

Adela Abella
Daniel Cruz
Vicent Pi Navarro
Paula Rodrigo Plaza
Amador Tarazona Martorell
Ma Carmen Velasco Azkue
Aloña Goiburu Jauregui
Gaizka Ariz Martínez
Leire Ojanguren Rotaetxe
Alejandro Muriel Hermosilla
Nuria Román Avezuela
María del Valle Martín
Sergio Martín Tarrasón
Cristina Tormo Martín
Ingrid Ximenez de Embun Ferrer
Idaira Izquierdo Hidalgo
Estefanía Rodríguez Rodríguez
Carla Trabucco Risquez
Angelita López
Claudia Noval Canga
Adrian Alonso Sánchez
Gema Medina Ojeda

Nº 69
2º semestre

2020

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Eurne Urrutia Carretero (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Fernando González Serrano (Bilbao)

Paula Laita de Roda (Madrid)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Roque Prego Dorca (Santander)
Gisela Zapata Casanave (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Aurelio J. Álvarez Fernández (Asturias)
Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)
Alain Braconnier Centro Alfret Binet (París)
M^a Luisa Castillo APM (Madrid) †
Miguel Cherro Aguerre U. del Desarrollo (Montevideo)
Ana Estévez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (París)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ (Alcázar de San Juan)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París) †
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra) †

ÍNDICE /INDEX

LA TEORÍA PSICOANALÍTICA EN TRANSFORMACIÓN: DE FREUD A NUESTROS DÍAS PSYCHOANALYTIC THEORY IN TRANSFORMATION: FROM FREUD TO TODAY

Abella, Adela 7

“MAL AL COR”. PSICOTERAPIA DE UN ADOLESCENTE CON TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA MEDIANTE TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN

“HEARTACHE”. PSYCHOTHERAPY OF AN ADOLESCENT WITH SEVERE CONDUCT DISORDERS THROUGH MENTALIZATION-BASED TREATMENT

Cruz, Daniel 17

EL MIEDO EN EL SER HUMANO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

FEAR IN THE HUMAN BEING FROM A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

Pi Navarro, Vicent; Rodrigo Plaza, Paula y Tarazona Martorell, Amador 25

ANÁLISIS DE LAS CREENCIAS E IMPACTO DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE LAS PERSONAS ADOPTADAS

ANALYSIS OF BELIEFS AND IMPACT OF EDUCATION PROFESSIONALS ON THE CONSTRUCTION OF THE IDENTITY OF THE ADOPTED PEOPLE

Velasco Azkue, M^a Carmen; Goiburu Jauregui, Aloña; Ariz Martínez, Gaizka y Ojanguren Rotaetxe, Leire 37

LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO PSÍQUICO EN PSICOTERAPIA. ¿CÓMO ADAPTAR NUESTRA INTERVENCIÓN?

THE CONSTRUCTION OF THE PSYCHIC SUBJECT IN PSYCHOTHERAPY. HOW TO ADAPT OUR INTERVENTION?

Muriel Hermosilla, Alejandro 47

EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA INTEGRADORA

THE EVOLUTIONARY DEVELOPMENT OF THE CHILD FROM AN INTEGRATING PSYCHODYNAMIC PERSPECTIVE

Román Avezuela, Nuria y del Valle Martín, María 65

DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE UNA PARENTALIDAD TRANSGÉNERO

CHILD DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF TRANSGENDER PARENTING

Sergio Martín Tarrasón 73

PSICOSIS PUBERTARIA

PUBERTAL PSYCHOSIS

Tormo Martín, Cristina 95

VÍNCULO TRAS EL RECHAZO EMOCIONAL POSNATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

BONDING AFTER POST-EMOTIONAL REJECTION: ABOUT A CASE

Ximenez de Embun Ferrer, Ingrid y Izquierdo Hidalgo, Idaira 113

“ADOPTAR ES CAMBIARLE LA VIDA A ALGUIEN”: VIVENCIAS DE ADULTOS ADOPTADOS EN LA INFANCIA

“ADOPTING IS CHANGING SOMEONE’S LIFE”: EXPERIENCE OF ADULTS ADOPTED IN CHILDHOOD”

Rodríguez Rodríguez, Estefanía; Trabucco Risquez, Carla y López, Angelita 125

APEGO Y ADOPCIÓN: LA EVOLUCIÓN HACIA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

ATTACHMENT AND ADOPTION: THE EVOLUTION TO PSYCHIATRIC PATHOLOGY. A CASE REPORT

Noval Canga, Claudia; Alonso Sánchez, Adrian y Medina Ojeda, Gema 137

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@seypna.com

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: LG BI 01494-2020 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 25 € | Precio por ejemplar: 10€

Suscripción y venta ejemplares mientras dura el embargo (2 años) en www.seypna.com/tienda

La ***Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.aunam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres.

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera:	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorera:	Paula Laita de Roda (Madrid)
Secretaria:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Vicesecretaria:	Leire Uriarte Elejalde (Bilbao)
Vocales:	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez García (Sevilla)
	Gisela Zapata Casanave (Madrid)
	Roque Prego Dorca (Cantabria)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.seypna.com

DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE UNA PARENTALIDAD TRANSGÉNERO

CHILD DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF TRANSGENDER PARENTING

Martín Tarrasón¹, Sergio

RESUMEN

En este trabajo presento el aprendizaje clínico que supuso para mí, como terapeuta, la experiencia de atender a una familia con un progenitor transgénero. Tras una introducción teórica en que expongo un breve listado de las publicaciones existentes, narro mi recorrido en este tratamiento y las circunstancias específicas que rodearon el trabajo terapéutico. Finalmente añado un apartado de conclusiones en el que trato de comunicar los aprendizajes centrales desde el punto de vista clínico; los esperados y los inesperados.

Una de las principales reflexiones que propongo es la necesidad de diferenciar, por un lado, las expectativas terapéuticas y los prejuicios teóricos, y por el otro, la práctica clínica real, que es nuestro auténtico objeto de trabajo, nuestro auténtico foco de atención.

Palabras clave: Transgénero, parentalidad, desarrollo infantil, nuevos modelos de familia, psicoterapia

ABSTRACT

In this paper, I present the clinical learning that meant for me as a therapist the experience of attending a family with a transgender parent. After a theoretical introduction in which I present a brief list of the existing publications, I explain my journey in this treatment and the specific circumstances surrounding the therapeutic work. Finally I add a section of conclusions in which I try to communicate the central learning from the clinical perspective; the expected and the unexpected learning.

One of the main reflections that I propose is the need to differentiate, on one hand, therapeutic expectations and theoretical prejudices, and on the other, real clinical practice, which is our authentic work object, our authentic focus of attention.

Key words: Transgender, parenting, child development, new family models, psychotherapy.

¹ Psicólogo Sanitario, Psicoterapeuta Psicodinámico, Analista en Formación del Instituto de Psicoanálisis de Barcelona (IPB) de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP). Consulta Privada en Sabadell, en Psicología Clínica Centre Passeig Manresa 20, 1º 3ª. 08202 Sabadell (BARCELONA) E-mail: smt.sergio@gmail.com

DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE UNA PARENTALIDAD TRANSGÉNERO

En la práctica continuada en nuestras consultas privadas, recibimos cada vez con mayor frecuencia consultas que se centran en demandas individuales, familiares y de pareja, que han sido menos atendidas históricamente y por tanto han sido menos habituales en la literatura clínica. Los nuevos modelos de familia, los modelos de pareja que difieren de la línea *mainstream* de la monogamia heteronormativa (McCann, 2018), y por supuesto las orientaciones sexuales e identidades de género forman parte de este cambio. Afortunadamente, desde el punto de vista social y político, se han logrado unas libertades y una protección legal y sanitaria muy distintas de las que existían décadas atrás, por mucho camino que quede por recorrer en cada una de éstas circunstancias.

Estos cambios sociales han favorecido que todas aquellas personas que se hallan en estas circunstancias, y que por algún motivo necesitan de una ayuda terapéutica, tengan más posibilidades de recibirla o de solicitarla. Y en este sentido nuestro reto y nuestra responsabilidad como clínicos es la de estar no sólo dispuestos, sino también preparados para atenderlos.

La circunstancia que nos ocupa en el presente artículo, la parentalidad transgénero, se explicitó en mi actividad clínica privada a raíz de la consulta de una familia que implicaba un reto profesional (después de haber atendido a familias en situaciones similares en mi trabajo en la asistencia pública). Implicaba las mencionadas vertientes: *disponibilidad* para atender y sobre todo para aprender, y *preparación* para ser realmente útiles. Retos así de valiosos nos ayudan a mantener el interés y la devoción por la profesión que elegimos, y actualizan el deseo y la ideología de origen: ayudar al prójimo.

