

Contratransferencias en la clínica con niños

Magda Blanch

Este artículo surge de la participación en la Mesa Redonda *Variaciones sobre un mismo tema: Uso de la contratransferencia*. Organizada por Gradiva, Associació d'Estudis Psicoanalítics, el 16 de mayo de 2015.

Resumen

El psicoanalista de niños se enfrenta a un entramado contratransferencial, por la emergencia de lo arcaico en el niño y por la inclusión de los padres en el proceso terapéutico. Ello suscita en el terapeuta la confrontación con lo arcaico de sí mismo y con aspectos inconscientes de la relación con sus propios padres. Considerando que la contratransferencia es un terreno delicado, usarla como fuente de autoanálisis aproxima, a través de la asociación con aspectos inconscientes del terapeuta, a lo inconsciente del paciente niño y a aspectos inconscientes de los padres que forman parte de los síntomas del niño.

En la primera parte de este artículo desarrollo algunas aportaciones teóricas, interrogantes y reflexiones alrededor de la contratransferencia en el espacio psicoanalítico con el paciente niño. La segunda parte da lugar al entramado contratransferencial en el espacio terapéutico con los padres.

Palabras clave: *contratransferencia, transferencia, lo corporal, narcisismo, autoanálisis.*

Abstract

The child psychoanalyst is faced with a framework of counter-transference; with the emergence of the archaic within the child and with the inclusion of the parents in the therapy process. For the therapist this raises a confrontation between their own archaic and unconscious aspects of their relationship with

their own parents. Considering that the counter-transference is a sensitive area, using it as a source of psychoanalysis brings us closer, through the association of unconscious aspects of the therapist, to the child patient's unconscious and to unconscious aspects of the parents that are part of the child's symptoms.

The first part of this article expands on some theoretic contributions, questions and reflections with reference to the psychoanalytical space and the child patient. The second part leads us to the counter-transference framework in the psychoanalytical space with the parents.

Keywords: *counter-transference, transference, corporal, narcissism, self-analysis.*

El trabajo analítico con niños tiene sus particularidades, tanto por sus propias maneras de expresarse, como por la dependencia real con los padres, que implica su inclusión en la consulta y tratamiento.

Estos además de estar presentes en cómo se va estructurando su hijo como sujeto, lo están como portadores de este, y como transmisores y partícipes de la problemática por la que consultan.

Con los pacientes jóvenes y adultos los padres aparecen en el trabajo analítico en la forma como estos se han configurado en lo simbólico, en sus fantasías, en sus conflictos narcisistas y edípicos.

Hablar de tratamiento con niños, supone situarse ante una franja amplia de edades, desde los primeros meses de vida hasta los 12 o 13 años, años decisivos en los que se va constituyendo su subjetividad. A menudo, en función de la conflictiva y los síntomas por los que consultan, es conveniente mantener contacto con otros profesionales que intervienen en la atención al niño (maestro, pediatra...) por lo cual ya desde el momento de pedido de la consulta

el analista está en un entramado de relaciones, en las cuales se desplegará una red de vínculos, transferencias y contratransferencias múltiples.

Todos sabemos que la manera de expresarse del niño es distinta de la del adulto. El medio de comunicarnos con los niños, además de la expresión verbal —cuando esta ya está adquirida— es a través del juego y el dibujo que son las herramientas técnicas que le ofrecemos y a través de las que surgirán sus asociaciones libres en el trabajo terapéutico. También la expresividad a través del cuerpo tiene su lugar. No se trata solo del movimiento corporal cuando juegan, sino que a veces *lo corporal* da cuenta de déficits de sostenimiento, o de déficit en la integración psicocorporal; también de la expresión pulsional que no se ha integrado en el proceso de represión y simbolización, entonces *lo corporal* puede inundar el consultorio.

