

Técnica actual

39

Mi técnica tuvo sus raíces en la creada por Melanie Klein para el análisis de niños. Se nutrió de ella durante muchos años, pero mi propia experiencia me ha permitido hacer una serie de modificaciones, que considero trascendentales y que expondré a lo largo de estos capítulos. Se basan en una forma especial de conducir y utilizar las entrevistas con los padres, que hace posible reducir el psicoanálisis de niños a una relación bipersonal como con los adultos. Destaco además la gran importancia de la primera hora de juego y un hecho que considero decisivo: que todo niño, aun el muy pequeño, muestra desde la primera sesión la comprensión de su enfermedad y el deseo de curarse.

V. La entrevista inicial con los padres

Cuando los padres deciden consultarnos sobre el problema o enfermedad de un hijo les pido una entrevista, advirtiéndoles que el hijo no debe estar presente pero sí informado de la consulta.

Aunque sugerimos la conveniencia de verlos a ambos, lo frecuente es que acuda la madre, excepcionalmente el padre y muy pocas veces los dos. En algunos casos muy especiales un familiar, amigo o institutriz han venido en representación de los padres. Cualquiera de estas posibles situaciones es, en sí misma, reveladora del funcionamiento del grupo familiar en la relación con el hijo.

Cuando la entrevista es con ambos padres, cuidaremos de no mostrar preferencias aunque inevitablemente se producirá un mayor entendimiento con uno de ellos. Ese entendimiento debe servir para la mejor comprensión del problema y no para crear un nuevo conflicto.

Para formarnos un juicio aproximado sobre las relaciones del grupo familiar y en especial de la pareja, nos apoyaremos en la impresión que tengamos al reconsiderar todos los datos consignados en la entrevista. Esta no debe parecerse a un interrogatorio, en el cual se sientan enjuiciados. Por el contrario, hay que tender a aliviarles la angustia y la culpa que la enfermedad o conflicto de un hijo despiertan y para eso debemos asumir desde el primer momento el papel de terapeutas del hijo y hacernos cargo del problema o del síntoma.

Los datos que nos dan los padres suelen ser inexactos, deformados o muy superficiales, pues no suelen tener un conocimiento cabal de la situación y durante la entrevista olvidan parte de lo que sabían debido a la angustia que ésta les provoca. Suelen vivirla como un enjuiciamiento. Además, no pueden, en un tiempo tan limitado, establecer una relación tal con el terapeuta —hasta entonces persona desconocida—, que les permita profundizar en sus problemas.

No consideramos conveniente finalizar la entrevista sin haber logrado los siguientes datos básicos que necesitamos conocer antes de ver al niño: a) motivo de la consulta; b) historia del niño; c) cómo se desarrolla un día de su vida diaria, un domingo o feriado y el día de su cumpleaños; d) cómo es la relación de los padres entre ellos, con sus hijos y con el medio familiar inmediato.

Es necesario que esta entrevista sea dirigida y limitada de acuerdo con un plan previo, porque de no ser así los padres, aunque conscientemente vienen a hablar del hijo, tienen la tendencia a escapar del tema mediante confidencias sobre ellos mismos. La entrevista que hemos acordado es para que nos hablen del hijo y de su relación con él y no debemos abandonar este criterio durante todo el curso del tratamiento. Como ya hemos dicho, necesitamos obtener los datos de mayor interés en un tiempo limitado, que fluctúa entre una y tres horas.

La ordenación anteriormente referida fue elegida por mí después de probar muchas otras y trataré de fundamentarlas.

a) Motivo de la consulta

Si he resuelto interrogar primero sobre el motivo de la consulta es porque el escollo inicial más difícil para los padres es hablar de lo que no anda bien en y con el hijo. La resistencia a hacerlo no es consciente; ésta ya la han vencido cuando decidieron consultarnos. Para ayudarlos, hay que tratar de disminuir el monto de angustia inicial y es lo que se logra al hacernos cargo de la enfermedad o conflicto y al enfrentarnos con éste desde el primer momento, situándonos como analistas del hijo.

Deben sentir que todo lo que recuerden sobre el motivo de la consulta es importante para nosotros, y en lo posible registraremos minuciosamente (las fechas) de iniciación, desarrollo, agravación o mejoría del síntoma para luego confrontarlas con las que consignemos en el transcurso de la entrevista.

Al sentirse aliviados recuerdan más correctamente los acontecimientos sobre los cuales los interrogaremos en la segunda parte. Sin embargo, debemos aceptar que con frecuencia ocurren olvidos totales o parciales de hechos importantes, que meses después nos comunica el niño estando en tratamiento. También los padres —siempre que por la mejoría del hijo haya disminuido suficientemente la angustia que motivó el olvido— podrán recordar las circunstancias desencadenantes reprimidas en la entrevista inicial.

No obstante esta inevitable limitación, los datos obtenidos son valiosos no sólo para el estudio del caso, sino también porque pueden ayudarnos a comprender la etiología de las neurosis infantiles, capacitándonos así para una tarea de profilaxis.

La comparación de los datos obtenidos durante el análisis del niño con los suministrados por los padres en la entrevista inicial, es de suma importancia para valorar en profundidad las relaciones con el hijo.

b) Historia del niño

Me interesa saber la respuesta emocional —en especial de la madre— ante el anuncio del embarazo, si fue deseado o accidental, si hubo rechazo

abierto con deseo de abortar e intentos realizados, o si lo aceptaron con alegría.

Les pregunto luego cómo evolucionaron sus sentimientos, si lo aceptaron, se sintieron felices o se ilusionaron, porque desde que un niño es concebido todo lo que acontece es importante en su evolución posterior. Todos los estudios actuales ponen su énfasis en la relación de la madre con el hijo y es un hecho comprobado que el rechazo emocional de la madre, ya sea al sexo de su hijo como a la idea de tenerlo deja huellas profundas en el psiquismo de éste. Por ejemplo, el niño que nace con la misión de unir una pareja en trance de separarse, lleva el sello de este esfuerzo. El fracaso determinará en él una gran desconfianza en sí mismo y en su capacidad para realizarse en la vida¹.

La respuesta que brinda la madre a cómo sobrellevó su embarazo nos indica cuál fue la iniciación de la vida del hijo. No espero que la respuesta sea un fiel reflejo de la verdad, pero, en cambio, lo que los padres nos dicen confrontado con el material ofrecido por el niño, será de gran utilidad en la investigación². En algunos casos hubo al principio una ocultación consciente de hechos importantes, sin embargo, la mayoría de las veces se trata de olvidos, omisiones o deformaciones de recuerdos por conflictos inconscientes³. A veces este olvido fue tan llamativo e incomprendible que sólo la frecuencia de hechos similares —en mi experiencia y en la de otros analistas—, me permitió aceptar que no se trataba de un engaño consciente ni de una ocultación voluntaria —me refiero a casos en los cuales hubo abortos no mencionados, antes y después del nacimiento del paciente⁴ o circunstancias de la vida familiar durante el embarazo completamente olvidadas⁴.

Aunque en realidad muchos niños no son deseados por sus padres —por lo menos en el momento de la concepción—, la respuesta que obtenemos en la mayoría de los casos es que fueron deseados, y si aceptan el rechazo lo atribuyen al otro cónyuge. Similares dificultades se presentan cuando interrogamos sobre el embarazo y parto. Es casi la norma que en los antecedentes consignados en la primera entrevista leamos: "Hijo deseado, embarazo y parto normales", y es en cambio muy poco frecuente que estos datos se mantengan en la historia reconstruida.

Por ejemplo, nos consultaron por una niña de dos años y medio a quien se le había diagnosticado una epilepsia primero y luego una oligofrenia. En los antecedentes aparecía como hija deseada de un matrimonio bien avenido; tenía una hermana de tres meses y la madre no recordó dificultades ni antes ni durante el embarazo.

¹ Esto se comprobó en todos los casos en que se analizaron niños nacidos para cumplir tal misión.

² Cf. Capítulo XIII.

³ Cf. Capítulo XIV.

⁴ Cf. Capítulo XIII.

