

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Entradas y salidas al autismo. Algunos aspectos del limite en la función del analista.

Bruner, Norma.

Cita:

Bruner, Norma (2014). *Entradas y salidas al autismo. Algunos aspectos del limite en la función del analista. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/585>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/wkz>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ENTRADAS Y SALIDAS AL AUTISMO. ALGUNOS ASPECTOS DEL LÍMITE EN LA FUNCIÓN DEL ANALISTA

Bruner, Norma

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Trabajare el siguiente rasgo que se ha presentado, bajo distintas circunstancias que las planteadas a partir del modelo freudiano de las neurosis de transferencia, en el juego clínico con el niño y en el trabajo con los padres, en mi experiencia clínica, a veces con niños autistas o psicóticos (algunos deficientes y /o con discapacidad y otros no) y a veces con niños deficientes y /o discapacitados (algunos autistas o psicóticos y otros no), pero mas frecuentemente con niños autistas y /o psicóticos y además con deficiencia y /o discapacidad. Allí el analista se encuentra con un tope que resiste a su intervención y en el que el juego clínico con el niño y el trabajo con los padres se pone en peligro, se dificulta o interrumpe. Este fenómeno clínico se apodera del análisis, del analista, del niño y de sus padres y, a veces, de las instituciones y los equipos (clínicas y /o educativas). ¿Cómo jugar el obstáculo si la angustia se instala en el analista, entrecortando su función? , ¿Desde qué orden dar cuenta de este acontecimiento clínico? Presentare hipótesis diagnosticas diferenciales sobre Autismo y Psicosis en la infancia y situaremos “Otras (tres) configuraciones de la transferencia “

Palabras clave

Autismo, Diagnostico, Juego, Transferencia

ABSTRACT

“ARRIVALS AND DEPARTURES AUTISM” SOME ASPECTS OF THE LIMITS ON THE ROLE OF THE ANALYST

I will work the next trait that has arisen under circumstances other than those raised from the Freudian model of transference neurosis in clinical child play with and work with parents, in my clinical experience , sometimes with children autistic or psychotic (some poor and / or disabled and some not) and sometimes with handicapped children and / or disabled (some autistic or psychotic and some not) , but more often with autistic and / or psychotic children and also deficient and / or disability. There analyst encounters a stop resisting his speech and in which clinical matches the child and work with parents is endangered , is hindered or interrupted. This clinical phenomenon overtakes the analysis , the analyst, the child and parents and sometimes , institutions and teams (clinical and / or educational) . How to play the distress barrier if installed in the analyst , with cutting in its function? , From which order to account for this clinical event? Submit the differential diagnostic hypotheses on Autism and Psychosis in childhood and situate “Other (three) settings transfer “

Key words

Autism, Diagnosis, Game, Transfer

A) Introducción

Variados y complejos problemas se han presentado en mis casi 30 años de experiencia clínica, a veces con niños autistas o psicóticos (algunos deficientes y /o con discapacidad y otros no) y a veces con niños deficientes y /o discapacitados (algunos autistas o psicóticos y otros no), pero mas frecuentemente con niños autistas y /o psicóticos y además con deficiencia y /o discapacidad.

Concentré mi atención el siguiente rasgo que se presenta bajo distintas circunstancias que las planteadas a partir del modelo freudiano de las neurosis de transferencia, en el juego clínico con el niño y en el trabajo con los padres.

Allí el analista -no sin cierta angustia de su lado - se encuentra con un tope que resiste a su intervención y en el que el juego clínico con el niño y el trabajo con los padres se pone en peligro, se dificulta o interrumpe.

Los límites y las complicaciones para continuar son diversos, pero las frases que lo expresan en el relato del analista son: “lo he intentado todo”, “siempre lo mismo”, “no le encuentro la vuelta” como si una suerte de compulsión de destino se apoderara del juego en transferencia por lo cual el juego triunfa al fracasar o como si se tratara de caer presos de un juego que termina mal, un juego sin salida, una suerte de juego trágico.

Este fenómeno clínico se apodera del análisis, del analista, del niño y de sus padres y, a veces, de las instituciones y los equipos (clínicas y /o educativas). ¿Cómo jugar el obstáculo si la angustia se instala en el analista, entrecortando su función? Y ¿Desde qué orden dar cuenta de este acontecimiento clínico?

La dimensión del juego, condición necesaria para que haya niñez, no es espontánea ni natural. Tampoco depende de la dotación orgánico-biológica con la que se nace (aunque no sea sin ella, obviamente), no se hereda, sino que su surgimiento y existencia requiere un trabajo de construcción y constitución, este trabajo depende del orden simbólico que, en el Otro y a partir de él, se ofrezca al recién nacido para que encuentre la forma de apropiarse de la cultura y sus leyes, jugando la posibilidad de ponerlas realmente en uso, en funcionamiento, a su debido tiempo.