Los pacientes niños nos piden que intervengamos en el juego, a veces somos nosotros que consideramos que es oportuno intervenir a través de un dibujo, o de un muñeco, otras veces construimos conjuntamente escenas de juego, representamos personajes, etc. Todo ello hace que el terapeuta, para configurar el espacio de tratamiento, entendido como un espacio transicional donde sea posible el pasaje de lo sintomático a lo simbólico, tenga que poner en juego su cuerpo además de su capacidad mental, psíquica y lúdica.

Christopher Bollas (1991: pp. 244, 245) conceptualiza la contratransferencia como «el estado de no-saber-pero-vivenciar».

Estamos inmersos y debemos estar predisuestos a vivenciar algo que aún no sabemos, nos movemos dentro de un terreno de incertidumbres e interrogantes, que requiere de nosotros cierta capacidad de perdernos en el ambiente que el paciente despliega, consintiendo que nos manipule a través del uso transferencial hasta darnos una identidad de objeto. Este uso permitirá al paciente la cohesión del sentimiento de sí.

Para que ello sea así, el analista debe poner en juego su predisposición contratransferencial. En el análisis de niños la inmersión y las vivencias se diversifican en varios filones, los del niño y los de los padres, filones que en algún momento confluirán en

el sentir del analista, que a través de sus conexiones inconscientes (asociación libre de los contenidos del paciente matizados por su contratransferencia) podrá articular contenidos inconscientes del niño y del inconsciente de los padres.

En los tiempos actuales hay consenso en que la escucha del contenido psíquico de la contratransferencia ocupa un lugar importante en los tratamientos psicoanalíticos. C. Bollas (1991: p. 243) dice: «un aspecto de la comprensión que hoy tenemos de la transferencia consiste en que la otra fuente de la asociación libre del analizado es la contratransferencia del analista, tanto así que, para descubrir al paciente lo tenemos que buscar dentro de nosotros mismos».

Creo importante señalar que el trabajo en la contratransferencia es un terreno delicado. En el proceso del tratamiento psicoanalítico confluyen la transferencia, contratransferencia, el encuadre y la neutralidad, conceptos básicos que configuran y dan sostenimiento a la técnica. Aunque no cabe desarrollar, en este momento, cada uno de estos conceptos, sí debo decir que difícilmente podemos separarlos en las intervenciones terapéuticas.

En el trabajo con niños tanto la neutralidad como el encuadre, sin dejar de tener en cuenta que es el marco que posibilita desplegarse el trabajo analítico, han de estar sostenidos por un talante flexible del terapeuta. Flexibilidad que no es azarosa, sino que está apoyada por aspectos transferenciales, contratransferenciales, por el trabajo en el propio análisis del terapeuta, por su formación, la supervisión y su experiencia, es decir por los pilares básicos de nuestro quehacer psicoanalítico. Dicho talante flexible se pone en juego, tanto en el propio trabajo en la sesión individual con el niño, como en el trabajo con los padres. La conexión con los propios aspectos contratransferenciales nos puede permitir trabajar manteniendo la neutralidad a la vez que nos implica activamente.

En el trabajo con los padres la capacidad de análisis del analista, en relación con su contratransferencia y con el uso de esta, es altamente valiosa, pues debemos desplegar una relación empática con ellos, para favorecer la alianza terapéutica con el objetivo de trabajar para su hijo, y a la vez posibilitar que puedan desplegar sus angustias, afectos y aspectos inconscientes que intervienen en la sintomatología del hijo. También

supone para los padres elaborar duelos narcisistas en relación con su hijo y con su sentir como padres. Labor que para que sea posible, supone un determinado posicionamiento del terapeuta.

Quisiera plantear algunos interrogantes en relación con el concepto y con el *uso* de la contratransferencia.

¿Qué uso damos a la contratransferencia en el tratamiento de niños?, ¿se puede pensar la contratransferencia solo a partir de la transferencia?, ¿en qué medida el funcionamiento psíquico del analista, fantasías, afectos, y las emociones que se ponen en juego en la contratransferencia pueden obturar o desvelar aspectos importantes en el proceso analítico?, ¿conviene siempre usar explícitamente nuestra contratransferencia?, ¿la línea de formación teórica, la identidad generacional del terapeuta influyen solo en el trabajo transferencial o también tiene su influencia en las evocaciones contratransferenciales del analista?, ¿qué entendemos por flexibilidad en el encuadre y en relación con la neutralidad?

