

# **Clínica psicoanalítica de familia con niños:**

## **enfermedad oncológica y vínculos en un enfoque interdisciplinario**

*Eduardo Luis Casanova, Sonia Kleiman y  
Haydeé Romero*

“Qué pauta conecta al cangrejo con la langosta y a la orquídea con el narciso, y a los cuatro conmigo? y a mí contigo? Y a nosotros seis con la ameba, en una dirección, y con el esquizofrénico retardado, en la otra?”

G. Bateson

### **INTRODUCCION**

Es nuestro objetivo dar cuenta de un tratamiento familiar con niños, en un contexto de abordaje interdisciplinario hospitalario, a partir de un caso de oncología infantil.

El equipo estuvo integrado por los médicos tratantes del servicio de oncología, psicoterapeuta individual, psicoterapeuta familiar, servicio social y voluntarias del Hospital Italiano.

La paciente designada, por la cual se realiza la consulta, es una niña que padece de leucemia. Ella y su familia, fueron tratados psicológicamente previa y posteriormente al trasplante de médula que se indicó.

Este no es de los casos descriptos como cuadro psicossomático, sino que es una historia, como toda historia, psicossomática.

Se trata de una niña de 6 años, que padece la enfermedad desde hace tres años aproximadamente.

Hemos intentado abordar lo intrapsíquico, lo vincular y lo institucional alrededor de esta situación clínica; es decir pensar desde una óptica que implica la consideración de tres espacios

psíquicos en relación simultánea: a) lo intrasubjetivo que supone el registro de un mundo interno, de un mundo fantasmático, mundo de representaciones del propio cuerpo, del otro y de la realidad, poblado de objetos parciales y totales y en el cual el otro es un personaje, o sea un otro pensado; b) lo intersubjetivo que apunta al inconsciente vincular, espacio en que el otro tiene la cualidad de persona, es decir es captado en su ajenidad y c) lo transubjetivo que implica pensar el atravesamiento del sujeto y de los vínculos por lo socio cultural desde su origen.

La niña, paciente, posee una enfermedad que la puede llevar a la muerte. La intervención psicológica en estos casos queda inmediatamente impregnada, en la direccionalidad que impone el riesgo de vida. Comienza a circular una demanda terapéutica que toma la forma de mandato: “hay que contener a la niña y a la familia”. Este “contener” ha pasado a ser un término de uso habitual, se ha coloquizado a tal punto que en cierto aspecto ha sido despojado de su sentido específico, en relación a una función del aparato psíquico. Contener, controlar, consolar... se utilizan casi equivalentemente; así hemos pensado que es necesario recontextualizar este término, para que tenga sentido de intervención psicoterapéutica específica. Aún con la posible inminencia o no de muerte, contener, sigue significando la posibilidad de pensar y ayudar a pensar, sobre cuáles son los psicodinamismos que constituyen al paciente, con una enfermedad o más. Comprender al sujeto, a sus vínculos significativos y al equipo tratante, en fin, tratar de construir un modelo de pensamiento que le permita al paciente seguir siendo sujeto aún ante el posible fin de su vida. Es decir, frente a la angustia de enfermedad física y de muerte, crear, sostener un espacio mental y vincular que permita gestar o reconstruir una historia libidinal diferente a la Historia Clínica número X.

Citemos a Piera Aulagnier (1991, pág. 132) “...El sufrimiento en general, pero más particularmente el del niño, rara vez deja indiferente la mirada de los otros. En la mayoría despierta necesidad de ayuda, conjunto de rasgos que forman parte de la representación que el adulto conserva dentro de sí acerca del niño que fue. Más que cualquier otra vivencia infantil, el sufrimiento induce un movimiento de identificación en aquel que ya no es un niño, y que va a recuperar momentáneamente, o bien el lugar del ‘niño sufriente’ o bien el de aquel que podría suprimir todo

sufrimiento, poder que se había imputado a los propios padres...”.