Al parecer, la niña nació de un parto normal y tuvo un desarrollo sin trastornos hasta los 9 meses, edad en que sufrió un desmayo mientras la madre la bañaba. Recordó ésta que quiso reclinar hacia atrás la cabecita para lavársela y en ese momento la niña perdió el conocimiento. A los 13 meses se presentó la primera convulsión. Relató la madre que en aquella oportunidad llevaba en brazos a su hija y también cargaba con varios paquetes. Al caerse uno de ellos, dejó a la niña en el suelo; ésta súbitamente cayó y perdió el conocimiento, siendo luego internada.

Veamos ahora las condiciones reales en las que fue concebida y las del embarazo y parto, así como el camino por el cual llegamos a estos datos. Por indicación de la analista consultada inicialmente⁵ la madre entró en un grupo de orientación del cual yo era la terapeuta y la hija comenzó un análisis individual⁶.

Llegamos poco a poco a un sorprendente flujo de recuerdos que modificaron los datos iniciales. En efecto, recordó la madre que con anterioridad había tenido un aborto de 3 meses⁷ y durante el embarazo de la paciente, al cumplirse el tercer mes, se habían producido pérdidas como en el primer embarazo. El médico aconsejó un raspaje señalándole que aun cuando el embarazo llegase a término, se correría el peligro de dar a luz un hijo enfermo. No obstante esta indicación médica la madre se empeñó en continuar el embarazo y guardó cama hasta el momento del parto.

Durante la sesión de grupo en la que recordó esta circunstancia, relató muy conmovida y asombrada que siendo niña jugaba a que sus muñecas eran "taradas" y ella las curaba. Cuando el médico le advirtió la posibilidad de tener un hijo enfermo recordó esa vieja fantasía infantil de maternidad y resolvió cuidarse para tenerlo sano, lo que le dio fuerzas para seguir adelante e inmovilizarse en cama.

En el momento del parto se presentó una complicación⁷ y cuando ya iban a aplicar el fórceps la madre hizo "un esfuerzo supremo" para evitarlo y en efecto no fue necesario recurrir a él. La niña nació con una luxación congénita de cadera y al tercer mes —el mismo en el que aparecieron las pérdidas y se inició la inmovilización— la madre decidió consultar por la luxación. Inmovilizaron a la niña hasta los 9 meses, coincidiendo esta fecha con la del parto e inmovilización de la madre. Este esclarecimiento fue el resultado de las interpretaciones que se le hacían en el grupo y de la mejoría de la hija en tratamiento que, aliviando su angustia y culpa, le permitió recordar más fácilmente los acontecimientos que iniciaron la grave enfermedad de la niña.

Difícilmente las madres recuerdan y valoran conscientemente la importancia de los hechos relacionados con el embarazo y parto, pero

⁵ SUSANA L. DE FERRER.

⁶ CON GELA H. DE ROSENTHAL.

⁷ Una mala rotación de cabeza.

en su inconsciente todo está grabado. No debemos, pues, desconcertarnos si al interrogatorio sobre el parto suelen respondernos solamente si fue largo o corto. Conviene preguntar si fue a término, inducido, si se dio anestesia, qué relación tenía la madre con la partera o partero, si en el momento del parto conocían bien el proceso, si estaban dormidas o despiertas, acompañadas o solas. Estas preguntas abren a veces nuevos caminos al recuerdo siempre que el terapeuta mantenga durante la entrevista el espíritu que hemos señalado y ayude sobre todo a valorar la importancia de la relación con el hijo.)

Cuando obtuvimos suficiente información sobre el parto preguntamos si la lactancia fue materna. De ser así nos interesará saber si el bebé tenía reflejo de succión, si se prendió bien al pecho y a cuántas horas después del nacimiento, así como las condiciones del pezón. Luego interrogaremos sobre el ritmo de alimentación, no sólo la cantidad de horas que dejaban libres entre mamada y mamada sino también cuánto tiempo succionaba de cada pecho. No es frecuente la alimentación a horario y a un ritmo determinado por la madre. Lo más común es que no limiten el tiempo de succión, no respeten los intervalos entre las comidas y no tengan una hora fija para iniciar la alimentación.

Esto hace que la madre se sienta abrumada por la obligación de alimentar a su hijo. Si no tiene una hora determinada para empezar ni un lapso regular entre las comidas, toda su propia vida se ve limitada y no sabrá nunca cuándo podrá disponer de tiempo para ella. Por eso la forma en que se establece la relación con el hijo nos proporciona un dato importante, no sólo de la historia del paciente sino de la madre y de su concepto de la maternidad. Es de suma importancia en el desarrollo posterior del niño la forma en que se establece la primera relación postnatal. Conocemos bastante la trascendencia del trauma del nacimiento durante toda la vida del sujeto: la observación de lactantes y el análisis de niños pequeños nos han enseñado mucho sobre la forma de ayudarles a elaborar ese trauma. Uno de los elementos primordiales a tal fin es facilitarle al bebé un suficiente contacto físico con su madre luego de nacer.⁷

Este contacto debería aproximarse lo más posible a la situación intrauterina y establecerse cuanto antes, pues así será de mutua ayuda. Para el niño porque empieza a recuperar en parte lo que ha perdido y sin una excesiva demora que, al aumentar su frustración y desamparo, incrementa sus tendencias destructivas dificultándole su relación con la madre. Para la madre porque el nacimiento del hijo es un desprendimiento que le repite su propia pérdida de la madre. Dar es para ella una renovación constante de lo que ella misma recibió cuando hija; por esto cuanto más da y en mejores condiciones, más se enriquece su vínculo con la madre interna. La indicación tan frecuente de llevar al bebé lejos de la madre para que ésta descanse es totalmente errónea porque ni uno ni otro descansan bien al estar frustrados en esa necesidad tan intensa. Otra finalidad

- ... de establecer una lactancia a ritmo regular y no librada a la necesidad expresada por el niño es la ayuda que le ofrecemos así al bebé para dominar la ansiedad —una de las más arduas tareas a la que está sometido el yo después del nacimiento—. En efecto, con la alimentación a horario se le ofrece estabilidad en el suministro, estabilidad que surge del hecho de que el objeto sea el mismo, en condiciones semejantes, si es posible siempre en el mismo cuarto, en la misma silla y postura y con iguales intervalos. Todos sabemos lo fácil que es para el niño adoptar un ritmo cuando hemos encontrado el que le conviene. Por eso después de los primeros tanteos en los que se fluctúa entre intervalos de dos horas y media a tres y media, se elige el ritmo más adecuado y se respeta. El conocer las horas libres del día es útil no sólo para la madre que necesita trabajar, sino para aquella cuya única exigencia —aparte del bebé— sea cuidar de sí misma. Cuando una madre nos refiere las características de la lactancia debemos insistir en saber lo más posible sobre cómo se han cumplido estas exigencias básicas para ambos. (Una madre sana no necesita consejos para criar a su hijo y la comprensión de sus necesidades la lleva instintivamente a darle contacto, cariño y alimento.) Es sólo por inhibiciones o deformaciones del ser humano que estos hechos básicos deben ser enseñados, o más bien diría, reenseñados. Nada de lo que acontece en el bebé —hambre, frío, sed, necesidad de contacto, ropa adecuada— escapa a la comprensión de una madre que siente que está ligada a su hijo por algo tan sutil y firme como lo fue el cordón umbilical en la vida intrauterina. Sin embargo, frecuentemente, cuando el niño llora se alarma y su primera reacción es darle alimento; suele desesperarse si no lo acepta; pero es común que un bebé llore porque está reviviendo una mala experiencia que le produce una alucinación y que baste la voz afectuosa de la madre, una mirada sonriente, el contacto físico con ella, que lo mezca o le cante, para contrarrestar con una experiencia actual placentera la mala imago interna que produjo la alucinación. (Es en cambio probable que un niño que está reviviendo una mala experiencia con el pecho, quizá porque en ese momento tiene dolores o un cólico, sienta como un peligro esta nueva oferta de alimento, lo rechace o lo tome con temor.)

Si se le obliga y él no puede defenderse, lo ingiere, reforzando así la imago terrorífica. Por eso es de gran utilidad para comprender la relación madre-hijo interrogarla sobre la forma en que solía calmarlo cuando lloraba y cómo reaccionaba cuando pretendía alimentarlo y él rechazaba el alimento; esto también puede enseñarnos mucho sobre las primeras experiencias del niño.

En cambio no nos dice nada la respuesta global que se consigna habitualmente en los antecedentes: "lactancia materna hasta los 5, 8 ó 9 meses". De esta manera no se logra sino una fórmula bajo la cual hay mucho que investigar.

