

## ¿Es posible establecer una psicopatología psicoanalítica de la niñez?

**Mgter. Clara R. Schejtman\***

### **Introducción**

¿Es posible establecer una psicopatología psicoanalítica en la niñez? Esta pregunta que sirvió de título a un ateneo del departamento de niños de APDEBA en 2014 me inspiró varios interrogantes y motivó las reflexiones que desplegaré en este texto.

¿Qué implica establecer una psicopatología y un diagnóstico ante la consulta con niños?

Los niños llegan a la consulta cuando algo no funciona como se espera. Nos preguntamos ¿para quién no funciona? ¿para los padres, para la familia ampliada, para el niño, para las instituciones escuelas, pediatras, etc.?

Lo patológico en el campo médico busca la etiología: un niño se queja de un dolor de panza, tiene diarreas cada vez que tiene que ir a la escuela. Existe una base etiológica fisiopatológica para este malestar, pero el psicoanalista además escuchará el modo en que los padres y el niño lo relatan, las circunstancias en las cuales aparece y desde allí inferirá el dolor psíquico y cuáles podrían ser las coordenadas significantes que lleven a su elucidación.

El analista de niños no sólo se plantea el alivio del sufrimiento del niño y la familia sino explora la manifestación sintomal como efecto de una posición estructural cuyas consecuencias podrían llevar a posibles desencadenamientos psicopatológicos en otros

---

\* claraschejtman@gmail.com

momentos de la vida, cuando los cambios endógenos pulsionales y los cambios exteriores impacten en la estructura constituida en la infancia.

Freud rompe la linealidad temporal y plantea el *nachtraglich*, temporalidad destinada al "a posteriori", que reaparece en el síntoma neurótico. La lectura de los síntomas sólo es en el "a posteriori".

En este sentido, el psicoanálisis infantil no se desarrolla sobre el eje normalidad/patología sino que apunta a construir recursos psíquicos y simbólicos para enfrentar los desafíos que el crecimiento y fundamentalmente la oleada adolescente y la salida exogámica, junto a otras posibles situaciones desestabilizadoras, le impongan.

Consideramos el diagnóstico en la primera infancia una guía de indagación a partir de la cual el trabajo terapéutico explorará los nudos que enquistan o detienen el desarrollo del niño y la apertura a las nuevas experiencias significantes y no una categoría definitiva que podría encasillarlo.

¿Cómo pensar el diagnóstico teniendo en cuenta que el niño se encuentra en permanente cambio?

Sin embargo, frente a la consulta es necesario formular hipótesis, plantear líneas de trabajo y realizar una devolución a los padres acerca de nuestra primera aproximación al caso.

### **Estructuración psíquica, psicopatología y temporalidad**

Peter Fonagy sostiene que la discrepancia entre una parte del psiquismo que evoluciona con el crecimiento y funciona en un nivel maduro, y una parte del psiquismo que permanece con modos primitivos de funcionamiento y de comprensión, es quizás el aporte más original a la salud mental del enfoque evolutivo en psicoanálisis (Fonagy y Target, 2003).

Propongo trabajar sobre la articulación entre la concepción de una perspectiva diacrónica, esto es histórica-evolutiva y una perspectiva sincrónica focalizada en el pedido

de la consulta que alude al momento en que una manifestación afectiva del niño impacta en su entorno como "no esperada" y se acude al saber de un analista.

La distinción diacrónico-sincrónica fue originariamente planteada por Ferdinand de Saussure para la lingüística.

Diacrónico se refiere a lo que tiene lugar "a través" o a lo largo del tiempo histórico, las estructuras cambian en función del tiempo cronológico y hay equiparación entre cambios estructurales y cambios temporales. Por otro lado, un punto de vista se considera sincrónico cuando es estudiado en su estructura actual o efectiva más profunda, más básica. El estructuralismo ha acentuado los aspectos sincrónicos, la estructura es ahistórica y antihistoricista (Ferrater Mora, 1994).

Bachelard plantea la idea de que en la continuidad de la ciencia hay fronteras epistemológicas no absolutas porque trazar una frontera equivale a traspasarla. La frontera presenta un corte, pero uno que está destinado a ser eliminado. En este sentido, toda consideración diacrónica no es lineal sino atravesada por rupturas, fronteras y cortes.

