probablemente ha estado funcionando bien la desmentida constitutiva en Sol (desmentida necesaria para sostener ciertas ilusiones: por ejemplo, creer que su papá está lejos pero que igual la quiere).

Sol no desafía a la ley, ya que si bien se muestra caprichosa y enojada, puede acceder a ella. Comprende y está atravesada por la legalidad. La orden provenga de su madre, o de Juan, o de su abuela es comprendida y la obedece. Lo que seguramente sí ocurre es que Sol está enfurecida. Básicamente porque perdió cosas que quería y sabemos que por el efecto angustiante de la castración, esto no es fácil de aceptar. Y de ahí su postura.

Pasó a ser uno de los objetivos del espacio: que todos perciban, que este es un proceso normal que hay que respetar y que no hay alguien puntual a quien hay que diagnosticar y atender. Por otra parte, asumir la angustia que produce vivir pérdidas y cambios que no son fáciles es un paso más en el crecimiento de los sujetos claramente aquí sujetos del vínculo. Esto le pasa a Sol, pero también le ocurre a Juan que intenta ocupar un nuevo lugar en un nuevo grupo familiar.

En síntesis:

- ✓ El carácter co-constructivo de la operación clínica
- ✓ La indicación como una construcción no anticipable
- ✓ El pensar un encuadre ya no como único y universal
- ✓ La movilidad de los dispositivos de abordaje
- ✓ La actividad creativa del analista y su responsabilidad de sostener la abstinencia

Son algunos de los atributos, que nos hablan de una “clínica de las redes”.

A ella “corresponde la idea de **indicación terapéutica** como una **construcción en transferencia**, por lo tanto, no anticipable ni predeterminada, y emergente a partir de los primeros encuentros propios de la consulta psicoanalítica”¹⁹.

¹⁹ Matus, S. (año) La alternancia de encuadres en el abordaje clínico.

Esto se pudo ver puesto en juego en este caso. Un primer abordaje demandado fue reemplazado por otro más acorde, aludiendo a un sufrimiento vincular. Nos queda poder evaluar en **situación** cada una de las demandas que recibimos para que iniciar un tratamiento con un paciente no implique la aplicación de intervenciones aprendidas. Sino que estas se puedan producir en el aquí y ahora del paciente que también nos incluye.

Como veníamos mencionando la clínica de redes, ésta nos permite algunos atributos. Por un lado, el saber que la **indicación** no es anticipable, sino una construcción que se da en el aquí y ahora del paciente. De este modo ya no pensamos el encuadre como único y universal, sino configurable

Otro relato: ¿De qué lado va la cuna?

Palabras clave: Nuevos y distintos dispositivos vinculares -Lo histórico y lo actual entramados – Familia - Apuntalamiento – Indicación- Diagnóstico situacional.

El paciente llega a consulta traído por su mamá. El motivo es que le cuesta relacionarse con pares y en oportunidades ha tenido reacciones arrebatadas: pegando. Le solicitan en la colonia a la que asiste que realice una consulta. A pesar de requerirle en el pedido de turno telefónico, que asistan ambos padres, sólo viene la mamá a la entrevista inicial sin el niño.

Ariel, el paciente, tiene 7 años y es hijo único.

Algunas de las expresiones de la mamá me hacen pensar que el niño es mucho más que el centro del hogar. Ella es docente y trabaja doble turno, el papá es comerciante y a pesar de ser independiente no puede manejar horarios en la semana para venir a la consulta según lo que ella relata.

Según la mamá ella prefiere hacerse cargo de todo lo que implique charlas o entrevistas referidas a Ariel, porque si va el padre la hace quedar mal porque *se pelea*.

Una de las cuestiones que menciona en la entrevista es que con su marido han tenido altibajos porque él ha pasado por una depresión a raíz de la muerte de su padre ocurrida hace cuatro años. El niño era muy apegado a su abuelo, esto lo ve actualmente como algo negativo porque considera que el duelo se extendió demasiado tiempo generando tristeza en el niño.

Por otra parte describe a su esposo como egoísta, señalando que ella tiene que trabajar tanto porque de su sueldo paga el Colegio de Ariel que es bastante caro y que su marido no aporta salvo cuando ella le pide que traiga puntualmente mercadería del negocio que tiene.

Algo de lo dicho entre líneas, como veremos al final del relato, es lo que creo aparece motorizando los síntomas de Ariel (enojos-golpes-reacciones abruptas). Pero llegar a descubrirlo implica promover que se genere un espacio analítico. “Si tomamos el concepto de **indicación** en su acepción de dar a entender lo *desconocido* podemos pensarlo como un modo de delinear un espacio analítico que estimule la producción de efectos de sentido capaces de traducirse en acontecimientos vinculares.”²⁰

²⁰ Revista TRAMAS. AUPCV. Perspectiva psicoanalítica vincular. Agosto 1996. T II, Nº 2

Esto tendría relación con que lo que se trae no es a un niño con un problema sino un acontecimiento que configura lo histórico con lo actual, lo situacional del paciente.

Luego, cuando Ariel comienza a venir, la mamá parece agobiada, siempre muy cansada. Él frente a ella se muestra caprichoso con gesto de enojo y siempre quejándose por algo.

El niño, en las pequeñas cuestiones como pasar al consultorio dejando las golosinas que tiene en la mano, o frente a la regla de un juego, manifiesta serias dificultades para aceptar la frustración. Cuando pierde en algún juego se molesta y dice que no puede ser ése el resultado. Cuando la mamá lo deja en la sesión le pide comida, y come cuando quiere. Hay una cuestión visible de ansiedad y sobrepeso.