En la revisión de la literatura clínica dedicada a la transgeneridad, el travestismo y la transexualidad, encontramos numerosos trabajos elaborados desde una aproximación psicoanalítica, que difieren considerablemente en sus contenidos a medida que avanzamos en las décadas de publicación. No sólo vemos una evolución considerable en cuánto a los contenidos y la aproximación teórica, sino también en la frecuencia con la que se publican trabajos, siendo así temáticas progresivamente más tratadas a medida que nos acercamos a principios del siglo XXI y en adelante.

A continuación, en una breve revisión de publicaciones, podemos comprobar cómo se aborda esta temática desde tres perspectivas distintas: la del paciente adulto, la del paciente en la infancia o la adolescencia (en referencia al desarrollo de la identidad de género y las características de la futura sexualidad adulta), y la de la teoría psicoanalítica.

La transgeneridad desde la perspectiva del paciente adulto:

- Chiland (2000) realiza una aproximación a la transexualidad desde la óptica de los trastornos narcisistas, y señala la dificultad de su tratamiento desde la técnica psicoanalítica al ser pacientes con tendencia a estar centrados en el cuerpo, con dificultades para aceptar un enfoque psicológico de sus problemas.
- Gozlan (2016) pone el énfasis en las formas a través de las cuales la transexualidad orienta las discusiones sobre identidad, socialización, y las modalidades de autoconstrucción de género.
- Hansbury (2005) da más importancia al proceso de duelo para el desarrollo de una identidad transexual positiva, donde se pueda dejar atrás el objeto persecutorio del pasado, y se libere y se realice la imagen idealizada del futuro.

- King (2012), desde el enfoque relacional, describe el proceso inherente a la Cirugía de Reasignación de Sexo al ser acompañado en la diada terapéutica.
- Lemma (2016) profundiza en el impacto que ejerce la modificación del propio cuerpo en la continuidad entre las diferentes representaciones del yo a lo largo del tiempo, siendo éstas una importante característica de la identidad humana.
- Pula (2015) pone en duda la noción de que las personas transgénero son inherentemente anormales, perversas y/o psicóticas, y trata de revisarlo como una cuestión epistemológica.
- Samons (2001) describe que, cómo un medio para controlar, ocultar o compensar los sentimientos transgénero (de hombre a mujer), una persona puede exhibir una negatividad transgénero exagerada, un desdén general por la diversidad sexual o comportamientos hipermasculinos.
- Stein (1995) destaca algunas problemáticas en el tratamiento del transexualismo desde el punto de vista técnico a través de un caso clínico: identificación, culpa y vergüenza, derecho y empoderamiento narcisista, deseo y reconocimiento, género y diferencia, significados múltiples y elaboraciones emocionales de masculinidad y feminidad.

La transgeneridad desde la perspectiva del paciente en la infancia y la adolescencia:

- Busch de Ahumada (2003) aborda las representaciones femeninas como un intento de restitución de traumas infantiles y de sus consecuencias en el desarrollo yoico y relacional.
- Caspian (2018) subraya la creciente importancia que tiene este tema en la perspectiva e influencia política y social, y critica la perspectiva puramente neurobiológica como paradigma para entender este fenómeno.
- Ehrensaft (2014) expone el modelo afirmativo de género, junto a los conceptos de verdadero self de género, el falso self de género, etc.
- Green (1979) aportó algunos de los primeros estudios sobre las orientaciones sexuales e identidad de género de los hijos de progenitores homosexuales y transexuales.
- Kafka (1992) señala la importancia de conocer la influencia de las fantasías inconscientes de los progenitores, para comprender mejor el desarrollo de la identidad de género en los hijos e hijas.
- Lament (2014) señala la polémica existente, las dudas y las conclusiones aun parciales, respecto a los tratamientos hormonales con fármacos supresores o bloqueadores de la pubertad en niños y niñas transgénero.

- Saketopoulou (2014) plantea el concepto “*massive gender trauma*” como un síndrome clínico. Recalca la necesidad de ayudar al paciente a representar psíquicamente el dolor propio, entendiéndolo como un elemento clave en el proceso de llevar a cabo una transición física de forma psicológicamente saludable.
- Tsoukala (2018) profundiza en la crítica a las clasificaciones diagnósticas, los centros de atención y los estilos de intervención que promueven una visión dicotómica: aceptación de género vs. rechazo de género, mentalidad abierta vs. conservadora y/o transfóbica... Propone un estilo de terapeuta capaz de tolerar lo desconocido y de acompañar al paciente en la integración del yo interno fragmentado.
- Winograd (2014) explora el debate existente entre la indicación de Cirugía de Reasignación de Sexo y la indicación de Psicoterapia. Entiende el desarrollo de la identidad de género como complejo y multifacético, y subraya la necesidad de continuar la investigación clínica para comprender mejor los factores biológicos, psicosociales, genéticos y epigenéticos implicados.

La transgeneridad desde la perspectiva de la teoría y técnica psicoanalítica

- Cavanagh (2018) desde una orientación lacaniana conceptualiza la encarnación transgénero.
- Ceccarelli (1997), basándose en el concepto de identificación primaria y la diferencia entre sexo y género, reflexiona sobre la noción de identidad misma desde el punto de vista psicoanalítico.
- Elliot (2001) examina el problema del reduccionismo sociopolítico y biológico, y la necesidad de analizar (sin patologizar ni normalizar) procesos psicosexuales complejos.
- Goldner (2011) aborda las subjetividades transgénero en muchas de sus dimensiones y complicaciones. Expone la paradoja teórica de relativizar el concepto de género como binario, al mismo tiempo que se lo ratifica. Y añade cómo las personas transgénero intentan lidiar con estas contradicciones para construir una vida habitable.
- Harris (2011) expone el paradigma cambiante de las identificaciones transgénero y de la identidad de género en general. Se centra en los fenómenos transgénero como un espectro de posiciones y modos de ser, que pueden implicar problemas en el desarrollo, o también implicar casos de dolor psíquico y euforia.
- Lurkhur (2010) argumenta que el psicoanálisis y la ciencia responden con modelos de tratamiento radicalmente distintos y que, sin embargo, ambas disciplinas parten desde una perspectiva heteronormativa y patriarcal. Plantea que el aislamiento social que implica el silencio, puede ser equivalente a los distintos niveles de desvertebración que las personas transexuales atribuyen a su condición.
- Ryan (2005) pretende proporcionar una comprensión de la formación y el desarrollo del travestismo más allá de la explicación psicoanalítica clásica, poniendo más énfasis en las ansiedades que emanan de la relación simbiótica temprana con la madre, la formación del sentido del yo y las ansiedades de separación no resueltas.

Tal y como se puede constatar en este breve listado, prácticamente en todos los trabajos el foco central se articula en torno a cuatro grandes vertientes de este fenómeno: el desarrollo de la identidad de género, el desarrollo de la sexualidad, los procesos ejercidos en el propio cuerpo, y la implicación de todos éstos en los vínculos familiares y sociales.

El caso clínico que presento a continuación, desde mi punto de vista, tiene un valor añadido dado que se plantea desde el punto de vista de la crianza. Es decir, el punto de vista del desarrollo emocional de los hijos de un padre transgénero que se traviste ocasionalmente y que hace incursiones, más o menos organizadas, en los procedimientos médicos de cambio de sexo biológico (en este caso, el tratamiento hormonal).

Centrarnos en una perspectiva evolutiva abierta, no focal, distinta de la que se centra exclusivamente en el desarrollo de la identidad de género en estos hijos, nos permite ampliar parcialmente nuestra eficacia terapéutica en la clínica. Esto nos da mayor libertad para no basarnos en expectativas clínicas previas, pudiendo centrarnos así en la presentación del caso real con su idiosincrasia específica.

Tal y como citan otros autores, creo que como terapeutas debemos ser capaces de gestionar adecuadamente nuestros prejuicios teóricos e ideológicos, tolerar la incertidumbre sin construir relatos previos a la experiencia terapéutica, y serenar el deseo terapéutico y de conocimiento para que no resulten intrusivos.

CASO CLÍNICO

Aproximadamente tres años atrás, acuden a mi consulta Patricia y Miguel, los progenitores de Alba (9 años) y Javier (5 años).

Los progenitores, en la primera visita, comunican su preocupación por las dificultades que tienen para controlar a ambos hijos, desde un punto de vista normativo y conductual y en clara referencia a las dificultades de controlar los impulsos. También refieren la presencia de sintomatología de tipo ansioso en la hija mayor, y de sintomatología encoprética en el hijo pequeño.

En el momento de la primera visita la pareja parental se presenta como estructuralmente frágil y, desde una perspectiva histórica, en una clara tendencia al deterioro progresivo del vínculo. La convivencia entre ambos progenitores en ese momento, una vez la exploramos en profundidad, parece ser más geográfica que relacional. Esto se debe principalmente, y entre otros motivos, a que el padre ha comunicado su decisión de iniciar su transición somática y de reasignación de género, iniciando así el tratamiento hormonal y las gestiones para una futura Cirugía de Reasignación de Sexo.