Propongo ubicar la clínica infantil en el interjuego diacrónico-sincrónico. Entendiendo las presentaciones clínicas en permanente cambio, articulando tiempos cronológicos de la historia evolutiva y tiempo lógico de la inscripción en el inconsciente (atemporal) de esas vivencias y las diferentes determinaciones que aparecen en el momento de la consulta.

Presentaremos dos apartados: la perspectiva diacrónica de los tiempos de estructuración psíquica y la perspectiva sincrónica referida al tiempo de la consulta a un analista.

### **Perspectiva Diacrónica: tiempos de estructuración psíquica**

#### Génesis

Comenzaremos por el concepto de génesis, en tanto origen, principio de algo, serie encadenada de hechos y de causas que conducen a un resultado. La génesis del sujeto humano comienza aun antes de su nacimiento biológico, en las representaciones transgeneracionales y deseos conscientes e inconscientes que los adultos a cargo del niño

sostienen. Al mismo tiempo, no olvidamos las potencialidades constitucionales y genéticas del infans, cuyo estudio hoy está en auge.

Pensamos la génesis como un proceso que sigue ciertos ordenamientos y del cual podemos dar cuenta a posteriori mediante la reconstrucción de la sucesión de procesamientos y recomposiciones. Existe un permanente interjuego entre la metabolización de los contenidos representacionales provenientes de la realidad exterior vivencial del sujeto y el engarce con las líneas de fuerza, marcadas libidinalmente, constituidas a partir del entramado primario que les da su estatuto.

Si bien en la actualidad se profundiza el estudio de las determinaciones que relacionan la teoría del desarrollo y la psicopatología, destacamos la complejidad y variabilidad de la normalidad al modo que planteaba Anna Freud en sus líneas de desarrollo, a fin de evitar la patologización y medicalización apresurada de los niños. Esto va también para los diagnósticos psicoanalíticos que pueden coagular como patológicas reacciones de angustia temporarias que no implican un cuadro clínico psicopatológico y que es importante evaluar en las devoluciones a los padres y en las indicaciones terapéuticas frente a una consulta.

Nuestra idea no es un enfoque evolutivo que tome en cuenta lo madurativo, descriptivo y fenomenológico de las adquisiciones que un niño va logrando con los años, sino los entramados, redes de acontecimientos y su entronque libidinal (concepto que amplía el clásico concepto de "puntos de fijación") que retendrán una fuerza traumática y una idoneidad determinadora en el "a posteriori" (Bleichmar, 1994).

El otro humano tiene una función estructurante en los movimientos a partir de los cuales el infans va conquistando posiciones subjetivas.

### Etapas libidinales, oralidad, analidad

Un punto central de indagación es la historia de la constitución del cuerpo erógeno a partir de la relación entre la construcción de zonas erógenas y la fantasmática parental que se pone en juego en los primeros cuidados y en los intercambios del adulto con el cuerpo del infans.

Aquí pensamos un primer tiempo de la constitución psíquica en el cual el adulto investidor abre las zonas erógenas y produce un interjuego libidinal con el infans desvalido.

En este interjuego el adulto excita y al mismo tiempo calma, ubicándose como agente de la operatoria de ligazón de la cantidad de excitación y de distribución de goce y más tarde de rehusamiento pulsional a medida que el niño va logrando mayores niveles de satisfacción y de autonomía frente a las exigencias ambientales.

Respecto de la oralidad en los intercambios libidinales madre-infans, la experiencia de satisfacción da lugar a la instalación del polo de placer y a la diferenciación placer-displacer. El agente maternante queda inscripto a partir de la identificación primaria donde investimento e identificación con el objeto primario no se diferencian, generando omnipotencia, "sentimiento oceánico", apuntalamiento autoconservación-sexualidad (Freud, 1930).