Con el tiempo se logran varios avances que se observan en el ámbito vincular de Ariel. Pero poco se puede avanzar en reestablecer una buena relación para orientar a los padres. Como si en la creencia de los padres, el foco fuese el niño y con ellos no hubiese que intervenir.

En el transcurso del tratamiento yo realizo **la especialización en vínculos a la que refiere este trabajo** y empiezo a pensar las cuestiones también de manera diferente. Surge la inquietud de hacerlos participar desde algún lugar a ambos padres. Aunque sea por separado. Observo que Ariel manifiesta un lazo importante con su papá y que no quiero perder la riqueza de ese vínculo en el espacio terapéutico.

Cito entonces al papá en el único espacio que a él le es posible, un sábado al mediodía horario en el que yo no atiendo pero puedo flexibilizar por esta razón. Viene el papa luego de 6 meses de iniciado el tratamiento. Le doy un horario y un día especial por su trabajo. El pide una hora más tarde y viene. Al modo de Ariel, siempre tratando de negociar hasta lograr alguna ventaja en la resolución.

Mi primera impresión al recibir al papá en el espacio es de una gran diferencia respecto de la descripción que hacía su esposa hasta el momento. Ingresaron juntos con Ariel. Luego yo le di algunos juegos al niño para que esperara en la sala mientras conversaba con su papá. El vínculo entre ellos manifestaba afinidad y entendimiento.

Cuando comenzamos a hablar del motivo de encuentro me dice casi sin introducción: sabe qué pasa Marcela? El error de Miriam fue que la cuna estuvo siempre de mi lado. Cuando lo trajimos a Ariel... yo le cambiaba los pañales, le preparaba la leche a la noche, y el quedó de mi lado; como si existiera una clara competencia.

Habla de la muerte de su padre que llevó 4 años empezar a aceptarla y el reclamo del niño por no haber ido al entierro. El niño en sus sesiones ya había hecho alusión a que hubiese querido ir al entierro de su abuelo y que no lo dejaron.

Luego de la charla con el papá, ingresa al consultorio Ariel a quien le pido, mientras su papá espera en la sala, que realice un dibujo de dos personas, cualesquiera (Test de dos personas).

Siguiendo el procedimiento de la técnica, el niño dibuja un niño y una niña a los que nomina Bart y Lisa (entiendo que son los hermanos Simpson) ellos en el dibujo están peleando por el mismo juguete. En relación al título y a la historia el dice: pelean por el mismo juguete, hasta que aprenden que...

Creo que en la pareja de hermanos aparecen proyectados sus padres, que como hermanos compiten por un mismo juguete: Ariel.

Hay una puja por este niño hasta que aprendieron que... cada uno por su lado lo puede "criar". Frente a la pareja de padres me pregunto, hay pareja o son dos personas cumpliendo en forma separada el rol de padres.

Hay una pareja que no se pregunta por su funcionamiento sino que deja que el niño hable por ellos en su síntoma de rebeldía. Mientras el niño se para de frente como espectador de la puja de sus padres por él y desarrolla una serie de habilidades para sacar la mejor tajada de dicho enfrentamiento. La mamá visualiza de modo inconsciente la fuerte identificación entre padre e hijo y presenta la queja porque el niño hace lo mismo que el padre: "en un lugar público, cuando algo no le gusta, pelea."

En este caso, se puede volver a observar, que el camino de salida de lo que aparece como sufrimiento es pensarlo desde lo vincular. El no haber aplicado intervenciones conocidas y aprendidas, da lugar al acontecimiento de cada consulta y tratamiento.

Siendo que la consulta se realizó por la sintomatología que presentaba un hijo, la teoría vincular, nos puede mover a pensar que se puede pasar de una consulta individual por un niño, a la indicación de un abordaje familiar.

En el campo vincular se despliega una producción intersubjetiva, este despliegue impacta al analista y le plantea el interrogante: *cómo hacer para que estos papás se comprometan de una forma que vaya más allá de traer a su hijo para que sea atendido* En este punto nos dejamos atravesar por lo que señala Moscona, en su texto "Construcción del dispositivo...", situando la posibilidad de que cada tramo de esta trama vincular provoque la construcción del dispositivo.

Sabemos que el síntoma de origen psíquico, no habla de sí mismo sino que representa otra cuestión. La mamá rechazaba las semejanzas de comportamientos del niño y el padre. Si se puede percibir esto, se puede ver que una serie de datos significativos rodean la escena del síntoma, y esto mueve a pensar que los padecimientos de Ariel no eran únicos.

Creemos que: “El proceso de indicación **depende** de nuestra posibilidad de **dejarnos interrogar** por las situaciones y entrevistas iniciales...”²¹ y básicamente es esta posibilidad la que daría lugar a una nueva pregunta y por ende a una nueva indicación.

Aquí una indicación de terapia de familia **contextualizaría** la demanda. Esto no le pasa a Ariel sino que responde a otra pregunta qué ¿les pasa? En el lugar de la pregunta aparece como respuesta una nueva **unidad de análisis**. No es Ariel, es la familia la que lo trae a **escena** para decir lo que aún no pudo poner en palabras, así: el analista que puede **interrogarse**, observa que algo de la **vincularidad** es lo que está en juego y hace una elección clínica: “Se trata de una elección clínica que contextualiza la demanda en el espacio virtual de la cura.”²²

²¹ Revista TRAMAS. AUPCV. Perspectiva psicoanalítica vincular. Agosto 1996. T II, N° 2.

²² Revista TRAMAS. Op. Cit.