Según me comunican, como pareja habían convivido con sinceridad, desde el principio del vínculo, con la identidad transgénero del padre y con su tendencia al travestismo. Ésta última quedaba encapsulada en la intimidad del hogar, y desde el nacimiento de los hijos ocasionalmente se escenificaba socialmente en momentos de especial significación emocional. Ambos han sido así históricamente conscientes que esta decisión del padre llegaría tarde o temprano.

Finalmente, debido a diversos factores individuales y familiares, Miguel ha decidido iniciar su transición y ésta implica, por un lado, un proceso de duelo individual (corporal, de identidad individual y social), y un proceso de duelo familiar (ya que esta decisión implicará más que probablemente la disolución del matrimonio). Pero por otro lado, también implica para él una oportunidad de mayor libertad individual y de realización de los deseos asociados a la propia identidad de género, y la posibilidad familiar de reorganizarse en la dirección de lo que, idealmente, pudiera ser una estructura familiar más sólida y con mayor capacidad de ser sostenida en el tiempo. Del mismo modo que otras familias que pasan por experiencias de crisis profunda o de reorganización de la convivencia y de la estructura, esta familia también opta a organizar un futuro que permita generar mejores y más estables recursos de contención emocional para acompañar a sus hijos en la crianza.

El cambio vital que implicó para ellos el paso de pareja a pareja parental, con el nacimiento de Alba y Javier, dio por cumplidas sus expectativas de ser padres. Este era un deseo intensamente compartido por ambos progenitores, que vertebró en su momento la construcción de la pareja y la organización relacional de ésta. Pero llegado este gran cambio, una vez construida la familia deseada, también quedó digamos que obsoleta la etapa en que el padre optaba por la inhibición de sus deseos transgénero.

Una de las hipótesis en el trabajo inicial es que es probable que ambos, al igual que otras parejas, buscaran a través de la parentalidad una solución a las dificultades en su relación o a la estructura de su vínculo; una huida hacia adelante de su situación parcialmente confusa y cargada de incertidumbre, de los aspectos frágiles de su construcción...

Como nos muestra habitualmente la experiencia clínica, y la vida, la parentalidad implica una enorme oportunidad de resolver y reorganizar conflictos. Una oportunidad única de reparar la historia familiar intergeneracional. Pero la parentalidad también pone intensamente a prueba las capacidades y recursos de que disponemos los adultos para afrontar un cambio de tales dimensiones, para hacernos cargo de nuestros hijos, a pesar de nuestras propias necesidades, vulnerabilidades, sensibilidades, deseos y temores.

En este sentido, Patricia y Miguel comunican por tanto importantes elementos de la vida mental adulta implicados en la sintomatología de sus hijos, que es el motivo aparente de consulta. Esto, desde el punto de vista de los objetivos del tratamiento, implica el reto de aclarar qué proporción encontramos en este grupo familiar de aquello que llamamos en nomenclatura psicodinámica *escenarios narcisistas de la parentalidad* (Manzano, Palacio-Espasa y Zilkha, 2002).

En cuanto a la consulta que realizan respecto a sus hijos, ésta muestra la apariencia de una consulta digamos que habitual en el trabajo clínico cotidiano.

Me explican que Javier, que tiene cinco años en el momento de iniciar las visitas, es un chico básicamente sano, con la mayoría de retos evolutivos alcanzados de forma exitosa, pero que le cuesta controlarse y tolerar la frustración. Se enfada a menudo y le cuesta regular adecuadamente sus reacciones y comunicaciones. Junto a estas dificultades entorno al control de los impulsos, que aparentan ser retos evolutivos que podrían progresar hacia la salud sin intervención terapéutica, aparece otra sintomatología también asociada con el control de los impulsos, pero que ya implica una significación clínica: a pesar de ser capaz de controlar la defecación alcanzando así la continencia, con cinco años largos, no acepta defecar en la taza del wáter. Los progenitores me explican que han intentado de todo sin resultado: ser pacientes, ser exigentes, establecer rutinas, probar

adaptadores, hacer de modelos, probar con el orinal y con la taza de wáter, premiar, incluso castigar... La experiencia tanto para ellos como para su hijo es de un malestar más o menos continuado en la convivencia, lo cual acaba implicando un deterioro evidente del vínculo familiar. Desde ya hace tiempo sólo acepta una forma de defecación: pide el pañal para hacerlo a modo de descarga, o si no se lo facilitan acaba defecando en pequeñas cantidades, a modo de descargas dolorosas, provocando un malestar clínicamente significativo. Estas dificultades se expresan en el ámbito escolar en conductas de prolongada retención de las heces, que en ocasiones fracasa y acaba provocando incontinencia por rebosamiento.

Esta tendencia genera en casa una dinámica incesante de cambios de ropa, limpieza de partes íntimas (de hasta cinco o seis veces cada tarde), hecho que limita la libertad del grupo familiar y sus posibilidades de socialización. Como veremos más adelante, esta diferencia esencial entre el espacio relacional íntimo y el espacio relacional público, contiene una significación especial para esta familia.

Respecto a Alba, los progenitores dicen que no están demasiado preocupados. Me explican que su hija está mostrando ya hace tiempo algunas conductas que aquí señalaríamos como posibles síntomas de ansiedad: hace un año y medio que presenta tics faciales que, aunque varían en la forma y en la frecuencia de aparición, están presentes de forma continuada en el tiempo, con sólo algunas semanas asintomáticas a lo largo de este periodo. Añaden, aunque de forma algo confusa, que ven algunas reacciones desproporcionadas frente a situaciones donde podrían estar en juego ansiedades de separación, temores a la pérdida de los progenitores, etc. Junto a éstas, Alba expresa algunas verbalizaciones donde comunica su preocupación por el bienestar físico del padre y de la madre, y por la propia integridad física.

Los progenitores dan menos importancia a este tipo de síntomas de Alba, por muy significativos que parezcan desde un punto de vista emocional, y parecen estar más centrados en la sintomatología del hijo, más concreta y explícita, con menos posibilidades de negación o disociación, y sobretudo centrada en el cuerpo.

En cualquier caso, una de las funciones centrales de las primeras visitas es la de acoger el motivo de consulta explícito, intentando objetivar el motivo de consulta implícito cuando es posible hacerlo. Este último a menudo tendrá una importancia central a la hora de elegir nuestra indicación de tratamiento y de estructurar los objetivos centrales y focales de nuestra intervención.

En esta ocasión, una vez realizada la primera visita, los progenitores insisten de forma vehemente en que yo realice un proceso diagnóstico y posterior tratamiento en encuadre individual, en paralelo, con cada uno de sus hijos. En ese momento trato de explicar lo más claramente posible por qué sería técnicamente inadecuado y terapéuticamente perjudicial que un mismo terapeuta se encargara del tratamiento individual de dos familiares de primer grado al mismo tiempo (en este caso de dos hermanos), y sobretudo trato de explicar los motivos por los que les planteo una exploración en grupo familiar, como paso previo a lo que pueda ser una futura indicación de tratamiento de grupo familiar.

Les propongo este encuadre inicial teniendo en cuenta no sólo la sintomatología que explican de cada hijo, sino también valorando que más que probablemente la situación y dinámica familiar actuales serán algunos de los objetivos centrales de un posible trabajo terapéutico. Les comunico así, a través del encuadre y la experiencia terapéutica, una idea próxima al progreso centrado en las causas y no sólo en las consecuencias. En este sentido no me alío con la interpretación defensiva que

separa por un lado la historia familiar y los escenarios presentes en el mundo adulto, y por el otro la sintomatología que comunican los hijos. Éstos últimos son, como habitualmente nos encontramos en nuestra práctica profesional, los miembros más frágiles del grupo familiar y, por ello, pueden ser los que generen la sintomatología comunicativa que promueva la búsqueda de ayuda terapéutica. Por tanto, dentro del grupo, pueden ser los comunicadores efectivos de la necesidad y el deseo de iniciar un proceso de cambio.

Una vez llegamos al acuerdo de iniciar una exploración diagnóstica en formato de grupo familiar, recibo en tres visitas y de forma conjunta a los progenitores y los dos hijos. Trato de combinar una perspectiva de grupo y de análisis de la dinámica familiar, con la perspectiva de analizar y profundizar en las características individuales de cada uno de sus miembros.

Respecto a las características individuales de Javier, de cinco años de edad en ese momento, destacaría que es un chico más bien callado. Tiene una forma de mirar y vincularse próxima a la desconfianza, y revela una tendencia evidente a tratar de descubrir mis estados emocionales o mis reacciones hacia él y hacia sus comunicaciones. Muestra cierto grado de inhibición en la gestión del impulso y en el ejercicio de los propios deseos, y a pesar de todo ello es capaz de relacionarse, comunicarse y establecer juego simbólico e intersubjetivo de forma espontánea y capaz.