En el circuito de la alimentación el infans incorpora el mundo exterior a partir de la experiencia libidinizadora con la madre. En la fase oral el chupeteo comanda la libidinización, plus de placer que no se satisface con la disminución autoconservativa del hambre. El chupete facilita la incorporación de la satisfacción vía una descarga autoerótica que puede colaborar en la ligazón de la excitación sobrante y de esa manera colaborar en la tramitación de la espera del objeto durante sus breves ausencias.

En este sentido, la constitución del autoerotismo tiene un valor estructurante y es un antecedente del nuevo acto psíquico que se produce con la unificación narcisista.

Respecto a los primeros tiempos instituyentes la perspectiva lacaniana ofrece un interesante aporte conceptual ubicando la tensión entre alienación-separación como estructurante.

La dependencia vital del infans lo aliena al deseo del otro adulto y constituye una primera posición donde el yo está fusionado imaginariamente a ese otro. Esta fusión complejiza los movimientos de desprendimiento del infans y desde allí los distintos avatares del proceso de separación.

El destete es la primera separación del cuerpo del otro y aquí se juegan angustias de separación en el niño y en la madre. Es la madre quien vehiculiza el destete y la pregunta del infante es ¿podrá mi madre perderme?

Aquí el lugar del tercero significativo tiene un impacto fundante en el sostén de la separación, tanto para el niño como para la madre.

La satisfacción autoerótica oral se irá transformando, sin embargo. En ocasiones se producen defensas marcadas frente al abandono del autoerotismo que se pueden manifestar en dificultades en la aceptación de nuevos alimentos, anorexias temporarias, y más adelante, rechazo a dejar el pecho, la mamadera, el chupete.

Respecto de la analidad, se produce un cambio en la zona erógena rectora que se manifiesta en el juego placentero de retener y soltar. El control de esfínteres, como demanda de cultura, es el primer desafío que el ambiente le propone al niño. Se afianza el distanciamiento entre el cuerpo del niño y el de los padres y se instala la privacidad. El logro del control de esfínteres está íntimamente relacionado con la construcción de la representación de un cuerpo propio separado del de su madre que llevará como consecuencia el rehusamiento a la satisfacción pulsional en función del amor sublimado. Este desafío narcisista se expresa en el berrinche y la terquedad como primeras posiciones de autoafirmación de un yo que se sabe aun vulnerable pero que descubre su posibilidad de dominar al objeto vía el dominio del cuerpo.

En este punto las angustias son de pérdida del objeto frente a la percepción de la separatividad del mismo que el niño intenta negar vía la retención pertinaz de las heces. Al mismo tiempo, el logro del control de esfínteres produce enorme gratificación narcisista, comienzo de la autonomía, sostén del propio cuerpo, diferenciación, y colabora en la construcción del sí mismo.

En la actualidad, se presentan consultas por niños que logran la madurez fisiológica del control de esfínteres pero no aceptan el inodoro, se obstinan en deponer las heces exclusivamente en el pañal. Los nuevos pañales, tan cómodos para todos, llevan a postergar la evacuación fuera de ellos, pudiendo constituirse en una envoltura con la cual el niño construye su incipiente esquema corporal y desprenderse de ellos produce un desgarró y aumenta el temor a la pérdida de la representación de sí mismo que aun es muy lábil. Vemos con frecuencia consultas por niños que padecen retenciones de muchos días, bolos fecales, etc. Se juega allí toda una conflictiva de afirmación del yo, no pudiendo separarse de esa parte de sí.

Podríamos pensar que aquí la pregunta del niño es: ¿podrá mi madre tolerar mi hostilidad necesaria para la separación? La diferencia entre el berrinche necesario para la afirmación del yo y el negativismo extremo, podría ser un criterio clínico para evaluar el tipo de intervención y deslindar un posible devenir psicopatológico.

Caso clínico: Los padres de Eliana consultan por las dificultades de la niña de 4 años para dejar los pañales. Por momentos había logrado evacuar pero al momento de la consulta retenía hasta 7 días y los momentos de la evacuación eran de un alto sufrimiento. Requería enemas y laxantes que aumentaban la tensión entre los padres y la niña alrededor del baño y la limpieza. Eliana presentaba muchos altibajos de ánimo y muchas dificultades de dicción, si bien tenía un buen nivel de desarrollo del pensamiento simbólico, era muy difícil entenderla. En el trabajo clínico se realizaron una entrevista familiar con los padres y sus hermanos, uno mayor y otro un año menor y sesiones de binomio madre-Eliana, padre-Eliana y un tiempo de sesiones individuales.