Estos detalles de la relación con el hijo, que a menudo no conseguimos de la madre, van surgiendo poco a poco del material del niño cuando éste se analiza. (No todo lo que él espera del mundo es alimento y tampoco es todo lo que una madre puede darle.) Hoy sabemos que madres que no han dado pecho a sus hijos, pero que tuvieron muy buen contacto con él, determinaron una mejor imago materna que en el caso inverso, en el que habiéndole dado el pecho no tuvieron contacto afectivo y no le ofrecieron gratificaciones surgidas de una buena conexión. Por todos estos motivos lo que sabemos de la lactancia de un niño luego de esa primera entrevista, es sólo un comienzo de lo que sabremos a través del análisis del niño y eventualmente de nuevas entrevistas con los padres que son útiles, especialmente para la confirmación e investigación de nuevos datos.

Cuando preguntamos a las madres cuántas horas después del parto vieron a su hijo y lo pusieron al pecho, suelen asombrarse y no recordarlo. Emociones tan intensas generalmente están totalmente reprimidas por conflictos. La experiencia muestra que cuanto mejor ha sido esa primera relación más fácil y detalladamente la recuerdan.

Si la madre no ha podido alimentar a su hijo o lo ha hecho muy poco tiempo, conviene preguntar en detalle la forma en que le dio la mamadera: si lo sostenía en íntimo contacto con su cuerpo o si se la daba acostado en su cuna, si el agujero de la tetina era pequeño o grande y cuánto tardaba el bebé en alimentarse.

(El niño al revivir su lactancia durante el tratamiento nos muestra en su juego detalles significativos.) Un paciente de 2 años se preocupaba casi exclusivamente de pesar la comida en una balancita, y trataba de que los dos platillos estuviesen a la misma altura. Cuando la terapeuta⁸ preguntó a la madre —que era muy obsesiva— las características de la lactancia, ésta relató que pesaba al niño después de cada mamada y que le tenía exactamente el mismo tiempo en cada pecho.

Si siguiendo con la historia preguntáramos cómo aceptó el bebé el cambio de alimentos del pecho a la mamadera, de la leche a otros alimentos, de líquidos a sólidos como papillas o carne, que le exige masticación, Sabremos así mucho sobre el niño, la madre y las posibilidades de ambos para desprenderse de los viejos objetos. (El pasaje del pecho a otra fuente de gratificación oral exige un trabajo de elaboración psicológica, que Melanie Klein descubrió similar al esfuerzo al cual se ve sometido el adulto cuando elabora el duelo de un ser amado.) La forma en que el niño acepta esta pérdida será la pauta de conducta de cómo en su vida posterior se enfrentará con las pérdidas sucesivas que le exigirán la adaptación a la realidad⁹.

Una madre que ha solucionado bien este problema en su propia in-

⁸ ELIZABETH G. DE GARMA.

⁹ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños*, Capítulo VI, "Neurosis en los niños", pág. 111.

fancia o lo ha elaborado a través de un tratamiento psicoanalítico, solucionará estas primeras dificultades del niño empezando lentamente, insistiendo o dejando temporariamente el intento. Si nos informa que frente al cambio de alimentos el bebé reaccionó con rechazo, preguntaremos los detalles de cómo se hizo, si fue pacientemente o con irritación, pudiendo así ir reconstruyendo el cuadro.

Es importante investigar la fecha del destete y sus condiciones. A veces descubrimos que el chupete o la mamadera se han mantenido hasta los 5 ó 6 años, aunque hayan dicho al principio que el destete ocurrió a los 9 meses.

Las relaciones de dependencia e independencia entre madre e hijo se reflejan también en el interjuego que se inicia cuando un bebé comienza a sentir necesidad de moverse por sí mismo y lo expresa. La madre puede ver o no esta necesidad y frustrarla o satisfacerla. Entre el tercer y cuarto mes de vida el niño entra en un período en el que su psiquismo es sometido a exigencias nuevas y definitivas, que se concretan en la segunda mitad del primer año de vida con la iniciación de la marcha y el lenguaje¹⁰.

Cuando el niño pronuncia la primera palabra tiene la experiencia de que ésta lo conecta con el mundo y es un modo de hacerse comprender. La aparición del objeto que nombra, así como la reacción emocional ante su logro, justifican sus creencias en la capacidad mágica de la palabra. Inicialmente ésta es una relación con objetos internos, como antes fue el laleo¹¹ y por el aprendizaje gradual y las pruebas de realidad el lenguaje se transforma en un sistema de comunicación. Estas conclusiones que son el resultado de observaciones de lactantes y de tratamientos analíticos de niños que sufrían trastornos de la palabra hacen que el interrogatorio sobre iniciación y desarrollo del lenguaje sea de suma importancia para valorar el grado de adaptación del niño a la realidad y el vínculo que se ha establecido entre él y sus padres.

El retraso en el lenguaje o inhibición en su desarrollo son índices de una seria dificultad en la adaptación al mundo.

Es frecuente que los padres no recuerden la edad en que el niño pronunció la primera palabra o el momento en que se presentaron los trastornos. En este período de la vida la figura del padre cobra una gran importancia y su ausencia real o psicológica puede trabar gravemente el desarrollo del niño aunque la madre lo comprenda bien y lo satisfaga.

Nos encontramos a veces con niños de 10 y 11 meses cuyas madres

¹⁰ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva". *Revista de Psicoanálisis*, tomo XV, enero-junio de 1958.

¹¹ ALVAREZ DE TOLEDO LUISA G. DE, PICHON RIVIÈRE ARMINDA ABERASTURY DE: "La música y los instrumentos musicales". *Rev. de Psicoanálisis*, tomo I, pág. 185-200.

los mantienen en un régimen de vida que corresponde a los 3. Por eso cuando preguntamos a la madre a qué edad caminó su hijo estamos preguntando si cuando él quiso caminar ella se lo permitió de buena gana, si lo favoreció, lo trabó, lo apuró o se limitó a observarlo y responder a lo que él pedía. Pocas son las veces en que este desarrollo ocurre normalmente. El andador es, por ejemplo, un sustituto de la madre que es mejor que la inmovilidad, pero no reemplazará nunca los buenos brazos de la madre que lo ayudan a caminar y se le ofrecen como una continuación de sí mismo para iniciar experiencias en el mundo, llevándolo a él placenteramente y sin apuros. El niño que puede así identificarse con la marcha de la madre incorpora en su yo la habilidad para caminar. Su desarrollo se hará por un crecimiento gradual de posibilidades por medio de las que busque comer, dormir, hablar y caminar como sus padres. De acuerdo a lo que el niño en su fantasía inconsciente está recibiendo de ellos, la enseñanza se incorporará como logro del yo o entrará a formar parte de un superyó censor que lo trabará, o lo hará caerse y lastimarse cuando quiera caminar y no se sienta permitido ampliamente desde dentro.

Cuando interrogamos sobre este punto las respuestas de la madre esclarecen mucho sobre su capacidad de desprenderse bien del hijo. Pueden decirnos, por ejemplo, que siguen teniendo nostalgia de cuando era un bebé tan rico y tan limpito, o comentar que si bien les dio mucho trabajo en ese momento, daba gusto verlo hacer un progreso cada día.

Para el niño la marcha tiene el significado —entre muchos otros— de la separación de la madre, iniciada ya con el nacimiento. Por lo tanto, la madre comprensiva deja caminar a su niño sin apurarlo ni trabarlo de modo que el desprendimiento sea apacible y gozoso, ofreciéndole así una pauta de conducta que lo guiará en sus pasos en el mundo.

Preguntamos si el bebé tenía tendencia a caerse al comenzar a caminar y si posteriormente solía golpearse, porque las respuestas nos aclaran sobre el sentimiento de culpa y sobre la forma de elaboración del complejo de Edipo. La tendencia a golpearse o a los accidentes es índice de una mala relación con los padres y equivale a suicidios parciales por una mala canalización de los impulsos destructivos.

En la segunda mitad del primer año se intensifican en el niño tendencias expulsivas que se manifiestan en su cuerpo y en su mente. La proyección y la expulsión son la forma de aliviar las tensiones y si estos mecanismos se traban, las cargas emocionales se acumulan produciendo síntomas.

