



Algunos obstáculos y detenciones en el análisis en general y algunas singularidades de los análisis con niños y adolescentes¹

DARÍO ARCE*

Una de las grandes heridas narcisistas del ser humano y uno de los descubrimientos Freudianos más importantes, es que el yo consciente no es el dueño de casa.

Cuando el inconsciente toma el comando tiene acceso a la acción con el desconocimiento del yo consciente.

Aunque aún hoy parece subestimamos esta afirmación por obvia, quizás tengamos que prestarle la mayor atención posible. Los psicoanalistas buscamos hacer consciente esos aspectos para quedar menos inermes frente a eso inconsciente.

De manera que Freud nos pone sobre aviso que, por ejemplo, Narciso se las arregla para vivir en la oscuridad, hacer su aparición en cada uno de nosotros y distorsionar los hechos de la ciencia, todas las veces que puede.

Tenemos algunos ejemplos de distorsión de los hechos en la historia de la humanidad, de las cuales el psicoanálisis no está exento.

Casi sin lugar a dudas las ideas de "campo bi-personal", "bualuarte", "proceso y no-proceso, desarrolladas por los Baranger y Jorge Mom, aunque resultaron de gran utilidad para el trabajo psicoanalítico, ponen en jaque nuevamente al Narciso- psicoanalítico.

*Darío Arce
Médico Psicoanalista
Titular en función
didáctica de la
Asociación Psicoanalítica
Argentina (APA)
y Full Member de
la International
Psychoanalytical
Association (IPA).
Especialista en niños
y adolescentes de la
Asociación Psicoanalítica
Argentina (APA).
Coordinador del espacio
de autor Wilfred R. Bion
en la APA.

dr.darioarce@gmail.com

¹ Si bien cada uno apartado de los apartados aclara y aporta a el siguiente. Su lectura acepta el desorden. Se puede empezar por cualquiera de los subtítulos



La resistida teoría del campo bi-personal ha resultado en un giro copernicano. El rechazo recorre una amplia gama, que va desde las formas más ruidosas como lo es la expulsión de plano, hasta las más silenciosas y destructivas. Una de ellas es la supuesta aceptación de la teoría. Incluso haciendo “gala” de su uso, pero quitando el corazón del sentido para seguir pensando igual que antes. Por ejemplo, creer que el “campo transfe-rencial-contratransferencial” es el “campo bi-personal” cuando la idea es muy diferente. El campo a diferencia de la transferencia-contra-transferencia, involucra la personalidad completa de paciente y analista en una sola estructura.

Es una formación en la que ambos participan, pero es más que la suma de ambos y la podemos describir en tres niveles: 1) Funcional del análisis; 2) el diálogo analítico; 3) la estructura dinámica inconsciente que subyace al diálogo.

Permítanme dar un breve rodeo por la historia de la humanidad.

Desde la época de Ptolomeo aproximadamente siglo I DC se creyó que el sol y el sistema solar giraba alrededor de la tierra. La teoría geocéntrica basada en la creencia y deseo del hombre de ser el centro de la creación divina, continúa sosteniéndose a través de pensar que el sol y los planetas giran alrededor de la tierra, hasta que en el renacimiento se comienzan a sentar las bases para poner en crisis esa idea.

Aproximadamente en 1532 Nicolás Copérnico, descubre que es la tierra la que gira alrededor del sol, aunque este conocimiento lo publica recién en 1543 en su lecho de muerte.

La idea es sepultada por más de 60 años, hasta la invención del telescopio. Es recién en 1610 en la voz de Galileo Galilei que este conocimiento resuena, aunque como cuenta la historia con gran resistencia de la ciencia y la Iglesia.

Puesta en crisis la teoría de que todo gira alrededor de la tierra. La tierra pasa a ser un planeta más y el hombre deja de ser la criatura elegida del plan maestro de Dios.

Como sabemos por los desarrollos de Freud, “Ser el centro de la creación” es una creencia sostenida desde nuestros deseos narcisistas infantiles de continuar siendo “su majestad el bebe”. “Deseos de inmortalidad”, etc.

Narciso herido defiende la teoría geocéntrica con uñas y dientes; al punto de negar la evidencia de los hechos. Hasta se lo tortura a Galileo para que decline y cambie sus conclusiones. Esta es otra de las grandes heridas de la humanidad.

La historia del psicoanálisis no está exenta de estos malentendidos que sostienen al analista como eje de la creación del paciente, con deseos pigmaliónicos concomitantes implícitos.