Alrededor de estas preguntas trataré de aportar algunos aspectos teóricos y algunas reflexiones propias.

Contratransferencia en el tratamiento psicoanalítico con pacientes niños

En relación con el tratamiento de los pacientes niños: ¿a qué nos exponemos como terapeutas cuando atendemos niños en los que el lenguaje aún no se ha instaurado, o percibimos que este no tiene una función simbólica, expresión de un mundo interno no tamizado por la represión, y que no es expresión de comunicación con el otro? Me refiero a niños con trastornos narcisistas graves de características psicóticas, con funcionamientos familiares donde el espacio narcisista da poco lugar a lo edípico. Cuando lo deslibidinante, la pulsión de muerte, la destructividad, el odio, la confusión, el caos están presentes, o cuando el exceso de narcisismo parental eclosiona en el ser del niño. Casos en los que las identificaciones primarias y el narcisismo primario se manifiestan tumultuosamente por la vivencia del otro ligado a su existir, que puede ser vivido como ausente o con reacciones imprevisibles, cuando no es odioso, rechazante o intrusivo, es decir cuando el contacto con el otro es

vivido peligrosamente. Expresión de los aspectos no integrados, no simbolizados. Estos niños en los que no hay suficiente integración pulsional y la simbolización es escasa muestran su sufrimiento más a través de los afectos y comportamientos que en sus verbalizaciones.

Adrián, de 7 años, fue adoptado a los 2 años y 4 meses. Tras 3 años de tratamiento, a través del juego con tres títeres fue elaborando la adopción. El oso panda era la mamá, el dinosaurio el papá y el erizo el hijo. Él manipulaba al papá y la mamá y yo con el títere erizo tenía que ser el bebé que lloraba desconsoladamente, porque sus papás estaban lejos y no le oían. Adrián se acercaba con el títere papá, pegaba y gritaba al hijo, le decía que se callara, a la vez que me pedía que el hijo tenía que seguir llorando. Si yo decía que le dejara de pegar, que solo era un bebé que necesitaba que le cuidaran, que tenía hambre, él con el títere papá, aún pegaba con más fuerza. Sesiones de alto contenido emocional, donde el desamparo, la culpa, la rabia y el desconsuelo se manifestaban en la cruda realidad del abandono.

Nos exponemos a lo más arcaico de nosotros mismos, a lo que pudo quedar escindido, a los aspectos desorganizados de nosotros mismos y que hemos tratado de trabajar en nuestro propio análisis, y al desamparo originario. Nos confrontamos con nuestro propio narcisismo constitutivo y con nuestros propios déficits narcisistas, ya sean por defecto o por exceso. En esta confrontación se pone en juego la contratransferencia.

Esta se puede manifestar cuando sentimos dificultades para pensar, para poder dar algún sentido simbólico, o poder introducir esbozos de proceso de pensamiento y nos sentimos invadidos por su caos. A menudo con estos pacientes, consideramos que es fundamental el trabajo de contención, y a veces es conveniente marcar límites para poder preservar el encuadre, marco que nos posibilita el trabajo terapéutico y donde el niño podrá construir el paso de la vivencia del terapeuta como objeto subjetivo a objeto objetivo, a la par que restaura o constituye su propia subjetividad.

La dificultad de hacer el trabajo con nuestra contratransferencia, o si la sentimos como obstáculo, puede poner en marcha la rigidez de los mecanismos de defensa. D. W. Winnicott en el artículo *La contratransferencia* (1983) plantea que en el analista los mecanismos de defensa deben operar,

pero con cierta flexibilidad. El analista debe ser «vulnerable» a lo que le transfiere el paciente y a la vez no abandonar su actitud profesional, pienso que hace referencia a la neutralidad, entendida como la distancia necesaria para mantener el trabajo terapéutico.