A través de varios casos estudiados, en los cuales el protagonista de la consulta es el cuerpo, hemos observado que la historia clínica de los pacientes es presentada por ellos, casi como la única historia relatable. Es como si los estudios por imágenes hubieran reemplazado los retratos personales y familiares, como si los aniversarios o cumpleaños se transformaran en fechas de ingresos y externación del hospital. En este sentido el espacio terapéutico también brindaría la posibilidad de reconstruir o crear una historia desde la cual se invista desde otras perspectivas al yo, al cuerpo, a la realidad, a los otros. Seguimos con Piera Aulagnier (1991, págs. 134-135): “...El yo no puede habitar ni investir un cuerpo desposeído de la historia de lo que vivió; a partir del momento en que la psique pueda y deba pensar su cuerpo, el otro y el mundo en término de relaciones, comenzará ese proceso de identificación que hace que todo lugar identificatorio decida la dialéctica relacional entre dos yoes y que todo cambio en uno de los polos repercuta sobre el otro. A partir de ese mismo momento, el cuerpo (sus cambios, su sexualidad, sus eventuales accidentes) podrá convertirse en representante del otro y en testigo de su poder para modificar la realidad, cada vez que la relación entre el sujeto y el otro se torne demasiado conflictiva y demasiado dolorosa; la relación yo-cuerpo, que ha sustituido la relación yo-otro, tomará a su cargo un mismo conflicto... si el otro permanece ciego y sordo a lo que le ocurre al cuerpo, o si sus respuestas son inadecuadas, lo que era una sustitución provisional puede llegar a un estado definitivo...”.

En el caso que presentamos se trabajaron varios ejes: uno de ellos, relacionado con la hipótesis anterior presentada por Piera Aulagnier en cuanto a la posible sustitución del otro por el propio cuerpo. En este sentido el espacio terapéutico familiar fue privilegiado, ya que permitió reconstruir la historia familiar, categorizando de distintas maneras el pasado, frente a la vigente presentificación de la enfermedad y un temido futuro. Así como construir nuevas modalidades vinculares.

Otro eje se concentró en el lugar paradójico del cuerpo enfermo en la estructura familiar: esta niña con leucemia era al mismo tiempo amenaza de muerte y el signo más vital de esta familia

caótica que se organizaba témporo-espacialmente a través de ella y de su pertenencia al hospital.

También pensamos en las transferencias que se producen en los equipos de salud, muy a propósito en nuestra experiencia desde los modelos de vincularidad de la familia del paciente.

#### **PRESENTACION DEL CASO**

Este caso llega a consultorios externos a través de la interconsulta, implementándose una estrategia de abordaje múltiple: sala de juego en internación pediátrica, psicodiagnóstico individual, psicodiagnóstico familiar, intervención del Servicio Social y de las voluntarias de la Fundación del Hospital. La paciente designada es Tamara de 6 años. El motivo de consulta se realiza a partir de la observación de un estado depresivo de la niña en una de sus múltiples internaciones. Su aspecto era de una “vieja”, por cuyo rostro cae una lágrima y su estado era muy lastimoso y solitario. Habitualmente se observaba la ausencia de familiares que la acompañaran en este trance. Tamara les preguntaba reiteradamente a las enfermeras si se querían casar con el papá. Es a partir de la preocupación de los médicos por el estado depresivo que se realiza el pedido de interconsulta.

La familia se compone del padre José de 29 años, la madre Sabrina de 29 años y tres hijos: Astrid de 8 años, Tamara 6 y Catriel de 4. Conviven con la bisabuela paterna, Inés, de 86 años.

#### **DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA HISTORIA FAMILIAR**

A los tres años de Tamara se produce la separación de la pareja conyugal, después de acontecimientos tumultuosos, confusos y violentos. Como resultado de los cuales la madre es desalojada mediante intervención judicial de la casa de la bisabuela donde todos convivían. El motivo de exclusión del hogar de la madre fue una denuncia del padre y la bisabuela por prostitución, consumo de drogas y alcohol. Coincidentemente con esta situación familiar traumática se inicia el proceso de enfermedad de Tamara. De la familia paterna se sabe que José fue criado por su padrastro desde los 6 años, ya que sus padres se habían separado a los dos

meses de nacido. También intervinieron en su crianza, Inés (bisabuela conviviente en la actualidad) y una tía abuela fallecida, al igual que su madre, de cáncer de colon.