Uno de los más frecuentes en ese período de la vida es el insomnio; éste y muchos otros se incluyen en los cuadros patológicos habituales del niño durante el período de la dentición¹², que por lo tanto merece nuestra

¹² PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "Trastornos emocionales en el niño vinculados con la dentición". *Rev. de Odontología*, vol. 39, Nº 9, agosto de 1951.

especial atención. Nos interesará saber si la aparición de las piezas dentarias se acompañó de trastornos o si se produjo normalmente y en el momento adecuado. Interrogamos luego sobre el dormir y sus características porque están muy relacionados. En caso de haber trastornos de sueño preguntamos cuál es la conducta con el niño y cuáles son los sentimientos que despierta en los padres el síntoma. Es importante la descripción del cuarto donde duerme el bebé, si está solo o si necesita la presencia de alguien o alguna condición especial para conciliar el sueño. Durante la dentición pueden aparecer trastornos transitorios de sueño, que se agravan o desaparecen de acuerdo a cómo el medio ambiente maneja la situación.

Este problema es uno de los más perturbadores en la vida emocional de la madre y pone a prueba su maternidad¹³.

El uso del chupete como hábito destinado a conciliar el sueño es uno de los factores que favorecen el insomnio. Los padres suelen decir que el bebé no duerme si se lo quitan. En nuestra experiencia con grupos de orientación de madres, analizamos sus reacciones frente a este problema, encontrando que la dificultad no era del bebé sino de los padres, que postergan la decisión o crean situaciones que dificultan solucionar el problema.

El destete que habitualmente ocurre al final del primer año de vida significa mucho más que dar al niño un nuevo alimento. Es la elaboración de una pérdida definitiva y depende de los padres el que se realice con menos dolor; pero esto sólo pueden hacerlo si ellos mismos lo han elaborado bien.

Cuando sabemos a qué edad y en qué forma se realizó el control de esfínteres, se amplía nuestro conocimiento sobre la madre. Hemos encontrado que si el aprendizaje del control de esfínteres es muy temprano, muy severo, o está ligado a otros acontecimientos traumáticos, conduce a graves trastornos, en especial a la enuresis. Por eso el terapeuta debe preguntar la edad en que se empezó el aprendizaje, la forma en que se realizó y la actitud de la madre frente a la limpieza y suciedad¹⁴.

Un bebé de pocos meses no tiene un desarrollo motriz que le permita permanecer sentado en el orinal o levantarse a voluntad; éste es uno de los motivos por el cual se aconseja iniciar el aprendizaje cuando el niño dispone de la marcha. Desde otro punto de vista, no es conveniente un control prematuro si se considera que la materia fecal y orina son sustancias que tienen para el inconsciente el significado de productos que salen del cuerpo

¹³ Es conocido que uno de los métodos de tortura más eficaces para lograr una confesión es el de despertar al interrogado apenas se ha dormido, luego se le permite dormir otra vez para despertarlo en cuanto concilia el sueño. La repetición continuada de este método debilita el yo a tal punto que ya no puede defender su convicción consciente de permanecer callado.

¹⁴ Cf. Capítulo XIII.

y cumplen la función de tranquilizarle de sus angustias de vaciamiento, normales a esa edad. Pasado el primer año, por el proceso de simbolización y por la actividad de juego que ya es capaz de realizar, las cargas positivas y negativas puestas en esas sustancias se han desplazado a objetos y personas del mundo exterior, pudiendo así desprenderse de ellas sin excesiva angustia.

El aprendizaje temprano le impone ese desprendimiento antes de que disponga de los sustitutos que va adquiriendo por una creciente elaboración y por la adquisición de logros vinculados con la marcha y el lenguaje.

Si el aprendizaje además de ser precoz es severo, es vivido como un ataque de la madre a su interior, como retaliación a sus fantasías que en ese período están centradas en la pareja parental en coito y traerá como consecuencia una inhibición de estas fantasías con trastornos en el desarrollo de las funciones del yo¹⁵.

Las respuestas que la madre nos dé sobre este punto no sólo nos orientan para valorar la neurosis del niño, sino para comprender el vínculo que tiene con el hijo.

Son pocas las madres que recuerden con exactitud estos datos. Felizmente el material del análisis de niños y en especial el de niños pequeños nos ha permitido reconstruir posteriormente estas experiencias y las hemos podido comparar ulteriormente con lo que los padres recordaron más tarde¹⁶.

Uno de los primeros casos que me orientó en esta investigación fue el de una niña enurética. La madre había relatado en la entrevista inicial que el control de esfínteres se había iniciado con mucha paciencia y cuando la niña tenía más de un año. Sabíamos teóricamente que un niño con ese trastorno siempre había sido sometido a un aprendizaje precoz y severo. Descubrimos luego a través del material de esa niña que en su caso también había sido así. En una entrevista ulterior, luego de meses de tratamiento gracias al cual mejoró notablemente el síntoma, la madre recordó con asombro que la hija había recibido un aprendizaje en dos tiempos y que ella en la entrevista inicial había recordado solamente el segundo. Había olvidado en cambio que cuando su hija tenía 15 días, la suegra, que vivía con ellos, insistió en iniciar el control de esfínteres contra su voluntad y con el consentimiento del marido. Esta situación fue una de las tantas en que se expresó el conflicto entre la pareja. Las circunstancias en que se inició este primer control y el conflicto matrimonial subyacente explican el olvido de la madre.

Cuando interrogamos sobre enfermedades, operaciones o traumas, consignamos en la historia no sólo la gravedad sino también la reacción

¹⁵ Cf. Capítulo IX, caso Patricia.

¹⁶ Cf. Capítulo XIII.

emocional de los padres. Es frecuente el olvido de las fechas y de las circunstancias de la vida familiar que acompañaron estos acontecimientos.

Quiero aquí señalar un caso muy llamativo de olvido donde puede verse muy bien cómo la intensidad de éste se debe a la gravedad del conflicto.

Me consultaron por un niño muy tímido de 7 años, que tenía inhibiciones de aprendizaje. En los antecedentes no figuraba nada que justificase la gravedad del síntoma. Cuando interrogué a la madre de Raúl sobre situaciones traumáticas en los primeros años de vida, la madre respondió que no recordaba ninguna. Durante el análisis del niño apareció un sueño cuyas características y repetición hacían pensar en la existencia de una situación traumática: "se veía en la cama rodeado de perros que a veces eran amenazantes perros lobos".

Meses después de la primera entrevista y luego de una marcada mejoría del niño en su rendimiento escolar, me llamó la madre para comunicarme que había recordado algo importante, algo que no comprendía cómo podría haber olvidado en la primera entrevista.

Cuando su hijo tenía 2 años fue destrozado por un perro que por su ferocidad estaba siempre atado pero que ese día se había soltado. El niño debió ser internado y ella puso como condición que se expulsase al perro antes de volver a la casa, pero como su marido estaba muy encariñado con el animal y le aseguró que nunca más volvería a desatarlo, aceptó retornar a la casa aunque no se cumpliera su exigencia. Dos años después, atraída por los gritos de su hijo viéndole nuevamente atacado por el perro quiso defenderlo sufriendo ella misma graves mordeduras en el pecho y cuello.

En situaciones menos extremas, pero traumáticas, como enfermedades, operaciones, caídas, se producen olvidos similares; por esta razón es frecuente que los datos que obtengamos en esta parte del interrogatorio sean pobres.

Las complicaciones que se presentan en las enfermedades comunes de la infancia son de por sí un índice de neurosis y es importante registrarlas en la historia.

Cuando preguntamos a los padres sobre la sexualidad del hijo suelen asombrarse por la pregunta, pero generalmente nos informan con facilidad sobre este punto, salvo cuando niegan cualquier actividad sexual del hijo. Trataremos aquí de averiguar lo que han observado al respecto. Y es este momento del interrogatorio el que nos depara las mayores sorpresas, no sólo sobre los conceptos del adulto con respecto a la sexualidad del niño sino sobre la forma de responder a sus preguntas. En los grupos de orientación tenemos muchos ejemplos de las graves dificultades que encuentran los padres para contestar la verdad.