Desde un principio está cómodo en la situación terapéutica, pareciendo especialmente importante para él mi rol como terapeuta más bien respetuoso y poco intervencionista en las visitas exploratorias; en este contexto se muestra capaz de desarrollar una progresiva confianza que permite aproximarnos a un entendimiento cada vez con mayor sintonía.

Desde el punto de vista clínico, la sintomatología que identificamos remite al reto evolutivo de aprender a gestionar de forma más adecuada sus propios impulsos, que en base al conflicto se muestran en organización dicotómica: tiende a estar en ocasiones inhibido, y en ocasiones descontrolado. El síntoma encopretico parece consolidar esta impresión diagnóstica.

Alba, la hija mayor, de nueve años en ese momento, es una chica básicamente sana pero más bien brusca en la vinculación y en el uso de los objetos. Tiende a mostrarse actuadora a fogonazos, y prefiere esconder sus comunicaciones y sus preferencias en cuanto a los juguetes o los juegos que acuerda hacer con su hermano. En la comunicación transferencial se aproxima a lo que sería el rechazo al extraño, dejándome inicialmente fuera de la escena relacional, y así elige excluirme antes que intentar aprovechar el recurso terapéutico.

Trata impulsivamente de favorecer la comunicación entre sus progenitores, y está hiper-observante de cualquier indicio que revele en ellos un estado de ánimo bajo, o algún tipo de sufrimiento, o cualquier posible descuerdo. Oscila así entre la descarga verborreica por un lado, y la inhibición cargada de ansiedad anticipatoria por el otro.

A pesar de esta descripción escueta e inicial que hago de mis impresiones diagnósticas de los hijos, en estas sesiones familiares la realidad es que adquiere casi todo el protagonismo la presencia y comunicación no verbal del padre, y su ambigüedad de género en aquel momento. Es difícil para mí mantener un espacio mental disponible para la libre asociación/interpretación de aquello que la familia comunica como grupo en el escenario terapéutico, sin sobredimensionar la significación de la condición transgénero del padre. Es decir, como terapeuta tengo el riesgo inicial de hipertrofiar la significación de esta condición, sobre-simbolizando su centralidad y su efecto causal sobre las dinámicas familiares.

El padre acude inicialmente a estas visitas diagnósticas parcialmente obligado por mi demanda de realizar un encuadre terapéutico como grupo familiar. Acepta acudir a estas tres primeras visitas a regañadientes, pero por suerte para los objetivos terapéuticos, este escenario inicial cambia una vez realizamos la devolución diagnóstica.

En las visitas diagnósticas, Miguel, de 42 años, al contrario que en la primera visita, se muestra básicamente femenino. Viene con una larga melena suelta y un gran *foulard*, que usa inicialmente como complemento de vestuario en forma digamos que clásicamente femenina. A medida que avanzan las visitas, aprovecha para jugar con sus hijos y con este tipo de prenda, convirtiéndolo en vestidos de diferentes tipos, y estableciéndose una escena lúdica aparentemente cotidiana en la que los hijos lo ayudan a ponerse guapa, peinada y bien vestida. En la vinculación con ellos se muestra básicamente cómodo, espontáneo y algo reivindicativo exhibiendo su feminidad.

Entre los tres parecen escenificar una organización del vínculo estable a lo largo de las visitas: la hija mayor, temerosa de la pérdida y la separación, y reactivamente reclamadora y seductora relacionalmente, es la que más ayuda al padre con el pañuelo y con la melena. El padre se muestra próximo en el contacto corporal, con un estilo de comunicación pausado y algo teatralizado, y tiende a eludir mi mirada como terapeuta a pesar que de forma indirecta se muestra muy interesado en mis reacciones y mi estilo personal como terapeuta. En esta escena, el hijo se muestra básicamente interesado en formar parte del vínculo que establecen su hermana y su padre, intentando encontrar su lugar en esta organización y mostrándose muy interesado en conseguir la atención del padre; a pesar de ello, sólo acierta a imitar parte del juego más complejo que realiza la hermana.

La escena familiar en estas visitas es, pues, básicamente un juego a tres, estableciéndose un espacio de relación triangular identificable entre el padre y los dos hijos, y un espacio de exclusión participante de la madre. Ésta permanece sentada próxima a mi posición, y observa la escena a cierta distancia, entre precavida y contenida, mientras me comenta algunas de sus preocupaciones u observaciones.

Patricia, de 41 años, es una mujer de tendencia ansiosa pero capaz de sostener la complejidad de esta situación, a pesar de estar asumiendo un alto grado de conflicto interno e incertidumbre vital en esta etapa de su vida. En base a sus capacidades, se mantiene estable y no cede ante el esfuerzo. En estas primeras visitas me lanza miradas de complicidad cuando trata de señalar algo de lo que sucede o algo de lo que se dice en las visitas, como dando por supuesto que interpreto algunos eventos de forma similar a como ella lo hace, o que le doy la misma importancia a los detalles que para ella son significativos. Por un lado esta comunicación es acertada, funciona; es decir, creo que entiendo lo que la madre me señala. Pero lo que es seguro es que ya desde el principio me propone una alianza entre ella y yo, me propone que compartamos un esfuerzo de pensar en el grupo familiar desde fuera del grupo.

Es decir, se posiciona en un lugar similar al de mi función, más próxima al rol del terapeuta que al rol de miembro del grupo familiar, quedando por un lado excluida de la escena familiar y por el otro vinculada en una relación más exclusiva conmigo como terapeuta, que no podrá tener una continuidad como tal en una fase de tratamiento.

Cabe decir que esta identificación parcial con la figura del terapeuta suele ser, y en este caso acaba siendo, el paso previo a la identificación e integración de la función terapéutica. La madre, con una aún precaria organización de la alianza terapéutica, comunica su deseo de identificación con esta función que en realidad acabará siendo consistente y progresivamente más potente

a lo largo del tratamiento. Me solicita rápidamente establecer una alianza terapéutica explícita y, aunque se muestra sensible a la discontinuidad del vínculo, acaba siendo básicamente capaz de aprovechar el espacio terapéutico. Desde el primer día hace un uso del recurso terapéutico próximo a la función de generación de pensamiento y promoción de la esperanza (Meltzer y Harris, 1989).

Un aspecto significativo de esta presentación como grupo familiar en el espacio terapéutico, es que no representa una correlación directa con la estructura real de convivencia familiar que describen los progenitores, sino que podríamos entenderla como reactiva y emocionalmente ligada a ésta.

Por ejemplo, Patricia es una madre que en el día a día está muy disponible y muy dedicada a sus hijos, ejerciendo el rol de figura primaria de apego con claridad y, como tantas veces vemos, siendo la figura adulta que más carga asume en la crianza. Y, en cambio, queda desplazada en el encuentro terapéutico (asumiendo así uno de los papeles más difíciles en el grupo, que es el del miembro que queda excluido del encuentro relacional).

El padre por su parte, en el día a día de la convivencia, se describe como una figura intermitente, que en base a los propios altibajos emocionales y variadas actuaciones, acaba siendo inestable e impredecible en la vinculación. Se añade que, estando en una etapa de transición personal tan marcada, tiende a estar focalizado más en los propios deseos, necesidades y temores, siendo así aún más difícil que mantenga un espacio mental suficientemente disponible para sus hijos. A pesar de ello, en el encuentro terapéutico se muestra compensatoriamente disponible y establemente vinculado con ellos (asumiendo una presentación parcialmente idealizada y, en mi opinión, próxima a la escenificación histeroide).

De hecho, en la convivencia real, Miguel tiende a “escaparse” tanto durante los días como durante las noches, en ocasiones vestido como hombre, y cada vez más a menudo vestido como mujer. Sus comunicaciones hacia su esposa y sus hijos son tan restringidas que, a menudo, éstos no saben cuándo está o no está en casa, o si llegará o no antes de que los niños se duerman, o si volverá o estará unos días fuera.

De este modo, el mundo adulto presenta tanta ambigüedad e incertidumbre que no se puede transmitir una anticipación suficientemente contenedora para los hijos. Éstos acaban mostrando invariablemente un deseo permanente y búsqueda compulsiva del padre, y un amplio abanico de temores basados en las ansiedades de separación y las fantasías de abandono. Este sufrimiento acaba derivando en sintomatología asociada a trastornos del sueño, pesadillas recurrentes, un estado emocional básicamente irritable y dificultades en el control de los impulsos en el contexto del hogar familiar.

Llegados al momento de las conclusiones diagnósticas opto por comunicar, desde el punto de vista clínico, un diagnóstico de encopresis primaria para Javier. Añado una explicación narrativa de base psicodinámica en que señalo lo que en mi opinión son los orígenes causales: factores ambientales del grupo familiar claramente implicados en esta sintomatología.