La mamá de Tamara es uruguaya, sin documentos en la Argentina, sin domicilio fijo; vive de pensión en pensión, trabajando de camarera. La familia de José esgrime argumentos de sospecha acerca de la integridad moral de Sabrina y de la abuela materna.

El padre trabaja en forma temporaria como payaso, animando fiestas y eventos. Muchas veces realiza esta actividad en las reuniones del hospital. También se lo ha visto vendiendo flores en la vereda.

Se podría pensar que ésta es una familia de bajísimos recursos, pero en realidad toda la historia es confusa; viven en un departamento propio y rondan otras propiedades en juego. El empobrecimiento se fue infiriendo dentro del proceso terapéutico, como deterioro a nivel emocional, con intensa pobreza de recursos a nivel simbólico, representada por la precariedad del estilo de vida.

## EL TRATAMIENTO

La familia rápidamente se instaló en los distintos espacios terapéuticos, iniciando un proceso concentrado en un principio alrededor de la enfermedad oncológica. Se presentará una viñeta de una sesión anterior al trasplante y una sesión posterior a éste. A la mayoría de las sesiones concurren habitualmente: Inés (la bisabuela), José (el padre), los tres hijos y Edith, una tía del padre.

A modo de relato se puede narrar que cuando esta familia llegaba, ocupaba todos los intersticios del servicio. Era imposible hacer caso omiso de su presencia entre el ruido, la apertura de cajones de los armarios, y los pedidos de cuidado de las secretarías. Se generaba un clima caótico como el de la casa. Dormían en colchones desparramados por el piso y no había sillas en las que sentarse, porque o se habían roto, o el padre las había quebrado en accesos de ira.

#### VIÑETA DE SESION ANTERIOR AL TRASPLANTE

La terapeuta generalmente se entera de que llegó la familia bastante antes de la sesión ya que generan a su alrededor un gran alboroto. Intentan abrir los cajones del escritorio de la secretaria, sacar cajas de juego del armario, subir una escalera que lleva a otros consultorios.

Entran en tropel a la sesión:

Tamara: –“...mi papá es mentiroso, me retó porque yo le dije a la psicóloga que te tirás pedos cuando estás en mi cama y no es mentira...”.

Entre todos relatan las dificultades que se producen a la noche, para que cada uno duerma en su lugar. El papá explica que Tamara le pide que duerma con ella. Tamara: –“...tengo sueños feos, de Drácula...”.

Papá: –“...ellos rompen mis cosas, no sé para qué trabajo, si rompen todo. Tamara no puede comer chicles y come igual y es un lío porque no puede ir al dentista, por su enfermedad”.

Se superponen al hablar, corren por el consultorio, despararraman los juguetes.

La terapeuta comienza a percibir contratransferencialmente desde sensaciones físicas de malestar hasta dificultad para escuchar lo que dicen.

Tamara: –“...yo quiero tener Cable en casa...”.

Papá: “...parece que Tamara quiere estar internada para estar viendo Cable, yo no tengo plata, y no puedo instalar Cable en casa...”.

Tamara: –“...yo voy a pedir plata y voy a conseguir!...”  
–gritando.

La terapeuta intenta hacer un señalamiento describiendo la situación, el clima.

Tamara se pone a llorar y se ofende. Los otros chicos juegan con la caja y siguen corriendo por el consultorio.

Papá: –“...ella ve telenovelas a la tarde y se mete con todo, se cree que es como ellos (refiriéndose a los personajes de la televisión) y quiere ser la novia de...” Tamara sigue llorando y dice: –“...yo lloro porque mi papá no me lleva a su trabajo y además quiero el Cable...”.