Los niños que padecen graves perturbaciones en su constitución subjetiva, lo testimonian dramáticamente al analista en lo que les hace a cada uno, límite al juego. El analista se ve compelido a ubicar qué hace tope, soportando la imposibilidad o dificultad para intentar transformarla en un “juego posible de ser jugado” en transferencia. Situar qué hace tope a la intervención con cada niño, es hablar de un tope singular y único, del uno a uno, de un límite particular. Si el límite que el juego implica no puede ser construido, o cae o falla, el riesgo deja de ser simbólico-imaginario: irrumpe un real amenazador y la angustia hace su entrada. El límite simbólico del juego es el puente asociativo, puente entre representaciones, actividad de ligadura y espacio imaginario al que da lugar, por donde el deseo del niño viaja y hace su desarrollo. La construcción del puente que eleve lo real a la categoría de significable y produzca el espacio imaginario donde el juego transcurre, es tarea del analista.

Esta tarea no resulta sencilla si jergas, ritmias, estereotipias, balanceos, golpes, sonidos no articulados u otros fenómenos elementales, son los objetos a convertir en “juguetes”; no lo es menos si, además, la marca neurológica, genética, metabólica entre otras, se presentan como representación absoluta y masiva del sujeto. Pero la dificultad, sin lugar a dudas, se reduplica si lo imposible se instala en el lugar de la función del analista.

Hace unos 5 (cinco) años **ya** llegan R y sus padres a mi consultorio a una semana de que cumpliera sus 3 años. Traen “de regalo” un diagnóstico de autismo realizado por la psicoanalista que decide no tomarlo en tratamiento ? quien me lo deriva ?, y “para rematarla” dos diagnósticos de TGD tipo autista (según DSMIV). Uno de la psiquiatra infantil, el otro de la neuropediatra, y múltiples estudios realizados en prestigiosas instituciones de Buenos Aires que descartan organicidad sobreagregada específica.

Luego de las entrevistas preliminares, con R, sus padres, la neuropediatra, la psiquiatra infantil y el jardín al que concurre, ratifico y suscribo el diagnóstico de autismo. Les aclaro a los padres que “quizás” R tenga la oportunidad de poder modificar y equivocar este diagnóstico si están dispuestos al arduo, largo e incierto camino de apostar y suponer en él, un sujeto a escuchar aunque no diga palabras, grite y pegue alaridos estremecedores e insoportables, se agite y/o aletee sus manos cada vez que algo interrumpe su quietud, o se balancee “sin motivo”. Sobre todo cuando cualquier persona intente acercarse, hablarle, y R no se deje tocar, se enoje todo el tiempo, o se quede ausente e indiferente durante horas mirando de manera fija ? como perdido ? “el más allá”. O se tape los oídos para que no “le entre” lo que se le dice, negándose sistemáticamente al encuentro de miradas y/o a responder cuando se intente “conectar” con él, no así cuando se trata de satisfacer sus rutinas o necesidades, o “esté obsesionado” por girar, golpear y tirar objetos, o girar su cuerpo “como si fuese un trompo viviente”.

Todos los aspectos del desarrollo de R, o de los circuitos de intercambio primordiales entre él y ellos, resultaron ser “difícil, incomprendible e ininteligible”.

Nada en su vida estaba ordenado por las leyes de la alternancia significativa. Todo intento de regulación simbólica e introducción de un ordenamiento común en la cotidianeidad, les ha sido imposible como padres tornándolos impotentes, se declaran “casi vencidos pero sin renunciar aún a dar pelea”. La tristeza parece infinita, por sentirse ellos rechazados. Prefieren no hablar y abrir estos sentimientos para “no caerse” y lo peor es que “no saben porque esto ha sido así, nada se les ocurre al respecto”, [i]

Trabajo con ellos su imprescindible participación en el tratamiento y que iremos construyendo juntos la modalidad del mismo. Aceptan la propuesta.

A diferencia de ésta, en la mayoría de las consultas, supervisiones o ínter consultas, me he visto cada vez con más frecuencia en la posición, de NO confirmar el diagnóstico de autismo preliminar, es que la medicalización de la infancia, los etiquetamientos, el avance de sectores positivistas-cognitivos conductuales, órganogenetistas, psicogenetistas, y paradójicamente también desde el psicoanálisis las lecturas “estructuranogenéticas”. [ii], de la constitución del sujeto en la infancia, fueron ganando terreno, ampliando influencias y dominios.