Cuando los sentimientos de angustia, impotencia y a veces odio invaden nuestro sentir, si no los podemos conectar con algo de nosotros mismos en conexión o no con el paciente, pueden provocar actuaciones. Poder hacer uso, previo proceso de conexión inconsciente y de proceso mental de estos, nos permite *reentrar* de nuevo en la sesión, en comunicación con el paciente.

Beatriz de León de Bernardi (1999: p. 81) en el artículo *Contratransferencia, comunicación y neutralidad*, citando a H. Racker, habla de la sensación de «hundimiento de la contratransferencia» (Racker 1956: p. 299), cuando el analista se siente confuso y desorientado y no puede articular diferentes registros de la comunicación analítica, en especial el significado de la expresión verbal como fenómeno en sí mismo en el nivel emocional. Con los pacientes niños, los registros de comunicación analítica son diversos; es a partir de las escenas del juego, los dibujos y moldeados, y de las asociaciones que de estos puedan surgir, en donde el analista puede ir captando los significados inconscientes del paciente.

C. Bollas (1991, p: 246) habla de la «escisión generativa» en el propio yo del analista. Una parte está receptiva a las partes, aspectos desorganizados del paciente, otra parte mantiene la actitud (con profundidad) de analista, observa, analiza y ampara los propios aspectos enfermos de sí mismo que el paciente le ha suscitado. El proceso de asociación libre se da en el interior del analista. El analista puede trabajar a partir de «sensaciones intuitivas».

Quisiera hacer referencia a otra de las aportaciones de Bollas, que considero que junto con estos conceptos anteriormente citados, nos permite pensar sobre nuestras intervenciones y nuestra presencia en el tratamiento de niños. Me refiero a la función de objeto transformacional, función que pone en juego el analista en los estados no verbales o preverbales, es decir cuando en sesión está en juego lo presimbólico. En la atención a estos pacientes niños el analista, en ejercicio de la función de objeto transformacional, hace las veces de espejo de la

función materna, función a la que se identifica el niño. Espejo que devuelve al niño una imagen de sí mismo simbolizada. El terapeuta le aporta, así, una nueva vivencia significativa y significada que es, tal vez, la que la madre hubiera tenido que dar en su momento.

Considero que estos conceptos de C. Bollas son de mucha utilidad en la comprensión e instrumentación de la contratransferencia.

En el libro *El niño del espejo* (Dolto, 1987) se transcribe una conversación de J. D. Nasio con Françoise Dolto; él le pregunta sobre los aspectos que ella considera importantes seguir investigando en la relación terapéutica. Ella responde que sería el lugar y la función del cuerpo del analista. F. Dolto entiende el cuerpo del analista, como *la imagen inconsciente del cuerpo* de este, para poder captar en todas sus dimensiones la imagen inconsciente del paciente. Concibe «la imagen inconsciente del cuerpo» (Dolto, 1984), como el lugar psíquico donde queda escrito lo corporal arcaico y el paso por las distintas castraciones; añade que la imagen inconsciente del cuerpo es dinámica, es decir a la largo de la vida se irá reestructurando.

Para F. Dolto la «guía de la cura» es el análisis de lo que el terapeuta vive en su inconsciente, preconscious y consciente, en la relación con el paciente niño. Procura establecer un puente entre el inconsciente del paciente y su propio inconsciente para que así surja una posible interpretación.

Este puente se sostiene en cuatro pilares: 1) observar el comportamiento gestual, mímico, actitud lúdica, el contenido y verbalizaciones que expresa en el juego y en los gráficos, suscitando preguntas y el dialogo con él; 2) F. Dolto la denomina «fase de tanteo»: el analista parece aislarse mentalmente —silencio consigo mismo—. A partir de la interiorización de los contenidos que el niño le transfiere, trata de captar al otro niño, al «niño del inconsciente»; 3) el analista se identifica con el «niño del inconsciente», de esta identificación surge, en el analista, la percepción de «la imagen inconsciente del cuerpo» del paciente, imagen que el analista crea en el mismo acto perceptivo; 4) a partir de este proceso surge una posible construcción o interpretación.