La terapeuta señala lo difícil de conseguir y tener entre ellos un cable, vínculo, que les permita sentirse mejor, y construir

juntos una novela que no haga llorar tanto. Alude a que el ruido, el llanto, las corridas son una manera de que todo parezca muy confuso y sea difícil pensar, saber porqué están tristes, contentos o desesperados.

#### **SESION POSTERIOR AL TRASPLANTE**

Por vicisitudes inherentes a la Institución se produjo un cambio de terapeuta promediando el primer año de tratamiento. Si bien esta situación generó efectos en el proceso terapéutico, prevaleció la transferencia institucional que permitió sortear la dificultad en el encuadre y continuar el tratamiento.

La forma de entrar de esta familia al consultorio como dijimos, sigue siendo “ruidosa”; los niños llegan gritando o riendo, intensificando este alboroto al advertir la presencia del terapeuta, agregando todo tipo de morisquetas y burlas; luego fuerzan la puesta de límites comenzando a correr desordenadamente y en actitud desafiante intentan apoderarse de elementos que no pertenecen a la caja de juegos de la familia, sabiendo que no les están permitidos. En muchas ocasiones los adultos también ingresan discutiendo entre ellos, sin poder controlarse, menos poner límites a los chicos. Hace falta que el analista se dirija a ellos recordándoles la consigna. En ese momento se modula el clima de excitación y el padre o la bisabuela dicen: —“chicos!... estamos frente al doctor...”.

Luego de un tiempo de espera, por lo general “la voz cantante” es la de Inés (la bisabuela), que en un lamento monocorde e ininterrumpido, reprocha a sus bisnietos el mal comportamiento cuando los tiene que cuidar (que es casi todo el día) y al padre (José) su ausencia prolongada y falta de colaboración. También maldice a la madre (Sabrina), incapaz de pasar a dar una mano. Su mirada es de súplica, como pidiéndole al terapeuta que intervenga para darle la razón de su “sermón”, incomodándose visiblemente si éste no lo hace. El coro que acompaña esta arenga, son acusaciones de los niños de: “mala”, “mentirosa”, “vieja bruja”, “alcahueta”, etc. Y de parte del padre “quejosa” y “exagerada”.

## SESION

Esta vez Inés reprocha que el último desastre “que le hicieron” los tres niños fue jugar con agua, con la excusa que la querían ayudar a lavar el baño.

Inés: –“No sólo no lo lavaron sino que desparramaron tanta agua que se fue para el balcón y al caer a la calle mojó a una persona que pasaba, a quien tuve que pedirle disculpas porque empezó a amenazar que iba a ir a buscar a la policía.”

Catriel deja de hacer el dibujo que había comenzado y con cara de seductor se acerca a Inés y le pide disculpas diciendo que no lo va a hacer más, a la vez que la abraza. Las hermanitas no se inmutan y se defienden acusándola de falsa. El padre con tono agresivo le explica a su abuela que para él está bien que sus hijos jueguen ya que es lo que necesitan. Edith –con evidente intención de salir en defensa de su madre– mira a su sobrino como no pudiendo creer lo que escucha y le expresa que el que está desubicado es él, que junto con Sabrina nunca se pudieron asumir adecuadamente como padres y, dirigiéndose al terapeuta, opina que José necesita urgente una terapia individual por lo mal que lo ve. Inés, al sentirse respaldada por su hija, le pregunta al analista si a él le parece bien lo que hacen los nenes en la casa, sobre todo en ese momento que Tamara va bien con el tratamiento post-trasplante. De seguir así las cosas va a tener que hablar con el jefe de Oncología, ya que recomendó que hubiera un ambiente tranquilo para la recuperación de Tamara.

José se pone furioso y dirigiéndose a su tía y a su abuela las amenaza con expulsarlas de la familia si lo siguen perturbando.

José: –“...el único que va a hablar con los médicos si considero que hace falta soy yo, los demás no tienen nada que decir...”. Mirando al terapeuta le dice: –“...acá el único que da indicaciones es usted doctor”.