El autismo infantil es hoy mas que nunca un campo de atención, de investigación, de intereses cruzados y por ende de disputa. Desde hace casi 50 años se viene acuñando un acervo teórico-clínico producto del trabajo en la intervención psicoanalítica e interdisciplinaria temprana, respecto a los problemas en el desarrollo infantil ? tanto en la Argentina como en el exterior del país ?, que merece

ser conocido y difundido.

A partir del CIE 10 y del DSM IV, el campo del autismo ha extendido y ampliado sus fronteras -para dichas clasificaciones ? como Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). El avance de este sesgo clasificatorio implica el avance y ampliación de las fronteras del autismo en los diagnósticos actuales y la desaparición de las psicosis infantiles sería decidida. El TGD va a ser reemplazado para constituirse en su lugar los Trastornos del Especto Autista (TEA).

Se nos imponen hoy más que nunca preguntas: ¿Qué criterios nos obligan a denominar a una posición subjetiva en un niño como autista? ¿Hay “los autismos o tipos de autismo?”. Si el autismo es una modalidad de posición subjetiva de relación al Otro (al significativo) en la infancia: ¿Cuáles son las relaciones entre el autismo y las psicosis en la infancia? ¿Es el autismo una cuarta estructura? ¿Hay autismos de origen orgánico y autismos de origen psíquico? ¿Hay salida para el autismo?, [iii]

La experiencia clínica con bebés y niños con problemas en el desarrollo, (con o sin base orgánica (sobre agregada) me muestra que en la posición autista y psicótica, se juegan para el niño ? en la relación al significativo ? cuestiones diferentes, y son de tal importancia para la constitución del sujeto que resulta imposible no tenerlas en cuenta en la dirección de la cura sin afectarla seriamente.

Una de las consecuencias clínicas de la ampliación y extensión de las fronteras del diagnóstico de autismo hoy, es ? a mi manera de ver ? que niños que están psicóticos son tomados por autistas y viceversa, y que a niños que “no se sabe que son”, se los denomina como autistas o TGD.

B - Autismo y psicosis: posiciones subjetivas diferentes.

En el libro *Duelos en Juego* (BRUNER (2008) [iv], propuse que la operación de aceptación, inscripción, y/o entrada simbólica, o la operación de rechazo y expulsión, recaería sobre distintos significantes según se trate de un caso de psicosis o de autismo. En el Autismo si alguna relación al significativo podemos reconocer, es la de ausencia de relación, “relación de exclusión” de su posibilidad de ingreso, a todo significativo se lo mantiene desconectado y no-encadenado. Mientras que en las psicosis se jugarían los efectos de la significación elemental, des-encadenada y no ordenada fálicamente. (Como ejemplo, en la psicosis melancólica, “ser insignificante” o “el insignificantucho”, es el único lugar de representación posible). En el autismo se jugarían como efecto, el vacío de significación y/o la caída ? transitoria o definitiva ? de la significación del ser (hace su entrada la “in-significancia” falica radical).

Si el psicótico estaría en el campo de la palabra pero no en el de su función, el autista mantiene su relación al lenguaje y sus leyes, al Otro primordial, pero rechazándola activamente, es una relación de rechazo de relación. El rechazo al significativo es absoluto y masivo. En la Psicosis los que están rechazados de inscripción son los significantes de los nombres del padre. El rechazo podríamos decir que es parcial, se rechazan los significantes del orden paterno, mientras que en el autismo se trata de un rechazo total, absoluto y masivo al Otro del significativo en cuanto tal.

C. Autismo infantil: Girar la cara al Otro.

Respecto al Autismo, en (BRUNER, N (2005-2007) [v] y (BRUNER (2008), [vi] propuse la hipótesis, tomando de Freud y de Lacan, el término *Ablehnung* ? aversión ?, para darle un alcance y extensión que estos no dieron ? debo aclarar ? y a propósito del autismo infantil, por la cual el fenómeno clínico patognomónico y sello de la posición autista que denotaría la *Ablehnung*, aversión acontecida, es la elisión del Otro siempre en el campo visual, y la elisión del

Otro de manera frecuente en el plano auditivo, así como la huida defensiva frente al peligro que representa el ingreso posible de la diferencia significativa en su campo perceptual/sensorial.

El autista, sostiene activamente su exclusión, su no implicación, manteniéndose a distancia para no ser encadenado por el filo mortal del juego del significante como tal y en su conjunto rechazando su posible ingreso.

El deseo literal, desde distintas vías combinadas, de no entrar al juego se apodera del niño en el autismo.