La actitud consciente e inconsciente de los padres frente a la vida sexual de sus hijos tiene una influencia decisiva en la aceptación o rechazo

que el niño tendrá de sus necesidades instintivas. Lo que hoy conocemos sobre la vida instintiva del niño y sobre sus manifestaciones tempranas causa asombro a los adultos. Freud también causó asombro y rechazo cuando descubrió que el niño al mamar no sólo se alimenta sino que también goza. Afirmar hoy que un niño de un año se masturba o tiene erecciones y la niña conoce su vagina y que ambos sienten deseos de unión genital se opondrá a todo lo que hasta hoy se aceptaba sobre la vida de un bebé y también despierta rechazo.

Cuando preguntamos si el niño realiza sus actividades sexuales abiertamente y cuáles son, suelen responder que "descubrieron" o que "los espionaron"; menos frecuentemente las relatarán como hechos normales de la vida de un niño.

Hay padres que por un mal conocimiento de lo que significa la libertad sexual favorecen o impulsan a sus hijos a dichas actividades, o las comentan abiertamente como gracias o pruebas de precocidad.

Hay otros que creen que exhibirse desnudos o favorecer actividades como el baño junto con ellos o con hermanos es favorable para el desarrollo. Este tipo de padres suele anticiparse al esclarecimiento sexual y no esperar el momento en que el niño lo requiera.

El anhelo de unión genital del bebé —al satisfacerse sólo en forma precaria a través de la masturbación— es el motor que impulsa y pone en movimiento la actividad de juego. M. Klein pudo descubrir que detrás de toda actividad lúdica hay fantasías de masturbación¹⁷.

En cuanto a esta actividad los padres se sorprenden y generalmente no encuentran respuesta a nuestra pregunta sobre cuáles son los juegos predilectos del hijo. No sabemos si les asombra más que demos importancia al juego o si es que toman conciencia de lo poco que "ven" al hijo aunque estén todo el día con él. La descripción detallada de las actividades que realiza el niño nos sirve para tener una visión de su neurosis o de su normalidad. Freud descubrió que el juego es la repetición de situaciones traumáticas con el fin de elaborarlas¹⁸ y que al hacer activamente lo que ha sufrido pasivamente el niño consigue adaptarse a la realidad; por eso valoramos como índice grave de neurosis la inhibición para jugar. Un niño que no juega no elabora situaciones difíciles de la vida diaria y las canaliza patológicamente en síntomas o inhibiciones.

Las condiciones actuales de vida favorecen la moda de que niños desde muy pequeños sean enviados al jardín de infantes. En muchos casos cuando la vivienda es extremadamente pequeña o la madre trabaja, ésta puede ser una medida favorable para el desarrollo del niño, pero no cuando pudiendo y deseando permanecer en su casa siente que lo envían al jardín de infantes para desentenderse de él.

¹⁷ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños*.

¹⁸ FREUD, SIGMUND: "Más allá del principio del placer", tomo II, "Una teoría sexual y otros ensayos", pág. 285.

Cuando preguntamos a madres a qué edad los han enviado y cuáles fueron los motivos que las decidieron a hacerlo, vemos que en la mayor parte de los casos no se debió a una necesidad o deseo del niño sino a dificultades de la madre.

Es frecuente que la entrada al jardín de infantes coincida con el nacimiento de un hermano, y en ese caso, lejos de favorecer la elaboración de este acontecimiento, constituye un nuevo elemento de perturbación; en efecto, el niño en estas circunstancias vive más penosamente el hecho de que le han quitado el lugar que habitualmente ocupaba en la casa.

He observado que los niños que van desde muy pequeños al jardín de infantes, inician la escolaridad en peores condiciones que los que van a los 4 ó 5 años.¹⁹

La permanencia en el hogar, la participación en la actividad diaria, el disponer de un espacio adecuado para jugar libremente son las condiciones que favorecen el desarrollo del niño hasta los 4 ó 5 años. Las actividades en las plazas, en su casa, en la de amigos, satisfacen suficientemente la necesidad de contacto con otros niños.¹⁹

El ingreso a la escuela significa para él no sólo desprenderse de la madre sino afrontar el aprendizaje que en sus comienzos le despierta ansiedades similares a las que se observan en adultos con angustia de examen.

Durante el análisis de niños se ha comprobado que las inhibiciones de aprendizaje escolar y dificultades para ir a la escuela tienen sus raíces en los primeros años y que un niño que no ha jugado bien tampoco aprende bien. La gravedad de las dificultades de aprendizaje no podemos valorarlas a través de lo que los padres nos relatan. Es frecuente que un niño en apariencia muy buen escolar sea un niño muy neurótico con inhibiciones parciales que ni siquiera son percibidas por los padres.

En otros casos los padres pintan un cuadro en apariencia muy grave y se trata sólo de dificultades momentáneas o condicionadas por ellos mismos, como por ejemplo el haberlo enviado al primer grado a los 5 años de edad. Por eso es importante interrogar sobre la edad en que un niño ingresó a la escuela y la [facilidad o dificultad en el aprendizaje de lectura y escritura, así como si le causaba placer, rechazo o si mostraba ansiedad o preocupación exagerada para cumplir con sus deberes.]

c) El día de vida.

La reconstrucción de [un día de vida del niño] debe hacerse mediante [preguntas concretas] que nos orienten sobre experiencias básicas de [dependencia e independencia, libertad o coacción externas, inestabilidad o esta-

¹⁹ Además, salvo raras excepciones, el jardín de infantes es un lugar donde se juntan varios niños de distintas edades para que "molesten" lo menos posible; por lo tanto se los tiene continuamente ocupados en actividades que no siempre son las que más necesitan en ese momento.

bilidad de las normas educativas, del dar y recibir.] Sabremos así si las exigencias son adecuadas o no a la edad, si hay precocidad o retraso en el desarrollo, las formas de castigo y premio, cuáles son su capacidad y fuentes de goce, y sus reacciones frente a prohibiciones.

Esto nos permitirá una visión inesperadamente completa de la vida familiar y lo que registremos será una valiosa ayuda al ser comparado con la historia del niño. Desprestaremos inexactitudes, omisiones, y su causa. Es frecuente que en la historia no nos hayan dicho, por ejemplo, que existía un trastorno de sueño y en cambio en el relato del día de vida se hace evidente la descripción de un complicado ceremonial nocturno que los padres no han valorado como tal.

La descripción de los domingos, días de fiesta y aniversarios nos ilustra sobre el tipo y grado de la neurosis familiar, lo que nos permite estimar mejor la del niño y orientarnos en el diagnóstico y pronóstico del caso.

Cuando interrogamos sobre el día de vida, debemos preguntar [quién lo despierta y a qué hora.] Tratándose de niños mayores de 5 años, es importante saber [si se visten solos y desde cuándo; o bien quién los viste y por qué. Es útil conocer este primer momento del día para valorar la dependencia o independencia adquirida de acuerdo a su edad cronológica,] y la actitud de los padres frente a la precocidad o retraso en su aprendizaje. Todo esto es de un valor innegable porque nos da una visión certera de la vida del niño. Pueden creer que su hijo es independiente porque mantiene una cierta rebeldía y nos encontramos que paralelamente a esto les dan de comer en la boca, los visten o los bañan teniendo 7 u 8 años. Es mayor el conflicto cuando en oposición a esta dependencia patológica, le dejan salir solo o le impulsan a actividades por encima de su edad.

d) Relaciones familiares.

Cuando llegamos al punto final de la entrevista suelen sentirse ya poco dispuestos a hacer confidencias sobre sí mismos —como al principio— y en cambio inclinados a darnos una idea de su relación afectiva con el niño y de lo que éste significa para ellos.

Se comprende que muy poco podremos saber sobre las verdaderas relaciones entre ellos y nos limitaremos por eso a consignar la edad, la ubicación dentro de la constelación familiar, a saber si los padres viven o no, profesión o trabajo que realizan, horas que están fuera de la casa, condiciones generales de vida, sociabilidad de ellos y de sus hijos.

Es posible que sea necesario disponer de más de una hora para completar la historia, sobre todo para los principiantes, y conviene dedicársela, pues lo fundamental es que hayamos consignado todos los datos que podamos obtener de los padres antes de iniciar nuestra labor con el niño, sea ésta de diagnóstico o de tratamiento.

He señalado que debemos esforzarnos por conocer el máximo de

detalles sobre el síntoma: iniciación, desarrollo, mejoría y agravación. Mostraré a través de un caso la forma en que dirijo generalmente el interrogatorio.

