



Grupo Psicoanalítico David Maldivsky

PUBLICACIÓN
CUATRIMESTRAL
ONLINE

CUADERNOS DEL GPDM

Marzo - Mayo

2026

VOL

7

Nº 1

ISSN 2953-4666

Cuadernos del GPDM

*Conferencias de teoría y clínica
en psicoanálisis*

2026: Vol. 7- N° 1

ISSN 2953-4666

Comité Editorial

Dra. Liliana H. Álvarez

Lic. Beatriz Burstein

Dr. Jorge A. Goldberg

Dra. Ruth Kazez

Lic. Nilda Neves

Dr. Sebastián Plut

Dr. Ariel Wainer

Coordinación de Producción

Dra. Ruth Kazez

Producción Editorial

Mg. Valeria Muras

Lic. Mariana Pérez

Lic. Magalí Ríos

Publicación cuatrimestral

Cuadernos del GPDM es una publicación científica que cumple con los estándares internacionales de calidad editorial. Actualmente, la revista se encuentra incorporada y registrada en:
Latindex: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Folio: 28836)

Estimados colegas y amigos:

Con este ejemplar iniciamos el séptimo año de los Cuadernos del GPDM. Para celebrar este nuevo ciclo, compartimos con ustedes el contenido de tres encuentros que abarcan temas de la actualidad psicoanalítica.

Bajo el título "Perturbaciones en la pulsión de dormir", las primeras conferencias del año están a cargo de Carlos Título y Liliana H. Álvarez. En sus presentaciones, analizan las alteraciones del dormir en el marco de procesos tóxicos y traumáticos.

En segundo lugar, compartimos la presentación del libro de Jorge A. Goldberg *El trauma, su anudamiento y el espacio transicional. Construcciones del analista y tensiones en la alianza terapéutica*. En este espacio, Abel Zanotto y Miguel Tollo, exponen acerca de la propuesta de Goldberg en este libro, en defensa de una clínica psicoanalítica humanista, creativa y democrática para las infancias, contrapuesta a la patologización, la medicalización y la inmediatez de la era digital. Zanotto y Tollo consideran la escritura de Goldberg como un acto ético de resistencia y ligadura simbólica que propone que la clínica se transforme en un saber compartido.

Finalmente, abordamos el tema "Trauma en la infancia" con la conferencia presentada por Gabriel Donzino y Jorge Goldberg. Sus exposiciones brindan elementos para comprender el impacto de las vivencias traumáticas en los procesos de subjetivación temprana y el rol del entorno en la elaboración psíquica.

A lo largo de este primer período, el GPDM ha mantenido su pulso activo, proponiendo estos encuentros como espacios de intercambio plural. La riqueza de estas discusiones reafirma nuestro deseo de seguir construyendo un psicoanálisis que dialogue con los malestares de nuestra época, manteniendo la rigurosidad teórica.

Como en cada entrega, las ideas de David Maldavsky y su impulso hacia la complejidad inspiran nuestro trabajo. Nuestro compromiso es seguir profundizando sus aportes.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los expositores por su generosidad, y a todos los asistentes que cada mes enriquecen las conferencias. Esperamos que los Cuadernos del GPDM continúen siendo un espacio vital para el diálogo, la reflexión y el crecimiento dentro de la comunidad psicoanalítica.

Nos despedimos de ustedes esperando volver a encontrarnos en la próxima edición.

Los saludamos afectuosamente,
GPDM – Grupo Organizador

Liliana H. Álvarez, Beatriz Burstein, Jorge A. Goldberg, Ruth Kazez, Nilda Neves, Sebastián Plut y Ariel Wainer

SUMARIO

28/03/26: Perturbaciones en la pulsión de dormir

Carlos Título 6

Liliana H. Álvarez 9

10/04/26: Presentación del libro: "*El trauma, su anudamiento y el espacio transicional. Construcciones del analista y tensiones en la alianza terapéutica*"

Abel Zanotto 16

Miguel Tollo 21

Jorge A. Goldberg 26

25/04/26: Trauma en la infancia

Gabriel Donzino 28

Jorge A. Goldberg 36

Las conferencias publicadas son de exclusiva responsabilidad de sus autores, y no reflejan necesariamente la opinión del Comité Editorial

28/03/26

Perturbaciones en la pulsión de dormir

Exposiciones de Carlos Título y Liliana H. Álvarez

Carlos Título*

Dormir es morir: insomnio, pulsión y autoinmunidad

La dificultad para dormir es una de las constantes clínicas que aparecen en pacientes con enfermedades autoinmunes. No se trata solamente de un síntoma secundario al malestar físico, sino de una manifestación psíquica de fondo, a menudo relacionada con un estado subjetivo de alerta permanente. Un paciente expresó con claridad esta paradoja al relatar que solo podía dormir en las guardias de los hospitales.

Es decir, en los espacios donde, paradójicamente, el peligro está más cerca, pero también donde la vigilancia médica está asegurada. Este dato clínico revela algo más profundo: el cuerpo no se permite descansar si no está custodiado por un otro vigilante. Es como si la función de auto-cuidado hubiera quedado perturbada desde muy temprano, tal vez desde el mismo nacimiento. El sueño, entendido como entrega confiada, queda obstaculizado por un estado de urgencia que no cesa, una vigilia del cuerpo frente a un peligro que no puede ser simbolizado.

En esta línea, proponemos pensar que el sistema inmunológico -cuya función es discriminar entre lo propio y lo extraño- puede quedar configurado desde esta experiencia temprana de desamparo. Si el entorno temprano fue percibido como amenazante, o si el yo fue sentido como un intruso en el cuerpo materno, es posible que esta lógica binaria (propio/extranjero) se inscriba como un conflicto no resuelto en el sistema inmune, que más tarde se vuelve contra sí mismo.

El dormir como pulsión no mediada

Freud propuso que el dormir no es simplemente un estado fisiológico pasivo, sino una necesidad pulsional que debe ser procesada e integrada psíquicamente. Como toda pulsión, requiere mediación: no se trata solo de cerrar los ojos, sino de entregarse al cuidado de un otro, de dejarse caer en un sostén simbólico. En ese sentido, el dormir es una operación psíquica que se construye desde los primeros vínculos, especialmente en la díada madre-hijo. En algunos pacientes con enfermedades autoinmunes, observamos que esta inscripción no se produjo.

*Lic. en Psicología. Miembro del GPDM. Docente universitario (UBA, UM, UCP). Psicoanalista y supervisor institucional. catitolo2004@yahoo.com

En algunos pacientes con enfermedades autoinmunes, observamos que esta inscripción no se produjo. El ciclo circadiano, lejos de organizarse como un ritmo vital regulador, parece haberse fracturado desde su origen. El sueño no es vivido como un descanso reparador, sino como una experiencia amenazante. Dormir es morir: una caída sin retorno, un abandono del control, un riesgo insoportable.

Uno de los indicios más elocuentes de esta vivencia lo proporciona el relato de pacientes que, al despertar, dicen sentirse "vacíos", como si hubieran desaparecido durante el sueño. Algunos expresan la necesidad de "resetear su mente" al despertar, como si cada mañana enfrentaran una reconfiguración forzada de la subjetividad. Esta experiencia revela que no hubo una continuidad simbólica entre el estado de vigilia y el de sueño: el yo no puede entregarse porque no confía en volver.

Desde esta perspectiva, el insomnio crónico puede entenderse no solo como un síntoma, sino como una defensa frente al aniquilamiento psíquico. En estos casos, el cuerpo permanece en estado de alerta constante, y el sistema inmunitario -cuya función natural es discriminar entre lo propio y lo extraño- reproduce ese estado de sospecha e hipervigilancia, volviéndose incluso contra sus propios tejidos. Les ruego cierta indulgencia, ya que sería de suma importancia describir cómo se constituyen las diferentes subjetividades conjuntamente con los distintos yoes (yo realidad inicial, yo placer purificado y yo real definitivo).

Nota de agradecimiento: *Este desarrollo ha sido posible gracias a la profundización de la metapsicología freudiana llevada a cabo por mi maestro, el Dr. David Maldavsky.*

Referencias

- Freud, S. (1911b). Formulación sobre los dos principios del acaecer psíquico, *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 217-231). Amorrortu (1991).
- (1915c). Pulsiones y destinos de pulsión, *Obras completas: Sigmund Freud*, Vol. 14. Amorrortu (1991).
- (1920g). Más allá del principio de placer, *Obras completas: Sigmund Freud*, Vol. 18. Amorrortu (1991).
- (1921c). Psicología de las masas y análisis del yo, *Obras completas: Sigmund Freud*, Vol. 18. Amorrortu (1991).
- (1924c). El problema económico del masoquismo, *Obras completas: Sigmund Freud*, Vol. 19. Amorrortu (1991).
- (1940a [1938]). Esquema del psicoanálisis, *Obras completas: Sigmund Freud*, Vol. 23. Amorrortu (1991).

Maldavsky, D. (1986a). *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Amorrortu Editores.

(1991). *Procesos y estructuras vinculares*. Nueva Visión.

(1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos y traumáticos: Sobre defensas y lenguajes*. Amorrortu Editores.

(1993). *Judeidad: modalidades subjetivas*. Nueva Visión.

(1995). *Pesadillas en vigilia. Sobre la clínica de los procesos tóxicos y traumáticos*. Amorrortu Editores.

(1998). *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*. Nueva Visión.

(1999). *Lenguaje, pulsiones, defensas. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*. Nueva Visión.

Liliana H. Álvarez*

Casi despierta. Casi dormida. Consideraciones desde la economía pulsional

Introducción

No suele sucederme que en el desempeño de mi tarea terapéutica los trastornos de sueño se constituyan en el motivo principal de consulta. Cuando aparecen mencionados suelen presentarse como un dato al pasar o si ocupan el foco de atención suele ser durante algún período más o menos breve de la sesión.

En el tratamiento de Alicia, el dormir y sus vicisitudes, se constituyó en un eje que fue atravesando toda su terapia y nos permitió trabajar los fundamentos de su desvalimiento psíquico, donde los trastornos del dormir se anudaban en paralelo con los trastornos de la alimentación y la enfermedad psicosomática que fue la que la trajo a consulta.

La paciente tiene 29 años, es derivada por un médico, afectada por dermatitis en las manos, es azafata y vive en pareja desde hace 5 años con Claudio, también tripulante aéreo.

En la primera consulta relata que tuvo amenorrea entre los 16 y los 21 años sin causas físicas. A partir de algunas preguntas confirma que desde los 13 años tuvo problemas con la comida que se agravaron hacia sus 18 años, cuando llegó a pesar 38 kilos: "Tengo un poco de todo eso, en el fondo, mi fobia es la gordura".

Refiere que un doctor un día la pesó y le dio un ultimátum: si no comía la iban a internar. A partir de ese momento comenzó a comer y recuerda los trastornos intestinales y de otra índole que sufrió en los comienzos cuando retomó la ingesta. Coincidiendo con esa época, menciona que su madre empezó a prestarle atención. "Ella sabía, pero quizás no pensaba que era tan grave; en esa época no se hablaba tanto de anorexia".

De su infancia recuerda a su padre muy introvertido, cerrado, con quien no se podía discutir. Trabajaba mucho por lo cual lo veía poco y como dato significativo para ella, cuenta que le molestaba mucho el llanto de los chicos.

Al referirse a su madre dice que se llevan bien si no se ven mucho y agrega: "de chica no me sentí atada". Recuerda que ella solo le pedía que no llorara, porque "el padre se ponía loco". Desde entonces ella llora en silencio: "Es automático, me sale sólo". La madre perdió un embarazo de 7 meses antes del nacimiento de Alicia; no registró la pérdida durante algunos días, por lo que luego debió ser operada.