En el autismo se inscribe el rechazo de la admisión-inscripción-entrada del conjunto de los significantes, y como consecuencia, el vacío de significación.

En este sentido en el autismo la posición subjetiva (si acordamos otorgarle dicho estatuto) que la diferencia de otra posición y de cualquier otra relación del sujeto al significante, es sostener activamente la exclusión y no-implicación, es decir producir la aversión del Otro, y para ello hay que “girarle la cara al Otro del significante.” Sin embargo, ya nos advertía (MANNONI (1985)[vii], “Puede ocurrir que el niño precozmente perturbado (por razones a veces puramente orgánicas) logre *moldear* una madre *anormal* en su rechazo. Se trata de un problema no examinado hasta ahora en profundidad”. Hemos ubicado la participación, colaboración y confluencia de distintas vías, ya sea o bien por la vía de la impermeabilidad biológica o capacidad real orgánica de registro al significante, en el caso de problemas genéticos, neurológicos y/o metabólicos que conlleven deficiencias sensoriales, mentales y/o sensoriales, y/o por la vía de la demanda del Otro Parental y su deseo inconsciente, es decir, del “fantasma parental” o subjetividad materna, o por ambas simultáneamente.

Desde distintas vías combinadas, simultáneas y sucesivas, es por donde en la clínica con niños con patología orgánica la marca de la afrenta, del menosprecio y desengaño, se puede introducir en el niño y su cuerpo en los tiempos primordiales a la constitución subjetiva.

C. “De entradas y salidas.”

La “posición melancólica” en la infancia según la hipótesis de (BRUNER, (2005- 2007), [viii] es una de las puertas de entrada o bien a la psicosis melancólica o bien al autismo si la misma se perpetúa y decide.

Es en múltiples formas clínicas, donde ubicamos aquellas formaciones clínicas tempranas que son las más frecuentes de presentarse en bebés y niños pequeños con deficiencias mentales, sensoriales y motrices, congénitas o adquiridas, y que se pueden presentar también en bebés y niños que no presentan problemas de desarrollo de base orgánica, y esto es algo para resaltar ya que nos lleva a pensarlas como una misma posición subjetiva del niño y su cuerpo en el Otro.

Citando a (FREUD, S (1915) 1917) [ix]: “ La Melancolía cuya definición conceptual es fluctuante aún en la psiquiatría descriptiva, se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada y de ellas algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas” .

No estamos afirmando que sea la única vía de ingreso al autismo o a la psicosis para un niño, hay otras vías y caminos posibles. Lo que se desprende de esta aclaración y afirmación es que en nuestras investigaciones se nos impone la evidencia de que hay “vías de entrada” y/o “puertas de ingreso” al autismo para un bebé o para un niño. Nuestra hipótesis nos lleva, entre otras consecuencias clínicas, a incluir y seguir investigando, para las intervenciones psicoanalíticas e interdisciplinarias tempranas con bebés o niños con problemas en el desarrollo, “las puertas de entrada y/o las puertas

de salida”. (BRUNER, N 2013) [x] La posición melancólica es una de estas puertas de entrada de las más frecuentes para bebés y niños con problemas de base orgánicos sobre agregados. En esta posición sostuvimos que el cuerpo del niño y el niño como objeto darían encarnadura en lo Real al objeto rechazado, no inscripto como perdido simbólicamente al no ponerse en juego los redoblamientos necesarios del duelo de estructura (por el falo) en juegos.

Lo propio de esta posición a diferencia de otras, creemos es la identificación absoluta y masiva del niño y su cuerpo cual memoria viviente real “al objeto rechazado”, que por no ser perdido simbólicamente, por obra del significante falo y su operatoria, queda inscripto, hace su ingreso y retorno, como objeto de rechazo desde lo Real y sus formaciones. En la posición melancólica infantil, “Los juegos de duelo”, juego primordial, constitutivo y constituyente, no ha podido ser jugado “aun”.

D. Otras configuraciones de la transferencia y el fantasma parental

Cuando los padres no pueden reconocerse en su hijo, porque una falla lo tornó “distinto”, la falla puede situarse en lo real, simbólico o imaginario., su efecto es la emergencia de lo siniestro que se impone y la sombra del hijo perdido caerá sobre el yo de los padres abriendo el camino de la depresión melancólica, la pregunta “¿por qué a mí?” los traerá una y otra vez a la auto contemplación quejumbrosa, dejando al hijo fuera del circuito narcisístico.

Los padres a veces para paliar el efecto siniestro pueden hacer esfuerzos explicativos y se tornarán alternativamente héroes, mártires, o víctimas de un castigo, misioneros reparatorios, tal vez estoicos y orgullosos guerreros sociales por sus hijos, hasta poder ostentar a veces a su hijo como un galardón de heroísmo.