Entiendo que para F. Dolto, el trabajo con la transferencia pasa por el tamiz contratransferencial del analista para poder conectar con el inconsciente

del paciente niño, es decir solo lo puede hacer a partir de la conexión con sus propios aspectos inconscientes y la interiorización de lo inconsciente del paciente, si bien a su vez, es necesario diferenciar lo propio del analista del contenido transferencial del paciente.

Cuando el terapeuta puede ponerse en contacto consigo mismo, abre la posibilidad de dar una respuesta que es la que la madre hubiera tenido que dar en su momento. Función de contención y de elaboración que posibilitará dar significaciones, e ir creando representaciones.

Isabel Calvo (1979) en el libro *Cuerpo, vínculo y transferencia* dice: «El cuerpo del terapeuta es valioso como mensajero de lo que hace sentir el otro. El cuerpo es pantalla de la transferencia del paciente y para el terapeuta, posible lugar de registro» (entendiendo de registro de la transferencia y de la contratransferencia).

Lo corporal del paciente y del analista tiene mayor presencia en los niños con patologías graves que cuando atendemos niños con conflictos edípicos. Algunos niños pueden sentirse sin cuerpo propio, confundidos con el cuerpo de la madre, o este puede ser objeto de descarga pulsional, o estar excesivamente erotizado, o ser expresión de las angustias persecutorias que hacen que no puedan estar prácticamente con el cuerpo en reposo para poder libidinizar otros objetos. A veces los niños buscan y necesitan el contacto corporal con el terapeuta, en relación con estos aspectos u otros. Poder situarnos en lo transferencial corporal, considero que comporta un trabajo de conexión corporal en el terapeuta, para poder dar paso a lo corporal libidinizado en el niño.

Los niños, por su dependencia aún con los adultos y en función de su patología, captan sutilmente tanto el estado emocional de estos, como la expresión corporal, el tono de voz, aspectos que se interiorizan en la identificación especular. F. Dolto (1984) habla de los efectos del lenguaje paraverbal, en la constitución de «la imagen inconsciente del cuerpo». En el tratamiento, el espejo tendrá un doble reflejo: lo que refleja el niño al terapeuta y lo que nosotros le reflejamos a él.

La contratransferencia también puede emitir sus señales en el cuerpo del analista, señales agradables cuando nos sentimos trabajando distendidos y cómodos, en resonancia con el paciente, sin perder

nuestro lugar. Pero el cuerpo también nos da señales de displacer: tensión en alguna parte del cuerpo, percepción de ciertas posiciones corporales que son signo de desvitalización o sensación de acaparamiento, es decir da señales de nuestro sentir psíquico.

En los niños con patologías de tipo límite, el terapeuta como *otro* tiene un lugar, pero la angustia de separación les invade y los límites con el otro se desdibujan. Psíquicamente viven en una frontera de terrenos pantanosos, donde la transferencia será portadora de la angustia de separación, por la vivencia del otro como objeto subjetivo. El trabajo terapéutico para posibilitar el paso a la subjetivización acompañada de la vivencia del otro como objeto objetivo, no estará exento de momentos transferenciales y contratransferenciales complicados. Momentos en los que el analista marca límites, que el paciente se resiste a aceptar, momentos que debe afrontar las resistencias del niño ante los duelos narcisistas por la pérdida de la omnipotencia imaginaria en la relación con el otro, que se puede poner en juego ante las intervenciones del terapeuta, también cuando percibe la presencia de un tercero como amenazante, en el tratamiento puede ser la presencia de otros pacientes del terapeuta.