En el discurso de Alicia, descriptivo y monótono en cuanto a su sonoridad, no aparecen referencias a sus afectos y tampoco parece registrar sus estados de ánimo.

*Psicoanalista. Dra. en Psicología (UBA). Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento. (UCES). Miembro fundador del GPDM. Profesora universitaria (UCES, UCP). alvarezlipsi@hotmail.com

Describe las situaciones ligadas a sucesos significativos de su vida, como la elección del trabajo o la decisión de ir a vivir con su pareja, como sucesos que "se dieron así", y en los que se destaca la influencia que tuvieron personajes de su entorno en las elecciones.

Un ejemplo de ello es cuando acompañó a una amiga que se presentó a una solicitud de azafatas y al verla le ofrecieron inscribirse también. En ese entonces Alicia trabajaba en un banco, aunque no le gustaba. No pensó que la fueran a convocar y cuando lo hicieron, preguntó si podría seguir estudiando. Aunque le dijeron que eso no era posible empezó a volar. Reconoce que no era algo que antes quisiera hacer, "no me fascinaba, pero tampoco quería un trabajo de oficina". El trabajo de azafata era una forma de evitar la rutina de hacer siempre lo mismo, a la misma hora, ver la misma gente, tener descanso los fines de semana exclusivamente.

En ese mismo sentido, en relación a la fragilidad para registrar sus deseos combinada a una cierta pasividad para posicionarse ante la realidad, relata que cuando se fue a vivir con el novio, seis meses después de conocerlo, ella estaba viviendo con una compañera de trabajo y se les venció el contrato de alquiler. Comenzó a quedarse en la casa de Claudio hasta juntar el dinero que le permitiera comprarse un departamento. Estuvo cómoda y luego de un tiempo decidieron comprar juntos en una localidad del Gran Buenos Aires elegida por él y muy apartada de su lugar de residencia familiar. Antes nunca había tenido una pareja.

¿Solo un recuerdo traumático?

De su infancia recuerda un episodio alrededor de sus 8 años, cuando en ocasión de un viaje en que familiares maternos se quedaron en su casa, su tío la manoseó mientras dormían en el colchón que compartían junto con un hijito de él. Ella se quedó quieta, "para no hacer lío". Cree que luego se volvió a dormir. Decidió no decir nada por temor a que no le creyeran y además "no quería crear problemas". A partir de entonces, aunque se negó adormir en el mismo cuarto, la madre sí le creyó cuando ella solo le dio excusas banales.

A partir de entonces y durante algunos períodos que no puede vincular con situaciones particulares, se despierta a la madrugada y tiene que levantarse para poder volver a dormir. Si se queda acostada, no logra volver a conciliar el sueño.

En este punto, ya parece posible rastrear en esta perturbación del dormir, el intento fallido de elaboración de la situación traumática provocada ante la imposibilidad de tramitación orgánica del erotismo en juego, en un momento del desarrollo psíquico en que algunas representaciones no se encuentran aún disponibles como soportes psíquicos para la pulsión genital. Es posible inferir que el monto de excitación despertada por la intrusión sensual se convirtió en un exceso libidinal dando lugar a la constitución de una

fijación traumática y donde ese despertar sobresaltado acompañado de un acto motriz, podría funcionar como el intento de sustitución de una alerta psíquica faltante.

A partir de aquí me pregunto, ¿Por qué Alicia que no logró constituir un síntoma neurótico, por el cual la libido quedara afectada bajo los efectos de la represión? O aún en mejores condiciones, ¿por qué no le fue posible procesar la situación traumática por medio de un trabajo psíquico vía representaciones, preconsciente y construcción de un sueño?

Alicia relataba que le era muy fácil entrar al sueño, en cualquier lado, pero en realidad no le gustaba dormir muchas horas porque se levantaba cansada. "Prefiero 10 minutos y me recupero, en el colectivo, en el avión". Además, se despierta muchas noches sobresaltada, agitada y transpirada pero no recuerda nada. Este parece ser el despertar promovido desde un desborde de angustia automática, un desborde de pánico sin representación, quizás como defensa al dejarse morir.

Desde su pubertad fueron apareciendo manifestaciones que mostraron sus efectos en dos funciones sostenidas desde las pulsiones de autoconservación: el dormir y el comer.

Al enlazarlas, es posible conjeturar que el suceso con el tío funcionó a la manera de un desencadenante, produciendo una particular desensambladura pulsional haciendo posible la acción de la pulsión de muerte afectando libido y especialmente autoconservación. Sin embargo, parece que esto no sería suficiente para dar como resultado las manifestaciones posteriores, si no fuera porque éstas se constituyeron sobre la base de una particular ensambladura psíquica anterior. Me refiero a la fijación en un trauma primario por estasis de la autoconservación ligada a un momento primordial en el desarrollo psíquico, que es la que encontramos en la base de los pacientes que presentan procesos tóxicos y traumáticos (Maldavsky, 1992).

Incluiré algunos elementos de la historia que podrían sostener esta hipótesis.

Freud (1940) asocia el dormir con el retorno a la economía fetal, cuando la sensorialidad no interfiere aún en la reunión del Yo y el Ello. Así, el dormir implica el retorno periódico a su origen, cuando la tensión de necesidad es resuelta por el mecanismo de la alteración interna, del mismo modo que sucede con la pulsión de respirar y de sanar con la que habitualmente se combina. La pulsión de dormir impone ese proceso regresivo que retrae investidura de la percepción externa hacia esa forma de la economía anímica y entonces allí es donde el sueño soñado opera como el guardián del dormir. Un dormir que funciona de un modo revitalizante, con predominio de las pulsiones de autoconservación sobre las sexuales y la pulsión de muerte.

Sin embargo, hay ocasiones en que el dormir pasa a expresar una desinvestidura sobre el Yo de libido narcisista y especialmente de autoconservación.

Cuando el dormir cumple con la función reparadora, predominan en él los componentes de Eros y el dormir se produce como expresión del regreso del Yo a su

origen en el Ello, en un intento de recuperación energética desde autoconservación y narcisismo enlazados.

Esta es la condición para que surja el sueño, prototipo de la simbolización, aquel que permite fantasear al objeto ausente cuando éste ha logrado inscribirse en sus cualidades a partir de la primera vivencia de satisfacción, que se constituye así en soporte de la alucinación del infante y a posteriori, del trabajo de la elaboración onírica.

Para soñar es necesario que se active un tipo de conciencia ligada a la cualificación, que haga posible que las incitaciones pulsionales sean procesadas en forma onírica, vía representaciones (Freud, 1900a).

Alicia evita dormir varias horas, entonces no sueña, ni tiene siquiera pesadillas. En cambio, es el despertar sobresaltado el que parece constituirse en el último bastión de la vida, cuando el dormir amenaza transformarse en un deslizarse hacia una muerte psíquica, en la que no se puede sostener el mínimo de tensión necesaria para conservar el sentimiento de estar vivo.

Pero ese despertar que funciona a la manera de un rescate, ¿realmente la despierta?

Durante el día Alicia vive sin importarle mucho dónde, un poco en todas partes y mucho en el aire. Es posible ligar esta falta de necesidad de un hogar a la falla en la constitución de un contexto, de un espacio familiar caracterizado por un clima tierno, sin tensiones abrumadoras que es de tanto valor en el momento de conciliar el sueño. Dice que le alcanza con dormir 10 minutos para reponerse. Pero, ¿está realmente despierta durante el día?

Casi despierta y en el fondo dormida, con poca disponibilidad para mantener una atención psíquica que la conecte con el mundo exterior.

Es una forma de vigilia que se parece más a un estado de somnolencia, una autohipnosis, caracterizada por la pasividad, la desconexión de su mundo afectivo y un estado de indiferencia aletargada ante el exterior que la rodea.

Ese estado vigil parece combinar una forma de la conciencia sin atención psíquica con un estado de retraimiento libidinal furioso que le deja al mundo desinvertido, ante el supuesto que un otro significativo le ha retirado a ella el investimento libidinal. Predomina entonces el funcionamiento de la atención reflectoria, pasiva, despertada más por el estímulo incitante que por un movimiento libidinal dirigido hacia el mundo.

Alicia vive gran parte de su vida, en viaje, en el aire. Es probable que sienta que no tiene destino. Que su llamado, su llanto y su palabra no tienen lugar en la mente de un otro significativo. ¿Una madre tan desconectada del cuerpo de Alicia como lo estuvo ante el del bebé perdido? Se necesitó la mirada de un médico que registrara su anorexia. Se necesitaron "palabras mentirosas" para evitar la desesperación supuesta en una madre que no soportaría su estado afectivo. ¿Desesperación materna o pánico de Alicia ante la sospecha de la falta de una respuesta continente?

En esta misma línea, si bien se vinculó el mandato materno a que su llanto sería recibido por un personaje loco, el padre, también fue evidencia de la imposibilidad materna de filtro frente la cual Alicia aprendió a retraerse, cerrándose en un llanto silencioso, ¿probable antecedente de la anorexia?

Dormir para comer

Finalmente quiero incluir para la reflexión un trastorno surgido en los últimos dos años de su tratamiento y que parece continuar la línea de los anteriores en otro nivel de descomplejización.

Desde entonces, le ocurre levantarse dormida por la noche a comer, episodio que reconoce por la mañana cuando encuentra en la cocina restos de comida.

La primera hipótesis que aparece está vinculada a la restricción diurna del comer que buscaría entonces en el dormir una forma de satisfacción. Si tuviéramos que considerar que es expresión de una pulsión libidinal, oral, objeto de la represión, sabemos que podría dar lugar a la activación por regresión, de un deseo infantil libidinal y desde allí se integraría a la elaboración onírica de la cual surgiría un sueño. Si la pensamos en cambio como el producto de sensaciones orgánicas sostenidas por las pulsiones de autoconservación sobrevenidas mientras se duerme, en este caso el hambre, se la podría incorporar al sueño o bien promoverían un despertar. Pero Alicia no sueña ni despierta. Se levanta sonámbula a comer.

Es posible entonces que las pulsiones de autoconservación insatisfechas encuentren una única posibilidad de alivio que sin embargo no alcanza para el despertar y para recuperar a Alicia de un estado que muestra la alteración de la pulsión de dormir que entonces no logra cumplir acabadamente con su función de alcanzar una integración erótica, en tanto vital, durante el sueño (Maldovsky, 1997).

Recordemos que para soñar es necesario que se active un tipo de conciencia primaria, ligada a la cualificación y que haga posible que las incitaciones pulsionales sean procesadas en forma onírica.

No es esta la conciencia que está presente en el acto de comer dormida, donde opera un tipo de atención que no deja espacio para la inscripción de huellas mnémicas. Es un comer sin subjetividad, sin sujeto que desea, casi como acto reflejo.

Este acto parece reproducir aquel que durante el día se expresa como un comer a escondidas, cuando Alicia relata que prefiere comer durante los vuelos (protegida por las cortinas del sector destinado a la tripulación) y que evita invitaciones que incluyan ir a cenar. Quizás este sea, además, el intento de sustraerse de la mirada de alguien que la vería entonces *demasiado viva*, como cuando debía ocultar su llanto.

En cuanto al sonambulismo propiamente dicho, se hace posible en la medida que se mantiene una investidura de la motricidad que no responde a la retracción que impone el narcisismo del dormir. Es también una forma particular de despertar, intermedia entre

la que el soñar le impone a esa conciencia que interviene en el acto onírico pero que es compatible con el dormir (sueño como guardián del dormir), y la pesadilla, donde se impone una vigilia plena (Maldavsky, 1995).