Formas todas estas, que tienden a restituir el narcisismo de los padres, encontrando justificación para lo ocurrido o rumbo para la trayectoria perdida.

Los riesgos de esta posición es dejar caer al niño reducido sin más a un puro límite real, el niño pasara a ser realmente complemento necesario en el imaginario materno, como “cosa a reparar”, heroica y sufrientemente, ajustarán para ello un programa y plan donde nada quede librado al azar y no haya elecciones, no se pierda ni un segundo y se llegue a lo máximo.

De lo siniestro a la epopeya, el niño entrará en la psicosis, su deseo no podrá aparecer sino concordar con el plan, encarnando su rol en la escena heroica o tragedia.

Existen en la actualidad tanto en nuestro país como en el mundo, una enorme cantidad de propuestas terapéuticas que encajan y responden cómplices, sin saberlo creemos, con esta demanda parental.

Asistimos entonces a la formación clínica de, “Otras configuraciones de la transferencia” (LAZNIK 2003) [xi], que pueden poner en jaque la función del analista

Esto nos llevará al problema del afecto y la “transferencia de afecto y de objeto” en su relación con el duelo (de estructura) por un lado, y el juego en la transferencia por otro. Por ello hemos recurrido a las articulaciones freudianas sobre angustia-dolor y duelo (y su lectura en Lacan) y propondremos incluir al “disgusto” ya que nos ayudara para formular el estatuto de la melancolía en la infancia.

Ubicamos que la sombra del hijo perdido que cae sobre el yo de los padres, es la de la muerte y su pulsión que se presenta en estos momentos controversiales y cruciales de la transferencia una y otra vez de nuevo sin mascarar ni velos.

E) Otras 3 (tres) configuraciones de la transferencia [xii]

Propongo estas tres configuraciones de la transferencia que si bien son ubicadas a partir del campo de la clínica con bebés y niños con

problemas en el desarrollo, quizás puedan hacerse extensibles a otros campos clínicos.

*** Primera configuración de la transferencia:** *“Transferencia de la Discapacidad (u excepción) en el lugar del analista y su función”.*

El analista queda discapacitado para ejercer su función, la discapacidad queda de su lado, la configuración de la transferencia que del lado del analista se escucha es la de ubicarse como “analista excepcional”, “especial”, “diferente”, y su paciente pasa a ser considerado como niño no común, excepcional, especial, distinto, atípico. Constituyéndose un mismo lugar, tanto para el analista como para el niño, en identificación común a la excepción. Posición de excepción que resiste y hace límite al juego del análisis.

El analista u otros responsables del tratamiento y / o educación, si no reconocen la posición transferencial en la cual ha sido tomado, quedan discapacitados para el ejercicio de su función y fuera de juego. Podemos leer (Freud (1901)1905) quien dice, a propósito de la venganza que Dora actúa sobre él: “En los casos en que mociones de crueldad y de venganza que ya en la vida del enfermo se aplicaron a la sustentación de sus síntomas cuando ellas se transfieren al médico en el curso del tratamiento y antes que él haya tenido tiempo de reconducirlos a sus fuentes, no puede maravillarse que el estado de los enfermos no acuse el efecto de su empeño terapéutico ¿qué mejor venganza para estos que mostrar, en su propia persona, la impotencia e incapacidad del médico?” [xiii].

También en (Freud, (1919) respecto al analista como excepcionalidad: “Ella sospecha que soy un genio y hasta quizás el mismo Diablo (...). En un caso en que logre restablecer -si bien no muy rápidamente- a una muchacha inválida desde hacía varios años, mucho tiempo después escuché eso mismo de labios de su madre”7. [xiv] ***Segunda configuración de la transferencia:** *Niño = Patología. “Ojala no hubiera venido”*

La homologación (u holofraseo en ciertas ocasiones) del niño a la patología, ambos ligados al deseo de muerte y / o ausencia, se puede escuchar frecuentemente configurando en transferencia y en el discurso un “ojala no hubiera venido y /o llegado”. ¿El niño? y/o ¿la patología? Profesionales, equipos, instituciones, éticamente responsables y comprometidos con el sufrimiento y el tratamiento y educación del niño y su familia. Se ven tomados y alcanzados por “Eso”.

Hemos comprobado en la clínica que “Eso” (la sombra) puede ser trabajado como efecto transferencial en las ínter consultas, reuniones de equipos, supervisiones, e incluido en la estrategia y táctica en la dirección de la cura de ese niño, circunscribiendo sus coordenadas histórico-temporales singulares en cada caso.