En lo que sigue haré un breve recorrido por los hechos que considero de mayor relevancia para señalar las relaciones que se establecieron entre la clínica, la teoría y las resistencias a las ideas que destronaban a Narciso.

En principio, según el paradigma de la época, el analista observa “objetivamente” al paciente buscando rememorar los traumas iniciales, compromisos históricos, que se intentaron resolver para reubicarlos en situaciones más favorables de adecuación a la realidad.



Pero, surge una dificultad: la resistencia a recordar. Lo cual impide la prosecución del trabajo. Hasta que se descubre que esa es la reedición de modelos de vínculos infantiles (transferencia). El paciente repite en la situación analítica conflictos iniciales, pero ahora sobre el analista. En principio se cree que es la reedición de una relación de objeto desplazada sobre el médico.

Este descubrimiento inicia las relaciones teóricas entre las nociones de conflicto y transferencia. Lo que en un inicio pareció el final del tratamiento, pasa a ser herramienta privilegiada que hace presente y actualiza los conflictos en la situación analítica.

Con el giro que otorga el advenimiento de la teoría Kleiniana, se enriquece la cosmogonía psicoanalítica y los objetos son resituados en un lugar más rico y ajustado a la clínica.

Esta nueva descripción clínica permite observar la transferencia con una "nueva lente", ésta se torna un fenómeno heterogéneo y complejo, en que se transfieren tanto, emociones, defensas, fragmentos de objetos, contradictorios, desorganizados, fantasías, relaciones objetales, etc.

Esta fuente de la transferencia se sitúa en niveles tempranos y profundos de lo inconsciente. A partir de aquí, se desarrolla una técnica por la cual el material inconsciente se deduce de la totalidad del paciente.

Los conflictos se empiezan a desdibujar y la transferencia se entiende, cada vez más, como una serie de acontecimientos que involucran absolutamente todo el aparato.

Se descubre la transferencia como un proceso espontáneo, normal y universal que re-actualiza experiencias vividas con objetos significativos. Se observa que los pacientes no-neuróticos son capaces de transferencia. Con particulares características: Muy intensa, lábil, violenta y caótica porque remite a una relación perturbada con objetos muy primarios fragmentados, contradictorios y desorganizados que no dejaron huellas en la memoria, ni representaciones verbales, porque corresponden a etapas preverbales del sujeto.

La transferencia, el "enlace equivocado" se vuelve más relevante y se rectifica la afirmación de Freud que los no-neuróticos no son capaces de desarrollar transferencia. El análisis de la transferencia se vuelve nuevamente esencial en el método psicoanalítico.

Son reediciones con objetos del pasado experimentados en el presente "... Nuevas ediciones copias de mociones pulsionales y fantasías que han surgido y se han vuelto conscientes durante el proceso de análisis, ...sustituyen a la persona anterior por el analista".

A pesar de que en los pacientes no neuróticos no llegan a construir una neurosis de transferencia, se pueden analizar.

Sólo que requieren de un analista diferente, que además de ser imaginativo e intuitivo, posea la fortaleza psíquica para tolerar los embates de ese tipo de transferencia.

Pero algo se interpone nuevamente: la contra-transferencia. Al descubrirla se avanza sobre la fantasía de objetividad.



Una mala noticia, los sentimientos del analista participan. Nuestra lente se opaca, no es tan neutral como creíamos. Se presenta un nuevo obstáculo a nuestra visión.

Mientras que algunos autores lo ven como algo que no tiene que ocurrir, donde allí se acaba el análisis. Otros descubren que en ese hecho puede haber material para comprender al paciente.

Pero, el diablo mete la cola, nuevamente Narciso se apodera de la dirección y el uso del conocimiento para sus fines. A pesar de las advertencias de autores que tratan cuidadosamente el tema de la contratransferencia, como por ejemplo Racker, que advierten la necesidad de descubrir cuál es la implicación de la personalidad del analista y separan de ese modo el material para trabajar. Su propuesta es que a partir del material contratransferencial en bruto, se puede analizar y descomponer las partes que tienen que ver con el analista y las que son material a entender.

Una población importante de analistas, toman la contratransferencia como un sentimiento provocado por el paciente, en el cual el analista no está implicado.

El analista a pesar de la evidencia, sigue luchando para seguir quedando fuera de la situación analítica, siendo un ojo observador "neutral" interferido por el paciente.