En esa transacción entre el dormir y el despertar, el sonambulismo evidencia la pugna entre dos exigencias pulsionales. La pulsión de dormir, como sostén de un dormir no totalmente reparador, más bien comandado desde la pulsión de muerte en un intento de retorno a la inercia, y otra pulsión que implica un desempeño motor que además de comprometer una actividad aloplástica abarcadora de la motricidad y de cierta percepción del espacio, incluye lo que podría considerar una fijación en la oralidad secundaria.

Al levantarse y comer, se pone de manifiesto un sadismo dentario, Freud (1924c) tributario de dicha erogeneidad donde queda implicada una motricidad alimentaria que usualmente es menos compatible con el dormir que el autoerotismo propio de la oralidad primaria. De este hecho dan prueba el mamar dormido de algunos bebés, así como el chupeteo que en ocasiones acompaña al sueño.

Probablemente este último aspecto, sea además representativo de un accionar libidinal que rescata a Alicia de su dormir desvitalizado, equivalente algo más sofisticado en términos de complejización psíquica, a su despertar anterior, en estado de pánico sin representaciones y que señalé como expresión de un desborde de angustia automática. En el transcurso del tratamiento fueron apareciendo luego algunas pesadillas, con relación a las cuales relataba: "Durante el sueño, cuando se pone peligroso para mí, doy 3 saltos y me despierto. También puedo sacar del sueño a los que yo quiero, agarrándolos y tirándolos de la mano".

La pesadilla ha logrado constituirse por fin en guardián del despertar, con una eficacia evidente respecto a una resistencia al dejarse morir. La motricidad sigue conservando un valor, pero ha logrado ganar un status psíquico y encontrar una forma de quedar representada dentro de la elaboración onírica.

En relación a la vida vigil, la motricidad también encontró una forma de expresión en las actividades físicas que Alicia comenzó a desarrollar, tales como gimnasia y especialmente *running*, incluso participó en algunas maratones.

Es frecuente que encontremos en pacientes anoréxicas este desarrollo hacia una sobreinvertidura de la motricidad voluntaria, la cual se hace cargo de un plus pulsional que la elaboración psíquica no alcanza a procesar expresión de una fijación en la libido intrasomática, y que testimonia cierta ligadura y tramitación de la pulsión de muerte que queda así en parte neutralizada en su ataque hacia la autoconservación y su principio regulador de constancia. a la manera de cierto procedimiento autocalmante que permita recuperar un estado de alivio que haga posible mantener una tensión compatible con la vida.

La motricidad queda implicada así en un proceso de descarga, a la manera de un procedimiento autocalmante, que se presta para el mantenimiento de una tensión

corporal, como forma de reaseguro del sentirse vivo, sustituto del valor que pudo tener la anorexia en la etapa anterior.

En la misma línea de ir construyendo un horizonte de mayor subjetividad, Alicia pudo construir un proyecto vital con relación al estudio de una carrera terciaria para crearse una alternativa laboral que le permitiría establecerse en tierra firme.

Sin embargo, el acecho que desde la pulsión de muerte se ejercía sobre la autoconservación, y que testimonia la fijación temprana que afectó algunas funciones tributarias del Yo Real Primitivo se mantuvo, por ejemplo, en la alimentación de Alicia, que se mantuvo restringida en cuanto a la variedad de sus comidas, así como en pequeños accidentes sufridos durante sus prácticas aeróbicas.

Para finalizar, incluyo una frase de Maldavsky (1998): "*Los actos durante el dormir expresan los pensamientos oníricos como una forma particular de escritura*".

Referencias

- Álvarez, L. H. (2023). *Psicopatología psicoanalítica. Programa Maldavsky*. Lugar Editorial.
- Freud, S. (1950a [1895]). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud*. O.C. Vol. 1 Amorrortu Editores (1991).
- (1900a). *La interpretación de los sueños*. O.C. Vol. 4 y 5. Amorrortu Editores (1991).
- (1917d [1915]). *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños*. O.C. Vol. 14. Amorrortu Editores (1991).
- (1924c). *El problema económico del masoquismo*. O.C. Vol. 19. Amorrortu Editores (1991).
- (1940a [1938]). *Esquema del psicoanálisis y otras obras*. (Vol. 23). Amorrortu Editores (1991).
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Amorrortu Editores.
- (1995). *Pesadillas en vigilia*. Amorrortu Editores.
- (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Nueva Visión.
- (1998). *Casos atípicos*. Amorrortu Editores.

10/04/26**Presentación del libro de Jorge A. Goldberg "El trauma, su anudamiento y el espacio transicional. Construcciones del analista y tensiones en la alianza terapéutica"****Exposiciones de Abel Zanotto, Miguel Tollo y Jorge A. Goldberg****Abel Zanotto***

Buenas noches a todas y a todos. Mi agradecimiento a Jorge por esta invitación; a Miguel por compartir este encuentro y a ustedes por una afectuosa y atenta compañía. Permítanme compartir brevemente algunas ideas de un artículo mío titulado "Escribir y transmitir en psicoanálisis" publicado en mayo de 2025 en la revista de la AEAPG. Ahí dije que la letra escrita es un testimonio perdurable que resiste el paso del tiempo y que establece un vínculo entre quien escribe y quien lee. Reflexioné, también que la letra escrita es un acto del ser parlante que supera el "aquí" y el "ahora" y que posibilita en un mosaico fascinante recordar trayectorias pasadas e imaginar trayectorias futuras y agregué que el conectivo "y" enlaza esos dos actos solitarios poniendo en movimiento una vincularidad entre el escritor y el lector. Ahora permítanme compartir otras experiencias previas al escribir, transmitir y leer.

De ese plano casi público avancemos sobre un plano más privado. Me refiero a la costumbre de tomar un café con Jorge algún sábado que otro y a mitad de mañana. Confieso, sinceramente, que espero y disfruto esos encuentros. Me expreso mejor: celebro esos encuentros con una alegría presente y una esperanza futura de que se repitan. En otras palabras: más que encuentros son festejos. ¿Qué celebramos? Intercambiar experiencias personales y profesionales; hablar y sufrir con cuestiones políticas; hablar de experiencias en los espacios institucionales que habitamos; compartir algún caso clínico y reflexionar sobre cuestiones teóricas que tal vez fructifiquen en algún trabajo que presentaremos en algún espacio científico. En un encuentro promediando 2025, Jorge me comenta que está escribiendo un libro y que, a pesar de estar muy avanzado, desearía que lo fuera leyendo. "¡Qué honor, Jorge -recuerdo que le dije- y qué responsabilidad!". Y así comenzó un intercambio de documentos que Jorge me enviaba y que yo le devolvía con mis reflexiones escritas en color azul. Ya en 2026, en uno de los últimos cafés sabatinos, Jorge me alcanza un ejemplar de su libro y me dijo "Es para vos". Tanta fue mi emoción, Jorge, que no te pedí que me lo dedicaras. Y después, ya encaminado en la generosa invitación de comentarlo, comenzó otro ritual. El ritual de la relectura. Y como en cualquier relectura, el texto recorre tramos conocidos y ya transitados, pero también

*Psicoanalista. Lic. en Psicología (UBA) y Lic. en Sociología (UBA) Cooordina "Psicoanálisis dialogando con las artes" (AEAPG). Docente universitario. Autor de trabajos sobre adolescencias y contextos epocales. zanottoabel@gmail.com

alumbramos recovecos, gira por curvas y enfila por líneas rectas. En fin: en una relectura avanzamos y nos detenemos en una ruta conocida pero también desconocida porque releer y volver a leer también puede ser leer por primera vez.

Cuando me proponen presentar un libro despliego un método "casero" y personal: del título me encamino a la contratapa; vuelvo a las dedicatorias y citas; repaso el índice y reviso la bibliografía. Y ahí me sumerjo en el texto pasando por esa estación de peaje que es la introducción porque en ella se condensan las ideas básicas de la obra. Siguiendo con la metáfora del tránsito y de la ruta, la "introducción" puede ser un GPS que orientará la lectura posterior.

Del título ya por todos conocido, viajemos a la contratapa. Comparto las líneas y las preguntas iniciales: "¿Qué sucede en la relación terapéutica cuando un niño atraviesa experiencias con fuerte potencial traumático? ¿De qué manera es posible, desde el psicoanálisis, abrir un espacio donde el dolor psíquico encuentra vías de simbolización y confianza?". Reflexiones, Jorge, que nos asocia con el principio ético, humanista y vivencial en ese encuentro único entramado en el intento simple y al mismo tiempo descomunal de ofrecer un alivio, un bálsamo que mitigue el sufrimiento psíquico y existencial de un analizante.

Continúo con la dedicatoria. Dice "A Nilda Neves". Un texto mínimo pero elocuente. Muy elocuente. Mínimo porque sólo hay preposición, un nombre y un apellido. Y elocuente, muy elocuente, porque los cariños intensos no necesitan de muchas palabras para ser transmitido. Una dedicatoria simple y compleja; manifiesta y profunda que nos habla de una amorosa relación que supera un lazo profesional para revelarnos de una trama amistosa o, mejor dicha, fraterna.

Y vuelvo a la bibliografía. Figuran 26 autores de arraigado prestigio académico y clínico. Y de ese total, se perfila un subtotal habitado por tres autores que citaré por orden alfabético: Freud, Maldivsky y Winnicott. Un subconjunto, Jorge, que citas y que me permito parafrasear. En más de una oportunidad te referirás al "zócalo de figurabilidad" que atraviesa la experiencia analítica pero también podemos pensarlo como tu "zócalo teórico y clínico" al que también concurre Arminda Aberastury y Bion que, como todos sabemos, son autores esenciales pero que por esas cuestiones de las "capillas" a las que se refería David, transitaron de los espacios luminosos a los espacios no tan claros.

En este momento rescato una de las dos citas: en la "Cantata de puentes amarillos", Luis Alberto Spinetta, el inolvidable "Flaco", decía que "las almas repudian todo encierro". No es casual esta cita: en una "cantata" musical se combinan estilos, instrumentos y formas sacras y laicas. Ese significativo "cantata" me llevó a pensar que tu libro, Jorge, también es una "cantata", un puente entre diferentes paradigmas psicoanalíticos. Una referencia inicial, poética y musical que anuncia una composición coral entre los diferentes autores con los que el autor dialoga y que dialogan entre sí. Un deambular entre puentes sólidos y puertas saludablemente abiertas pues en tu texto,

Jorge, confluyen las teorías del trauma y sus anudamientos; los espacios transicionales y los ámbitos vinculares en los cuales se pueden producir los desanudamientos.

Así está planteado un riquísimo debate epistemológico. Se presenta el constructo de "*alianza terapéutica*" y sus manifestaciones en la clínica psicoanalítica con adultos resaltando que es -cito- "*un trabajo de construcción vincular*" para agregar que su condición es "*dinámica*" y que el analista -te vuelvo a citar textualmente, Jorge- debe "*ubicarse en un lugar de horizontalidad lo que facilita una exploración colaboradora*".

Aquí, Jorge, podemos hablar de dos despedidas que mencionás. En la primera, es como si pronunciaras un adiós a "Su majestad el analista" para construir y reforzar ese puente entre analista y analizante y analizante y analista. Y si insistimos en la metáfora hidráulica, donde hay diques construir puentes.

En la segunda despedida, cuestionás un sintagma poderoso que reinó durante mucho tiempo en los espacios inaugurales del psicoanálisis: "Su Majestad el adulto". La concepción adultocéntrica del niño se fue diluyendo aunque todavía, -vuelvo a citarte nuevamente- se sigue "*intentando adecuar instrumentos de investigación diseñados para estudiar las sesiones de personas adultas*" y aplicarlos en los ecosistemas de las infancias y las adolescencias.