En el material clínico de sesiones vinculares de Eliana con su mamá aparecía una asociación entre ser ella el bebé y ser la mamá de su hermanito. En el juego mostraba su bebé en la panza a su mamá. Los primeros tiempos de Eliana cursaron con su mamá embarazada con la cual parecía estar fusionalmente identificada.

Sesión Eliana y su mamá:

Se mueve mucho, la mamá le pregunta si quiere hacer caca y yo le ofrezco conocer el baño. Dice: "yo hago en el pañal". Pero no hace.

Le pide agua a la mamá de muy mala manera, y llora. La mamá le dice "no te doy el agua hasta que no me pidas por favor. Si me hablas llorando, no te lo doy"...llora más fuerte, grita, se hace ovillo en el sillón del consultorio. La mamá se mantiene firme y le dice "no me vas dominar"...la mamá comenta que toda la familia está pasada por esos días por el cumple del hermano mayor que estuvo muy ansioso con los festejos y hubo peleas...

Eliana dice: "yo quiero un hermanito bebé....yo tengo bebés en la panza". Lloro.

Le digo "parece que papá y mamá se enojan con Eliana y con Marco pero con Bruno que es bebé, no se enojan. ¿Será que solo con los bebés papá y mamá no se enojan? Eliana y Bruno usan pañales, ¿serán los dos bebés?

Se levanta, se dirige amorosa a la madre, "me das agua, por favor". Algo se transforma...

Eliana empieza a dibujar, vuelve a escribir su nombre le pide a la mamá que le dibuje el vestido de Blancanieves, ella escribe su nombre. Va al pizarrón y dibuja un sol y un arco iris.

Digo: ya pasó la tormenta, salió el sol y el arco iris...

La madre asombrada dice: es otra nena ...

En las entrevistas con los padres trabajamos sobre la reubicación de éstos en sus funciones y se produjo un cambio llamativo tanto a nivel de los estados de ánimo de Eliana como de la evacuación, incluso logró superar la fobia al inodoro y comenzaron avances en el lenguaje.

La intervención fue breve, y frente a estos cambios de posicionamiento de Eliana se tomaron unas sesiones de terminación y se realizó la derivación a fonoaudiología.

#### Eje Narcisismo-Edipo

El primer posicionamiento subjetivo del niño implica también el narcisismo parental. El niño viene a realizar el deseo irrealizado de los padres. Marilú Pelento (2008) sugiere: el niño debe nacerle al narcisismo de los padres y ubicarse como rey. En su texto plantea, sin embargo que hay niños que nunca son reyes para sus padres, deben hacer un enorme esfuerzo para nacerles a la madre y al padre y justificar su existencia. Un primer tiempo de narcisización y un segundo tiempo de destronamiento de su majestad el bebé. Éste también es un tiempo fundante del psiquismo, moviliza el propio narcisismo parental y es un momento de alta vulnerabilidad psíquica que requiere del acompañamiento adulto que con su sostén amoroso le permite al niño adquirir la capacidad de "estar a solas en presencia de otro" (Winnicott, 1965).

Dos tipos de problemáticas pueden aparecer en el tiempo de la constitución del narcisismo:

a) Déficit de narcisización: depresiones tempranas, falta de vitalidad en el niño que podrían ser el antecedente de las patologías de vacío en adolescentes y adultos.

La depresión materna post parto y posterior, aun subclínica, es un elemento central a indagar en las consultas tempranas. Los efectos de la depresión materna en niños pueden producir dos tipos de reacciones. Tronick y Weinberg (1999) encontraron en investigaciones sistemáticas prolongadas que las madres deprimidas retraídas tiene bebés retraídos y las madres deprimidas intrusivas tienen bebés irritables, pero estos demandan al ambiente y tienen mejor posibilidad de ser ayudados. Estos resultados se pueden relacionar con el planteo winnicottiano de niños que se constituyen en mecanismo antidepresivo de la madre



y los conceptos de depresión blanca y el síndrome de la madre muerta desarrollados por André Green (Schejtman, 2004).