María, de 11 años, construía muros con cartones, para que no mirara lo que hacía, y gritando me decía «no me mires», otro paciente, Luis, de 9 años, mientras dibujaba no paraba de tararear canciones y ante mi intento de acercamiento aún cantaba con más fuerza. Los pacientes nos invitan a reflexionar sobre cómo entendemos algunos aspectos transferenciales, ¿quizá para construir su espacio interno tienen que poner barreras ante el temor de la intrusión?, ¿quizá Luis necesitaba escucharse así mismo por el temor al vacío? En estos casos yo lo sentía también como un intento de paralización. Contratransferencialmente me hacía eco de los efectos de la puesta en escena de la pulsión de dominio. El trabajo psíquico interno como terapeuta, con nuestro sentir, intuir y pensar, nos permite no quedar atrapados en nuestras propias defensas.

María, cuando la madre pidió consulta, tenía once años. Trabajamos dos años e interrumpieron bruscamente. María sufre una enfermedad de corazón de nacimiento, a los dos meses de vida la tuvieron que operar. Requería seguir controles médicos, no solo del cardiólogo, sino también de

otros especialistas. Algunos estudios atribuyen a esta enfermedad múltiples trastornos de aprendizaje, crecimiento y trastornos psíquicos. Los papás se separaron cuando María tenía tres años. A los dos meses de iniciar el tratamiento nació la hermana de María por parte de madre y al año tuvo un hermano por parte de padre. Yo la veía como una niña *límite* tanto en lo intelectual como psíquicamente. En el primer dibujo María se dibujó ella y su mamá unidas por una cuerda. En los últimos meses de tratamiento, fuimos abriendo puertas en los muros. En sus juegos organizaba escenas de bebés acompañados amorosamente por sus mamás a la hora de acostarse, pero de repente enloquecía, tiraba todo al suelo y excitada, retándome me decía «yo no pienso recoger nada». Percibía que iba interiorizando la imagen de una mamá afectuosa y contenedora, a su vez yo visualizaba en su locura, a la bebé enferma, intubada, rodeada de miradas angustiantes. Ello abrió la posibilidad de hablar de su nacimiento y su enfermedad.

Al inicio del tratamiento y durante el primer año sí fue posible hacer algunas entrevistas con la madre, los últimos meses de tratamiento la madre no accedió a mantener entrevistas. Con el padre tuve cuatro entrevistas en los dos años de tratamiento.

La mamá hablaba del carácter difícil de su pareja, en una ocasión me dijo que su hija tenía el carácter parecido a él. Se quejaba también de la poca implicación del padre con su hija.

Con su hija pasaba de la confusión a la expulsión. Cuando María hablaba con su mamá, yo la percibía angustiada, ambas se hablaban a gritos y la niña exigía a la mamá respuestas certeras y sostenidas a sus demandas; si le decía ya lo veremos, se angustiaba aún más. La madre explicó en una entrevista que la modalidad de relación con su hija era repetición de la relación con su propia madre y su hermana, sin conexión de lo destructivo de esta relación. Me pedía que la ayudara a poner límites con su hija, qué hacer con ella, a la vez que no podía escuchar, cuando trataba de intervenir, seguía hablando. Insistía que no quería que su hija fuera una mal educada y que la respetara.

La mamá se quejaba de que no podía más. Sus pedidos eran que María no fuera tan insistente cuando quiere algo, y que consiguiera que no se angustiara cuando llovía y que superara el miedo a los truenos, todo esto dicho con mucha angustia

y enfado. María respondía especularizada con el mismo tono, por lo que la mamá aún la reñía más, insistiendo en que me diera cuenta de cómo la trataba. Cuando yo intentaba intervenir la mamá me decía que tenía prisa que su hija pequeña la esperaba. Me sentía abrumada por sus pedidos y cuando le proponía una entrevista, me decía que estaba muy ocupada, que quizás más adelante. En realidad a los pocos meses de iniciar el tratamiento planteé distanciar las sesiones, situación que fui conteniendo, tratando de trabajar el tiempo necesario. Fue el papá quien llamó comunicándome que interrumpía el tratamiento. Pudimos tener una sesión de despedida con la paciente, dejando abierta una entrevista con la mamá y el papá.