Javier, a través del síntoma encopretico, ofrece dos comunicaciones muy significativas desde un punto de vista psicodinámico. Por una parte ofrece una comunicación sintomatológica entorno a las dificultades de controlar los impulsos (las suyas, y las de su grupo familiar de origen). Y por otra parte, y esto será especialmente importante en el tratamiento posterior, ésta es una comunicación sintomatológica donde la diferencia entre lo público y lo privado, entre lo social y lo íntimo, acaba teniendo un gran protagonismo, incluso exacerbado (como sucede en su grupo familiar de origen).

Decido diagnosticar también la sintomatología de Alba, como específica de un trastorno de ansiedad frente a la separación. Ésta comunica fantasías recurrentes y obsesivas de pérdida emocional o física de sus progenitores, que derivan en una ansiedad desorganizada y el desarrollo de sintomatología. Alba muestra síntomas en forma de diversos tics faciales, y toda una serie de conductas destinadas a prevenir o evitar posibles separaciones o peligros interpretados como potencialmente dañinos. Es decir, también ella hace una comunicación sintomatológica relacionada con la dificultad de controlar de los impulsos, y se añade esta otra comunicación sintomatológica tan clara: la dificultad de contener las ansiedades relacionadas con la separación y el temor al abandono (en clara relación con el juego relacional del grupo familiar de origen).

En ambos casos trato de dar una idea, lo más clara posible, que debemos trabajar con la hipótesis que la situación familiar, a las puertas de dos grandes cambios (el posible cambio de género y sexo del padre, y la más que probable separación de los progenitores), opera como la causa más probable de ser la generadora de sintomatología en los hijos.

Ésta es una aproximación psicodinámica y relacional, que en este caso nos permite dar el protagonismo real que tiene el ambiente familiar en este caso. Desde el punto de vista clínico, además, una causalidad relacional implicaría un mejor pronóstico que una patología principalmente causada por características del espacio intrapsíquico de cada hijo.

Nuestro reto en el tratamiento será, por tanto, centrarnos en la mejoría de la sintomatología identificada, pero encuadrando la intervención en el conjunto del grupo familiar. El objetivo central del tratamiento es el de ayudar a clarificar la situación del mundo adulto, acompañando al grupo familiar en las dos transiciones tan importantes que hemos identificado, facilitando así una mayor contención emocional para todos los miembros. Esperamos que, centrando los esfuerzos terapéuticos en la causas y no en las consecuencias, la sintomatología de los hijos mostrará mejoras progresivas asociadas a una clarificación de la estructura relacional, a una mejor diferenciación de las ansiedades del mundo adulto y de los contenidos mentales infantiles, y a una ampliada capacidad de contención emocional del grupo familiar.

Cuando encaro el momento de la indicación terapéutica, ciertamente tengo mis dudas cuanto al encuadre más adecuado. El padre ha comunicado claramente que no tiene interés en acudir a las visitas, pero por otra parte ha formado parte de todo el proceso diagnóstico. La demanda de la madre se mantiene especialmente marcada, y muestra un claro deseo de alianza terapéutica que he de poder gestionar para que no derive en una coalición inadecuada. Hasta el momento, acuden todos juntos a las visitas, pero se trata de una unidad familiar que avanza camino a la separación y el divorcio. Ambos hijos muestran sintomatología que justificaría espacios de tratamiento individuales y de hecho ésta es la demanda de los progenitores, pero en mi experiencia el verdadero motor de cambio en edades iniciales es la familia, y es en ella donde pretendo centrar mis esfuerzos como terapeuta. En estas circunstancias, decido indicar un espacio de tratamiento en grupo familiar, al que deberán acudir los cuatro miembros, y que establezco ya inicialmente como un encuadre revisable en función del uso real de las visitas, o de los cambios familiares que puedan condicionar este encuadre inicial.

Estas visitas las organizamos en frecuencia semanal. Aunque más adelante, de acuerdo a la mejora sintomatológica, acabarán siendo quincenales.

Al iniciar el tratamiento, a pesar de mi formación y experiencia, en la que he ido aprendiendo a gestionar mis deseos terapéuticos y flexibilizar mi memoria terapéutica, lo cierto es que no puedo evitar estar a la expectativa de alguna comunicación

relacionada con la identidad sexual en desarrollo de ambos hijos, en su identidad de género, o en comunicaciones acerca de la percepción de la figura del padre, de los significados del vínculo entre los progenitores, o acerca de las ausencias del padre y sus significados ocultos. No olvidemos que aquello que los niños no saben, aquello en lo que no reciben suficiente acompañamiento por parte del mundo adulto, lo rellenan con sus propias fantasías explicativas; es decir, fantasías infantiles como es el estado mental infantil: tendiente a la desorganización, confuso y básicamente autorreferencial.

La realidad clínica, una vez más, me enseñó cuán importante es ajustarse a las comunicaciones reales y no a las fantasías anticipatorias.

Desde la primera visita de tratamiento y a lo largo de la primera mitad de todo el tratamiento, la escenificación estable de las sesiones fue compulsiva y casi invariable: los hijos, acompañados en sesión por el padre y la madre, llegaban en silencio y con cierto grado de inhibición, se ubicaban en la parte más alejada de mí del despacho, y allí elegían sus juegos ubicándolos de cara a ellos para que yo no los viera. Con diversos objetos construían literalmente un muro en medio del despacho que separaba lo íntimo y privado (ellos dos, la madre, el padre, y el juego que construían), de lo social y público (yo como el terapeuta que mira y piensa, el otro, el aún extraño que sentían como un peligro de tonalidad persecutoria).

Este tipo de comunicaciones son siempre importantes. Pero diría que son centrales cuando adquieren el grado de compulsivas y cuando organizan lo cualitativo de la vinculación.

Desde el principio mis interpretaciones fueron en esta línea: en la distancia demasiado marcada entre lo público y lo privado, en la necesidad de Alba y Javier de protegerse de mi mirada, de generar una estructura que afiance la sensación de control y, en último término, la petición de tener más tiempo para exponerse y que se respete su organización defensiva hasta que estén preparados para ceder en ella y reorganizarse.

Esta diferenciación entre lo público y lo privado es evidente que siempre existe en algún formato, en algún grado. Pero había algo que estaban comunicando ambos hijos acerca de sus experiencias iniciales: a nivel familiar, ambos estaban acostumbrados a ver a su padre vestido de mujer en casa y a jugar con él arreglándole la ropa o el pelo, compartiendo este espacio de intimidad y digamos que autenticidad en la comunicación y el vínculo íntimo. El padre podía disfrutar de compartir su identidad femenina con sus hijos de forma tranquila y lúdica, y esto les ofrecía a ellos una oportunidad de vínculo espontáneo que éste no podía compartir en otros ambientes de su vida. La comunicación que parecían compartir todos los miembros del grupo familiar, es que el padre siempre se había mostrado así con ellos; es decir, que los hijos parecían estar más cómodos con la ambigüedad de género del padre, que no con la mirada del otro: la mirada social, la mirada pública. El lugar en que los hijos habían experimentado la ansiedad e inhibición del mundo adulto, el lugar que no verbalmente habían aprendido a temer y por tanto a defenderse de, ese lugar era el espacio público: el lugar donde se edifican las ansiedades sociales. Como aquí en sesión, donde las primeras comunicaciones claramente fueron de desconfianza y desesperanza, de evitación e inhibición.

Como terapeuta trato así, durante meses, de combinar dos esfuerzos decisivos para un espacio de tratamiento: por un lado, un esfuerzo interpretativo que arroje una luz racional de comprensión sobre la comunicación sintomatológica, un esfuerzo interpretativo de tono benevolente y bienintencionado; y por el otro, un respeto flexible a las organizaciones defensivas, ofreciendo tiempo y disponibilidad para que el proceso terapéutico permita la progresiva flexibilización de las organizaciones

defensivas, y su paulatina sustitución por otras organizaciones y estrategias más adaptativas que permitan desarrollos evolutivamente más valiosos.

De este modo, tanto Javier como Alba, me comunican su necesidad de sentirse protegidos y acompañados en algo nuevo para ellos: exponer su intimidad individual y la intimidad de su grupo familiar a la mirada de un tercero, de un otro.

Así pues, a lo largo de los primeros ocho meses de tratamiento, los hijos juegan entre ellos en silencio tras el muro defensivo. Junto a ellos, el padre y la madre inician las visitas dentro de esta zona reservada para la intimidad y alejada de mí, y a medida que avanzan las visitas se van situando a medio camino entre yo y los hijos. Dialogamos entre adultos acerca de la situación familiar y acerca de las comunicaciones verbales y no verbales que hacen los hijos fuera de las visitas.