Las madres deprimidas producen mayores fallos en el logro de la reparación de afectos negativos y dificultan el restablecimiento de interacciones positivas, pudiendo dificultarse el logro de autorregulación de los afectos en el bebé y aumentando el riesgo de retraimiento (Vardy y Schejtman, 2008; Duhalde y ot., 2008).

b) El segundo momento de riesgo psíquico es el de la caída de su majestad el bebé. ¿Cuál es la red de acompañamiento en momentos de la caída de ese lugar mítico, de la pérdida de la omnipotencia narcisista? Situaciones tales como la vuelta al trabajo de la madre, el nacimiento de un hermanito, etc., pueden producir caídas narcisistas abruptas y el niño puede verse inundado de angustia que no logra ligar. Especialmente en madres simbióticas y sobreprotectoras el cambio vincular es muy drástico y el niño puede tener dificultades para construir recursos de autorregulación y de reubicación en la nueva posición.

Podemos encontrar niños que no se destronan y se convierten en tiranos, con fuertes sentimientos de temor a la pérdida narcisista que se observa en berrinches excesivos y trastornos de conducta y dificultades de adaptación a nuevas situaciones sociales. Estas respuestas son defensivas frente a una activación del sentimiento de vulnerabilidad y desvalimiento y requieren un trabajo intrapsíquico con el niño y un trabajo con los padres.

Volvemos a la compleja relación alienación-separación que se reactiva y complejiza en las sucesivas separaciones y abandonos de posiciones de placer infantil.

En la clínica observamos frecuentemente dificultades en los padres en la operatoria de recomposición y acotamiento de la posición de goce, de ser agentes de rehusamiento de placer que exhibe ostentosamente el niño. Dificultades en el sueño, colecho, mantener un amamantamiento prolongado y dificultades en la adaptación a la escolaridad serían algunas de las consecuencias de estas problemáticas.

En el momento de separación del vínculo dual, es crucial la intervención paterna, metafórica y simbolizante.

Vacilaciones de la función paterna, forclusiones parciales, son algunas de las problemáticas que se presentan, que si bien no necesariamente producen un devenir psicótico, pueden dejar una impronta de inscripción "no representable" con sus

consecuencias para la psicopatología, al modo de agujeros psíquicos, núcleos de desinvertidura potencialmente traumáticos.

En el Eje ligado al Complejo de Edipo indagamos acerca del posicionamiento del niño en relación a la triangularidad, si se ha depuesto el narcisismo primario y se ha constituido la alteridad.

El complejo de Edipo y su entronque con el complejo de castración son considerados por el psicoanálisis como bisagras entre la sexualidad originaria ligada a los progenitores y el ejercicio sexual genital pleno con un objeto exogámico, atravesado por las legalidades que cada cultura impone a lo sexual.

El sepultamiento del Complejo de Edipo implica la renuncia al goce y a la desmesura pulsional del deseo y el placer por el cuerpo del adulto vía aceptación de la ley de castración (Nasio, 2007) y a partir de aquí el sufrimiento infantil se ubicaría en el campo de síntoma neurótico.

En la clínica indagamos acerca de la lucha de fuerzas entre deseo y ley que cayó bajo la represión y retorna en el síntoma. A partir de la exploración de la cualidad de la angustia que presenta el niño (si es una angustia primitiva, automática o angustia de pérdida de objeto o ya se ha constituido la angustia de castración) podemos construir nuestras intervenciones apuntando a la metáfora y a la simbolización.

### **Perspectiva sincrónica: la consulta**

La consulta se produce en un tiempo singular, en que los padres deciden apelar a un tercero poseedor de un saber para dirimir una insuficiencia respecto al bienestar de su hijo. Este movimiento transferencial se lanza bastante antes de la consulta, en la búsqueda del profesional o la institución a la cual se acude. El derivador o la institución ocupan un lugar en la consulta que se jugará de alguna manera en la misma.