Inés rubicunda sigue hablando del desorden que reina en los juguetes y los útiles de colegio que están tirados por todos lados; cambiando de tono y de tema expresa que Tamara va muy bien con la maestra domiciliaria y que de seguir todo así les dijo –siempre y cuando los profesionales lo autoricemos–, podría estar en condiciones de volver al colegio el próximo año.

El clima de la sesión cambia de cualidad y se torna menos tenso. El analista señala que ellos están inundados por tantas

experiencias que les sucedieron en todos estos años. Entre ellas la separación de los padres y la enfermedad de Tamara. De la manera que pueden le están pidiendo que los ayude a entender y ordenar, ya que si no se pueden ahogar o desbordar, como pasó con el agua del balcón.

Se produce un silencio. Los niños no lo toleran demasiado y comienzan a molestarse con los dibujos que cada uno está haciendo, intentando escribirle al dibujo del otro o sacárselo, así pelean un rato hasta que el papá se enoja con ellos; entonces cambian de actitud pidiéndole disculpas. Luego van mostrando a cada uno de los adultos y al terapeuta lo que hicieron explicándolo. Catriel se sienta en las rodillas del analista y le muestra el dibujo, luego le dice a Inés que es para ella. La familia asocia el dibujo con “los trabajitos que está haciendo en el Jardín”, agregando que su maestra está contenta con su rendimiento, debiendo esmerarse en dominar sus problemas de conducta.

Astrid sonrojándose refiere que no va a mostrar sus dibujos porque le da vergüenza, el padre le insiste y entonces exhibe el dibujo (E); los demás miembros de la familia, lo relacionan con que está muy agrandada, no hace más que ver programas de televisión que no son para niños y se la pasa secreteando con sus compañeras. La niña se defiende diciendo que no mientan y que hizo un tercer dibujo en el que “todos se hicieron amigos y nadie se pelea”.

A Tamara se la ve triste y se le señala. El padre dice que no le gusta verla así porque piensan que si está deprimida puede hacerle mal para sus progresos.

El terapeuta señala que estar tristes en momentos difíciles como los que están viviendo es importante porque significa estar conectados con los temores y algunos otros sentimientos. Y esto, contrariamente a los que se podría suponer, puede afianzar la buena marcha de las cosas. Es mucho esfuerzo actuar como “payasitos” cuando no se está para eso.

Además agrega que es probable que Astrid esté muy preocupada, ya que también tuvo que ser intervenida para donar un poco de su cuerpo a su hermana.

Responde diciendo que ya no quiere ayudar más a la hermana porque es una “peleadora”; Tamara al escucharla se pone llorosa replicándole que no le importa que no la quiera ayudar, a la vez que muestra sus dibujos diciendo que en los primeros no le salía

“nada” y que luego pudo hacer “una nena” dibujo. Astrid le dice: –“...lo que pasa es que sos una copiona”.

Se señala la importancia de que las hermanas puedan empezar a hablar de lo ocurrido entre ambas y en el cuerpo de cada una por el trasplante y se da por finalizada la sesión.

#### **TEMAS DESPLEGADOS A LO LARGO DEL TRATAMIENTO**

A) La bisabuela estaba posicionada en esta familia en un lugar de Objeto único, es decir sosteniendo una ilusión de proveedor permanente endogamizante y fagocitante de la posibilidad del despliegue de una vincularidad más compleja. Dicen Berenstein y Puget (1989, pág.191): “El vínculo con un otro estable dotado del carácter de exclusividad y necesidad, a quien nadie podría reemplazar, buscado por el yo sin el cual se ve amenazado por la vivencia de aniquilación da lugar a este peculiar vínculo que hemos llamado el objeto único...”.

Se había producido una reversión generacional: la única que se podía morir era Tamara y la vejez de esta mujer era desmentida no sólo por la familia, sino por el equipo médico que la veía como la posible cuidadora de la niña en su internación de trasplante. Constantemente se hablaba de la juventud de la bisabuela, de cómo habían sido sus noviazgos, de lo bien que se la veía.