Los analistas de niños nos vemos confrontados a nuestros aspectos narcisistas más arcaicos de una manera muy directa.

La contratransferencia en el trabajo terapéutico con los padres

En relación con la contratransferencia en el *trabajo con padres*, el posicionamiento del terapeuta, considero que depende de las distintas maneras de mirar a *esos padres*. Miradas que dependerán de cómo pueda captar los aspectos transferenciales y de cómo, en su propio análisis, haya podido elaborar distintos aspectos de la relación con sus propios padres. La renuncia a los padres ideales e omnipotentes y su posicionamiento como hijo también estarán presentes en la dinámica transferencia-contratransferencia. Si el analista puede analizar y usar estos aspectos, favorecerá la transferencia positiva en los padres. *Usar* no supone que siempre tengamos que verbalizar aquello que sentimos, sino que la mayoría de las veces nos sirve para poder pensar y tratar de entendernos y entenderlos, para que en el curso de la cura no lo actuemos o nos paralice.

En el trabajo con los padres, es importante estar muy atentos a la contratransferencia negativa, para poder mantener la función de sostenimiento del tratamiento y posibilitarlo, y a su vez propiciar que los padres lo puedan sostener, condición indispensable para que el tratamiento sea posible. No percibir lo que se nos mueve y da señales en nuestro preconsciente, puede ocasionar problemas en el tratamiento, sobre todo cuando los padres muestran resistencias y plantean interrumpirlo.

El amor de contratransferencia necesario en el trabajo analítico también puede obturarlo. Si nos identificamos masivamente con el niño, como sujeto pasivo en su conflictiva, atribuyendo que toda su conflictiva tiene que ver solo con los padres, si no nos damos cuenta de ello, corremos el riesgo de establecer una *alianza no terapéutica* con el niño, y que interferirá seriamente en el trabajo con los padres, y en el propio proceso terapéutico del niño.

La frase muy dicha y escuchada entre los terapeutas de niños «me lo han sacado del tratamiento», es expresión de aspectos contratransferenciales que tocan al narcisismo del terapeuta; en cada caso conviene revisar qué ha producido la interrupción. Contratransferencialmente podemos sentir que hemos perdido a nuestro paciente, nuestro en mayúsculas, ¿hemos podido provocar rivalidad en los padres?, ¿o en la madre?, ¿qué les hemos transmitido de nuestro vínculo con su hijo?, ¿hemos transmitido inconscientemente cierta desvalorización o descalificación?

Seguramente no hemos percibido aspectos transferenciales negativos que han provocado la interrupción; aunque a veces los podemos percibir, tratar de trabajarlos y ello no es garantía de que el tratamiento prosiga, pero sí puede dejar la puerta abierta para futuras consultas. Si bien en estas situaciones elaboramos posibles hipótesis que den cuenta de la interrupción, se despiertan también en nosotros aspectos contratransferenciales, como enfado, culpa, culpabilización hacia los padres o decepción. Todo ello implica que el terapeuta tiene que elaborar un duelo. Si el final de tratamiento supone un duelo tanto para el paciente como para el analista, cuando se produce una interrupción brusca, este puede ser más complicado. El tipo de duelo que el terapeuta puede hacer, dependerá de su propio funcionamiento psíquico, de su manera de procesar los duelos. Lo narcisista del terapeuta entrará de nuevo en escena.