Esa interferencia es atribuida al paciente y el analista queda nuevamente fuera, de lo que él mismo siente o sucede. Al analista le sucede la contratransferencia porque se la provoca el paciente. Otra vez el paciente sigue siendo exclusi-

vamente el fenómeno a observar.

Así nuevamente Narciso hace su aparición (a pesar de las advertencias de Racker), toma el comando de la creencia psicoanalítica, el analista se presenta como antena receptora, pero no como emisor.

En un nuevo intento de recentrar la clínica, en 1960, W. y M. Baranger describe la teoría del campo, donde a la par que el analista trabaja con libertad interpretando, de a ratos o por periodos, creyendo que es el director de la orquesta (que lleva la dirección de la cura), puede ser arrastrado y participar de manera más o menos inconsciente para que el proceso se detenga.

La cosmogonía se desarticula, los astros, incluso él mismo, se mueven más allá de su deseo, movilizados por una "fantasía básica" donde el todo es más que las partes. El campo se estructura de manera distinta a sus componentes, es más que la suma de sus componentes, así como la melodía es distinta a la suma de notas.

No hay alguien que hace algo y el otro responde. Si no que ambos colaboran inconscientemente en la construcción de una fantasía básica. Fuera de esta situación la fantasía no tiene existencia en los participantes.

Pensar en estos términos tiene la ventaja de descubrir tropiezos que no se deben a la resistencia del paciente o del analista. "Manifiestan la existencia de una patología específica de esta estructura"

El analista interpreta y es deseable que trabaje atento a las posibles detenciones y enganches o baluartes que, de



ser detectados pueden mobilizarse a través de una “segunda o tercera mirada” en la supervisión. El trabajo del analista centra la mirada conjuntamente en el paciente y en el analista trabajando.

El concepto de “baluarte” nos pone sobre la pista de los análisis que en apariencia funcionan, pero están detenidos como procesos o son análisis parcializados.

Análisis donde las sesiones se llevan a cabo con fluidez; donde paciente y analista continúan en apariencia trabajando, pero el proceso se encuentra detenido y no se producen cambios en la vida del paciente. Ambos integrantes trabajan y colaboran “sin que pase nada”.

Los autores destacan que el análisis transcurre por momentos de proceso y no-proceso. Me arriesgaría a decir, que señalan la detención o el no-proceso como inherente al análisis. Todo análisis pasará inevitablemente por momentos de no-proceso, pero como resulta obvio el destino del análisis naturalmente, depende de que el proceso se restituya, que permita la elaboración y una interpretación que posibilite y renueve el movimiento del proceso.

La detención se produce en grados de variable intensidad y patología en juego, desde situaciones momentáneas que requieren de interpretación sólo cuando se transforman en resistencia, hasta situaciones de campo patológico que se generan por medio de “enganches” o colusiones de aspectos inconscientes entre analista y paciente.

Estos se convierten en complicidad involuntaria en contra del proceso, alterándose radicalmente el fin del análisis.

De este modo se produce una cristalización parcial del campo, una neo formación compartida que implica a ambos participantes. Cada uno en un rol imaginario y estereotipado.

La detención del proceso es favorecida por aspectos, tanto del paciente como del analista.

Muchas situaciones abonan el terreno del campo y generan obstáculos. Algunas tienen que ver con la naturaleza misma de la tarea psicoanalítica.

Cuando trabajamos con un paciente nos presentamos, no sólo con nuestra edad, sexo, etc. También con un suelo y un subsuelo de creencias, además de las vivencias que nos constituyen como psicoanalistas.

Esas características tienen que ver con aspectos del analista que se fueron constituyendo, además de su edad y sexo. Por ejemplo, crisis vitales y atravesamiento de ellas, la historia personal del analista, ideología, la posibilidad de aguantar transferencias, la filiación teórica, la línea genealógica analítica, etc.

Una constelación que lo conforma y participa en ese proceso. Aunque el analista se mantenga abstinente.

Si bien es difícil diferenciar entre un suelo y un subsuelo en la labor psicoanalítica, permítanme poner a la cuenta del subsuelo, las creencias provenientes de la cultura más la ideología del analista, que muchas veces, funcionan de manera silenciosa.



El subsuelo de la situación Analítica.

Valores culturales.

Obstáculos al análisis:

La culpa vocacional.

Una situación que participa del subsuelo del analista al enfrentar la tarea es el "sentimiento inconsciente de culpa". Sentimiento que permanece como remanente omnipotente infantil, sostenido desde varias vertientes.

Como ya fue señalado por varios autores, entre otros, Racker y Searles; en la elección de la profesión de psicoanalista participa el "sentimiento de culpa".