En este tratamiento adquiere una importancia central la escucha benevolente y acrítica, algo decisivo para que los hijos vayan confiando más en mi función terapéutica, en mi deseo de ayudarlos y de comprender lo que les preocupa a ellos y a sus progenitores. Y así, de la mano de una confianza basada en las experiencias reales y sostenidas en el tiempo, la esperanza de esa familia crece. A través de la confianza que los progenitores depositan en mí, y a través de la escucha silenciosa de nuestros diálogos, Alba y Javier van modificando los significados emocionales que tejen la estructuración del vínculo terapéutico.

Los juegos dejan entonces de estar dirigidos fuera de mi mirada, y empiezan a ladearse de forma que puedo incorporarlos al diálogo que mantenemos los adultos. Poco a poco, el muro deja de ocupar toda la visita, se construye al cabo de un rato de haber iniciado las visitas, o en alguna visita puntual empieza a no construirse y por tanto a no ser necesario. Finalmente, acaba por dejar de formar parte de las visitas quedando atrás en la historia del tratamiento, como parte de la experiencia terapéutica compartida y como recurso defensivo que deja de ser necesario tras un tiempo de respetuosa espera terapéutica. Todos estos pasos no verbales los señalo en sesión, señalando sus progresos, reconociéndolos y ayudando a que todos como grupo puedan reconocerlos y compartirlos.

Para entonces los hijos empiezan a comunicar más contenidos a través de juegos simbólicos con la casa de juguete, las familias de muñecos, los personajes, etc. Siendo dos hijos básicamente capaces aunque reactivos al contexto relacional, a veces uno a veces el otro, ofrecen una representación y comunicación emocional clara y contextualizada en el contenido de las visitas. De este modo se establece un diálogo entre los contenidos que forman parte del mundo adulto (terapeuta y progenitores), y los contenidos infantiles (el juego simbólico de Alba y Javier). Así, no sólo los hijos, sino que también los progenitores, refuerzan su confianza en la utilidad del espacio terapéutico, y desarrollan una mayor comprensión acerca de los significados emocionales de las comunicaciones de unos y otros, consolidando un mayor interés por esta perspectiva digamos que psicodinámica o basada en los contenidos emocionales. Son visitas especialmente importantes para modificar la base de la comunicación entre los progenitores y los hijos: una y otra vez ofrecer las explicaciones oportunas y experimentar la disminución de la incertidumbre. Ésta estructura saludable en la comunicación pasa a ser una experiencia central en el tratamiento, y progresivamente se generaliza a los distintos escenarios de la convivencia diaria.

Ésta primera etapa del tratamiento es de especial relevancia clínica. A lo largo de este tiempo el proceso de separación de los progenitores avanza, de manera que después de muchos desencuentros y mucha inestabilidad en la convivencia familiar, finalmente la madre se decide a poner una fecha límite a la convivencia y empiezan las gestiones para el divorcio. Finalmente, se

disuelve la unidad familiar, y se reorganiza la convivencia de forma que el padre se va a vivir a un piso de su propiedad, donde puede tener un espacio para los hijos en un futuro, y éstos últimos viven con la madre en la casa en la que ya vivían. Significando este gran cambio en la estructura familiar, los tres juntos se deciden a redecorar y reorganizar el hogar familiar, dándole entidad concreta y tangible al cambio emocional y relacional.

Llegada esta etapa del tratamiento, y siguiendo las comunicaciones explícitas del padre y la madre, el encuadre ya no puede continuar manteniéndose tal como fue pactado. El padre decide entonces *de facto* no acudir a las visitas, abandonando así el tratamiento.

Tras una espera prudente, decido aceptar la petición de la madre de que tanto ella como los hijos tengan la posibilidad de continuar el tratamiento. Teniendo en cuenta el gran cambio en el que se encuentran y las mejoras logradas hasta ese momento, priorizo la opción de reorganizar el encuadre, actualizando también algunos de los objetivos terapéuticos.

Telefónicamente el padre expresa su conformidad con esta propuesta, aunque comunica con mucha claridad su decisión de no asistir a las visitas teniendo en cuenta las actuales circunstancias.

Pacto con ambos progenitores que, en adelante, el padre seguirá teniendo las puertas abiertas a reincorporarse a las visitas, siempre que la madre esté de acuerdo en ese momento. Así se lo comunicamos también a los hijos.

Esta separación de los progenitores inicialmente no disuelve enteramente la incertidumbre de los hijos de cuándo verán al padre, porque la realidad es que éste pasa algún tiempo prácticamente desaparecido. Pero la separación sí que organiza y da estabilidad a la convivencia. Los hijos saben que no lo verán en casa, no existe la incógnita diaria de si vendrá por la noche o no. Saben que lo ven cuando los progenitores hablan y se ponen de acuerdo, de manera que aunque este cambio implica una pérdida importante, organiza las ansiedades y las ubica en un escenario mucho más predecible. Una mayor certidumbre les permite contener mejor las ansiedades de separación y abandono; y así, tanto sintomatológica como psicodinámicamente, la mejora empieza a ser especialmente marcada.

Poco a poco las pesadillas y los problemas con el inicio del sueño van desapareciendo por sí solos. Las ansiedades de separación están más delimitadas en la interacción real, y dejan de estar dispersas a lo largo de las distintas áreas de la vida de ambos hijos. Y, tal y como pasa a menudo, cuando la complejidad del mundo adulto se clarifica, Javier y Alba encuentran más espacio mental disponible para hacer sus propias demandas: en ese momento ambos empiezan a comunicar, en casa y en sesión, una mayor dificultad para controlar sus propios impulsos.

Las visitas empiezan entonces a poblarse de contenidos más relacionados con la gestión de las normas y los límites. Alba tiende a ser muy invasiva y casi posesiva conmigo, y según comunica la madre esto sucede con igual intensidad en Javier fuera de las visitas. Esta conducta compulsiva de búsqueda intensa y sufrida de la figura masculina se establece cada vez que los tres coinciden con algún hombre adulto de confianza de la madre (un familiar, un amigo...), estableciéndose incluso una competición explícita entre ambos hermanos de cara a controlarlo y poseerlo relacionalmente.

En este caso, al igual que en otras ocasiones, el hecho de que yo sea terapeuta masculino tiene un valor especialmente significativo. Del mismo modo en que el tratamiento empezó con un rechazo más o menos evidente de mí como alguien ajeno

a la intimidad familiar, cuando llega la separación de los progenitores y la pérdida asociada, paso a ser una figura masculina en que proyectar diversos contenidos existentes. La mayoría de estos contenidos, lógicamente, asociados a la pérdida y el proceso de duelo: intentos de restauración, búsqueda compulsiva del objeto perdido, expresiones descontroladas o desorganizadas de las emociones relacionadas con la aceptación de la pérdida, intentos todavía incipientes de elaboración y mayor contención emocional...

En ese momento inicial aparece, por un lado, una tendencia no verbalizada a emparejarme simbólicamente con la madre. Nos plantean juegos en los que yo y ella tenemos que hacer equipo, nos dejan tiempo para hablar sin interrupciones, pero observándonos muy interesadamente, y ocasionalmente soltando alguna verbalización provocadora en esta dirección.

Este juego incipiente desaparece rápidamente en cuanto la madre, hacia el final del tratamiento, inicia una nueva relación de pareja. Entonces, digamos que saludablemente, las proyecciones se redirigen hacia este nuevo miembro del grupo familiar, y quedan diluidas en las visitas.

La otra tendencia que se aprecia claramente en el tratamiento durante esta etapa final, es que de forma estable ambos hijos pasan a estar la mayor parte de las visitas sentados en una mesita que tengo a mi lado en la consulta, dibujando libremente en folios que me regalan a mí o le regalan a la madre.

Tanto Javier como Alba, pero más especialmente ésta última, empiezan a buscar mi atención de forma tan intensa, que el contacto real acababa siendo invasivo y provocador.

Poco a poco tengo que empezar a marcar unos límites físicos digamos que apropiados, y voy verbalizando la necesidad de respetar mi material o mis cajones, y el resto de lugares del despacho donde ambos intuyen que pueden hallar algo mío o relacionado con mi intimidad. Finalmente, en la cúspide de esta búsqueda invasiva, acabo por tomar partido por una estrategia digamos normativa, inicialmente frustrante pero que nos ayuda a contener estas tendencias. Mi posición más normativa empieza siendo vivida como un rechazo parcial pero, gracias a la continuidad de la experiencia terapéutica, puede finalmente ser entendida por todos como una forma de ayuda que protege el vínculo real de las cosas que no nos salen bien, a unos y a otros. Una forma de cuidar y acompañar, es decir, las normas que pretenden ayudar.

Estas conductas, reacción inicial del proceso de duelo o al menos claramente relacionadas con la pérdida, acaban sustituyéndose por conductas de menor intensidad, más proporcionadas, más adaptativas y más exitosas a la hora de reasegurar el vínculo. En este caso, el vínculo terapéutico.