Y aquí quiero detenerme en dos cuestiones fundamentales: en otra cita decís "*es preciso generar nuevas definiciones que permitan entender mejor qué elementos se ponen en juego para que se establezca una genuina contribución entre un analista y un niño*". Y reforzás esta conclusión con otra hipótesis que presenta visos de afirmación categórica: "***la creación de la AT resulta de un encuentro concreto que surge de la superposición de las zonas de juego del paciente con las del terapeuta***". En términos míos, un vínculo ecuacional donde cada término, como en cualquier ecuación matemática, vale tanto como el otro.

Y remarzás, Jorge, que ese encuentro se apoya en un zócalo. Podríamos pensar en un zócalo como un espacio límite entre una construcción visible y un piso que la sostiene. Cuando Jorge nos habla del "**zócalo de figurabilidad psíquica**", se refiere a una base inicial con marcas vigentes a lo largo de toda una vida pero que no se expresan como representaciones psíquicas.

Jorge recurre al texto freudiano de 1937 de "**construcción de un fragmento de biografía**" como un instrumento hermenéutico, como una llave que permite reflexionar sobre los complejos casos clínicos citados en el libro. El de Ramiro, por ejemplo, quien es llevado a la consulta por su madre por un "bajo rendimiento escolar" y "lesiones autoagresivas".

Cuando la terapeuta realiza una serie de preguntas para el armado de la historia clínica -por ejemplo: ¿Ramiro tuvo hospitalizaciones?- la madre responde que su hijo tiene dos diagnósticos médicos: hidrocefalia y hemiplejía y que Ramiro, a veces, dice sentirse diferente a su primo de la misma edad. Debe transcurrir un tiempo en el análisis para que Ramiro realice un dibujo de sí mismo que incluye dos protuberancias en la

cabeza. Y le dice a la terapeuta que, en palabras de Jorge *"deja hacer, no interfiere, no interpreta"*, que *"hay algo en mi cabeza que me hace doler, no me deja escuchar"*. Un comentario que lleva, como señala Jorge, la pregunta implícita a la terapeuta de cómo puede ayudarlo con lo que tiene, que le hace doler y lo ensordece, que no sabe qué es y que su madre actúa como si no existiera.

En momentos previos en los que Ramiro sonríe a la terapeuta y en éste que acabo de citar, nos dice Jorge que Ramiro empieza a transitar una *"pista en la que el niño se apropia de su particular modo de ser paciente"*. Se rescata de ser una réplica de lo que su madre dice que es y el sentimiento de confianza crece entre él y su analista para expresar su desvalimiento que se condensa en la expresión *"dolor sordo"*.

En este momento rescato dos aportes: el primero es explícito: en palabras de Jorge, manifiesta el ya nombrado "zócalo de figurabilidad" como "una suerte de teoría en acto que requiere de otro disponible para expresarse". El segundo es implícito: Jorge va bosquejando una redefinición del constructo "alianza terapéutica" pues cuestiona el modelo explicativo del analista quien va narrando en qué consiste un tratamiento y resalta que esa alianza es la configuración de una narración mutua, un hallazgo entre analista y paciente y entre paciente y analista. Como dije antes, ya no hay monarquías sino vínculos democráticos.

Y ahora hablemos de Juan, un niño adoptivo con dificultades de aprendizaje reconocidas por los padres pero quienes insisten en la elección de instituciones escolares de muy alta exigencia académica. En los tramos iniciales del tratamiento, el analista reproduce situaciones similares a las paternas hasta que gira, no interpreta sino que interviene. Y se va erigiendo como otro cuidador del niño. Juan y el analista juegan, y como señala Jorge, *"en esa espontaneidad se plasma una escena que condensa algo del trauma nuclear del paciente"* y que, como en una cantata, cito nuevamente a Jorge, *"se complementan de un modo singular para generar la figurabilidad del trauma"*.

Y ahí se produjo un saludable movimiento diría "telúrico": Juan comienza a jugar de otra manera y el analista se "anima" a cuestionar a un Superyó profesional que enfatiza la interpretación y congela otros recursos. Y en un destacable acto de sinceridad, Jorge comparte su desasosiego, sus "metidas de pata", sus yerros en un accionar encorsetado en enfoques ortodoxos. Y cuando se libera y espontánea y creativamente se produce esa alianza entre los dos términos de la ecuación en un "proceso" no unidireccional sino de retroalimentación permanente en la dialéctica analista-paciente.

Voy concluyendo: podría seguir mucho tiempo más. El texto de Jorge es profundamente inspirador. Nos alumbró con novedosos enfoques. Nos permite reflexionar y dialogar con él y, empáticamente, interrogarnos sobre que hubiéramos hecho nosotros y qué importancia le damos a las alianzas terapéuticas con analizantes de cualquier grupo etario.

Quiero cerrar esta intervención celebrando jubilosamente la publicación de un libro. Escribir un libro y "donarlo" al lector es en los actuales momentos un acto de

solidaridad entre colegas y también entre ciudadanos que somos. En los actuales tiempos de barreras y muros, de pensamientos enquistados y de feroces disputas narcisistas, de una humillante y perversa degradación del pensar y del actuar con solidaridad y amor por el semejante, un libro nos permite pensar en libertad para vivir en libertad. Y ese vivir en libertad reforzará el pensar en libertad.

Nuevamente, Jorge, agradezco esta participación en un acontecimiento que es académico y también político. La tarea compartida de pensar en algo en común anuda fraternalmente los lazos sociales y nos permiten sostener que mientras alguien escriba y alguien lea, "no todo está perdido".

Muchas gracias.

Miguel Tollo*

Quiero comenzar diciendo algo que es mas de orden general pero que considero muy pertinente de señalar respecto del libro. Jorge ha sido sumamente cuidadoso en la preparación de esta presentación, en todos sus mensajes hacia nosotros, y lo incluyo a Abel Zanotto con quien estoy muy contento de compartir esta mesa, colega compañero querido y apreciado de la Escuela de Psicoterapia para Graduados. Y digo que Jorge ha sido cuidadoso en su convocatoria como lo ha sido en la elaboración de su texto y descuento que su clínica se nutre de esa misma calidad humana tan necesaria en estos tiempos en los que algunos poderes alientan crueldad y falta de empatía.

Siempre resulta placentero leer la experiencia de un colega que transmite el entusiasmo de explorar la clínica actual, en especial cuando de análisis con niños se trata.

Ahora bien, sin ir a detalles o pormenores del libro para lo cual, recomiendo fervientemente su lectura, hay varias cuestiones que considero cruciales y en las que el autor demuestra arte y ciencia.

En primer lugar, el lenguaje. La narrativa de la experiencia clínica no suele ser fácil, tanto en lo que respecta a deslindar lo importante de lo accesorio como lo que hace a la transmisión, es decir, el cuidado en que el interlocutor comprenda lo más fielmente posible lo narrado, la experiencia del analista y del analizado.

“¿Quién encuentra hoy gentes capaces de narrar como es debido?” decía en 1933 Walter Benjamín. Décadas después advertimos cómo se ido perdiendo el valor del relato, ahora bajo el influjo de las nuevas tecnologías. Un mundo que sufre la atrofia de la capacidad narrativa como dice la psicóloga Lola López Mondejar, una incapacidad de la era digital que se ha incrementado y hace de las experiencias vivencias fragmentarias. Cobra pues gran importancia el trabajo cuidadoso por el relato de experiencias y mucho más cuando se trata de la de la clínica psicoanalítica, una modalidad que carece de pautas y reglas estándar, menos de planificación o paquetes prefabricados según patologías como ocurre con otras orientaciones.

Casi hemos perdido la capacidad de asombro ante las ofertas que surgen en los mercados en general, pero en particular de la salud y la salud mental, como por ejemplo las orientaciones terapéuticas mediante I.A. o uno que encontré en la web que dice:

* Psicólogo. Psicoanalista. Especializado en temas de salud mental pública y en clínica con NNyA. Profesor titular en la UNCAUS. Presidente del Forum Infancias C.A.B.A. Autor de trabajos en la especialidad. mtollo@hotmail.com

PSIOS

¡El Mega Paquete Terapéutico que todos están buscando!

Más de 1.200 herramientas y recursos terapéuticos listos para usar en sesiones con adolescentes, adultos mayores, familias y casos de trauma o intervención emocional.

Diseñado para facilitar tu trabajo clínico, acelerar resultados y conectar profundamente con tus pacientes.

Incluye guías, dinámicas, ejercicios, actividades y materiales visuales que transforman cada encuentro en una experiencia significativa.

Ideal para psicólogos, terapeutas y profesionales de la salud mental que quieren destacarse con recursos actualizados, prácticos y efectivos.

Descúbrelo ahora y lleva tus sesiones a otro nivel.

El psicoanálisis dista mucho de proponerse a la manera de estos formatos iatrogénicos. A la hora entonces de dar cuenta de la práctica no nos encontramos con una tarea fácil. Además, no estamos en los tiempos en donde las instituciones psicoanalíticas establecían de manera dogmática un lenguaje y una modalidad clínica. Sin embargo, vivimos un tiempo de incertidumbres en donde se añoran certezas que nunca existieron y rigores teóricos y técnicos que han caído en desuso. En ese sentido la obra de Jorge rebosa pensamiento propio lejos de esos encuadres anquilosados y animándose a las preguntas, las incógnitas, lo incierto.

Considero que el relato que pondero en este libro, no es el que tiene un propósito unidireccional, del escritor al lector, sino ese fenómeno en el que el escritor y lector establecen una alianza, un juego de a dos en donde tiene lugar imaginar situaciones, que en este caso son escenas de la clínica. El lenguaje aporta entonces a un trabajo de elaboración, en la medida en que desde lo escrito se evocan experiencias del lector y convoca a repensar aquellos momentos críticos del trabajo terapéutico. Y eso en la medida en que el escritor, Jorge en este caso, compromete su propia experiencia con veracidad y claridad.

Allí es entonces cuando la lectura se convierte en un diálogo:

“¡Qué interesante esto que señala Jorge! Me recuerda a un paciente...”

“Voy a revisar esta cita que incluye a propósito de la viñeta”

“No recordaba esto de Winnicott”

“Ahora entiendo mejor el valor de lo que planteaba Bion”

“¿Qué hizo él? ¿Qué haría yo?”

El relato de las experiencias se convierte en un diálogo incesante que no concluye con la lectura. Perdura luego en reflexiones, charlas con colegas o acudiendo a alguno de los autores citados. Por eso considero que hay lecturas que cuestan trabajo en el buen sentido ya que no pasan páginas, hasta diría párrafos sin que se disparen asociaciones

sobre la práctica o la teoría. Y entonces un libro como el de Jorge puede estar un buen tiempo acompañándonos en el escritorio.

¿Podríamos decir que se produce una "alianza literaria"? Un espacio transicional de juego de pensamiento en el que escritor y lector construyen, producen sentidos sobre la complejidad de la clínica. A mí me pasó algo así con el texto que presentamos y lo valoro muchísimo porque creo que es lo importante de una escritura psicoanalítica.