Se trata proponemos de un fenómeno clínico de transferencia de afecto, en el lugar del analista que pasa a “encarnar”, como representación - objeto, el lugar del que “soporta” los embates de afecto (a): angustia, dolor, disgusto, malestar, aversión, u otras modalidades de la pulsión de muerte que la patología orgánica del niño puede generar como efecto.

El analista pasaría en esta configuración transferencial a cargar con los efectos de transferencia de afecto y de objeto que “ la patología” del niño genera pasando a estar tomado y tornarse representante y soporte - portador en el lugar de objeto a .

Lugar del masoquismo erógeno primario, del que poder llegar a separarse .en la transferencia.

El niño por su posición en la estructura recibe por parte del adulto la incesante demanda de trazar el límite respecto a su posición de suficiencia o insuficiencia: ¿Puede / no puede? Pero cuando existe una falla simbólica, real o imaginaria este límite se reduplica en su vacilación y dificultad de trazado

Los bordes no trazados en el cuerpo o trazados con vacilante difi-

cultad obstaculizarían la transferencia de pulsión de muerte al exterior pudiendo emerger, dolor o angustia, insoportable y sin bordes, por ende, imprecisos. En otros casos ni siquiera se alcanzaran los recursos psíquicos y la entrada al desamparo (marasmo) es absoluta y sin retorno para el niño.

***Tercera configuración de la transferencia:** *Significantes en posición neológica y afecto a la deriva-no-derivable, en el discurso parental.*

Otro fenómeno clínico frecuente, tope particular en la organización del discurso parental respecto del niño, a la patología orgánica y sus vicisitudes, es aquel por el cual es posible recortar significantes de verdad histórica que no sin embargo no logran hacer historia

Estos significantes en posición neológica, generalmente en posición de certeza de autoreferencia, no- dialectizables, imposibles de reprimir, olvidar, perder, o ser elaborados simbólicamente por la vía interpretativa, repetidos de idéntica manera, con una carga perceptiva y monto de afecto tal que producen, sólo al enunciarlos y escucharlos, los mismos efectos, diríamos hoy que ayer.

No constituyen en el discurso parental dichos del pasado, siempre son actuales y tienen actualidad no serían recuerdos sino testimonios presentes de la vivencia de dolor.

Son significantes en posición real, desencadenados o no - encadenados en una serie .significante, como uno entre otros.

Están en posición de causa y causan efectos de afecto, se podría decir., algo así como que en ellos queda la causa del deseo saturada o excluida

No hay en estos, retorno de lo reprimido, formación de lo inconsciente, recubrimiento y encubrimiento, recuerdo encubridor, velo, disfraz y desfiguración, se nos presenta y toma, en transferencia, como un eterno retorno actual y en acto de significantes en posición real, no reprimibles, derivables o sustituibles.

Significantes que no caen en el olvido, ni bajo la represión, donde el tiempo no pasó y “Eso” irrumpe otra vez de nuevo de idéntica manera e intensidad, con los mismos efectos. El afecto pasa a ser a la vez memoria y una particular modalidad de recuerdo.[xv]

C) El transporte de la función de a en el otro y el juego en la transferencia.

¿Qué constituye el límite entre un neurótico y los otros? [xvi]

El neurótico pudo hacer el transporte de la función del a en el otro. En los niños que están en una posición melancólica en relación al Otro (que de decidirse y fijarse será puerta de entrada al autismo y /o psicosis) dicha función del a no ha podido ser transportada (transferida) en el otro.

El marco en el cual un niño puede hacer dicho transporte del a y su función en el otro es en el marco del juego, puesto que es en el juego donde la transferencia y separación del a y su función se realiza. El transporte de la función del a en el otro i(a) se realiza, en la matriz simbólica, real e imaginaria del juego, que cumpliría la función fantasma sin serlo “aún” y allí es donde la operatoria de la transferencia habría de situarse en la clínica con niños.

Según (FREUD, 1920) “Si el niño que juega se comporta como un poeta, es porque inserta (transporta) las cosas de su mundo en un nuevo orden (...) y emplea en él grandes montos de afecto”. [xvii]

En el juego se realiza y despliega “transferencia de objeto” y “transferencia de afecto”, por consiguiente, la función de anudamiento y separación que la transferencia implica. Habría una parte de la pulsión de muerte (deseos de muerte y egoístas o ambiciosos) que podrán ser transferidos al juego y otra que no será transferible y que quedará “fuera del cuerpo del juego” y “fuera del cuerpo del narcisismo” permanecerá en el interior del organismo y esta escisión y límite, es la castración misma, la división y la ley de esta

separación entre cuerpo y goce.