Me consultaron por una niña de 2 años y medio, Elena. El motivo de la consulta era la evidencia de un marcado retraso en la marcha y el lenguaje y su aspecto poco despierto, perturbación que se acentuó en el último año. Había tenido una convulsión a los 11 meses y otra a los 18.

Aunque a la entrevista asistieron ambos padres, habló sobre todo la madre, y el padre intervino solamente si la madre o yo le pedíamos alguna aclaración. Como la madre tenía tendencia a la vaguedad, cuando insistí en que se explicara la naturaleza del retraso, le pregunté cómo caminaba la niña en la actualidad. Me respondió que no le gustaba nada caminar y que si la llevaba a pasear terminaba tomándola en brazos porque se cansaba. Recordó entonces que dio los primeros pasos alrededor del año, pero como no fue nunca muy activa, no manifestó placer en caminar y solía tenerla en brazos, aun cuando ya podía caminar. Tenía además tendencia a golpearse contra los objetos que encontraba en el camino y a tropezar y caerse. Cuando pregunté si había gateado me contestaron que no, en parte porque no manifestaba deseo y en parte porque a la madre no le gustaba que se ensuciase. Seguí el mismo criterio para interrogar sobre el lenguaje y le pregunté cómo hablaba en la actualidad. Señalaron que el trastorno era sobre todo en la articulación de las palabras, por lo tanto era difícil comprenderla aunque conocía el nombre de todos los familiares y de los objetos que la rodeaban y también nombraba adecuadamente muchas acciones. Cuando pregunté a qué edad había dicho la primera palabra la madre dudó, interrogó al padre y discutieron sobre el punto, lo que me hizo pensar que en ese momento del desarrollo hubo otros conflictos más importantes que el lenguaje mismo.

Les hice algunas preguntas con la intención de ayudarlos a orientarse en el tiempo y en el crecimiento de la niña, como: "¿era verano, era invierno, ya caminaba?" Las respuestas confrontadas con la fecha de nacimiento me hubieran orientado bien, pero en este caso no fueron aclaratorias; repitieron que fue una niña lenta y siempre demasiado tranquila, que no daba ningún trabajo, y cuando bebé "era como no tener niños" según manifestación del padre. Con estos datos, si bien no sabíamos cuándo había pronunciado su primera palabra y cuál había sido, sabíamos algo más sobre sus reacciones emocionales. Como en la historia estaba consignada la primera convulsión a los 11 meses —durante un episodio febril— orienté el interrogatorio hacia ese síntoma. El médico que consultaron no le dio mucha importancia y como le comunicaron que también sufría de pavores nocturnos recetó dos Epamines diarios. Recordaron también que en ese período solía tener frecuentes anginas y que fue durante una de ellas que se manifestó la convulsión. Pregunté si ese período de pavores nocturnos y episodios febriles no había coincidido con la

dentición y contestaron que quizá pero que no podían asegurarlo. No recordaron tampoco la fecha de aparición del primer diente. Pregunté hasta cuándo siguieron con el Epamín y si la convulsión se había repetido, y de esta pregunta obtuvimos un dato interesante.

La segunda convulsión se presentó a los 18 meses y se acompañó de la indicación del médico de aumentar la dosis de Epamín. Observó la madre que luego de esta convulsión la niña solía estar distraída y apática durante el día. También recordó que sufrió de trastornos intestinales y que el apetito disminuyó. Con todos estos elementos podríamos reconstruir en parte el cuadro de lo que había sido la vida de la niña hasta entonces.

En la segunda mitad del primer año no fueron satisfechas sus necesidades básicas de movimiento y descarga, a lo que se sumó el bloqueo provocado por el aumento de la dosis de Epamín cuando tuvo la segunda convulsión, frenando esto más aun su desarrollo.

El bloqueo interno y externo parecían haber sido el motivo de las dificultades de lenguaje y marcha, así como de los trastornos del sueño. Necesitábamos ahora buscar si hubo algo en especial que explicase la convulsión de los 18 meses.

Nos habían dicho los padres que la segunda hija tenía ahora tres meses; por lo tanto, confrontando los datos comprendimos que la convulsión coincidió con el embarazo de la madre. Preguntamos la edad en que se inició el trastorno de sueño —ya que había aparecido antes de la convulsión— y nos dijeron que el primer pavor surgió cuando tenía 7 u 8 meses. Preguntamos si en esa época dormía sola y contestaron que compartió el dormitorio con ellos hasta el nacimiento de la segunda hija.

Teníamos ya un panorama que nos confirmaba lo que solemos ver en los trastornos de sueño de esa edad: estimulación inadecuada, falta de movimiento, sobreestimulación por dormir en el cuarto de los padres. Quiero señalar aquí una vez más que aun cuando comprobemos orientaciones tan equivocadas como la que relato, nuestra actitud no debe ser nunca de censura y conviene siempre recordar que la finalidad de esta entrevista es lograr alivio de las tensiones de los padres y que somos desde el primer momento los terapeutas del niño y no los censores de los padres. Estamos allí para comprender y mejorar la situación, no para censurarla y agravarla aumentando la culpabilidad.

Una vez terminada esta entrevista, si los padres han decidido hacer solamente un diagnóstico, se les comunicará el día y la hora de la entrevista con el niño así como su duración. Si en cambio aceptan un tratamiento se le darán las indicaciones generales en las que éste se llevará a cabo, condiciones que detallaremos más adelante.

VI. El consultorio, el material de juego, el cajón individual; problemas técnicos que surgen de su manejo diario.

La habitación donde se psicoanaliza a un niño no precisa ser grande porque la técnica de juego no exige mucho espacio. Las paredes deben ser lavables y conviene que el piso esté recubierto de linoleum o flexiplast; debe disponerse de una plancha de amianto que se adapte a la mesa o al piso, ya que puede ser necesario que el niño juegue con fuego. Es óptimo si se dispone de un cuarto de baño comunicado con el de trabajo, de uso exclusivo del paciente, en el que haya un lavatorio con agua corriente, un inodoro, toalla, papel higiénico, un vaso y una o dos sillas. Si ese baño se usa fuera de las horas de trabajo hay que procurar que ningún objeto o cosmético quede a la vista o sea susceptible de ser encontrado por el niño. La puerta que comunica el baño con el consultorio no se cerrará desde el baño, para evitar cualquier dificultad innecesaria. Las puertas del consultorio que den al exterior se cerrarán desde dentro, deben ser dobles o de un material que impida que lleguen ruidos o conversaciones; hay que mantener en lo posible un clima de apacible aislamiento y sólo por un motivo muy excepcional podrá interrumpirse la sesión o permitirse que otra persona entre al consultorio; es conveniente tener un timbre de modo que pueda desde dentro pedirse lo que inesperadamente se necesite.

La mesa y las sillas serán cómodas y simples, suficientemente fuertes para resistir el desgaste. Es necesario un mueble con cajones en los que se guarde el material que dedicamos a cada paciente. Cada cajón debe quedar cerrado por su llave al final de la sesión, para ser abierto al comienzo de la sesión siguiente.

Será útil un pequeño y cómodo diván en el que el niño pueda recostarse y hablar, porque aun los muy pequeños llegan a necesitarlo y con mucha frecuencia lo piden aquellos que van acercándose a la pubertad.

El aspecto del consultorio debe ser por sí mismo la regla fundamental, sin que se explique al niño lo que debe hacer, por lo cual en la primera sesión los juguetes y objetos que le hemos destinado se colocarán sobre una mesa, preferentemente baja, de modo que al entrar tenga una visión completa de lo que le ofrecemos para comunicarse con nosotros.

Existe un material standard que satisface las necesidades de un niño

hasta 4/5 años y con pocas modificaciones sirve también para niños de más edad; cubos, plastilina, lápiz, papel, lápices de color, goma, goma de pegar, algunos muñecos pequeños, trapitos, tijeras, piolín, aytos, tacitas, platitos, cubiertos, cortaplumas y tijeras.

Además durante la primera entrevista pregunto a los padres con qué suele jugar el niño en su casa, y siempre que sea posible lo incluyo en el material de su cajón individual o en el cajón para diagnóstico.