Y aquí viene la segunda cuestión que me interesa enfatizar como virtud de este texto sobre la clínica: la conceptualización teórica. Es enfrentar el desafío de incorporar un lenguaje teórico-conceptual que ponga nombre a lo acontecido y permita hacer partícipes a otros del sentido y las explicaciones que surgen de esas experiencias. Creo que este nivel requiere un trabajo y un esfuerzo especial dado que no se trata solo de conocer los hechos y considerar su despliegue y el impacto personal, sino también establecer términos adecuados que, nos permitan profundizar el análisis y compartir el pensamiento. La elección de los conceptos requiere un manejo de la teoría, del aporte de distintos autores, pero también la capacidad y la inquietud por entrecruzarlos, actualizarlos, recrearlos. Jorge da cuenta de un hábil manejo de lo teórico y tiene además la generosidad de recordar las definiciones y recorrer su articulación teórico-práctica donde adquieren más consistencia y validez.

A esta altura me viene a la mente una de las frases que inaugura el libro, que corresponde a Luís Alberto Spinetta: "Las almas repudian todo encierro..." Porque precisamente el pensar y el analizar requieren apertura del analista.

La búsqueda en procura de echar luz sobre algunas temáticas de la clínica como el abordaje de los traumas tempranos, la revisión del concepto de construcción en análisis, el de alianza terapéutica con niños, alianza terapéutica fundante, como la idea de zócalo de figurabilidad psíquica en las intervenciones del analista, me han resultado aportes de gran valía y los agrego a mi caja de herramientas en el consultorio.

La tercera cuestión que, desde mi punto de vista resulta fundamental en la transmisión de la clínica y en el psicoanálisis, es justamente que el relato, la escritura y la teorización puedan ser ocasión de creatividad.

Y es la creatividad algo que Jorge resalta junto con la sensibilidad, la habilidad y el sentido de oportunidad del analista de niños, quien enfrenta situaciones que ponen a prueba justamente su capacidad y su inventiva.

Y esto resulta en la medida en que hay una íntima conexión con una cuestión que no he mencionado pero que precede a todo trabajo del pensar y considero que le da realce a esta publicación y es la de reconocer, establecer y definir la existencia de problemas. Porque lo que nos fuerza a renovar la clínica surge del honesto planteo de los problemas, aquello que se nos manifiesta como obstáculo, dificultad y a la vez convoca el motor de la pulsión epistemofílica.

Ya la formulación del problema es un trabajo y un trabajo creativo. Desde el recorte hasta la conceptualización elegida, el problema va dando indicios de por donde es posible abordarlo. De cómo, por ejemplo, las tensiones en la alianza terapéutica dan pie desde la transferencia a las construcciones del analista.

Desde luego, relato, conceptualización y creación se encuentran siempre enhebradas en el acto de pensar y pensar-se que nos demanda la práctica o la escritura de un texto.

Nos dice Jorge:

"El trabajo clínico de detectar el trauma temprano y el modo de intervenir clínicamente en el contexto de la transferencia es una cuestión que, desde la misma fundación de esta disciplina, inspira trabajos teóricos y clínicos de los psicoanalistas..."

Y el analista está empujado a pensar y crear justamente allí donde su experiencia clínica lo deja sin palabras. No es una falla del dispositivo, sino una de sus condiciones de producción.

En Freud, esto es muy claro si leemos su obra no como sistema cerrado, sino como respuesta a impasses clínicos donde muestra momentos en los que algo irrumpe, no puede ser simbolizado de inmediato, lo deja en una posición de interrogante ante los problemas. Por eso para él la práctica no surge como aplicación de una teoría, sino que esta surge como elaboración a posteriori de lo que podríamos caracterizar como una experiencia que desborda.

De ahí que podemos pensar —en términos metapsicológicos— que hay en la práctica analítica algo del orden de lo traumático:

- escenas transferenciales intensas
- afectos que no encuentran representación
- irrupciones del decir del paciente que "golpean" al analista

Cuando un analista piensa, escribe o teoriza, hay algo de su posición que no es neutral:

- estuvo ahí
- fue afectado
- algo de la escena lo atravesó

La teoría entonces funciona como:

- intento de ligadura simbólica
- construcción de sentido donde hubo ruptura
- modo de no quedar capturado por lo traumático de la escena

En conclusión, en este libro la escritura, el relato, el pensar, la teorización y la creatividad cumplen con elaborar lo vivido, producir un saber transmisible que pueda ser compartido y discutido con otros y mejorar la práctica analítica.

Me alegro y agradezco a Jorge el haber sido convocado para el comentario de este libro. Una invitación a pensar juntos el psicoanálisis, a este juego, fenómeno altamente refinado del siglo XX como decía Winnicott, que a pesar de todo lo sigue siendo en el siglo XXI.

Jorge A. Goldberg *

Quiero comenzar agradeciendo la participación de Abel y Miguel en esta presentación, especialmente por el modo en el que lo hicieron. Creo que con la generosidad con que se han referido al texto y a mi persona y con la profundidad de sus reflexiones, le han dado un realce enorme a mi libro.

Por otra parte, deseo agradecer a la Editorial Entreideas, en especial a Marcela, por el profesionalismo y el entusiasmo con el que me acompañaron para que este proyecto se concretase.

Debo confesar que me resulta increíble estar en este ámbito, nada menos que la Biblioteca Nacional, presentando un libro mío, ante ustedes, gente tan valiosa y querida para mí.

Me halaga la presencia de mi familia a la que adoro, así como la de esta nueva rama familiar que creció a partir de mi relación con Mariana, mi pareja. Me hace muy feliz que estén acá mis amigos y amigas del Hospital Muñiz, del GPDM, y la de todos ustedes, queridos, entrañables colegas y amigos con quienes hemos compartido la vida, el trabajo y la amistad. Muchas gracias por estar aquí.

Entre los que no están presentes deseo mencionar a mi abuela y a mis padres, quienes hicieron mucho para que yo pudiera dedicarme a estudiar y a desarrollar mi vida profesional. Tanto que merecerían estar hoy aquí, para disfrutar de este momento con nosotros. De todos modos, siento que, al nombrarlos, de algún modo, están presentes aquí y ahora.

Me gustaría por último hacer unas breves consideraciones acerca del contexto en el que surgió este libro, del propósito que orientó su escritura y finalmente, compartir con Uds. una sensación que se me hizo notoria en los meses que siguieron a su publicación.

- En el que nos toca vivir, el saber hegemónico de la época, habilita a que, por ejemplo, un famoso neurólogo escriba un libro en el que se sostiene la existencia de un "cerebro argentino". Puede sonar gracioso o incluso inofensivo, pero pensemos que el siguiente libro del citado autor podría referirse al cerebro de los pobres, o tal vez al de las mujeres, o al de los judíos. Esta política del saber, con su impronta racista, requiere por parte de quienes creemos en una ética humanista e igualitaria, del ejercicio de dar testimonio. En ese sentido, este libro es mi mensaje en una botella. Una humilde contribución ética, teórica y clínica arrojada contra la corriente de este inédito tiempo histórico.

*Lic. en Psicología (UBA). Dr. en Psicología (UCES). Magíster en problemas y patologías del desvalimiento (UCES). Miembro fundador del GPDM. Docente universitario de posgrado. Autor del libro *Del trauma a la resiliencia*. jorgegoldberg1908@gmail.com

- Entre los desafíos más difíciles que enfrentamos los que trabajamos con las infancias y las adolescencias, se cuenta el avance de la patologización y la medicalización, cada vez más difundida y más precoz, como pretendida solución, eficaz e indolora, a los síntomas con los que niños y adolescentes expresan su malestar, su padecimiento. Con este libro me propuse aportar a sostener la dimensión del síntoma como mensaje y la función del terapeuta como la de quien contribuye a descifrar el sentido de los síntomas, con el objetivo de atenuar el sufrimiento y la angustia.
- Para finalizar: en la escritura de este texto utilicé casos clínicos de pacientes a los que atendí en distintos ámbitos hace ya muchos años. El desafío de seleccionar entre el material que registré minuciosamente, de volverlo a pensar con un nuevo enfoque, me entusiasmó desde el comienzo y fue el motor que me hizo avanzar. A ese entusiasmo a veces se contraponía una sensación de tristeza que durante bastante tiempo me desconcertó. Hace pocos días escuché un periodista que me aportó una imagen a la que pude conectar convincentemente con esa tristeza. Se refirió a los futbolistas que inician su carrera como ambiciosos delanteros y a medida que pasan los años se van retrasando en el campo de juego a zonas de menor exposición, aunque tal vez más estratégicas. Esa imagen me sirvió para pensar en que la práctica clínica con niños requiere de estar dispuesto. Dispuesto a contar hasta cincuenta las cincuenta veces en que un niño necesite jugar a la escondida. Dispuesto a tener entrevistas con padres quejosos. Dispuesto a hablar con docentes. Dispuesto a hacer informes para una obra social con la obligación de utilizar la oprobiosa nomenclatura del DSM 3, 4 o 5. **Es que, como decía Winnicott, en nada se parecen un psicoanalista infantil a un filósofo de gabinete. En nada realmente. Y los años van pasando y para la práctica con niños yo ya voy, como se dice en el fútbol, pensando en colgar los botines.** Pero pienso seguir escribiendo sobre todos estos años de trabajo clínico fructífero, porque llevo en mis oídos - como alguien dijo alguna vez - la maravillosa música de tantas voces, de tantas risas y de tantos juegos, con los que tanto niño sabio e inspirado se dispuso a enseñarme a ayudarlos, mientras disfrutábamos jugando.

Muchas gracias a todos!

25/04/26**Trauma en la Infancia*****Exposiciones de Gabriel Donzino y Jorge A. Goldberg*****Gabriel Donzino*****Lo traumático en la infancia. Entre el exceso y la carencia**

La noción de trauma se enraiza con el origen del psicoanálisis. Desde los albores del mismo ligado a la etiología traumática de las neurosis, hasta los desarrollos de 1920 (*Más allá del principio del placer*) y de 1926 (*Inhibición, síntoma y angustia*), fue en la obra freudiana la molécula teórica alrededor de la cual se engarzaron diferentes conceptualizaciones que la clínica exigía.

Al tomar este tema y pensarlo en relación con la niñez y adolescencia, nuevamente la clínica nos aporta material para una reubicación de lo traumático. La premisa teórica que sostiene que el psiquismo del niño se halla en un proceso de constitución, invita a distinguir, como nos propone Ángeles Codosero Medrano, entre el efecto de los excesos de cantidad sobre el aparato de aquel que se produce por fallas o déficit en los aportes libidinales del otro en tiempos críticos tempranos.

Situaré un breve recorrido histórico respecto de los aportes que, a partir de los planteos freudianos, otros analistas realizaron al concepto de trauma, enlazando a aquellos que en el medio de esta polaridad causal -lo externo/lo interno-, incluyeron características de lo traumático en la infancia.

Siguiendo este planteo desarrollaré:

- Las concepciones freudianas y sus modificaciones,
- Los aportes de otros autores como Anna Freud, Humberto Nágera, Sandor Ferenczi, Donald Winnicott, Silvia Bleichmar, entre otros.
- A partir de lo anterior situar lo específico de las consecuencias traumáticas que pueden producir los factores exógenos o endógenos sobre un psiquismo en constitución, teniendo en cuenta que ambos factores se entrecruzan circularmente.

Lo traumático en Freud. El problema de la cantidad

La concepción clásica sobre lo traumático ubica al factor cuantitativo como coadyuvante del trauma (la gran afluencia hacia el aparato de una cantidad que excede las posibilidades de elaboración y metabolización).

*Lic. en Psicología (UBA). Psicoanalista. Profesor en Posgrado (UCES). Codirector de la Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes *Cuestiones de Infancia*. Coautor y compilador de libros sobre infancias y adolescencias. gabdonzi@fibertel.com.ar

Ya desde el *Proyecto*, lo cuantitativo ocupa un lugar en la preocupación freudiana. Recordemos la primera tesis básica que planteaba la tendencia del sistema a mantener la homeostasis interna, ya sea evitando la carga mediante la fuga o derivándola por abreacción o tramitación psíquica. La alta carga sería disruptiva para el funcionamiento del aparato, pero ese exceso lo motoriza a producir circuitos y facilitaciones. Se inaugura así una teoría cuyo centro es la represión y el conflicto.