PSICODRAMA: OTRO MODO DE HABITAR “ENTRE”

“Ese desconocido que llevamos
puesto”... nuestro propio cuerpo, el cuerpo
que somos, no ya el que tenemos. Michel
Henry

Sabemos que el cuerpo enferma y tiene modos de hacer visible la queja. Se escucha actualmente mucho más de lo esperado y en forma insistente; “somos un cuerpo”. Pero desde mi práctica psicoanalítica no había lugar para pensarlo de este modo. Siempre al consultorio llegaba una realidad psíquica, realidad interna (Winnicott) bien diferenciada de la realidad externa. Pero en el transcurso de esta formación pude vislumbrar que era real esta idea del espacio intermedio entre esa realidad interna y la realidad externa. Y en consecuencia, registrar mi cuerpo.

A veces, mi trabajo se convertía en un dolor de cabeza, después de muchas horas de quietud y escucha. Otras veces, me chocaba con la incongruencia por tratar de pensar desde un estricto orden, algo que sólo pedía multiplicidad y desorden. La salida de la cuestión estaba en lo rizomático y en darle lugar a ese entre que derriba las dualidades.

En este apartado abordaré el entre-cruzamiento de los seminarios que realizamos en La Especialización y diversas conceptualizaciones de Donald Winnicott.

El seminario sobre psicodrama aportó mucho más de lo esperado en su momento de cursada, fue vivencial y dio lugar a una aproximación muy efectiva.

Por otra parte ya había surgido en el recorrido por las distintas materias el reconocimiento y el retorno a algunos conceptos y formas de realizar la práctica analítica de Donald Winnicott, aporte que históricamente el psicoanálisis se ha encargado de limitar, adhiriéndolo estrictamente a la Escuela inglesa de quien poco se podía rescatar.

El seminario de psicodrama que realizamos al finalizar la carrera promovió un encuentro posterior en la AAPPG con la profesora Olga Albizuri de García y suscitó en mí una búsqueda que se plasmó en la formación en psicodrama en la escuela de Tato Pavlosky.

Experimenté que me hacía bien poner el cuerpo. Que algunas cuestiones que no “sabía” resolver desde el “saber” se resolvían ahí: “entre”...

Esto me hizo resignificar situaciones que había experimentado en algunas en algunas materias de La Especialización como en “Intervenciones en grupos”, donde había que caldear antes de empezar, levantarse, moverse... esto era algo novedoso, pero ¿Con qué tenía que ver? Con que el aprendizaje que nosotros realizamos en La Especialización, realmente nos atravesara.

Es decir, que desde la Formación, se produjo un cambio justamente en el vínculo con el saber y en el modo de habitar la práctica analítica.

Relato una escena que yo pude prestar en el seminario de psicodrama para avanzar en esta idea:

<Yo atendía en mi consultorio a un niño de 8 años con quien había establecido un vínculo terapéutico transferencial, de hecho comenzaba a realizar en el espacio de la terapia las “mismas cuestiones que su mamá observaba como síntomas”. Al momento en que la mamá venía a buscarlo, yo experimentaba un malestar, una angustia, que se promovía por no saber frenarla. Ella irrumpía en el consultorio, comenzaba a preguntarme por él con un estilo verborrágico y a quejarse por otras tantas cosas que le habían ocurrido y no podía resolver. No respetaba el acuerdo realizado cuando planteamos el encuadre en el que se expresó claramente que yo la citaría para hacer devoluciones pero que nunca hablaríamos de situaciones al paso y menos adelante del paciente. La escena mostraba esto: la irrupción de la mamá y mi falta de manejo, mientras el niño interrumpía, tironeaba de la ropa de la madre, etcétera.> La profesora, directora de la escena, me dijo: mientras vos estás tratando de atender a todos y “quedar bien con la mamá” se produce una pérdida del dispositivo que se había establecido para la atención. El entrecomillado me resonó y evocó la sensación de “quedar bien” que no tiene nada que ver con lo analítico. Pude trabajar esa resonancia y ese aspecto en mi espacio terapéutico y en las situaciones donde debía ponerse en juego mi rol de analista. Creo que la cuestión estaba ahí, en ese *entre* la mamá que hacía una demanda y yo que respondía sin poder darle cabida a las sensaciones internas y corporales que tenía. Luego de terminar la escena me pidieron que expresara con el cuerpo o con la voz lo que sentía. Di un grito muy fuerte que luego pude transformar en un “Ahora no”... cada sesión con aquel paciente comenzó a finalizar distinto. Yo salía a despedirlo a la sala de espera y hasta ahí podía llegar su mamá. Y ante cualquier pregunta la respuesta era: _“ahora no, te cito la semana próxima y lo hablamos, pero ahora no.”

Desde esta nueva postura y con una mirada crítica a la infinidad de respuestas que aparecen en el *mercado* intentaré pensar algunas cuestiones (me refiero con mercado al universo de ofertas para la solución de problemáticas que aparecen a diario desde los ámbitos de salud en relación a lo que viven niños-padres-parejas-familias-etc.).

Cuando un niño manifiesta un síntoma físico, requerimos un claro diagnóstico, y una receta. Pero qué ocurre cuando no hay un solo diagnóstico, y por ende no hay una receta. Más allá de la incertidumbre de los padres se propone pensar que la cuestión puede tener causas complejas o pensamos el diagnóstico desde la complejidad.

La medicalización y el abuso del uso del DSMIV como parámetro del saber nos han llevado a la incorporación de diagnósticos odiosos y perpetuables que sólo aquietan la ansiedad de los padres, y que rotulan al niño eximiendo a los adultos de toda responsabilidad, paralizando la posibilidad de trabajar sobre el síntoma y aquello que lo produce.