Cuando observamos un niño para diagnóstico le ofrecemos un material de juego que guardamos en un cajón destinado a este fin. Forma parte del consultorio, pero debe quedar con llave en toda hora que no se use para ese fin. Lo abrimos sólo cuando recibimos un niño que viene para una hora de observación. Si ya se ha decidido su tratamiento, habremos preparado el material de juego y su cajón individual, al que sólo él y el terapeuta tendrán acceso, tal como lo hemos descrito.

Puede suceder que un niño venga para una hora de observación y algo más tarde decidamos analizarle; en ese caso solemos incluir en su cajón individual el material que utilizó en la primera hora, completándolo luego con lo que pensemos sea más adecuado para su edad.

La primera acción que realiza el niño y el tiempo que transcurre hasta que la inicia, nos enseñan muchísimo sobre su actitud frente al mundo; y el grado de inhibición de juego que manifieste es un índice de la gravedad de su neurosis. Veremos luego que la primera sesión es de una trascendencia muy especial, porque en ella el niño muestra cuál es su fantasía inconsciente de enfermedad y de curación y cómo acepta o rechaza nuestro papel de terapeuta. Al despedirse se le recordará el día y la hora de la siguiente sesión.

Desde este momento el terapeuta y su habitación se ofrecen receptivamente al niño y el cajón ya preparado es un símbolo de esta situación. que deberá mantenerse siempre.

El cajón individual cobra progresivamente enorme importancia, aunque no siempre esto se exprese abiertamente. Hay niños que durante meses no tocan un juguete¹, otros se empeñan en dejar todo afuera, como si no les importara tener o no tener algo para sí.

Acontece con frecuencia que un niño quiere llevar a su casa algo del material del cajón; esto debe ser evitado con la interpretación adecuada. Si no lo logramos, tratamos de hacérselo dejar sin violencia o podemos negarnos a su pedido señalando que todo eso es material para el tratamiento, y conviene dejarlo en el consultorio. Si de acuerdo al curso del análisis se considera muy útil, puede permitírsele —como excepción y no como norma— y señalándole por qué lo permitimos. A veces puede robarlo y esto será motivo de interpretación en la sesión siguiente.

¹ Cf. capítulo IX, caso Verónica.

También es frecuente que el niño traiga algún juguete u objeto de su casa, con lo que suele querer mostrarnos algo de la vida familiar de ese momento.² En ese caso se le dará libertad de dejarlo en el cajón, siempre que sea posible, o llevarlo nuevamente, interpretando el significado de una u otra decisión. Suelen dejarlo durante un tiempo y a veces definitivamente, incorporándolo al material que le hemos ofrecido inicialmente, lo que es por sí mismo muy revelador. Los niños que reaccionan así suelen vivir en un gran desamparo y satisfacen de ese modo su anhelo de transformar el consultorio en su hogar.

Otro problema práctico que indefectiblemente se planteará es el de si debemos o no reponer el material que incluimos inicialmente en el cajón del niño. Papeles, goma de pegar y plastilina, son, junto con el agua, elementos que deben estar siempre a disposición del niño.

Así como nuestra permisibilidad para que juegue con agua no debe llegar a que le dejemos inundar el consultorio, sino que regulamos el suministro de ésta —además de interpretar los motivos que lo impulsan a inundar— del mismo modo administraremos los otros materiales. Creo que en esto debemos diferenciar los juguetes de los materiales que, como el agua, deben estar siempre a su disposición. Su uso debe ser controlado por el analista y en líneas generales diría que si se utilizan adecuadamente deben estar siempre a su alcance, pero no si el niño los usa para una destrucción incontrolable. Por ejemplo, si un niño usa el block de papel para quemar, luego de observar suficientemente las características del juego, se le impedirá y se le interpretará el significado de usar algo expresivo y constructivo para hacer de ello materia inútil y destruida. Los niños sin grandes conflictos en el aprendizaje pedirán hojas de diario o inservibles si necesitan quemar papel. El uso inadecuado de ese material tiene el significado del maltrato a partes de sí mismo, del terapeuta y de su vínculo con él. Un niño podrá intentar tirar hojas de su block al inodoro, empaparlas y luego destrozarlas, apretujándolas para tirarlas luego dentro de su cajón o al suelo. Todas estas conductas deben limitarse oportunamente y ser interpretadas como pequeños suicidios.

Papel, lápices de colores y lápices, son los materiales con los que preferentemente se comunica un niño entre 6 y 12 años, y deben por lo tanto estar siempre a su disposición con tal fin; lo mismo acontece con la plastilina. Pero si un niño pretende usarla sólo para tirarla al suelo y pisotearla, lo observaremos hasta comprender su acción en relación con el o los juegos anteriores —a veces con lo que aconteció al iniciarse la sesión— y lo interpretaremos. Si se repite la misma actividad compulsivamente con el evidente intento de quedarse sin nada, lo frenaremos, además de interpretar. Supongamos que el juego previo a la destrucción

² Un paciente de Elizabeth Garma trajo una vez una cotorra, con lo cual introdujo el problema de que su madre hablaba demasiado.

fue modelar una cara que él juzgó que le había salido mal, el tirar y pisotear la plastilina será una forma de mostrarnos su impotencia o desconsuelo por sentirse incapaz de crear.³

Puede suceder que luego de interpretárselo cambie la acción; si por el contrario, ella continúa, dejarlo sin poner límites a su destructibilidad aumentaría su angustia y culpabilidad. Sería además un error interpretar esta conducta como agresiva, pues la aparente actitud sádica encubre aquí un profundo masoquismo y culpabilidad que lo impulsan a quedar despojado y destruido, siendo éste el punto de urgencia. Del mismo modo que si un niño pretende morirse, quemarse, arrojarse por una ventana, actitudes bastante frecuentes durante el curso del tratamiento de niños neuróticos o psicóticos, tomamos las medidas de precaución eficaces para evitarlo, sin dejar por eso de interpretar el acto que hemos frenado; igual debemos hacerlo con sus posesiones y con el vínculo que existe entre él y nosotros, a través de ellas.

Una niña de 6 años usó la goma de pegar para untar las paredes⁴: el material que siguió a la interpretación mostró que para ella vaciar el frasco de goma no era en ese momento un acto masoquista, sino que estaba ensayando las posibilidades de que "algo" sirviera para unir lo que estaba destrozando. Este acto significaba su ensayo de cómo podría arreglar dentro de ella las palabras rotas y la goma era una sustancia valiosa de la que debía disponer incondicionalmente; lo indicado entonces era llenar su frasco cada vez que estuviese agotado. Si en cambio sólo lo hubiera usado para untar, untarme o untarse en una forma masoquista, no se lo hubiera renovado.

En resumen, determinados elementos que se ofrecen al niño para facilitar la comunicación preverbal son básicos y deben ser renovados siempre que sean útiles para expresar algo. Evitamos la aniquilación de esas sustancias que simbolizan contenidos del paciente o del terapeuta así como el vínculo entre ambos, del mismo modo que lo preservamos a él. La reposición de otros materiales: autos, aviones, platos, etc., se hará siempre que el niño lo pida y que las circunstancias lo aconsejen. Desde ya es importante que el material que le ofrecemos sea simple y de buena calidad y en lo posible no frágil.

Supongamos que un niño organiza carreras de autos en las que compite con hermanos y destroza durante el juego uno de ellos; si pide que se lo repongamos es evidente que, además de interpretar, debemos accederle, de lo contrario puede sentir que consideramos irreparable la destrucción realizada.

Aconsejo en ese caso no sacar el auto roto aunque el niño pida que

³ Es un mecanismo señalado por Melanie Klein como típico de los niños pequeños; el objeto dañado que no se puede reparar se transforma en perseguidor y es necesario destruirlo.

⁴ Cf. capítulo IX, caso Verónica

lo hagamos. Además de interpretar por qué no soporta la visión de ese auto destrozado, que suele transformarse en acusador o perseguidor, le señalo la conveniencia de guardarlo. A pesar de todo el niño no acepta a veces esta medida por temor a la contaminación; en este caso separo el juguete del resto o lo guardo aparte, haciéndome cargo de ese conflicto del niño.

Invariablemente sucede que tiempo después lo reclama con la finalidad de arreglarlo él mismo o con mi ayuda. Si este mismo niño rompe un auto en cada sesión de su tratamiento, es evidente que no se lo seguiré reponiendo y nos dedicaremos a interpretar sus reacciones frente a esta frustración y los motivos que lo llevaron a la destrucción.