El protosistema freudiano nutrido clínicamente por las afecciones postraumáticas y las neurosis actuales, permitían ubicar la acción de un elemento externo que, por su alta carga, efraccionaban la capacidad yoica de procesar el estímulo.

La teoría de la etiología sexual traumática de las neurosis, sostenida en la seducción de la que habrían sido objeto las histerias de esa época, marcó el énfasis en el polo externo confluyente con un aparato desprevenido e impreparado para elaborar el impacto. Un cuerpo extraño se instala de este modo, el que persiste resistiendo su inclusión en las cadenas representacionales, como un quiste.

Algunas modificaciones sufrirá este planteo inicial. En 1920, incrédulo respecto de las seducciones padecidas por tantas histéricas, resta peso al factor externo y ubica en el interior del sistema psíquico la acción de la pulsión de muerte como fuente de desligadura; el peligro ahora está adentro. Esto hace que se active la compulsión de repetición como un intento de ligar lo inasimilable. Ya no se trata de estímulo (externo) sino de excitación (interna). Paradoja freudiana donde la repetición para elaborar lleva a que lo traumático devenga un eterno presente.

La otra modificación es la lectura del trauma en dos tiempos. El primer tiempo supone la marca de un suceso hasta el momento no significable (Laplanche lo llama "sexual presexual" [1974, pág. 111]) que permanece "latente", sin consecuencia clínica alguna. Será recién a partir de la pubertad que la primera marca cobraría carácter sexual y se la resignificaría como traumática. Es este segundo tiempo de resignificación, el que instala la vivencia traumática eficaz, ya no como efecto del afuera sino como fantasía interna. Observemos esta circularidad freudiana: lo interno es resignificado traumático por lo externo y lo externo significa lo interno como traumático.

Como vemos la problemática planteada desde Freud no logra conciliar la oposición externo-interno como causa del trauma.

¿Es sólo la intensa carga?

¿Qué plantearon aquellos que trabajaron con niños donde el trauma no era algo reconstruido desde el análisis de adultos?

Melanie Klein no ubica en su corpus teórico a lo traumático como eje, sino a la lucha contra la pulsión de muerte interna. Lo externo no produciría impacto de alta carga sino frustración y defusión pulsional (ej. trauma del nacimiento).

Piera Aulagnier plantea en uno de sus escritos (1984, pág. 13) lo que llama "cuestiones fundamentales de un analista".

Estas serían aquellas marcas personales que llevan a priorizar la teorización de ciertos temas por sobre otros, convocados por sus personales cuestiones. Por ejemplo, en Freud es el padre; en Klein los duelos. En Anna Freud es la armonía homeostática. Es decir: evitarle al niño un exceso que por sus características internas no esté en condiciones de metabolizar. El medio debe poder adaptarse a las necesidades del pequeño en cada etapa de su desarrollo. Esto evitaría un trauma. La ilusión annafreudiana sería que es posible un psiquismo sin conflicto¹.

En este sentido respecto del trauma, Anna Freud aporta dos notas. No solo la alta carga promovería situaciones traumatógenas sino, además, pequeñas cargas sostenidas en el tiempo, cuyo efecto acumulatorio sería traumatizante. Serían traumas por sumación de carga. La imagen que lo grafica sería: La gota que orada la piedra. En este caso el trauma desviaría el curso normal del desarrollo.

El otro aporte es que no toda situación de por sí produciría un trauma. Es su discípulo Humberto Nágera (1965) quien desarrolla el concepto de "Interferencias del desarrollo" para ampliar este tópico. Con éste se refiere a cualquier causa exterior que afecte una necesidad o derecho del niño en un tiempo crítico donde es inconcebible para el niño que eso suceda. Se trata de una acción externa desajustada, voluntaria o accidental del otro sobre el niño, pero sólo eficaz negativamente si se combina con el momento sensible del niño (según su fase de evolución libidinal) y ese suceso. Cuanto más temprana sea la interferencia, más agraviado se verá el *infans* en su proceso de desarrollo psíquico. Desde este planteo no sería tan importante el monto de la carga externa como sí el desajuste entre el medio externo y lo interno del niño en ese momento crítico. Y el otro aspecto que resulta novedoso de ello es que puede haber traumas por déficit.

Ferenczi por su parte, también aportó su visión original en un intento de pensar la articulación entre los factores que intervienen en lo traumático en la infancia. Si bien su planteo alude a traumas por seducción sexual incestuosa, ubica lo que denomina "confusión de lenguas" entre el niño y el adulto como un factor generador de trauma. Dicha "confusión" radicaría en la tensión entre el lenguaje de la ternura del niño y el lenguaje de la pasión sexual del adulto. Los padres interpretan los acercamientos tiernos del hijo como conductas sexuales y el niño recibe de ellos una acción sexualizada real que no puede significar como tal (según Ferenczi se trataría de padres perversos o bajo efecto de drogas). El niño, por miedo, no puede sino identificarse al agresor sexual. Escribe Ferenczi: "el agresor desaparece en cuanto realidad externa y se torna intrapsíquico en lugar de extrapsíquico". "Pero la transformación más importante en la vida emocional del

¹ Anna Freud, como pionera de la prevención primaria abrió, desde esta postura, su legado a ramas de diversas disciplinas que rodean a los niños: la pediatría, la educación y lo jurídico.

niño, (...) es la introyección del sentimiento de culpa del adulto, lo que presta al juego hasta ahora inocente la apariencia de un acto punible". (pág. 274).

Encontramos aquí otra lectura del trauma freudiano en dos tiempos: éste se daría en *un mismo tiempo* y en *dos espacios* (interno del niño -ternura- y externo del adulto -sexual-) pero el peso está puesto en la hostilidad y el odio del adulto; sería entonces traumática toda situación en la que el adulto no cumpla su función protectora, sino que utiliza al niño para sus fines sexuales perversos.

La psicoanalista catalana Ángeles Codosero Medrano (2020) nos recuerda que "en el artículo *El niño no bienvenido y su impulso de muerte*, Ferenczi (1929) estableció un nuevo tipo de neurosis, llamada neurosis de frustración, donde el trauma no consiste sólo en acciones y eventos, sino en la desiderativa parental, fundamentalmente en la no investidura: los padres que no desean ni quieren al niño. Este trauma, o frustración, es el generador de las más variadas patologías mentales, y puede ser inductor de complicaciones orgánicas, hasta llevar al sujeto, en algunos casos, a la muerte". "Esta idea de trauma -continúa Codosero Medrano- como efecto de los procesos psíquicos del otro, desplaza la idea del impacto hacia la cualidad del vínculo interpersonal". (pág. 4). [subrayado personal].

Más cercano en el tiempo, Silvia Bleichmar siguiendo una propuesta teórica de Jean Laplanche, desarrolla una formulación respecto del trauma en la infancia que reencausa la teoría traumática de las neurosis, pero corre el eje del trauma como patológico.

La teoría de la seducción generalizada es sintetizada por Bleichmar así: "los cuidados maternos, al hacerse cargo de la preservación autoconservatoria del recién nacido, inauguran el campo de la sexualidad, instaurando la pulsión a partir del hecho de que la madre, sujeto provisto de inconsciente, envía mensajes libidinales, cuyo sentido escapa a ella misma, dado que son el producto de ese mismo inconsciente". (pág. 52). Y continúa: "si el traumatismo es energía descualificada, energía sexual que penetra en el sujeto y lo somete a un cúmulo de excitación momentánea inelaborable, es también, y en razón de ello, la fuente de elaboraciones y simbolizaciones posteriores. Por ende, los cuidados maternos, producidos por un agente sexualizado y sexualizante, abren la serie traumática que, al mismo tiempo que da origen a la sexualidad -a la vida psíquica, en consecuencia-, generan las condiciones necesarias -no suficientes- para la elaboración o ligazón de la energía psíquica que busca constituir su movimiento en el marco del principio del placer".

La propuesta de Bleichmar y Laplanche plantea una concepción de traumatismo "en la cual todo es exógeno y endógeno a la vez, en la cual lo exógeno se inscribe, deviene endógeno y se reactualiza a partir de un elemento exógeno que viene a producir un reensamblaje". (pág. 53). Esta teoría general del traumatismo plantea que el factor desencadenante (externo) "no dispara nada, sino que ensambla, en un tiempo posterior, lo inscrito bajo un modo de rearticulación que da origen al síntoma." (pág. 58).

Lo traumático en la infancia y la constitución subjetiva temprana

Ahora bien, desde la clínica con niños el posicionamiento teórico que supone un sujeto psíquico en construcción, nos advierte acerca de la función estructurante del otro humano. Y el estudio de lo traumático en la infancia desliza el énfasis a "los efectos de las carencias o fallas de la diada niño-cuidador, o sea el trauma psíquico temprano, a diferencia del concepto de trauma entendido como un acontecimiento externo y violento al que se encuentra sometido un sujeto como guerras, torturas, secuestro, abuso sexual, maltrato, etc." (Codosero, op. cit.)

Entre las funciones primarias de la madre o cuidador primario, Freud sitúa el auxilio ajeno ante el desvalimiento inicial, que sirve de filtro de las excitaciones, neutralizando y amortiguando tanto las externas como las internas permitiendo su inscripción bajo el dominio de Eros.

Bion amplía este modelo al postular la función Alfa materna y su capacidad de *rêverie* que transforman lo inasimilable de las sensaciones de alta carga -elementos beta- en contenidos asimilables y contenibles -elementos Alfa- que fundan el "aparato de pensar pensamientos y sentir sentimientos" del bebé. El fracaso de esta función o del *rêverie* materno serían fuentes de trastornos graves en el armado del yo y del psiquismo en general.

El planteo clásico kleiniano proponía una relación objetal del niño con el pecho donde la experiencia real de gratificación con el mismo no era lo central sino la imago que el niño hubiera construido sobre esa experiencia en función del monto constitucional de pulsión de vida o de muerte.

A diferencia de Klein, Donald Fairbairn, impactado por aquellos niños que habiendo tenido una relación muy penosa con sus padres optaban, no obstante, continuar su vida junto a ellos, propone que el yo del niño busca al objeto, necesita su contacto más allá que éste haya sido gratificante. La libido infantil no sustituiría objetos en pos de gratificación sino quedaría adherida a esos objetos primarios, aunque frustrantes, lo que lleva al autor a considerar que el niño no necesitaría tanto la gratificación libidinal sino el contacto con el objeto. Que el objeto acepte ese contacto daría consistencia al *self* del pequeño. En cambio, el mayor trauma que podría sufrir un niño sería la frustración de su deseo de ser amado, y que su amor no fuera aceptado por el otro.

Desde estos autores se introduce entonces en la teoría, la función necesaria y estructurante del otro humano a la par de ser posibles agentes traumáticos para el yo y el narcisismo.

Por otro lado, Winnicott nos plantea su paradoja: los bebés no existen. Su teoría del desarrollo emocional de individuo, plantea un lento y progresivo proceso de diferenciación subjetiva, desde un estado de dependencia absoluta con la madre, a otro de independencia relativa. Al comienzo no hay bebé sino un madre-bebé. Podrá luego emerger de esa primaria unión un bebé si la madre, suficientemente buena, ha aportado

lo necesario en la adaptación a las necesidades del pequeño. Desde un primario estado de no-integración (donde pueden experimentarse agonías primitivas), el cuidado real del ambiente permitirá un progresivo estado de integración.