Si hay síntoma y automáticamente hay respuesta, allí terminó el motivo de consulta.

En nuestra labor, la cuestión no es lineal. Puede ocurrir que el síntoma sea claro y contundente, pero cuando son los papas los que traen a un niño por un síntoma, lo primero que considero relevante preguntarme es quién padece más. En la medida que respondo lentamente a esta pregunta puedo pensar un dispositivo para un paciente que aún no está delimitado. Puede ser el niño, puede ser la pareja, puede ser la familia. El paciente tiene un padecimiento y los papas traen una pregunta adherida, en general, a una hipótesis previa. También suele ocurrir que son los papás los que más padecen el síntoma del niño y expresan la queja. Veamos...

Nuestra labor tiene que promover un espacio para encauzar la ansiedad de los padres que vienen ávidos de respuestas, sin duda. Pero sobre todo, promover un espacio de escucha al núcleo mismo del grupo familiar, y luego hacia el analista.

Convengamos que los dispositivos menos ortodoxos y con características novedosas son muy resistidos hasta en el mismo ámbito analítico. Existen distintas creencias a cerca de que los "grupos" son sólo para economizar tiempo y atender más pacientes a la vez. Que las "terapias de familia" son casi imposibles de concretar por cuestiones de horario. Que "las parejas" van a pelearse al espacio terapéutico, entre otros. Y en realidad podemos comprender que estos prejuicios tienen razón de ser en nuestra propia resistencia. La complejidad misma de la pareja, de las familias, de los

grupos de personas que no logran escucharse, son los que demandan dispositivos particulares. Un tiempo y horario común para que todos se escuchen, ahí donde se ha aprendido poco a cerca de la comunicación. En una sociedad donde cada uno cuenta su historia, un ámbito común que nos invita al ejercicio utópico de escuchar al otro nos parece imposible. Pero hacer la experiencia nos permite construir la entidad de dichos espacios en nosotros.

El poder transitar por experiencias grupales y de terapia de pareja en estos años a modo personal me ha permitido realizar subjetivamente mi construcción en relación a estos dispositivos.

En este último tramo del trabajo los invito recorrer mi experiencia grupal y algunos logros que pude vivenciar al modo de un acontecimiento.

Juego y psicodrama, infaltables en mi caja de herramientas

Si hablamos de niños y análisis, emerge el juego como estrategia terapéutica. Asociado a esto suele aparecer la teoría de Melanie Klein como ícono representativo. Pero, si algo se ha criticado justamente de su teoría, es la rigidez con la que aparece dando respuestas interpretativas extremas a lo lúdico, que paradójicamente tiene mucho de singular y creativo.

Postulamos en estas líneas re-pensar los aportes de Winnicott que nos brinda la particularidad de descubrir el juego en el espacio analítico con distintas vertientes: una por un lado con el objeto de elaborar situaciones traumáticas y otra “como expresión de la potencia creadora de la parte del yo libre de conflictos.” (1967 Winnicott)

Jugar es saludable, es constitutivo del sujeto, es un espacio de promoción para la creatividad y la capacidad de disfrute. Esto vale para todos, paciente y terapeuta.

Mi tránsito por los grupos ha sido constructivo. Seleccione para este relato, la conformación de dos grupos de formación. Uno es el de La Especialización en Vínculos y otro es el de Psicodrama del que formo parte actualmente.

En la Especialización en Vínculos se dio un fenómeno al cual sólo le pudimos enunciar hipótesis causales con mis compañeras. Habíamos comenzado alrededor de cuarenta personas y si bien en estos postgrados como en todas las formaciones que implican tiempo, lectura y dinero siempre se espera un cierto grado de deserción, aquí hubo momentos puntuales en los que se desgranó el grupo de forma abrupta. Pero lo interesante, más allá de las posibles causas, es pensar qué nos llevaba a estar atentos y percibir esto.

Habíamos conformado un grupo, estábamos atentos a la presencia del otro, sabíamos en qué ámbito cada uno iba a realizar su práctica y esto nos preocupaba, hasta habíamos vivido algunos conflictos como grupo, que produjeron álgidas discusiones. Esto, era más que el efecto de la ilusión grupal, se había producido un entramado que nos permitía compartir otras cuestiones. Trabajos en común, una misma sintonía en la escucha de los temas. Podíamos empezar a escuchar y pensar juntas a Deleuze y Derrida. Discutir, preguntar, *animarnos a no entender* (Pavlovsky). Nos paramos en el *entre*, esperando, dejándonos provocar, deviniendo, no en la singularidad de nuestras subjetividades, sino siendo otros con otros.

Hacia el final de la Carrera de Vínculos, sólo quedamos tres alumnas. Hubo una sensación de huída. Nos preguntamos ¿Resistencia a la diferencia, a la otredad, a dejar

de *Ser – Yo?* ¿A perder en el encuentro con el otro o a perdernos? Lo cierto es que me quedé o nos quedamos y siguió la atracción por ese vínculo que brindaba otros espacios distintos a los habituales en nuestra actividad. Probablemente fue un fenómeno transicional, donde ese pequeño grupo prestó la seguridad para no enfrentarnos solas a los cambios de paradigma que tanto nos atemorizaban.

Mi otra experiencia, es aún actual y promueve otro modo de prestar el cuerpo en mi práctica. También es un grupo de formación donde se ha establecido un entramado de vínculos. Donde cada uno sabe bastante de la historia del otro por las escenas prestadas y la vivencia en el encuentro.

Un espacio de psicodrama donde reaprendimos a jugar, pues más de uno lo tenía olvidado.