Con el ejercicio de la profesión, hacemos un intento de reparación para disminuir nuestro sentimiento de culpa: por haber fallado en reparar a nuestros padres o hermanos, o por seguir manteniendo sentimientos hacia ellos o seguir apegados y mantenernos aferrados a ciertas aspiraciones edípicas que nos llenan de culpa. Estas situaciones se desplazan sobre nuestros pacientes.

Ahora bien, por el contrario, la práctica del análisis no disminuye estos sentimientos. Los aumenta y nos deja indefensos frente a los impulsos sádicos de pacientes, que, con sólo destruir sus vidas, aumentan nuestro sentimiento de culpa. Sea esto consciente por parte del analista o no.

También, culturalmente se "nos pide" que no debemos tener ninguna respuesta emocional que no sean los de dedicación activa y benevolente. Ninguna otra emoción es aceptable. Por más que sepamos que esto no es posible.

Sabemos también por nuestra práctica psicoanalítica, que todo lo prove-

niente de la cultura o el consenso, pasa a formar parte del superyo y los ideales, con los cuales nos medimos y a los cuales aspiramos alcanzar.

Por su parte, el paciente viene o se presenta dañado y otorga una posibilidad privilegiada para "repararlo".

En un extremo, esto puede empujar compulsivamente al "furor curandis", pero existen formas mucho más sutiles, en las que el analista siente fracasar sus intentos y aumenta su tensión, frente a un paciente que arruina masoquísticamente su vida. Con lo cual, estamos expuestos y vulnerables a los embates sádicos y aparentemente invisibles del paciente.

Otro de los flancos vulnerados, es que en nuestra cultura se valoran los productos tangibles palpables y terminados.

Nada más lejos de nuestra labor psicoanalítica. En los tratamientos abunda lo intangible e inacabado. Es más, se valora la apertura y la falta de terminación. Se busca interpretaciones que no cierren, que dejen aperturas que promuevan transformaciones futuras.

Sólo por poner un ejemplo; a veces se intenta remediar este dolor a través de algún acto médico que posea cierta concreción, como el hecho de dar indicaciones, prescribir una medicación, enviar a medicar, o a llevar adelante una conducta: un objeto concreto palpable y tangible, que el paciente puede ingerir. Esto deja el testimonio de la prescripción escrito en una receta y disminuye el sentimiento de "no haber hecho nada", pero indudablemente nos aleja de la búsqueda del significado inconsciente. En este punto vale hacer una salvedad, no discu-



to si puede o no hacer falta medicar. O pueda o no hacerse una indicación durante un análisis.

Sólo que, la indicación o el acto de medicalización puede estar vehiculizando esta situación de fondo. Baste recordar que hace algunos años atrás, se analizaban los pacientes con delirios y hoy se medican pacientes angustiados.

Naturalmente, esto tiene que ver con múltiples causas culturales, dentro de las que podemos nombrar, la supresión de la incomodidad o el dolor a cualquier precio, aun cuando sabemos que el beneficio es breve.

El apuro y la impaciencia oral de terminar rápidamente, en un mundo que corre a velocidad inalcanzable, que nos empuja vivir en el tiempo cronológico. El tiempo medido por el reloj y que, como el Cronos de la mitología griega, que devora lo que nace o está en gestación. El tiempo que avanza hacia la corrupción y nos empuja fuera del tiempo de la vivencia. En detrimento de Kairos, el tiempo de la vivencia, en el que suceden las cosas significativas, el tiempo de la transformación.

También le pedimos a los pacientes que digan lo que se les cruza por su mente, que asocien libremente, y nos proponemos una respuesta neutral. Pero esta regla no garantiza una respuesta neutral de nuestra parte. Sí, una respuesta abstinentemente, a la que nos comprometemos en el contrato analítico. Es decir, por ejemplo, a no responder frente al rechazo.

Pero no podemos garantizar una respuesta emocional interna neutral e indiferente, más allá que no expresaremos esa respuesta.

Este tipo de confusiones nos dejan expuestos al sentimiento de culpa por un ideal cultural o un ideal psicoanalítico imposible de cumplir.

Algunas particularidades del subsuelo en el análisis con niños

Por la propia naturaleza de los hechos, una de las particularidades en el análisis con niños es la participación de los padres en el contrato analítico y en el destino del análisis. En líneas generales esto aumenta la complejidad del campo. Dada la posibilidad de la tormenta emocional y la identificación proyectiva de todos los integrantes del campo, incluyendo al analista.