Las pérdidas que se habían producido en la historia familiar eran obviadas. Se evitaba así todo trabajo psíquico y vincular de duelo.

B) La familia llega al tratamiento dando sentido a un universo familiar de manera dualista, es decir divididos defensivamente en: enferma orgánica versus sanos; familia paterna versus familia materna (cual Capuletos y Montescos); bisabuela que sabe y puede versus madres prostitutas y drogadictas que no saben ni pueden cuidar. Esta modalidad defensiva surge como intento de resolver conflictos que ella encubre y recubre. En el momento de la consulta la familia, a través del dualismo logra crear una mínima diferencia para producir una significación que encubre una vuelta hacia la indiferenciación familiar. Las formas aparentes de dualismo son consideradas por Lévi-Strauss como distorsiones superficiales de estructura cuya naturaleza real es diferente y más compleja. En esta familia ha sido muy difíciloso

crear espacios terceros que permitan los procesos de simbolización y discriminación. A partir de una construcción bizarra del vínculo de alianza, las funciones materna y paterna han sido repudiadas y, como ya se ha descripto, todo aquello que el aparato psíquico y los vínculos expulsan del trabajo representacional, suele volver como bumerang a través por ejemplo de enfermedades o accidentes.

C) Función materna: a lo largo del relato de las sesiones la familia anuncia que Sabrina ha retornado, reclamando tener contacto con sus hijos, a pesar de la oposición violenta de José. A partir de esto la madre es citada concurriendo a algunas sesiones en compañía de sus hijos. Esta situación generó intensas discusiones entre el equipo tratante, ya que a partir de los datos que habían dado Inés y José de Sabrina, todos coincidían en la inconveniencia de la participación de ella en el tratamiento psicológico y oncológico. Hubo que trabajar con los médicos acerca de la diferencia entre el conflicto manifiesto y un lugar materno en la historia de esta familia, totalmente ocupado por otros, no permitiendo la instalación de esta mamá. Fue a partir de esto –aunque con muchas reservas por parte de la familia paterna– que se permitió a la mamá acompañar a su hija durante la internación del trasplante, con beneplácito de las dos.

D) Función paterna: fue sumamente trabajoso desanudar la indiscriminación en la que se encontraba José, posicionado confusamente como hijo, sobrino, nieto, padre, que lo involucraba payasescamente en los distintos espacios y le impedía un ejercicio coherente, ridiculizando y despojando de consistencia sus intervenciones.

E) Otro tema se refirió a la incidencia del tratamiento oncológico en el vínculo fraterno: a raíz de la realización de estudios de histocompatibilidad de los hermanos para efectuar el trasplante de médula heterólogo, se determinó a Astrid como donante. Se trabajaron: las ansiedades persecutorias, las fantasías de robo de una parte del cuerpo, la culpa, angustia, la fantasía de cuerpo extraño e invasor, ideas de saqueo, la erotización, y la exclusión que surgieron entre los niños, como un eje fundamental en los días previos a la internación.

## CONCLUSIONES

Este tratamiento llevó más de dos años de trabajo interdisciplinario con una buena evolución hasta el presente. Deseamos puntualizar algunas conclusiones que nos parecen de utilidad. La transferencia múltiple e intensa que se generó a partir del encuadre de trabajo, permitió el despliegue por parte de los pacientes, del conflicto dualista ya mencionado, el cual se articuló en el equipo tratante, con el riesgo de organizarse dualísticamente oncólogos versus psicoterapeutas. Por ejemplo, en un momento los médicos se asustaron por el estado depresivo de Tamara, que supuestamente no la iba a ayudar en el trasplante; se pudo trabajar la necesidad de que ella tomara contacto con sus emociones y se corriera de una identificación riesgosa con aspectos del padre que la llevaban a una organización maníaca, sin permitirle elaborar sus ansiedades; a su vez los psicoterapeutas se pudieron conectar a través del vínculo con los médicos, con todas las vicisitudes y dificultades que ellos y los pacientes enfrentan en este tipo de enfermedades. El encuadre institucional del tratamiento de estos abordajes individuales y familiares es fundamental. La contención y elaboración del conflicto en la red terapéutica interdisciplinaria abrió la posibilidad de transformación de la estructura familiar y la prevención de una disociación en el trabajo asistencial. La Institución funcionó como espacio en el cual metabolizar las ansiedades psicóticas, la ansiedad de muerte, el odio y el caos; rescatando a médicos y terapeutas de la fuerza del pensamiento por convicciones propio de este tipo de estructura familiar.