El juego, no es estático, ni puede ser enseñado sin el tránsito por la experiencia. Pensemos cuánto nos cuesta a veces, transmitir reglas de juegos conocidos, porque en realidad lo que sabemos es jugarlos.

Dice Winnicott: "...lo universal es el juego, y corresponde a la salud: facilita el crecimiento y por lo tanto esta última; conduce a relaciones de grupo; puede ser una forma de comunicación en psicoterapia y, por último, el psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada de juego al servicio de la comunicación consigo mismo y con los demás"²³

“Jugar es hacer”²⁴

Debemos preguntarnos hoy, cuánto ha jugado ese niño que viene a consulta y qué implica el juego para él, y qué lugar tiene “el jugar” para esa familia.

También debemos implicarnos y percibir nuestro cuerpo, nuestra postura no sólo observando, sino participando de una zona lúdica terapéutica en sí misma (Pavlosvky²⁵). Como dice Winnicott: “La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo.”²⁶

²³ Winnicott, D.W., (1971). Realidad y juego. Barcelona: Gedisa. Pp 65.

²⁴ Winnicott, D.W Ibidem.

²⁵ Pag. VII

²⁶ Winnicott, D.W Ibidem pp. 61

Más de una vez, me han dicho esos pequeños pacientes que no están atados a las formas:

“Vos también vení a jugar”,

“vení sentáte acá en el piso conmigo”,

“Te voy a enseñar este juego que me encanta”, e irse fascinados porque me habían podido ganar o porque yo disfrutaba de eso que había aprendido con ellos.

Este recorrido me impulsó a poner en práctica un dispositivo nuevo con mis pacientes más pequeños, por otra parte tratar de ver si era posible armar un grupo de niños era un desafío de otro seminario del que participamos: Psicoanálisis de Grupo con Niños y Adolescentes.

Invité a cuatro pacientes míos de entre 8 y 10 años. Todos con un recorrido de espacio terapéutico de más de un año. Y les ofrecí una actividad psicodramática.

Los niños tienen una naturalidad que en general los adultos hemos perdido. Sabían que iban a estar con otros tres chicos que no conocían pero nadie se preocupó por ello. Los invité en la sala de espera a sacarse los zapatos para ingresar al consultorio que funcionaría para la actividad psicodramática y lo hicieron como si entraran a un pelotero. Y todas las propuestas de juego dramático tuvieron intensa adhesión y profundidad. Salieron temas importantes como sus gustos o disgustos más hondos y salió entre otros el tema de la muerte. A la hora de hacer la puesta en escena de un episodio que alguien había contado, elegimos la escena de Martín. El hace dos años que asiste al espacio y entre otras cuestiones padece de una ansiedad que se manifiesta claramente en su sobrepeso. La escena relata cómo se enfurece y que respuesta da a un compañero que lo golpea en la escuela y le dice “gordo cara de papa”. De allí partimos a desarrollar la escena con todos sus recursos. Realizamos doblajes, soliloquios, cambios de roles y al finalizar interrumpimos la escena y reelaboramos la escena deseada.

Además de lo agradable que fue para mí el encuentro, entre sorprendente y entretenido, el mismo dejó un bagaje de elementos para seguir ahondando. Volví a encontrarme con cada uno de los chicos en su sesión semanal, y muy al pasar Martín me dijo, frente a los caramelos que se sirve a veces de la sala de espera: -hoy no me sirvo porque me estoy cuidando. -¿Ah sí? ¿Por? _pregunté...

-Porque estoy gordo...

Le pregunto si fue a la nutricionista.

-No, me dice, pero la pediatra siempre me dice que tengo que cuidar el peso y es verdad, así que empecé a comer menos de todo, a cuidarme solo.

-Me parece bueno eso, le dije, si te cuidás estás más sano.

El haber podido decir en la escena, lo que “los otros le dicen” respecto de su sobrepeso, le generó la puesta en palabras de cómo se siente él con eso, cómo se ve por lo que los demás le dicen, y lo movió a tomar una decisión que para él considero que es muy adecuada.

Siempre consideré que era importante generar la necesidad en Martín de trabajar sobre su peso, como motivo de consulta o como consecuencia de la misma. Pero no se había dado la oportunidad para que esto surgiera, y al fin fue promovido por la propuesta psicodramática.

Esta experiencia abrió la posibilidad de que aparezcan distintas líneas de fuga, lo que no se espera, lo que no está previsto, lo que no se conoce. Irrumpió desde la trama grupal que constituyeron esos seres desconocidos entre sí que se prestan unos a otros para hacer la escena.

Aquí pude conectar con el seminario sobre grupos de niños y adolescentes que hicimos con la Lic. Ona F. Sujoy, quien al relatar una experiencia en clase me proponía animarme con grupos de chicos. Recuerdo que mi sensación era que aquello sería imposible. Por un lado, pensando en la resistencia de los padres a traerlos a un grupo con otros chicos, por otra parte creyendo que ellos también podían ser resistentes. Hoy sé, a partir de la experiencia, que la resistencia fue personal y es la que puede obtener toda tarea novedosa.

Los pacientes pueden devenir participantes de un grupo y de un grupo psicodramático, no importa que sean niños, y quizá ese es precisamente el plus.

Aquí aparecen resignificados algunos conceptos winnicottianos, articulando la práctica grupal. Dice Carlos Alberto Barzani “cuando el grupo es pensado como un espacio transicional, se presenta como el lugar de despliegue de fenómenos transicionales, en el que la ilusión grupal y la constitución de una zona de confianza permiten, una vez constituidas, sentar la base de procesos creativos y productivos del grupo que son terapéuticos por sí mismos.”²⁷

Y lo cierto es que dicha experiencia puede pensarse como un fenómeno transicional.