El analista suele sentirse vulnerable a las acusaciones por parte de los padres del niño.

Esto se observa en grados variables en el analista de niños, por ejemplo, cuando los padres del niño en tratamiento solicitan una entrevista.

Se puede manifestar en temores en el analista y el espectro es variado. Las fantasías del analista pueden tener que ver con algún tipo de rendición de cuentas acerca de cómo transcurre el tratamiento, o del porque el niño no cambió aún, o que cambió, pero para mal porque se agudiza un síntoma, etc. Cada una de estas situaciones suele tener algún correlato en la vida de esa familia y por lo general, tiene alguna relación con la sintomatología que trajo al niño al análisis.

No es infrecuente, que los padres "apuren" al analista para que se le quite el síntoma al niño, en tiempo récord.



Y que el analista, se sienta apremiado, perseguido y culpable porque no logra que su paciente, por ejemplo, controle esfínteres. En ese campo, puede que el analista, identificado con el niño y con la mirada de los padres, sienta que: "ya es hora de que lo cure". Al igual que el niño, sienta que no está haciendo las cosas bien y se tiene que apurar.

Dependiendo de la posición que pueda conquistar el analista, puede ocurrir, por ejemplo; que se sienta culpable y un mal analista, o que comience, de manera más o menos inconsciente, a apurar al niño para que se le quite el síntoma. O que el analista culpe a los padres del paciente, y que aún siga culpando a sus propios padres de su destino.

Estas situaciones pueden despertar gran temor a ser condenado y acusado por los padres del niño.

En esos casos, el analista puede recurrir, para defenderse de ese tormento a una teoría que le permita justificar dicha acusación. Naturalmente cuando el analista elabora un poco más la relación con sus propios padres, sus temores a ser acusado disminuyen.

El apremio por curar

Frente a la consulta por un niño, el analista suele sentirse apremiado para que se le quiten los síntomas.

Una suerte de perentoriedad y exigencia por curar, exacerbación del "furor curandis" a la que nos vemos expuestos como analistas frente a un niño que padece.

No sólo por sentir que pueden estar inaugurando modelos defensivos, o

defensas aún inacabadas, que de cristalizarse darían lugar a una eventual patología, con una transformación cada vez más dificultosa. Sino porque, cada momento que pasa en la vida de este niño, está comenzando y transcurriendo diferentes etapas en las cuales, queramos o no queramos vamos a participar. También sabemos, que es decisivo para su futuro la forma y el grado de elaboración con que se atraviesen dichas etapas.

La curva evolutiva no espera, y cada etapa por así decirlo, cada eventual detención en el desarrollo puede otorgar demoras en la vida, algunas veces irreparables.

También se pueden facilitar tendencias a la regresión que resulten en patologías graves en la vida adulta.

Otro punto a tener en cuenta, que lo desarrolla A. Smola *in extenso*, es que, el analista de niños trabaja con y en el imperio de las disociaciones. "... los elementos constitutivos de esos análisis son más arcaicos y remiten al analista a los dominios del objeto parcial y la bisexualidad...". El autor destaca que llegamos a nuestra vida de adultos atravesando y dejando atrás el mundo pregenital de manera incompleta y con distinta suerte, un mundo donde las intensidades emocionales, la calidad de los objetos monstruosos e ideales dominan al sujeto con toda su omnipotencia. Este mundo fantástico, donde resucitan los infiernos descritos por M. Klein, que el analista necesita desempolvar y perder temporariamente la paz lograda con los años para emprender el análisis con un niño.

Agregaría y va de suyo, que en este imperio las ecuaciones simbólicas



cobran toda su fuerza de equivalencia. Donde, por ejemplo, las “heces” representan algo que es el propio cuerpo y el modelo de todo lo que puede ser perdido, representando las cosas que son externas, tienen cualidad de yo y desean poseerse para restablecer el equilibrio narcisístico. Apelamos aquí al modelo del “yo del placer puro”. Aquello que me resulta displacentero no soy yo. Y aquello que me da placer “soy yo”.

Esta ecuación que, al activarse en un tratamiento analítico, podría arrastrar a todos los integrantes incluyendo a los padres, el analista y el niño mismo a ingresar en una puja por la posesión del “niño” en el tratamiento.

El niño pasa a ser un objeto valioso del cual ninguno de los integrantes del campo analítico se quiere desprender.