En el juego, el sujeto (niño) puede separarse de ese objeto que él era, en el juego y mientras se juega, que se inscribe la castración y la división del sujeto.

El dolor (afecto) encontraría una derivación parcial posible aunque “no reprimible” en el juego pero otra parte sin embargo sería no-transferible pero esto es la posibilidad misma de escritura y construcción del límite del juego y del juego en los límites, que es inscripción de la castración simbólica es decir escritura del tope en el juego clínico. Constitución misma del sujeto.

Lo real del juego es aquello que por su condición de no-ligado podrá transferirse al cuerpo del juego y formar parte de sus componentes libidinales. En el juego se operaría una cierta capacidad de “transferencia del afecto del sujeto (...) sobre su objeto en tanto que narcisista” - i(a), juguete - compañero de juego- otro.

En su carácter de actividad central y de acto, el juego permitiría operar una cierta capacidad de angustia. Una parte de la pulsión de muerte, de afecto (dolor- angustia- cólera) de deseos de muerte (egoístas y ambiciosos) puede ser transferida al juego, otra no y esto es un límite estructural, tope estructural, obstáculo estructural, al que podemos denominar “castración”.

Llamaremos a este límite u obstáculo estructural del juego “la roca dura del juego” o “el ombligo del juego”. [xviii]

A modo de cierre:

Habría un trabajo preciso a realizar por el analista, no sin esfuerzo, el de poder ubicar un jugador, “construir” en el niño un “supuesto jugador posible”, donde es irreconocible como tal.

Cuando el analista trabaja con niños ubicados como “especiales”, “excepcionales”, “diferentes”, el jugador y personaje no se diferencian; el imaginario “del analista hace tope, resiste, quizás identificándose como analista “especial”, “excepcional”, “diferente”. De esta manera, lo singular deja de formar parte del juego singular de ese niño, de los rasgos únicos con los que ese niño construye su personaje durante el juego, o sea la manera particular de buscar significantes que lo representen como sujeto para otros significantes. R en la actualidad concurre al primer grado de una escuela común del Estado, tiene una maestra integradora que lo ayuda, continúa el tratamiento psicoanalítico conmigo y de psicopedagogía ? el que comenzó solo luego de que la terapeuta del lenguaje hiciera un cierre acordado luego de 2 años de trabajo conjunto y en equipo .

En una de sus últimas sesiones conmigo, cuando le comento que me van a venir a hablar su mamá y su papá, mirándome a los ojos me dice que quiere hacerles “un regalo sorpresa” para que ellos vean al entrar. Toma el marcador, y en el pizarrón de pared ubicado al lado de mi escritorio, se dibuja con sonrisa diciendo: “R esta feliz”, y luego “para rematarla”, lo escribe al lado del dibujo. Ambos nos reímos con el gozo que nos da nuestra complicidad. [xix]

REFERENCIAS Y NOTAS

[i] Este no saber no es un querer saber en el sentido de la represión sino un vacío de saber.

[ii] Neologismo de nuestra invención. Remitimos al lector para más detalle a Bruner, N (coord.) (2012) *El Juego en los Límites*. Eudeba. Buenos Aires. Cáp. 1. “El juego en los límites “. (2013).

[iii] Remitimos a Jerusalinsky, A y Yankelevich, H (2012) “¿Qué nos enseña la clínica del autismo, hoy?” en Bruner, N (coord.) *El Juego en los Límites*. Eudeba. (2013)

[iv] Bruner, N (2008) *Duelos en Juego*. Letra Viva. Buenos Aires. (2013)

[v] Bruner, N (2005-2007) Tesis de Maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología. UBA, “La función del juego, su relación con el trabajo de duelo y la melancolía en la clínica con bebés y niños con problemas en el desarrollo” disponible en biblioteca y publicada en BRUNER, N, (2008) *Duelos en Juego*. Letra Viva. Buenos Aires.(2013)

[vi] Bruner, N (2008) Op Cit, Cáp. 13 “La melancolía en la infancia: Una puerta de entrada al autismo o la psicosis “(2013).

[vii] Mannoni, M. (1985) *De un imposible al Otro*, Paidós, Buenos Aires, p. 65. (1985)

[viii] Bruner, N (2005-2007) Tesis de Maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología. UBA, “La función del juego, su relación con el trabajo de duelo y la melancolía en la clínica con bebés y niños con problemas en el desarrollo” disponible en biblioteca y publicada en BRUNER, N, (2008) *Duelos en Juego*. Letra Viva. Buenos Aires.(2013)

[ix] Freud, S. (1917 (1915) “Duelo y Melancolía “, en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XIV, (1984) p. 241.