El mundo interno se irá conformando gracias a la integración creada entre el interjuego de la realidad externa y las necesidades internas del bebé, objetos y fenómenos transicionales mediante.

Las tres funciones maternas -sostén (*holding*), manipulación (*handling*) y presentación de objeto (*object-presenting*)-, se irán jalonando a medida que el niño esté en condiciones de afrontar la frustración de la incompletud. Su éxito es una gradual y creativa adaptación a la realidad compartida.

Cada función tiene su correlato en la organización psíquica del bebé: el sostén será a la integración del psiquesoma (unidad), como el *handling* a la personalización (primaria diferenciación yo-no yo) y la presentación de objeto a la relación objetal (Edipo temprano). Las posibles fallas ambientales son en la teoría de Winnicott la pieza angular del trauma. Si en el curso de la temprana infancia las funciones maternas citadas son desadaptadas, groseras y continuadas, por ausencia, intrusión, o exceso (madre ansiosa, deprimida, psicótica caótica, etc.) eso alterará el normal desarrollo y llevará a una adaptación mental forzada, y como consecuencia se originará un falso *self* o derivaciones psicopatológicas de diversa gravedad.

El factor tiempo en este proceso de desarrollo normal es central. No puede apurarse ni retrasarse. Y cada día deberá encontrar sus tiempos mutuos de adaptación y desadaptación.

Para finalizar solo enunciaría dos elementos a tomar en cuenta pero que excederían desarrollarlos en este trabajo:

Uno es el tiempo subjetivo de la adolescencia donde el joven se sentirá sometido a una "exigencia de trabajo" inédita hasta el momento, así como la de los duelos de un niño que sufra una pérdida o separación respecto de un ser humano que es soporte de identificador y sostén de funciones estructurantes; ambos son fenómenos que pueden pensarse desde la perspectiva del trauma.

El otro, es la compleja trama de la trasmisión generacional trabajada por Tisseron, Torok -entre otros- (1995) y Kaës, Faimberg, Enriquez y Baranes (1993).

Este punteo conceptual estimo permita considerar otros factores que pueden influir en el estudio y estrategias clínicas ante el armado de lo traumático en la infancia.

Referencias

Aulagnier, P. (1987). *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo* (Introducción). Amorrortu. (1984).

Bion, W. R. (1975). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós. (1962).

Bleichmar, S. (1992). Teoría traumática de las neurosis. En *Diarios clínicos N°5: Lo traumático en la infancia*. Ediciones Diarios Clínicos.

Codosero Medrano, Á. (2020). *La evolución de la teoría traumática en el pensamiento psicoanalítico*. Centre Diagonal. <https://centredagonal.com/wp-content/uploads/2020/10>

Freud, A. (1980). *El psicoanálisis y la crianza del niño*. Paidós. (1964).

Freud, S. (1950 [1895]). Proyecto de psicología. *Obras completas*. Vol. 1. Amorrortu (1991).

(1920g). Más allá del principio del placer. *Obras completas*. Vol. 18. Amorrortu (1991).

(1926d). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas*. Vol. 20. Amorrortu (1991).

Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., & Baranes, J.-J. (1996). *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Amorrortu. (1993).

Klein, M. (1987). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Obras completas: Melanie Klein* (Tomo 3). Paidós. (1952).

Laplanche, J. (1976). *El inconsciente freudiano y el psicoanálisis francés contemporáneo*. Nueva Visión. (1969).

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis* (Ítem Trauma, traumatismo). Labor. (1968).

Nágera, H. (1974). *Neurosis infantil. Problemas del desarrollo* (2.ª ed., Cap. 3: Interferencias en el desarrollo). Hormé. (1965).

Tisseron, S., Torok, M., & Rand, N. (1997). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*. Amorrortu. (1995).

Winnicott, D. W. (1991). El concepto de trauma en relación al desarrollo del individuo dentro de la familia. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Paidós. (1965).

(1993a). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. (1960).

(1993b). La integración del yo en el desarrollo del niño. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. (1962).

(1998). La etiología de la esquizofrenia infantil en términos de la falla adaptativa. En *Acerca de los niños*. Paidós. (1967).

(1999). Las psicosis y el cuidado de niños. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Paidós. (1952).

Jorge A. Goldberg*

Trauma infantil, alianza terapéutica y espacio transicional

El estudio psicoanalítico del trauma temprano abarca una variedad de enfoques teórico-clínicos que, a la vez que han contribuido a que podamos mejorar nuestra prestación terapéutica a niños en condición de desvalimiento han generado un insumo de conocimiento valioso, que ha expandido sus alcances a otros campos de la investigación y la clínica. A modo de ejemplo puedo mencionar que la capacidad de los terapeutas de adultos para registrar núcleos autistas en pacientes neuróticos, se ha refinado a partir de los aportes que, respecto del psiquismo temprano, han producido autores como F. Tustin, o G Haag.

Como muchos de ustedes saben, durante años trabajé en un equipo interdisciplinario atendiendo niños cuyas vidas fueron afectadas por hechos de gran potencialidad traumática, como puede serlo el contraer una enfermedad infecto contagiosa que exige tratamientos médicos e internaciones desde la más temprana infancia. Una meta clínica que ha orientado mi labor fue contribuir a pensar, representar, producir experiencias emocionales dirigidas a dilucidar en que consiste la enfermedad orgánica, a localizarla en la geografía corporal, y a procurar con los recursos anímicos disponibles, generar un material psíquico apto para pensar la enfermedad orgánica en relación al cuerpo propio, que es un modo rescatarse de la condición de desvalimiento, de pasividad en la que el cuerpo del niño contrajo la referida patología. El fundamento afectivo, requisito imprescindible para apuntalar la labor clínica, en el contexto del juego y el diálogo con el niño, consiste en la construcción de una alianza terapéutica genuina. En esta oportunidad, deseo focalizar justamente en el trabajo vincular que se despliega para producir una alianza terapéutica genuina con pacientes niños que atraviesan este trance vital.

Cabe preguntarse en este momento ¿Cuál es la importancia de detectar en las escenas de sesión con un paciente niño, los momentos de alianza terapéutica genuina o fundante, tal como yo la denominé en mi último libro? Al respecto considero útil recordar, que uno de los desafíos que enfrenta la psicoterapia con niños es que muchas veces la decisión de empezar la terapia, suele estar a cargo de los adultos significativos. Los terapeutas de niños desde siempre estuvimos advertidos de que la confianza o la transferencia positiva con que somos investidos por padres o instituciones, no garantiza nada en relación a poder construir una alianza terapéutica genuina.

Deseo resaltar, antes de explicitar cual es mi propia definición de alianza terapéutica fundante, que la historia del psicoanálisis dirigido a las infancias, albergó un

*Lic. en Psicología (UBA). Dr. en Psicología (UCES). Magíster en problemas y patologías del desvalimiento (UCES). Miembro fundador del GPDM. Docente universitario de posgrado. Autor del libro *Del trauma a la resiliencia*. jorgegoldberg1908@gmail.com

resonante debate entre A. Freud y M. Klein respecto cual es el mejor modo de *establecer la alianza terapéutica* para que un niño pueda descubrir el aporte que la función analítica puede ofrecerle en la mitigación de la angustia, en la resolución de sus síntomas.

Según A. Freud, una condición para la construcción de ese lazo es, en una primera fase del tratamiento instruir al niño acerca del procedimiento terapéutico, estimular la confianza en el analista, el deseo de curación, etc.

La analista inglesa, a su vez, era partidaria de interpretar la fantasía inconsciente desde el inicio, sostenida en el punto de vista de que, reduciendo el monto de angustia mediante ese recurso, se logra que el paciente se comprometa genuinamente con la terapia. Esta polémica, en las décadas siguientes quedó totalmente corrida del foco de interés de los psicoanalistas, sin que ninguna de las dos orientaciones, haya aprovechado la existencia de tal controversia, para acceder a posiciones mejor sustentadas teórica y clínicamente. Un síntoma de esa claudicación de ambas escuelas psicoanalíticas es, una cierta tendencia que observo en algunos clínicos de niños, quienes suelen idealizar el jugar en sesión de un modo acrítico, como si fuera algo en sí mismo terapéutico, valioso per se.

Ahora bien, la alianza terapéutica, como dijimos, desestimada por las corrientes psicoanalíticas hegemónicas, fue muy revalorizada en las últimas décadas por investigadores clínicos de las más variadas orientaciones teóricas, quienes sostienen que la calidad de la alianza terapéutica es el factor más decisivo a la hora de considerar los elementos que pesan en el resultado (fracasado o exitoso) de un proceso terapéutico. Por mi parte, desde la época de mis tesis de Maestría y de Doctorado, he procurado aportar en el esfuerzo por recuperar para el psicoanálisis en las infancias, la relevancia de estudiar la alianza terapéutica en relación con el cambio clínico.

Alianza terapéutica fundante

En mi último libro presto atención a la creación de una alianza terapéutica entre un niño y un terapeuta. Defino a la AT fundante de un vínculo como el encuentro entre dos hallazgos: el del terapeuta localizando algo del sufrimiento del niño (en su matiz más o menos pronunciado con el enunciado por los adultos que convocaron al analista) y del niño que descubre a un analista, es decir: a un sujeto implicado capaz de recibir y descifrar algo de su padecer. Este encuentro, que crea un analista para un niño y un paciente para un terapeuta es producido en la espontaneidad del diálogo lúdico y es el fundamento de la confianza, pilar de la alianza terapéutica. Ahora bien: el indicador más fiable de que el encuentro denominado ATF se produjo, es el surgimiento de *un motivo de consulta genuino del niño, el cual frecuentemente toma la forma de una fantasía de enfermedad y/o de curación*. Ésta constituye a su vez, un salto de calidad respecto del momento inaugural de la AT, al que me referí como el momento del mutuo hallazgo.

Cabe aclarar que la secuencia que recién expuse, sirve sobre todo a los fines expositivos, ya que los dos momentos que describí, puede en algunos casos, condensarse

en uno solo. También es importante aclarar que el logro de la ATF puede seguir diversas vicisitudes en el proceso terapéutico: tomar vigor y afirmarse, entrar en una crisis de la cual paciente y terapeuta puedan rescatarse y relanzar el vínculo, o éste, finalmente puede agotarse y conducir a la interrupción del trabajo clínico. Como se puede colegir, los hitos que creo que intervienen en la creación de una AT genuina o fundante, no coinciden ni con la propuesta de M. Klein ni con la de la de Anna Freud. Más adelante leeré un caso clínico que creo, permitirá, elucidar mejor estas ideas.

El concepto de ATF se nutre de un conjunto de aportes diversos, que menciono en lo que sigue:

De las teorías del creador del psicoanálisis tomo la noción de pulsión o deseo de sanar y la pulsión o el deseo de saber.

De las contribuciones W. Bion considero especialmente el deseo de conocer se da en el contexto de una experiencia emocional.

De las contribuciones de D. Maldivsky, me ha resultado de gran valor su propuesta de indagar el vínculo transferencial a través del análisis de las frases y los actos motrices. Asimismo, considero muy valiosa su concepción de sintonía, a la que define como una disposición a captar pensamientos, sentimientos e incluso, estados de malestar orgánico en el paciente.

De las contribuciones de A. Aberastury, me apoyo en la importancia que reviste detectar en las escenas de juego, la fantasía de enfermedad\curación del niño.