Instalado este “baluarte” que, de no ser detectado a tiempo, puede conducir a la detención del proceso y la interrupción del análisis. Los padres en esta puja, pueden sentirse amenazados de perder al niño y retirarlo de análisis. El analista, se siente empujado a actuar, con la motivación de defender el tratamiento “contra” esos padres que se resisten.

Algunas veces, desplazando su propia conflictiva edípica sobre los padres del paciente. De modo que, al analista, que se le reactivó aquella conflictiva con sus propios padres, que sostuvo inconscientemente la “justificación”, de que la conservación de su neurosis se debe a lo que sus padres le hicieron, la desplaza sobre los padres del niño. Acusándolos inconscientemente de los males del niño y del tratamiento.

A modo de ejemplo, describiré de

manera un tanto esquemática una constelación posible, (pero nada infrecuente) en el análisis de un niño:

Por parte de los padres, se presentan a la consulta con un sentimiento de culpa más o menos consciente sintiendo que fallaron con su hijo y requieren la ayuda de un profesional que “sabe que hacer”. Con lo cual dicho profesional, aparece ya como contrafigura idealizada del fallo que imaginan tener los padres. Además, esta situación abona el terreno para que padres en versión depresiva y desvalorizada, “entreguen” el niño al profesional y en una versión de padres más paranoides “cedan” al niño con ambivalencia y desconfianza al profesional.

Por parte del niño, no es infrecuente que su deseo de padres idealizados, lo lleve a la transferencia y fantasee con tener un padre o madre como el analista. A la vez que, se resiste a “soltar” el síntoma y transformar su posición en la familia.

Finalmente, el analista intentaría “poseer” al niño, “usurpando” la transferencia paterno-materna, compitiendo y rivalizando con sus padres edípicos representados por los padres del niño. Poniéndose a favor del niño y culpabilizando a los padres. Trataría así de mostrar en su fantasía, por ejemplo, que es mejor padre que los que “dañaron” al niño, como decía más arriba desplazando su propio conflicto edípico, en su versión ambivalente negativa, utilizando a ultranza una teoría ambientalista para justificar su posición. (el niño enfermó por fallas del ambiente, la madre no fue “suficientemente buena”, etc. Yo voy a ser mejor “mamá” que su mamá. Se trata de un analista hombre o un analista mujer). El analista también



puede, en un intento neurótico de reparar a sus padres, instalarse del lado de los padres y en contra del niño manipulando una teoría mundo internista podría argumentar su posición.

Con este mar de fantasías inconscientes de fondo, no es infrecuente que el niño a la hora de resistirse eche mano del mecanismo de identificación proyectiva y movilice, por ejemplo, a sus padres contra el analista y al analista contra sus padres estableciendo alianzas alternativas con cada uno.

Esta situación, si no es descubierta e interpretada por el analista, conduce a interminables entrevistas con los padres que terminan por malquistar el análisis y detener o interrumpir el proceso.

Es interesante destacar que ninguno de los autores que menciono es ingenuo. Ni es tan mundo internista, que niega la influencia del exterior, ni tan ambientalista, que niega la influencia del interior.

Sin embargo, en el planteo y para el uso, se reduce la teoría a una mínima expresión equivocada, con cierta "mala fe" para justificar su "uso" y detractor la teoría adversaria.

Cuando en verdad son utilizadas, no para la exploración y conocimiento de la vida del paciente. Si no que son utilizadas neuróticamente, como herramientas de justificación o cómo espadas

de combate contra el adversario, para detentar una teoría mejor que la otra. De ese modo quedarse con la razón. Pero no porque poseen mejores argumentos, más ajustados a la clínica, si no para vencer a un adversario teórico, que me conviene para justificar mi neurosis.

He intentado a través de este recorrido señalar algunas dificultades del uso de las teorías y constelaciones de obstáculos posibles y frecuentes en el análisis con niños que conducen a la detención del proceso analítico. Poniendo el acento en el sentimiento de culpa del analista y la naturaleza del análisis de niños que trabaja en el reino de la disociación.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. *Aportaciones al psicoanálisis de niños* -- Buenos Aires: Paidós, 1984.

Baranger, W., Baranger, M. Problemas del campo psicoanalítico, "Biblioteca de Psicoanálisis", Segunda edición, Buenos Aires Argentina, Ediciones Kargie-man, 1993.

Klein, M. *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós, 1990.

Searles, H. Panel presentado en Washinton D.C. setiembre de 1965.

Smola, A. Transferencia y contratransferencia en el análisis de niños, Revista de psicoanálisis tomo XLI, 1984.