Es interesante ver cómo se fue transformando la configuración de “Objeto único”, a partir de la cual la familia presentaba a la bisabuela como única posible proveedora, salvadora mesiánica.

Se trabajó: la angustia, la depresión, la incertidumbre y los duelos y de este modo se favoreció la predisposición de la paciente y su familia para aceptar lo engorroso que conlleva la realización de cualquier tratamiento oncológico. La psicoterapia familiar pudo ser pensada como el modelo de un trasplante: desde una configuración caótica, endogámica, amenazante, a una configuración que les permitiera legalizar los vínculos, organizar las funciones y ampliar la capacidad simbólica. Se trabajó el sobredimensionamiento que circulaba alrededor del significado

de la enfermedad oncológica, situación que puede convertirse defensivamente, en un bloqueo en la capacidad de otorgar un sentido adecuado a la enfermedad física y a otros conflictos no necesariamente vinculados con ella. Paradojalmente una enfermedad que lleva consigo la marca de la muerte, de lo crónico, de lo incurable, en esta familia funcionó al comienzo como un posible organizador de una red de pertenencia y sostén personal y vincular. No es la primera vez que como terapeutas de familias observamos que la intensa desorganización vincular se encuentra clínicamente cercana a funcionamientos a predominio psicótico y/o enfermedades físicas graves.

Pensamos que este modo de trabajo, abre la posibilidad a la simbolización y le da un nuevo sentido a los sucesos tanto de la historia como de la enfermedad, así como a las diferentes intervenciones. Inaugura significaciones y permite reposicionamientos a nivel del sujeto y de los vínculos.

#### BIBLIOGRAFIA

- AULAGNIER, P. (1991) *Cuerpo, Historia, Interpretación*. Paidós editores.  
 — (1994) *Un intérprete en busca de sentido*. Paidós editores.
- BATESON, G. (1979) *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- BERENSTEIN, I. (1990) *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires. Paidós editores.
- CASANOVA, E.; KLEIMAN, S.; ROMERO, H. (1994) Sacralización; sacrificio; sacrilegio. Institución y estructura familiar en un caso de anorexia. Ficha.
- (1995, 1996, 1997) Seminario sobre especificidades de la clínica familiar psicoanalítica con niños. Hospital Italiano.
- (1994) Impuesto al Proyecto de filiación. Ficha.
- (1990) El juego de los niños en la sesión psicoanalítica familiar. Ficha.
- CASANOVA, E.; KLEIMAN, S. (1996) Muerte perinatal. Ficha.
- (1991) La función del jugar. Panel Primer Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares.
- KLEIMAN, S. (1995) *Espíritu de cuerpo*. Monografía.

E. L. CASANOVA, S. KLEIMAN Y H. ROMERO

PUGET, J. Y BERENSTEIN, I. (1989) *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*.  
Buenos Aires. Paidós editores.  
Trasplante de médula ósea. Información para el paciente y familiares  
(Ficha interna Hospital Ramón y Cajal Unidad de Trasplante de  
Médula.

*Eduardo Luis Casanova*  
Julián Alvarez 2788 4to.piso "8"  
1425 Buenos Aires  
Argentina

*Sonia Kleiman*  
Santa Fé 3942 6to.p "D"  
1425 Buenos Aires  
Argentina

*Haydeé Romero*  
Anchorena 1343 4top "10"  
1425 Buenos Aires  
Argentina