También debemos contemplar qué nos promueve y a qué nos convoca el *trabajo con los padres según los distintos funcionamientos familiares*: padres separados que en ocasiones se pueden hacer las entrevistas conjuntas, otras veces no es posible y hay que atenderlos por separado, familias en que uno de los padres permite la consulta pero no acude a las entrevistas, familias monoparentales, parejas homosexuales o de lesbianas. Distintas situaciones

en las que a partir de establecer una relación con los padres, tenemos que tratar de captar qué esperan de la consulta, escuchar su malestar en relación con el hijo y analizar qué lugar ocupa el hijo para cada uno de los padres. También en qué medida el narcisismo parental (en cada uno de ellos) se siente herido, es decir todo lo que se despliega en la transferencia, y en nuestro preconsciente, para poder acceder a aspectos inconscientes, sensaciones, intuiciones para poderlas utilizar de alguna manera y a su tiempo en el trabajo terapéutico. Mantener una actitud profesional no defensiva y exenta de perjuicios y juicios, donde los ideales o valores sociales no desencaucen nuestra labor analítica, y nos permita sostener *el lugar de terceridad*, es la única vía para poder propiciar el trabajo terapéutico con ellos.

Freud en el artículo *Construcciones en análisis* (1937) habla del riesgo que se puede generar cuando el analista puede protegerse dentro de una máscara fálica. Posición a tener en cuenta tanto con los padres como con el trabajo con el niño.

La autoescucha atenta y el autoanálisis es importante para percibir riesgos de posibles alianzas con uno de los padres, situación de riesgo frecuente cuando los padres están separados, pero siguen enzarzados en sus conflictos no elaborados, y pueden buscar complicidades en nosotros, que puede ser repetición de la situación en la que se encuentra el niño. A veces es nuestra percepción sutil, nuestra intuición y experiencia, lo que nos alerta para poder pensar cómo nos situamos ante estas demandas que a veces son explícitas y otras se expresan veladamente. Esta situación, que con más frecuencia se da entre padres separados, también la encontramos en situaciones de pareja estables.

También pueden darse alianzas inconscientes del terapeuta con los padres, que pueden ser encubridoras de conflictos, cuando el terapeuta se identifica masivamente con los padres ante algunos de los conflictos que expresan de su hijo, ya sea porque lo ha podido vivir con alguno de sus hijos (en caso de que los tenga), o por otros aspectos de su historia.

Situaciones contratransferenciales complejas considero que también se dan cuando en las entrevistas con los padres se despliegan aspectos perversos y aspectos patológicos serios en uno de los dos padres o en los dos.

Considero que requiere que nos situemos desde una escucha diferente, como padres y como

personas individuales aunque su patología no será nuestro objetivo de trabajo. En el trabajo con estos padres, creo que nuestra contratransferencia debe de estar de nuevo en el punto de mira, pues con facilidad podemos culpabilizar, descalificar, sentirnos irritados por cómo tratan al niño, transmitiéndolo, no tanto por lo que decimos, sino por el tono de voz, actitud y mirada. Ello no permitirá abrir el tiempo necesario para que se pueda instaurar una relación que posibilite su propio cuestionamiento y que puedan mostrar aspectos inconscientes que forman parte de la sintomatología del hijo. Trabajo que a menudo posibilita que los propios padres puedan hacer algún movimiento psíquico, y tal vez renunciar a ciertas maneras de relación con el hijo.

Más allá de estas aportaciones, los interrogantes planteados al inicio del trabajo quedan abiertos para seguir pensando sobre lo delicado del «uso» de la contratransferencia en el tratamiento psicoanalítico con niños y en las entrevistas terapéuticas con los padres.



Magda Blanch Cañellas

Sant Agustí 14, 4.^a 2.^a, Barcelona 08012

[T] 618583232, 934151999

[@] mdablanch@gmail.com

Referencias bibliográficas

- BOLLAS, C. (1991). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CALVO, I., RITERMAN F., col. (1979). *Cuerpo, vínculo y transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- DE LEÓN DE BERNARDI, B. (1999). Contratransferencia, comunicación analítica y neutralidad. *Revista Uruguaya e psicoanálisis*, n. 89, pp. 94-109.
- DOLTO, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós, 1986.
- . (1987). *El niño del espejo*. Buenos Aires: Gedisa.
- FREUD, S. (1937). *Construcciones en análisis*. Obras completas, Volumen 23. Amorrortu, 2001.
- WINNICOTT, D. W. (1983). *Los procesos de maduración*. Paidós.