Justamente Martín, quien fue el protagonista de la escena, es un niño negativamente apegado a la madre. Su condición de hijo único promueve una

²⁷ Barzani Carlos A. (2001). Conceptos winnicottianos en el campo de las prácticas grupales. VIII JORNADAS DE RESIDENTES AREA GRUPOS

apropiación por parte de la pareja de padres que revela un núcleo aglutinado²⁸ que debería evolucionar, una relación de estilo simbiótico que no le permite crecer.

El grupo funcionó a modo de objeto transicional para que Martín expresara en un espacio propicio sus necesidades personales. Su angustia porque los demás lo llaman gordo y su inserción en un espacio común a otros dónde pueda salir de su subjetividad para ser atravesados por otras subjetividades y conectarse con lo simbólico y lo cultural. Pudo verse diferente a los otros, ver también lo diferente de esos otros y aceptarse desde esas diferencias.

En Barzani también leemos: “*Lo transicional* se caracteriza por ser algo que es interno y externo y que a la vez no es ni interno ni externo; con lo cual sería falsa y verdadera al mismo tiempo cualquiera de las dos proposiciones posibles: “El fenómeno x es interno” o “El fenómeno x es externo”.” Y es una forma contundente de homologarlo con la idea de *entre*.

En sintonía con esta intervención aparecieron otras estrategias conocidas, pero descuidadas en mi andar por la práctica analítica. El garabato (squiggle) antigua propuesta winnicottiana viene a ofrecerme una opción de técnica, estrategia y lugar de implicación que no utilizaba.

Por un lado, plantea que desde una idea metafórica o simbólica “Winnicott propone un espacio grupal-transicional donde pacientes y terapeutas van delineando un “garabato” grupal.”²⁹ Por otra parte el uso del garabato nos puede dar muestra por clara de un entramado familiar si en dicho dispositivo nos animamos a proponer a los integrantes de la misma la ejecución de un garabato en conjunto.

Recordemos las indicaciones precisas del autor para tal juego de garabatos: “En este juego trazo en forma impulsiva cierto tipo de líneas e invito al niño entrevistado a convertirlas en algo; luego las traza él y me invita, a su vez, a encontrarles alguna forma.”³⁰

Si el juego del garabato surge en Winnicott con la intención de promover un primer espacio de comunicación, es porque se trata de un juego sin reglas donde prima la sorpresa y se establece un vínculo auténtico entre paciente y terapeuta.

²⁸ Concepto de Bleger. Dice Marcos Bernard en: Inconsciente y narcisismo en los vínculos

“Pienso que lo que Bleger llamaba núcleo aglutinado no es otra cosa que el contenido y la estructura de este inconsciente originario.”

²⁹ Op. Cit.

³⁰ Winnicott, D.W., (1971). Realidad y juego. Barcelona: Gedisa. Pp 34.

Cuánto puede aportar dicho juego en un entramado familiar donde a veces se hace muy difícil ingresar. Donde la otredad presenta defensas sostenidas por el síntoma.

Volviendo al caso de Martín, para el interior de esa familia es impensado o lo era hablar del sobrepeso. Hay un afuera que sí lo ve y se presenta a través del grupo y propone lo ajeno como algo posible de ser pensado.

El caos y la complejidad no se llevan bien con las etiquetas

En la mayor parte de los casos que relato en este trabajo, me he tenido que acercar a las escuelas a las que asisten estos niños. Estos encuentros se promovieron en general cuando el colegio solicitó un informe de lo que el niño venía realizando en el espacio terapéutico y hasta en algunas oportunidades intentando constatar que realmente asisten. Las instituciones, en la actualidad, padecen las presiones de distintos ámbitos que las instan a justificar cada una de sus decisiones, a documentarlas y a asegurarse un respaldo que va más allá de la atención del alumno.

Tomando precaución de mi parte, muchas veces elijo acercarme a la institución antes que dar cuenta de lo realizado por escrito. En general solicitan informe y diagnóstico. Y parecen urgidos por el mismo, quizá porque éste les permite contar con un docente más en el aula, ya sea una maestra integradora o un acompañante terapéutico.

Casi en consonancia con algunas líneas de trabajo de la salud mental actual, hoy las instituciones escolares reclaman una nominación para el conjunto de síntomas.

Los modelos predominantes en este momento invitan permanentemente a la instalación de un diagnóstico sostenido por la justificación de que estos favorecen la elección de la psicoterapia más adecuada o la estrategia para operar más favorablemente.

Desde mi visión lo que logran instalar son diagnósticos que se ponen de moda, con un riesgo enorme para el paciente y su entorno, que no sólo creen padecerlo sino que quedan adheridos a ellos y hasta a veces tramitan un certificado de discapacidad que sólo marca limitaciones.

Desde la perspectiva vincular en Psicoanálisis he aprendido a repensar sin temor frente a los diagnósticos asignados a partir del DSMIV que a veces instala al paciente en un laberinto del cual ya no podrá salir.

Hace unos años todos los salones de las escuelas contaban con un niño con ADD, hoy la sigla es otra y en el grupo que va de los 2 a los 5 años aparecen infinidad de niños con TGD. Mi cuestionamiento es inevitable, y considero que es trascendente poder verlo, ya que padezco la justificación enneguecida de muchos colegas que creen realmente en la proliferación de los casos.

El DSMIV, como todo “manual” es muy claro. Cuando presenta los trastornos generalizados del desarrollo dice: “se caracterizan por una perturbación grave y

generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.”