Durante esta segunda etapa del tratamiento, la madre hace de portavoz de algunas comunicaciones que realiza el padre, de manera que las sesiones adquieren una función no sólo de acompañamiento a la crianza, sino también de espacio seguro y contenedor en el que verbalizar los contenidos de mayor carga afectiva.

Mi función como terapeuta adquiere connotaciones de soporte para consolidar esta función, y ayudo a reasegurar la decisión de que el diálogo familiar exista con claridad: a través de la experiencia, se fortalece la capacidad de la madre de comunicar, y se fortalece la capacidad de los hijos de escuchar y aprovechar este esfuerzo materno. Uno de los pilares de este

tratamiento es, pues, consolidar la esperanza básica y la confianza básica. Confirmamos, todas las veces que se presenta la oportunidad, que ellos son capaces de sostener y afrontar aquello que anteriormente parecía insoportable; que son capaces de verbalizar todo aquello que hace tiempo quedaba apartado tras un muro de silencio o de opaca privacidad, como sucedía al principio de nuestras visitas.

En este clima de mejor convivencia familiar, a pesar de que en las visitas los dibujos siempre fueron realizados de forma libre, un día les propongo deliberadamente que dibujen al padre. Creo que esta petición se puede entender mejor si añadido que, además de mi saludable curiosidad terapéutica, de forma estable tanto Alba como Javier omitían la figura del padre en todos sus dibujos, incluso los de familia.

Para mi sorpresa ambos dibujan, cada uno a su manera, a una guapa y sonriente figura femenina, su padre-mujer. Con su vestido de falda larga, su melena suelta, abiertamente sonriente, pintado cuidadosamente, con colores vivos y con los brazos extendidos en forma receptiva, rodeado de sol, flores, hierba, cielo azul, corazones estampados, etc.

Dibujos que se aproximan mucho más a matices de tranquilidad e incorporación de lo que clínicamente podría esperar.

Es evidente que, en este contexto, hay que valorar hasta qué punto la idealización de los hijos protege a esta figura paterna de sus propias carencias y sus propias fallas, como de hecho sucede en los dibujos que habitualmente vemos en estas edades. Pero, por otro lado, es sorprendente poder ver este significado compartido por los hijos y los progenitores: que este padre, a pesar de todas sus dudas y todos sus conflictos internos y sociales, consigue ser capaz de proteger algo de la intimidad del vínculo con sus hijos. Cabe decir que todo esto es posible sólo en el contexto protector que ofrece una madre presente y dedicada que asume los esfuerzos centrales y continuos en la crianza.

Poco a poco, a medida que nos acercamos a la finalización del tratamiento, la situación familiar se va estabilizando, y en este sentido reorganizando.

El padre real, por su parte, definitivamente ausente del tratamiento, se comunica con la madre de forma habitual y le explica sus oscilaciones entre la decisión de empezar el tratamiento de reasignación de género y el abandono de éste, el inicio de nuevos noviazgos con otras mujeres y el final de estas relaciones, etc. A pesar de estas turbulencias conductuales, la comunicación para con los hijos sigue siendo mucho más predecible.

Como menciono más arriba, a estos cambios se añade que la madre inicia una nueva relación de pareja, que da inicio a una fase más claramente esperanzada de Javier y Alba. Éstos, muy claramente, van consolidando las mejorías clínicas: menor sintomatología ansiosa, conductas más organizadas, mejor control de los impulsos, comunicaciones más próximas a ser facilitadoras, mejor capacidad de adaptación a los cambios, etc.

El tratamiento, llegada esta mejoría ya estabilizada, va poco a poco resultando de menor utilidad y finaliza diría que de forma más o menos natural; ese momento en que los tratamientos se llenan de agradecimientos, tenemos menos cosas de las que hablar, las visitas se espacian de forma pactada o simplemente sucede así porque la necesidad de ayuda disminuye, etc.

Como tantas y tantas veces ocurre en los tratamientos, Alba y Javier también hacen un pequeño repunte de los síntomas cuando hablo con ellos acerca de la finalización de las visitas, y hacemos un calendario visual para que en el espacio terapéutico la separación sea lo más clara y predecible posible. Esto me permite comunicar mi esperanza sosegada, basada en la experiencia que hemos compartido, que ellos como familia son capaces de continuar asumiendo los retos evolutivos de cada uno, sin la necesidad de una ayuda terapéutica; nos permite también sintetizar parte del trabajo terapéutico realizado y dar las orientaciones habituales en las finalizaciones.

Llegado este punto, nos despedimos. Con preguntas acerca de su desarrollo aun en juego. Con tantos retos que uno piensa que tendrán estos hijos en la edad adolescente desde el punto de vista de la construcción de la propia identidad y desde el punto de vista relacional y social. Con su objetivo vital de entender adecuadamente y sin demasiadas confusiones su historia familiar. Pero nos despedimos, por suerte, con sensaciones de éxito y de agradecimiento.

CONCLUSIONES

Tal y como sugería en la introducción del presente texto, para ejercer como terapeuta para esta familia, en un momento como el que yo intervine, fue fundamental no dejarme llevar por prejuicios teóricos, técnicos o ideológicos.

Cuando hablamos de la crianza en el contexto de la parentalidad transgénero es evidente que hay preguntas y retos que van a girar en torno al desarrollo de la identidad de género de los hijos y a su futura sexualidad adulta. Pero también es evidente que la mayor parte de la literatura psicoanalítica con la que contamos referente a la transgeneridad se centra en estos aspectos y lo hace desde una perspectiva individual, quedando relegados a la periferia otras vertientes centrales que deberían ser uno de los focos de atención en los espacios terapéuticos.

En mi experiencia como terapeuta de adultos, por poner un ejemplo, cuando acude un paciente a consulta, tenga la orientación sexual que tenga, no nos centramos en su identidad sexual si no es ésta uno de los motivos de consulta. Es decir, naturalmente focalizamos los tratamientos en aquello que hace sufrir a la persona.

En esta experiencia terapéutica que presento, por mucha importancia que yo diera a la condición transgénero del padre o al condicionante social que implicaba para la familia, los retos que han traído y comunicado los hijos en este espacio de tratamiento han sido otros. La identidad de género de su padre era un aspecto periférico en los contenidos mentales que expresaron los hijos en sesión, incluso diría que a menudo poco conflictuado; tanto es así, que podía ser libremente verbalizado en el tratamiento, sin que se pudiera identificar ninguna dinámica similar a un tabú familiar o terapéutico, ni sistemas defensivos demasiado marcados o demasiado arcaicos.

Aquellos elementos que sí tuvieron un lugar central en el espacio de tratamiento, y que constituyeron los focos reales del trabajo clínico, fueron el duelo por la pérdida, las ansiedades de separación, el deseo de encontrarse y reparar, la reorganización familiar, la necesidad de estar acompañados, el control de los impulsos, la función de generar esperanza, la experiencia de encontrar un otro confiable, la flexibilización de la escisión defensiva entre intimidad e identidad social, y la integración de la figura del terapeuta como una función terapéutica del self: reparadora, comprensiva, sincera, no persecutoria e incorporable como función interna del propio grupo a través de la experiencia terapéutica.

En este último elemento, señalaría que tanto para la madre como para los hijos fue especialmente significativa la experiencia continuada de clarificar el diálogo intergeneracional entre los contenidos mentales adultos y los contenidos mentales infantiles. Una y otra vez, en todas las ocasiones que hizo falta, repetimos la experiencia de dar validez a las comunicaciones consistentes o aisladas que hacían los hijos, entendiéndolas en las visitas como oportunidades valiosas para la comunicación y para el esclarecimiento de las circunstancias adultas con las que ellos convivían. De este modo se fue consolidando a lo largo del tratamiento no sólo la esperanza de los hijos en que sus comunicaciones iban a ser acogidas y acompañadas, sino también la convicción de la madre que este tipo de diálogo con sus hijos implicaba una enorme oportunidad para ellos, y una enorme herramienta para ella como madre.

Este es un reto que tenemos todos los padres y madres: acompañar a nuestros hijos, ayudándolos a gestionar su ansiedad, en todo aquello que podemos explicar en palabras ajustadas a su edad cronológica.

Y ésta es una de las funciones centrales que tenemos todos los progenitores en los momentos de mayor inestabilidad: reconocer la incertidumbre. Validarla como una de las condiciones inherentes a la vida, ofrecer la experiencia que podemos convivir con un cierto grado de impredecibilidad apoyándonos en la confianza básica en que tendremos las herramientas individuales y relacionales necesarias para afrontar aquello que tenga que venir. Esperanza no sólo basada en las cosas que salen bien o están bien establecidas. Esperanza real basada en la capacidad de gestionar las segundas oportunidades, de reparar lo que no salió bien, y de creer que seremos capaces de generar nuevas estrategias o nuevas herramientas.