Indagar acerca de qué situaciones recientes activaron la consulta pondrá en evidencia los resortes que en los padres produce angustia e insuficiencia, y el modo en que los padres vivencian esa insuficiencia es un hilo conductor hacia el síntoma del niño.

Las primeras entrevistas requieren de nuestra mayor habilidad como terapeutas ya que en algunos casos y especialmente en instituciones pueden ser las únicas.

La problemática que una familia trae a la consulta se despliega con intensidad en la primera entrevista que dispara movimientos transferenciales y contratransferenciales que se rectifican o confirmarán en los siguientes encuentros.

Freud (1912) relaciona las primeras entrevistas con la apertura en el juego de ajedrez que forma parte del juego mismo y de alguna manera determina como el juego se delinearán. Se trata de reglas de juego que han de extraer su significación en la totalidad del plan.

Siguiendo a Lacan (1969) y Eric Laurent (1999) intentamos ubicar el lugar del niño en el discurso parental: a) el niño como falo de la madre, b) el niño como síntoma, c) el niño como objeto del fantasma de la madre.

Nos centramos también en el material del niño y su propio motivo de consulta, que no siempre coincide con el de los padres, y tiene sus propios órdenes de determinación. En el material del niño indagamos las metabolizaciones y recomposiciones que se han producido respecto de las inscripciones de los padres.

Si bien pensamos el síntoma como un anudamiento libidinal intergeneracional, el analista de niños opera en un campo multideterminado, y sugerimos un trabajo en diversos encuadres -entrevistas familiares vinculares, individuales- que permiten cercar los ejes centrales de la problemática a fin de ubicar un diagnóstico presuntivo y una propuesta terapéutica.

Silvia Bleichmar sugiere diferenciar entre síntoma y trastorno:

a) Síntoma: retorno de lo reprimido, producto de un conflicto entre instancias atravesado por la represión edípica, habilita la intervención en el registro simbólico.

b) Trastorno, por déficit de constitución ya sea por la temprana edad o por su no constitución en los tiempos esperados. Tiempo lógico y tiempo cronológico más ligado al narcisismo.

Cuando los padres consultan por un hijo con una pregunta, el síntoma del hijo ha despertado una inquietud por desentrañar un enigma, y da lugar a la cara simbólica de la transferencia. La consulta girará en torno a un saber compartido entre los padres y el analista y una actitud más disponible para el proceso analítico. Probablemente nos ubiquemos en el campo de la neurosis y apuntemos al atravesamiento de la castración simbólica.

En cambio, cuando los padres llegan a un analista demasiado heridos en su narcisismo, muchas veces enojados con el síntoma del niño, es más difícil la ubicación transferencial, aparece rivalidad y sentimientos persecutorios. Es necesario un tiempo previo de instalación de confianza en los padres y de atención a esas heridas para que puedan abrirse a una escucha hacia el malestar del niño y hacia una indagación conjunta acerca del mensaje implícito en el síntoma.

Sin embargo, la situación más difícil es cuando no hay interrogantes en los padres ni conciencia de la situación del hijo, incurriendo en maltrato y/o negligencia y son las instituciones públicas las que exigen el tratamiento: juzgados, escuelas. Estos casos requieren muchas veces abordajes interdisciplinarios y familiares más amplios.

Por otro lado, Dio Bleichmar (2005) destaca la perspectiva relacional en la consulta. Propone que en la actualidad el objeto de estudio en la clínica infantil es la relación padres e hijos y no solo el conflicto intrapsíquico del niño. Sostiene que los padres en las primeras entrevistas construyen la historia de lo vivido como un reorganizador de la experiencia que captura fragmentos del pasado que se hallaban dispersos y sepultados por la falta de una red de significación que los unificara. Es el quehacer del analista formular preguntas ligadoras que posibiliten este efecto.

En este trabajo hemos realizado un recorrido sucinto de algunas ideas teóricas y clínicas que nos permiten ubicar el campo de evaluación psicopatológica en la infancia como multideterminado y conjetural.

Para sintetizar, en consultas por niños sugerimos tomar en cuenta:

- Los patrones madurativos primarios multisistémicos, características constitucionales y genéticas, etapas evolutivas y libidinales y los estresores ambientales que hayan influido en estos procesos y en la consulta actual.