[x] Bruner, N (2013) *.Entradas y Salidas al Autismo*, publicado en Revista Imago Agenda. No 174. “Los Autismos “. Septiembre 2013. Buenos Aires

[xi] Laznik, D (2003) *Configuraciones de la transferencia: masoquismo y separación*, en “Revista Universitaria de Psicoanálisis No 3”, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2003, p .71.

[xii] Bruner, N (2008) Cáp. 3.” La transferencia en la clínica con niños con problemas en el desarrollo y su relación con el duelo y el juego “. Op Cit (2013)

[xiii] Freud, S. *Fragmento de análisis de un caso de histeria* [1905 (1901)], en “Obras Completas”, Amorrortu , Buenos Aires, (1984) , Vol. VII, p .105.

[xiv] Freud S. *Lo ominoso*, (1919), en “Obras Completas”, Amorrortu, Buenos Aires, (1984) , Vol. XVII, p. 243.

[xv] PROIMPSI (2013 - 2015) “Contribución del juego en la infancia para la formación psíquica de la memoria desde una perspectiva psicoanalítica “ Directora. Norma Bruner. Facultad de Psicología. UBA

[xvi] Lacan, J. “El Seminario, Libro 10., *La Angustia*”, .clase 4, 5-12-1962.

[xvii] Freud, S. *Más allá del principio de placer*, (1920), en “Obras Completas”, Amorrortu, Buenos Aires, 1984, Vol. XVIII, p.17

[xviii] Bruner, N, (2008) *Duelos en juego*. Op Cit (2013)

[xix] Esperamos poder comunicar con mayor detalle en un futuro las vicisitudes de este tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

Bruner, N. (coord.) (2012) *El Juego en los Límites*. Eudeba. Buenos Aires. Cáp. 1. “El juego en los límites “. (2013).

Bruner, N. (2008) *Duelos en Juego*. Letra Viva. Buenos Aires(2013)

Bruner, N. (2005-2007) Tesis de Maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología. UBA, “La función del juego, su relación con el trabajo de duelo y la melancolía en la clínica con bebés y niños con problemas en el desarrollo” disponible en biblioteca y publicada en Bruner, N, (2008) *Duelos en Juego*. Letra Viva. Buenos Aires.(2013)

Bruner, N.(2008) Op Cit, Cáp. 13 “La melancolía en la infancia: Una puerta

de entrada al autismo o la psicosis "(2013).

Bruner, N. (2005-2007) Tesis de Maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología. UBA," La función del juego, su relación con el trabajo de duelo y la melancolía en la clínica con bebés y niños con problemas en el desarrollo" disponible en biblioteca y publicada en BRUNER, N, (2008) Duelos en Juego. Letra Viva. Buenos Aires.(2013)

Bruner, N. (2008) Cáp. 3." La transferencia en la clínica con niños con problemas en el desarrollo y su relación con el duelo y el juego ". Op Cit (2013)

Bruner, N .(2008) Duelos en juego. Op Cit (2013)

Bruner, N. (2013) .Entradas y Salidas al Autismo, publicado en Revista Imago Agenda. No 174. "Los Autismos ". Septiembre 2013. Buenos Aires

Bruner, N. (2013-2015) PROIMPSI "Contribución del juego en la infancia para la formación psíquica de la memoria desde una perspectiva psicoanalítica "Directora. Norma Bruner. (2013 - 2015) Facultad de Psicología. UBA

Freud, S. (1917 (1915) "Duelo y Melancolía ", en Obras Completas, Amorrortu, Vol. XIV,(1984) p. 241.

Freud, S. Fragmento de análisis de un caso de histeria ? 1905 (1901) ? , en "Obras Completas", Amorrortu , Buenos Aires, (1984) , Vol. VII, p .105.

Freud S. Lo ominoso, (1919), en "Obras Completas", Amorrortu, Buenos Aires, (1984) , Vol. XVII, p. 243.

Freud, S. Más allá del principio de placer, (1920), en "Obras Completas", Amorrortu, Buenos Aires, 1984, Vol. XVIII, p.17

Jerusalinsky, A y Yankelevich, H (2012) "¿Qué nos enseña la clínica del autismo, hoy?" en Bruner, N (coord.) El Juego en los Límites. Eudeba. (2013)

Laznik, D (2003) Configuraciones de la transferencia: masoquismo y separación, en "Revista Universitaria de Psicoanálisis No 3", Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2003, p .71.

Lacan, J. "El Seminario, Libro 10., La Angustia", .clase 4, 5-12-1962.

Mannoni, M. (1985) De un imposible al Otro, Paidós, Buenos Aires, p. 65. (1985)