Por demás abarcativa la definición y basada en una expectativa de que por parte del entorno médico y familiar existe una base de conocimiento sólida y amplia de las características “propias” del nivel de desarrollo de un niño.

Seguramente, en el ámbito médico esto está más claro (aunque me reservo el derecho de dudar, pues algunos médicos envían a los padres asustados al psicólogo porque el niño no quiere comer de todo, por ejemplo). Por otra parte, algunos padres manifiestan con ansiedad y temor que el niño a los dos años no les permite mantenerse sentados, o que toca todo lo que está a su alcance, o que siendo más chico se lleva todo a la boca. O que en el período de aprendizaje del lenguaje habla con verbos en infinitivo, etc. Situaciones que sabemos responden a la absoluta normalidad de su etapa etaria.

Cuando se popularizan las siglas ADD o TGD, los padres se ven abrumados y empiezan a pensar que sus hijos pueden tener este padecimiento y consultan por ello.

Las escuelas suelen solicitarles límites, acompañamiento, presencia y a veces ellos terminan preguntándose por el diagnóstico que hace que no puedan con sus hijos.

El último caso que he atendido al respecto, es el de un niño de 3 años, Pedro, la mamá viene a consulta sosteniendo que cree que el niño “tiene algo”. En la primera entrevista cuando relata la historia vital del niño, yo creo percibir que no se ha establecido un vínculo de sostén. Ella rescata la inteligencia del niño y dice haberle enseñado “ya” todas las letras y los números, pero que él aún muerde a sus compañeros de jardín, que no puede hacer un juego en grupo, que se trepa a todas partes y que aún le tiene que dar de comer en la boca.

Una amiga, que tiene un chiquito diagnosticado con TGD le sugiere que haga una consulta a la misma profesional que atiende a su hijo. Dicha profesional es conocida en la ciudad por haber armado un grupo de trabajo para niños con TGD y que en cada caso instala un dispositivo desde lo cognitivo conductual para abordar dicha patología.

Al ver a Pedro, certifica la posibilidad del diagnóstico y solicita un estudio que desde lo económico no puede ser solventado por la mamá. Allí ella me consulta y yo pido conocerlo. Lo observo su juego y su lenguaje y trascurridos dos encuentros empiezo a jugar con él.

Debo comentar que la mamá lo cría en ausencia del papá, del cual se ha separado al año de tenerlo. Que vive con su primera hija de otro matrimonio que tiene 20 años, y que parece relatar todo lo referido a Pedro con mucha distracción sin poder precisar datos o fechas. Se ha equivocado varias veces el horario de sesión y se ha ausentado otras.

Por otra parte, juega a morderlo, dice darle aún la comida en la boca porque si come solo se ensucia y no lo deja jugar en el piso ni desparramar juguetes por esta misma causa. Cada vez el diagnóstico se aleja más de un TGD.

Realmente al ingresar al consultorio es un torbellino, pero si me siento a jugar con él, interactúa conmigo y se conecta. Cuando me dice frases armadas y en lenguaje neutro, se las vuelvo a formular y las comprende y responde perfectamente.

Me alejo cada vez más de un niño con TGD y me acerco a un diagnóstico situacional. Donde hay una mamá alejada de la función materna con un papá ausente desde la presencia y desde lo que se pueda decir de él. Un papá ausente desde lo real y desde lo simbólico.

Conecto necesariamente lo desarrollado con el concepto de apuntalamiento.

Sabemos que desde la lectura de R. Kaës (quien acuña el concepto) y sus discípulos, se puede pensar que el apuntalamiento, funcional por el reconocimiento de que algo falta, y en su reemplazo despliega una multiplicación de modos y objetos capaces de producir en su lugar la satisfacción. Es una tendencia complementaria y que reacciona en tensión con el narcisismo que funciona afirmando el yo, perpetuando y ampliando la unidad del sujeto.

Para Kaës el apuntalamiento es múltiple. Los apuntalamientos son interdependientes, actuando en una estructura reticular, en la que aparecen complementariedades, sustituciones y antagonismos. El apuntalamiento es un proceso constitutivo del psiquismo. El psiquismo aparece soportado por apuntalamientos múltiples, y en las crisis se puede observar su falla.

En esta relación madre hijo se ha dado una sutura, una confusión, una indiscriminación que no ha dado lugar al apuntalamiento. Aparece un exceso de “hacerse cargo” de ese hijo que por tener diecisiete años de diferencia en edad con su hermana para ser un primogénito, al que prácticamente se desconoce en sus conductas. No se saben o no se recuerdan cuales son las conductas típicas de un niño de dos o tres años; entonces se le enseñan las letras pero no se le permite ensuciarse.

El espacio terapéutico que corre al niño del foco, y pone a la situación familiar como centro de la escena terapéutica puede funcionar a modo de un nuevo apuntalamiento que promueva vínculo. Vínculo con la mamá, vínculo con el juego, vínculo con los objetos, con los otros.

El apuntalamiento puede rearmar el lazo del vínculo que no se ha producido.

En estas crisis, que Pedro ha producido en sus ambientes ha solicitado un apuntalamiento y en función de la situación armaremos redes para que él pueda estar en el colegio al que asiste y con otros estableciendo vínculos.

Pedro necesita tirarse al piso, ensuciarse con masas y con comida, armar, desarmar y dejar las letras y los números para más adelante.

Pedro necesita que lo dejen de mirar como a un niño que “tiene algo”, para acercarse a la vivencia de que allí sólo se tiene a un niño.

CONSIDERACIONES FINALES

Ha sido interesante el trabajo de aproximarnos al abordaje de un nuevo paciente: el sujeto vincular.