Otra de las conclusiones a destacar es el hecho que la comprensión psicodinámica y grupal de la figura de este padre no puede simplificarse a su condición de transgénero. Sin entrar en nomenclaturas diagnósticas, sí que sería importante añadir que presentaba una labilidad emocional intensa, fragmentación e inestabilidad de la propia identidad, un amplio historial de conflictos relacionales en la familia de origen y el área laboral, ansiedades de separación más o menos evidentes que acababan siendo identificadas proyectivamente en los hijos, una más que probable base melancólica compensada con huidas hacia adelante de tonalidad eufórica, etc.

Es decir, comprender a esta familia implicó entender al padre no sólo desde el punto de vista de la transgeneridad, sino también ampliando la perspectiva al punto de vista de la sintomatología clínica añadida y, en este caso, psicopatología clínica asociada.

Siguiendo en este argumento, volvería a enfatizar que el impacto que tenía para estos hijos la condición de transgénero de su padre era mucho menor de lo que se podría esperar inicialmente. Convivían con naturalidad con estas tendencias de su padre, incluso en formato lúdico y colaborador. Integraban esta parte de la identidad del progenitor en su representación interna de la figura paterna, pudiendo incluso idealizarla, e identificándose en distintas direcciones con los aspectos preservados y sanos del padre. A todas luces, tenían mucho más impacto en los hijos las dificultades mentales del padre, que repercutían de lleno en la inestabilidad relacional en distintas áreas de la personalidad de los hijos: intensificando las ansiedades de separación, erosionando la autoestima y dificultando la generación de una confianza básica en el vínculo, generando sistemas sobreadaptativos o dificultades de control de los impulsos, forzando a una sobredemanda sobre la figura materna, etc.

Creo que uno de los retos terapéuticos al encarar contextos familiares con este grado de complejidad sería el de poder distinguir claramente entre las connotaciones clínicas y la realidad subjetiva familiar, la realidad emocional del grupo. Nuestra

función como terapeutas no es inculcar ni contenidos emocionales ni contenidos teóricos en nuestros pacientes. De modo que, en este tipo de situaciones, pasa a ser aún más importante centrarse en los contenidos mentales reales y en aquello que realmente está asociado al sufrimiento, aquello que realmente condiciona y que en la experiencia continuada a lo largo del desarrollo puede dejar marca.

Desde el punto de vista de la experiencia terapéutica real con esta familia, diría que para estos hijos la condición de transgénero del padre se aproximaría a una de las características centrales de su historia familiar, es decir, algo que hay que ir entendiendo a lo largo del desarrollo. Necesitaran, como en todas las particularidades centrales de cada familia, más y mejores explicaciones a medida que avancen en la edad cronológica y las etapas del desarrollo. En otras edades probablemente tendrán más preguntas que hacer a su padre y a su madre, y éstas serán progresivamente más complejas. Y esto es algo que encontramos en las familias tradicionales, en las separaciones, en la muerte de uno de los miembros de una familia, en las familias homoparentales, en las monoparentales, en las reconstituidas... Es decir, hay características de nuestras familias de origen que forman parte de nuestra identidad, de nuestra historia intergeneracional, y que todos, tengamos la familia que tengamos, hemos tenido que ir aprendiendo a entender a lo largo de nuestra historia evolutiva. Hemos tenido que aprender a darle un significado progresivamente más adulto y más evolucionado para poder entendernos, y para poder identificarnos y diferenciarnos.

Deliberadamente no entro a valorar la posible interrelación entre la patología mental presente en el padre con su condición de transgénero. Asumo que esclarecer esta posible correlación o esta posible falacia de correlación, o falsa causalidad, excede a las posibilidades del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Busch de Ahumada, L.C. (2003). Clinical notes on a case of transvestism in a child. *Int. J. Psycho-Anal.*, 84(2):291-313.
- Caspian, J. (2018). Brunskell-Evans, H. & Moore, M. (Eds). *Transgender Children and Young People: Born in Your Own Body*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2018. Pp. 224. Hbk. £61.99.. *J. Anal. Psychol.*, 63(4):536-538.
- Cavanagh, S.L. (2018). Transgender Embodiment: A Lacanian Approach. *Psychoanal. Rev.*, 105(3):303-327.
- Ceccarelli, P. (1997). Transsexualism, Sex and Gender. *Int. Forum Psychoanal.*, 6(2):141-145.
- Chiland, C. (2000). The Psychoanalyst and the Transsexual Patient. *Int. J. Psycho-Anal.*, 81(1):21-35.
- Ehrensaft, D. (2014). Found in Transition: Our Littlest Transgender People. *Contemp. Psychoanal.*, 50(4):571-592.
- Elliot, P. (2001). A Psychoanalytic Reading of Transsexual Embodiment. *Studies in Gender and Sexuality*, 2(4):295-325.
- Goldner, V. (2011). Transgender Subjectivities: Introduction to Papers by Goldner, Suchet, Saketopoulou, Hansbury, Salamon & Corbett, and Harris. *Psychoanal. Dial.*, 21(2):153-158.

- Gozlan, O. (2011). Transsexual surgery: A novel reminder and a navel remainder. *Int. Forum Psychoanal.*, 20(1):45-52.
- Gozlan, O. (2013). Transsexuality as a State of Mind. *DIVISION/Rev.*, 7:26-28.
- Gozlan, O. (2016). The Transsexual's Turn: Uncanniness at Wellesley College. *Studies in Gender and Sexuality*, 17(4):297-305.
- Green, R. (1979). *American Journal of Psychiatry*. CXXXV, 1978: Sexual Identity of 37 Children Raised by Homosexual or Transsexual Parents. Richard Green. Pp. 692-697.. *Psychoanal Q.*, 48:162.
- Hansbury, G. (2005). Mourning the Loss of the Idealized Self: A Transsexual Passage. *Psychoanal. Soc. Work*, 12(1):19-35.
- Harris, A.E. (2011). Gender as a Strange Attractor: Discussion of the Transgender Symposium. *Psychoanal. Dial.*, 21(2):230-238.
- Kafka, E. (1992). The Influence of Parents' Unconscious Fantasies on Children's Adaptation as Illustrated by Transsexuality. *J. Clin. Psychoanal.*, 1(4):547-559.
- King, A. (2012). The Dawn of A New Identity: Aspects of A Relational Approach to Psychotherapy with A Transsexual Client. *Brit. J. Psychother.*, 28(1):35-49.
- Lament, C. (2014). Transgender Children: Conundrums and Controversies—An Introduction to the Section. *Psychoanal. St. Child*, 68:13-27.
- Lemma, A. (2012). Research off the couch: Re-visiting the transsexual conundrum. *Psychoanal. Psychother.*, 26(4):263-281.
- Lemma, A. (2016). Present Without Past: The Disruption of Temporal Integration in a Case of Transsexuality. *Psychoanal. Inq.*, 36(5):360-370.
- Lurkhur, K.A. (2010). Medieval Silence and Modern Transsexuality. *Studies in Gender and Sexuality*, 11(4):220-238.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F. y Zilkha, N. (2002). Los escenarios narcisistas de la parentalidad. *Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao. Ed. Altxa.
- McCann, D (2018). Quan la parella no és suficient o quan la parella ens depassa: explorar el significat i la gestió de les relacions obertes. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 35 (1): 55-70.
- Meltzer, D. & Harris, M. (1989). *El paper educatiu de la família. Un model psicoanalític del procés d'aprenentatge*. Barcelona. Editorials Espaxs.
- Pula, J. (2015). Understanding Gender Through the Lens of Transgender Experience. *Psychoanal. Inq.*, 35(8):809-822.

-
- Quinodoz, D. (1998). A FE/Male Transsexual Patient in Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79:95-111.
- Rozmarin, E. (2013). Transgender Avant La Lettre? An Introduction. *Studies in Gender and Sexuality*, 14(3):224-225.
- Ryan, T.J. (2005). Clothes Maketh the Man: Transvestism, Masculinity and Homosexuality. *Brit. J. Psychother.*, 22(1):57-69.
- Saketopoulou, A. (2014). Mourning the Body as Bedrock: Developmental Considerations in Treating Transsexual Patients Analytically. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 62(5):773-806.
- Samons, S.L. (2001). Building Your Own Prison: The Use of External Structure to Reinforce Suppression of Transgender Feelings and Behaviors. *Gender and Psychoanalysis*, 6(2):143-157.
- Stein, R. (1995). Analysis of a Case of Transsexualism. *Psychoanal. Dial.*, 5(2):257-289.
- Tsoukala, K. (2018). 'Un-certainty': working therapeutically with a transgender young person and learning to bear the unknown. *J. Child Psychother.*, 44(1):90-107.
- Winograd, W. (2014). The Wish to Be a Boy: Gender Dysphoria and Identity Confusion in a Self-Identified Transgender Adolescent. *Psychoanal. Soc. Work*, 21(1-2):55-74.