- Los momentos de constitución psíquica, y sus déficits estructurales y el padecer del niño en relación a su edad. Tiempos lógicos y tiempos cronológicos, fases de evolución libidinal, narcisismo y Edipo.

- Las defensas habituales frente a los cambios propios del desarrollo. No hay progreso creativo sin reacciones defensivas. Frente al alejamiento o la pérdida de objetos el niño reacciona construyendo defensas para tolerar las transiciones. La intensidad y

prolongación en el tiempo de estas defensas puede constituirse en un diagnóstico diferencial acerca de los puntos de vulnerabilidad psíquica del paciente. "Los crecimientos son tristes" dice Bernard Golse.

- Indicaciones de tratamiento psicoanalítico y sus alcances, evaluación de la inclusión de intervenciones interdisciplinarios y formación de equipos de trabajo.

En la complejidad de un abordaje en la niñez podemos ubicar:

1. Aspectos intrapsíquicos del niño, predisposiciones constitucionales, tiempos de constitución psíquica, aspectos evolutivos, fantasías inconscientes, conflicto, etc.

2. Aspectos intrapsíquicos de los padres, historia, estructura fantasmática, conflictos, proyecciones, narcisismo, lugar como agentes de regulación de afectos y transmisores de la ley simbólica. Trabajo con la pareja parental o con cada uno de los padres.

3. Aspectos intersubjetivos observados en la hora de juego vincular, el momento a momento de la interacción, la capacidad de los padres de leer los mensajes de los niños, especialmente cuando estos son muy pequeños.

4. Aspectos transubjetivos: escuela, cultura, violencia social, pobreza. Ubicación del niño en su entorno social amplio, valoración o desvalorización y sus efectos sobre la problemática del niño, indicación de otros espacios más allá del análisis. Muchas veces es el ambiente estresor productor de patología y esto implica evaluar junto a los padres y otros profesionales cambios en la vida doméstica, cambios de escuela, etc., especialmente en poblaciones vulnerables con riesgo social.

### **Bibliografía**

Bleichmar, S. (1994). *Temporalidad, determinación, azar. Lo reversible y lo irreversible*, Buenos Aires: Paidós.

- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Duhalde, C., Huerin, V., Zucchi, A., Leonardelli, E. y otros (2008). "Regulación afectiva diádica y autorregulación afectiva del niño. Su relación con la autoestima y el funcionamiento reflexivo de la madre", en *Primera Infancia, Psicoanálisis e Investigación*, cap. 4, Clara R. Schejtman (comp.), Buenos Aires: Akadia.
- Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de filosofía*, Barcelona: Editorial Ariel.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories. Perspectives from Developmental Psychopathology*, London: Whurr Publishers.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Vol.12. *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Vol. 21. *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- Lacan, J. (1969). *Dos notas sobre el niño*. *Intervenciones y textos 2*, Manantial.
- Laurent, E. (1999). *Hay un fin de análisis para los niños*, Cap. 1, "El niño y su madre". Buenos Aires: Colección Diva.
- Nasio, J. D. (2007). *El Edipo*, Buenos Aires: Paidós.
- Pelento, M.L. (2008). "En torno al nacimiento. Nuevas figuras de la desprotección", en *Primera Infancia, Psicoanálisis e Investigación*, cap. 8, Clara R. Schejtman (comp.). Buenos Aires: Akadia.
- Schejtman, C. (2004). "Efectos de la depresión materna en la estructuración psíquica durante el primer año de vida. Psicoanálisis e investigación empírica con infantes", en *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 6, Ed. Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales, Dpto. de Investigaciones.
- Tronick, E.Z., Weinberg, K. (1999). *Gender differences and their relation to maternal depression. Stress, Coping and Depression*. Johnson et al Editors. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. New Jersey. London.
- Vardy, I. & Schejtman C. R. (2008). "Afectos y regulación afectiva. Un desafío bifronte en la primera infancia", en *Primera Infancia, Psicoanálisis e Investigación*, cap. 3, Clara R. Schejtman (comp.), Buenos Aires: Akadia.
- Winnicott, D. W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires: Paidós.