Subjetividad/es, vincular, reticular, entre, pareja/s, familia/s, psicodrama apuntalamiento y diagnóstico situacional; son algunos de los componentes de nuestra caja de herramientas.

Todo ha cambiado de perspectiva desde el pensamiento de la complejidad y la multiplicidad. Todo quedó atravesado por la idea de entramado que en realidad sostiene el nuevo paradigma, psicoanálisis de los vínculos.

Un psicoanálisis que demanda un nuevo analista. Un analista de los vínculos y de la subjetividad. Subjetividad como forma de habitar.

Un analista coparticipe e implicado con el cuerpo ahí en situación.

El camino se ha ido desarrollando con el armado y la producción de nuevos y distintos dispositivos vinculares.

Se desandaron los caminos tradicionales y se comenzó a instalar la idea de varios caminos posibles, lo rizomático y lo reticular tomó protagonismo.

Para que cada demanda fuese contextualizada se produjeron nuevos espacios.

Neutralidad y abstinencia fueron redefinidas.

Irrumpe un espacio intermedio entre las dicotomías, realidad interna - la realidad externa vs. realidad/es.

Los síntomas de un niño, ya no son tales. Se puede escuchar un síntoma individual y elaborar desde allí un diagnóstico situacional que redefina al paciente. Proponer desde allí un nuevo dispositivo.

Nuestra labor cambia, tiende a promover un espacio para de escucha al núcleo mismo del grupo familiar, a su historia.

Trabajando con niños, el juego como estrategia terapéutica, se revalida y recupera características malentendidas por el uso.

Lecturas winnicottianas que fueron pasadas por alto se releen a la luz de una mirada renovada por el atravesamiento del cuerpo.

El cuerpo reaparece en la escena terapéutica. Desaparece la dicotomía cuerpo psiquis y surge la compleja subjetividad.

DESPEDIDA

Todos tenemos un lugar en el mundo.

El lugar donde se experimenta el vínculo como algo mágico con el espacio y con los otros.

Ahí fui a escribir esta producción, a lo que podría llamar el rincón de los vínculos.

Ahí donde estoy en paz, con mis recuerdos, con mi aire, mis ancestros y mi presente.

Ahí donde yo puedo escuchar el ruido del estar. El viento y las hojas hacen una melodía.

Este lugar me pertenece y yo le pertenezco.

Allí he establecido esos vínculos que encierran una conexión única, probablemente inentendible para otros.

He vuelto aquí como siempre,

porque me inspira y aquí me reconozco. Porque sólo así puedo constatar que todo sigue ahí en su sitio y que yo estoy aquí versátil e intacta.

BIBLIOGRAFÍA

- Amores S. y Vicente, L. Cuando un hijo motiva la consulta. Proceso psicoanalítico diagnóstico en familias con niños. Actas Jornadas FAPCV. Mendoza 1993.
- Amores S. Clínica del niño y su familia. Una perspectiva psicoanalítica. Ed. Distal. 2000
- Badiou, A. (1988) El ser y el acontecimiento. Ed. Manantial
- Barzani Carlos A. (2001). Conceptos winnicottianos en el campo de las prácticas grupales. VIII JORNADAS DE RESIDENTES AREA GRUPOS
- Berenstein I. y Puget J. (1997). Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica. Buenos Aires. Paidós.
- Bianchi, G. y otros: (2004) Psicopatología vincular: Del Psicoanálisis clásico a las nuevas formas de pensar. Actas de las XX Jornadas de la AAPPG. Bs. As.
- Bozzolo Raquel, (2004) Macrocontexto: el agotamiento de una nominación.
- Najmanovich D., Pensar la subjetividad
- Gomel, S. (1997) Transmisión generacional, familia y subjetividad. Cap. 6. Buenos Aires. Ed.: Lugar
- Gomel, S. (2006) Perspectivas vinculares psicoanalíticas. Actas de las Jornadas de la AAPPG. Bs. As.
- Gomel, S. Abordajes y estrategias en psicoanálisis vincular: acerca de la indicación (ficha)
- Gomel, S. y Matus, S. (2006) Acerca del sufrimiento vincular, Actas de las Jornadas de la AAPPG, Bs. As.

Gomel, S.; Sternbach, S. (1997) Dispositivo e intervención en las patologías de borde. Actas de las II Jornadas FAPCV. Córdoba.

Lewkowicz Ignacio, notas inéditas tomadas en 1999.

Matus, S. (1997) La imposibilidad vincular en las patologías actuales. Trabajo presentado en la Jornada de Familia del Centro Oro. Bs.As.

Matus, S. (2008) Problemáticas clínicas en familias y parejas: superando dicotomías. Actas del II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Bs. As.

Matus, S. La alternancia de encuadres en el abordaje clínico.

Matus, S. Rojas, M. C. (2000) Clínica de las redes. Otra perspectiva en el psicoanálisis de los vínculos. Jornada F.A.P.C.V., Bs. As.

Matus, S. y Rojas, C. (2003) La función del analista en la clínica de las redes. Actas de las Jornadas AAPPG. Bs. As.

Matus, S.; Moscona, S. (1995) Acercas de la desmentida y la vincularidad. Actas de las Jornadas AAPPG. Bs. As.

Foucault, M., Omnes et singulatim : Hacia una crítica de la <razón política> (1990) Barcelona. Paidós.

Grinberg, M., (2003) Edgar Morin y el Pensamiento Complejo. Ed. Campo de Ideas.

Pavlosky, T. (1967) Juego y psicoterapia.

Winnicott. D.W., (1971). Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.