De las contribuciones de D. Winnicott deseo destacar su concepción de espacios, objetos y fenómenos transicionales, cuya prevalencia en lo anímico se localiza en el tiempo en el que el vínculo madre/hijo aún se rige por la lógica auto erótica. Respecto al tipo de vínculo que impera en el espacio transicional el psicoanalista inglés, lo sintetiza con la siguiente frase: *"la madre coloca el pecho en el lugar en que su bebe está pronto a crearlo, y en el momento oportuno"* (p.29). De este autor me interesa en especial su definición de trabajo analítico con niños. Dice Winnicott: *"La psicoterapia es lo que ocurre en la superposición de dos zonas de juego, la del paciente y la del terapeuta"*. Digamos de paso que, aunque Winnicott no lo diga explícitamente, la frase *"superposición de dos zonas de juego"*, resulta una definición operacional precisa de lo que constituye *la lógica del espacio transicional* en el ámbito clínico.

Para advertir la novedad radical que supone esta propuesta teórico-clínica del analista inglés, cabe contrastarla con la noción freudiana de trabajo terapéutico. Efectivamente, en el tramo final de su obra Freud afirma que: *"El trabajo analítico consta de dos piezas por entero diferentes, que se consuma sobre dos escenarios separados [subrayado mío], se cumple en dos personas cada una de las cuales tiene un cometido diverso"* (Freud, 1937d, pág. 260).

El concepto winnicottiano de superposición supone que, en ciertos momentos propicios de un análisis los estados mentales y afectivos de paciente y del terapeuta configuran un escenario psíquico común (he aquí la diferencia con el planteo de Freud)

en el que se despliega un material psíquico singular, un producto anímico nuevo, cuya clave de desciframiento resulta de leer –sostengo yo- la *yuxtaposición* de las acciones y las frases de paciente y las del terapeuta, cuya función es constituir lo que he denominado zócalo de figurabilidad de un problema nodular en la vida de un analizante niño.

Pongamos un ejemplo. Para un niño que nace con una enfermedad congénita que no afecta a otros hermanos, un problema nodular puede ser el siguiente: ¿por qué yo tengo que tomar remedios todos los días y mis hermanos nunca? Para este tipo de interrogantes, que no encuentra las palabras que lo formulen o no halla las respuestas convincentes, el contenido psíquico que se ubica en el zócalo de figurabilidad y que funge como provisoria respuesta es una teoría infantil de la enfermedad y de la curación, tributaria del deseo de sanar y la pulsión de saber. El zócalo de figurabilidad consiste en una teoría puesta en acto, es decir que se infiere de una secuencia de interacciones lúdicas concretas. En el ejemplo que inventé del nene, único hermano que contrajo la enfermedad congénita, la teoría que el niño crea podría ser la siguiente. La describo como una secuencia de pensamientos: la enfermedad es un bicho /El bicho vive en la mamadera / Yo le meto la mamadera en la boca a otro / El que está enfermo es el otro / No yo.

Lo que deseo resaltar del contenido que recubre el lugar de zócalo de figurabilidad es *su condición de producto mixto*, en el sentido que no surge ni desde el interior del paciente ni desde el interior del terapeuta, sino *del encuentro entre las manifestaciones de ambos*. Cabe destacar que el espacio transicional resulta especialmente propicio para desplegar los actos psíquicos y afectivos en que se pone a prueba la calidad de la alianza terapéutica establecida en el vínculo.

Antes de avanzar con el caso clínico, les refresco las nociones que expuse en esta presentación. Sostuve que la ATF tiene su fundamento en el doble hallazgo, el del terapeuta localizando algo del sufrimiento del niño y del niño que descubre a un sujeto implicado capaz de recibir y descifrar algo de su padecer. Un momento de mayor complejidad en la ATF se produce cuando se plasma una fantasía de enfermedad/curación en la intersección de la zona de juego del terapeuta con la del paciente.

Material clínico

Vamos con el caso clínico, que es un material que de la colega Lucía Sciannamea, que incluí en mi primer libro:

Pedro tiene cinco años. Nació con una malformación congénita, una fisura alvéolo palatina bilateral. Antes de sus tres años de vida, ya había sido objeto de dos intervenciones quirúrgicas y controles periódicos, los que atraviesa con notoria angustia. El niño desde el comienzo de su vida es atendido por un equipo interdisciplinario, que incluye un abordaje psicoterapéutico. Durante mucho tiempo los esfuerzos de la terapeuta por conectar con el niño fueron infructuosos. Pedro no le hablaba, ni siquiera la enfocaba

con la mirada. La terapeuta estaba desconcertada ya que, según la madre, en su casa Pedro hablaba y jugaba con naturalidad.

Pedro dedicaba todo el tiempo de la sesión a un solo objeto: un xilofón con forma de cocodrilo, cuyos grandes dientes despertaban su atención. Su actividad exclusiva era usar el palito para hacer sonidos para golpearlo una y otra vez hasta cansarse.

Hacia sus tres años, una nueva intervención odontológica invasiva, fue el antecedente de una decisión muda de Pedro, quien decidió dejar de ingresar en el consultorio de psicología. Desde la sala de espera hacía la misma actividad de golpear el xilofón. En una ocasión Pedro inició la sesión de un modo original. Tomó en sus manos el palito del xilofón y lo introdujo en la boca del cocodrilo, dramatizando una actividad exploratoria. La terapeuta luego de observarlo durante un buen rato, le preguntó: *"¿El cocodrilo, tiene bichos en la boca?"* El nene sorprendido, miró a la analista y por primera vez le dirigió una mirada atenta y una breve sonrisa.

Tiempo más tarde surgieron nuevos modos de vinculación, entre los que cabe resaltar el que sigue. Pedro tomaba juguetes de la caja a los que luego arrojaba lejos. La intervención de la terapeuta consistía en nombrar cada objeto y el color del mismo. El niño, a su vez, respondía riendo y luego utilizando vocablos o breves frases.

Deseo, finalmente, destacar una escena posterior, en la cual Pedro toma un juguete que representa un instrumento de odontología y lo introduce en la boca del cocodrilo. Luego el niño deja el instrumento sobre la mesa. La terapeuta toma el instrumento que dejó Pedro y realiza la misma acción que éste, aunque con una diferencia: con el instrumento intenta despegar de la boca del cocodrilo un pedacito de plastilina adherida a uno de sus grandes dientes. Pedro observa atentamente el proceder de la analista y enseguida exclama con alegría: *¡"Chau bichos"!*

Reflexiones acerca del material clínico

Me interesa, en el tramo final de este trabajo, enfocar en los distintos momentos de la relación terapéutica con el objetivo de localizar, en este caso clínico, las escenas que denominé el mutuo hallazgo en la creación de la alianza terapéutica y la creación del zócalo de figurabilidad en cuyo seno despunta una teoría de la curación.

Un primer momento, de considerable extensión en este relato clínico, se caracteriza por el hecho de que Pedro despliega un circuito cerrado de acciones, que se inicia observando con cierto interés un único juguete y, un instante después, inicia un golpear catártico, monocorde, hasta cansarse y agotar la escasa atención que le requería la referida acción. Es posible inferir que Pedro usaba íntegramente el tiempo de la sesión para trasmudar en acción, en actividad, el trauma de permanecer con la boca abierta sometido a las cirugías odontológicas y las prácticas periódicas, tan necesarias como invasivas. En los hechos, el lugar de la analista durante ese primer período, es el de testigo

impotente, ya que la terapeuta intentaba intervenir, ubicar un lugar diverso del de mero testigo, aunque sin lograrlo.

Un segundo momento podemos localizarlo en la escena que comienza con Pedro apelando al mismo objeto con el que antes sólo golpeaba. Ahora el nene lo usa para escudriñar en el interior de la boca del cocodrilo. La terapeuta capta esa diferencia y a su vez *modifica su posición* de testigo u observador impotente y *se implica* poniendo de resalto lo diferente, lo nuevo. Lo hace formulando una pregunta (¿el cocodrilo, tiene bichos en la boca?) con la que sostiene el hacer de Pedro. La sonrisa de Pedro como respuesta, creo que constituye el primer intercambio genuino entre ambos, que efectiviza lo que he denominado el mutuo hallazgo, instancia inaugural de la alianza terapéutica. Podemos dejar planteado este interrogante ¿Qué descubrimiento, referido a la función analítica, condensa la mirada y la sonrisa con las que Pedro por primera vez se dirigió a su analista? Posterguemos por un instante la respuesta.

Un tercer momento en este vínculo terapéutico, lo localizo en las escenas en las que Pedro toma juguetes de la caja de juegos y los arroja. La terapeuta los nombra, y el nene despliega su alegría, repitiendo las secuencias, festejando con risas y profiriendo palabras o breves frases. Retomando el interrogante del párrafo anterior creo que, en este caso, la clave en la creación de la alianza terapéutica, consiste en que cuando la analista *modifica su posición* de testigo u observador impotente y se implica respaldando los intentos de Pedro por hacerse activo respecto de las vivencias de dolor pasivo (*lo hace cuando le formula una pregunta, o cuando nombra los objetos que Pedro arroja*) contribuye a configurar una función analítica que, en este caso, consiste en sostener, acompañar y convalidar a Pedro en el esfuerzo por identificarse con la actividad de la pulsión/pulsional, rescatándose de la posición inerte en la que queda cuando es objeto de las prácticas odontológicas invasivas.

Un cuarto momento en este material clínico, lo ubico en la escena en la que en la yuxtaposición de acciones y frases de Pedro y la analista se urde el zócalo de figurabilidad en el que se inscribe una fantasía de curación. Veámoslo en detalle: se inicia con Pedro explorando con un instrumento la boca del cocodrilo. La terapeuta yuxtapone su hacer con el de Pedro cuando lo imita, luego de lo cual agrega una acción original: intenta quitar la plastilina pegada de un diente. El paciente observa atentamente lo que hace el analista y cierra esta secuencia con una frase proferida con alegría ¡Chau bichos! Sostengo que en la yuxtaposición de las acciones de Pedro y el terapeuta, se crea una teoría de la curación. Es una teoría en acto, la que se puede sintetizar así: Pedro supone que la causa que lo enfermó es que su boca ha sido colonizada por un bicho viscoso que se adhiere a los dientes. La curación consiste en separar cada diente del bicho pegajoso. El nombre que corresponde a la teoría es "chau bichos", que es la frase triunfal con la que Pedro remata la escena.

Recapitulando: la escena que funda la AT, es un acontecimiento nodal en la historia de un vínculo terapéutico. En este caso, se produce cuando el terapeuta capta y sostiene

el deseo de Pedro de rescatarse de la pasividad. Pedro descubre el valor de la función terapéutica en esa convalidación de su analista. Creo que ese hallazgo, propicia un clima afectivo vincular el cual facilita la emergencia de la configuración que denominé zócalo de figurabilidad que hace lugar a un deseo de curación, el cual deriva de la superposición o mejor dicho de la yuxtaposición de las zonas de juego, que se efectiviza cuando el terapeuta imita la acción de Pedro y cuando el niño para expresar su deseo de sanar apela al significante (bichos) que en una sesión previa utilizó el analista.

Para finalizar creo que con el concepto de alianza terapéutica fundante aporta como novedad la posibilidad de establecer un nexo novedoso, nexo entre nociones que hasta ahora no habían sido puestas en relación: fantasía de enfermedad y curación del niño, espacio transicional, alianza terapéutica y deseo o pulsión de sanar.

Muchas gracias.

Referencias

Freud, S. (1937d). Construcciones en el análisis. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas*. Vol. 23. Amorrortu (1991).

Goldberg, J. A. (2022). *Del trauma a la resiliencia*. Topía.

(2026). *El trauma, su anudamiento y el espacio transicional. Construcciones del analista y tensiones en la alianza terapéutica*. Entreideas.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Granica.