Durante el análisis de Esteban, de 8 años, se me planteó este problema en forma tan aguda, que aprendí mucho sobre el manejo de esta situación. Todo cuanto ponía en el cajón era destrozado inmediatamente al primer intento de usarlo para un juego. Durante semanas le repuse el material de acuerdo con su pedido, hasta que comprendí que era una conducta equivocada y que debía ponerlo frente a las consecuencias de su destructividad y ver qué hacía de sí mismo y de su relación conmigo.

Ese cajón con restos de juguetes, en desorden, sin nada que conservara su apariencia atractiva o que le impulsara a jugar era el cuadro de cómo se sentía a sí mismo. Aceptar su cajón en esas condiciones significó para él que lo aceptara tal cual era, sin exigirle el esfuerzo de mostrarse bien y sano. Agregarle cosas atractivas había significado para él que le exigía mostrarse como ellas, sin comprender que no podía hacerlo estando tan enfermo.

En este caso pude analizar en detalle el significado de conservar, romper, reponer, conservar lo roto, y uniendo esa experiencia a la de casos similares, llegué a la conclusión de que técnicamente no es conveniente reponer lo roto sino en la medida en que se muestra útil para la comprensión y expresión de un juego y que debe de todos modos mantenerse lo roto aunque el niño pretenda no verlo en el cajón. Este rechazo obedece a una necesidad similar a la del adulto que recurre a la negación de sus tendencias destructivas o de sus síntomas. Alejar del cajón lo destruido significa alejar de su mente el conocimiento de que hay algo destruido y enfermo en sí mismo, porque no se siente capaz de arreglarlo.

La presencia del objeto destruido es de suma utilidad técnica, ya que cuando surgen las genuinas tendencias de reparación, lo busca y se ingenia para arreglarlo. Es muy interesante observar en este sentido cómo el niño utiliza sustancias cada vez más adecuadas a sus tendencias reparadoras, desde la plastilina, que une débilmente, hasta la cola y el cemento, que unen definitivamente.

Las tendencias a reparar implican las subyacentes tendencias destructivas hacia el exterior o hacia sí mismo. La disminución del sadismo para conservar el objeto —amado o necesitado— es lo que nos da el

índice de mayor adaptación a la realidad y de capacidad de goce en la vida. ***

Al finalizar la hora guardamos los juguetes en su cajón —con su ayuda o sin ella— y le señalaremos:

- 1) ese material le pertenece; ✓
- 2) el cajón quedará cerrado con llave; ✓
- 3) nadie tendrá acceso a él en su ausencia y el terapeuta lo abrirá antes de iniciar la sesión siguiente; ✓
- 4) todo lo acontecido durante la sesión será mantenido en una reserva absoluta por nuestra parte; ✓
- 5) el horario semanal convenido; y ✓
- 6) que todo cambio o entrevista con familiares se discutirá con él y luego se comunicará a los padres. ✓

Daremos un ejemplo de esto, resumiendo la primera hora de una niña de 16 meses que había sufrido una convulsión. Como los padres me habían dicho que solía jugar durante horas con libritos de figuras, incluí unos cuantos en su cajón. En éste y en otros casos me ha llamado la atención la capacidad de la niña para encontrar rápidamente los objetos con los que podrá expresarse mejor.

Susana entró al consultorio con su madre, miró los juguetes pero no los tocó, hojeó los libritos en actitud similar a la de un adulto consultando un diccionario, y cuando encontró lo que buscaba me lo mostró. La lámina representaba a una niña algo mayor que ella con una manzana en la mano. Al mismo tiempo pronunció el nombre de una de sus hermanas, también algo mayor. Me mostró luego otra niña con un globo en la mano y todas las figuras que seleccionó tenían en común representar a una niña o a una mujer que poseía algo; a todas les daba el nombre de su hermana. Luego volvió a mostrarme la primera lámina. Colocó su mano izquierda ahuecada como pidiendo algo y con la derecha tomó el libro abierto en la primera imagen y lo sacudió dando pequeños golpes sobre su mano izquierda, como tratando de que los objetos cayeran en ella. Luego de repetir esto varias veces, me mostró su mano izquierda vacía y la figura que representaba a su rival con la manzana en la mano, mirándome de un modo interrogativo como pidiéndome una solución. Repitió lo mismo con todas las imágenes que me había mostrado, dando signos de impaciencia creciente después de cada fracaso. En esta primera acción me mostró su rivalidad con la hermana a la que veía poseyendo algo valioso mientras ella se sentía con las manos vacías. Su fantasía inconsciente de enfermedad era que a consecuencia de tanta frustración acumulada necesitó de la convulsión para descargar la rabia. Es posible que sin los libritos de figuras hubiera encontrado otra forma de expresarme lo mismo, pero indudablemente su presencia facilitó la comunicación. La notable capacidad del niño para expresar sus conflictos en un

lenguaje preverbal, nos ha llevado a la convicción de que no existe diferencia entre el análisis de niños y el de adultos.

Nos propusimos verbalizar horas de juego en las que el niño expresaba un determinado conflicto e inversamente expresar en lenguaje preverbal lo que un adulto verbaliza en una sesión de análisis. La experiencia resultó sorprendente porque fuimos adquiriendo la convicción de la identidad entre el análisis de adultos y el de niños y la semejanza de los conflictos básicos. Resultó muy ilustrativa la sesión de Alba, de dos años, cuyo conflicto central en ese momento era el temor de separarse de su analista porque éste se iba de viaje. Reaccionó con juegos en los que decidía seguirlo y viajar con él, o iba a impedirle el viaje reteniéndolo con seducciones o amenazas. En uno de esos juegos hace "boletos de viaje" con pedacitos de papel y se los pone al terapeuta en el bolsillo del saco. Este le interpreta que ante la necesidad de aceptar la partida se reasegura de que él tendrá boleto para volver. La angustia de perderlo y su rechazo a separarse de él los expresa en un juego en el que toda ella es un avión: con los brazos representa las alas y hace como si volase, lo que en el lenguaje de un adulto sería: "yo me voy contigo".

Este juego expresa un intento de negación maníaca de la separación y cuando fracasó este mecanismo se sirvió de otro en el que expresó su angustia de ser pequeña, no poder seguirlo o no poder alcanzarlo. Jugó entonces a que el terapeuta se iba en avión y ella era una lancha. Las distintas velocidades de estos medios de transporte hacían imposible el encuentro. Se le interpreta la rabia, celos e impotencia que provoca en ella el viaje del terapeuta y el no poder irse con él. Reacciona a la interpretación con una serie de juegos de seducción, con los que pretende retenerlo; baila, canta, se saca la bombacha, orina y defeca.

Cuando a través de las interpretaciones disminuyen los mecanismos maníacos y puede sentir pena y dolor por la separación, juega a subirse a un mueble y desde allí tirarse para que el terapeuta la reciba en sus brazos. Elabora así la partida y la esperanza de la vuelta; ella es el terapeuta que la recibe con los brazos abiertos. Tirarse del mueble simboliza el aterrizaje del avión y la llegada, el retorno y la reconciliación.

Confirmando esta interpretación, el juego que sigue al anterior es el de esconderse y que el terapeuta la busque o a la inversa⁵. Toda ausencia se sigue de un reencuentro y elabora así su angustia de perderlo y su ansia de recuperarlo⁶.

En los momentos en los que reaparecen los intentos maníacos de negar la realidad dolorosa, inicia nuevos juegos de seducción o de seguirlo pero esta vez se continúan con juegos depresivos de separación. Finalmente realiza un juego en que revisa su cajón, enumera sus juguetes y

⁵ Cf. capítulo II, nota 14.

⁶ FREUD, SIGMUND: *Más allá del principio del placer*, pág. 285.

los miembros de su familia como si hiciese el balance de lo que cuenta en la realidad externa e interna para soportar esa dolorosa separación.

Esta niña tuvo un precocísimo desarrollo genital, por eso sus fantasías de seducción tomaron tan abierto cariz de unión genital. El éxito del análisis⁷, que la llevó a la curación del síntoma —bronquitis asmática— se debió a que en la relación transferencial pudo elaborar la pérdida de sus objetos originarios y surgieron las defensas contra la depresión; disminuyendo el sadismo se incrementó su capacidad de reparar.

Era frecuente en esa época que la niña llegase a la sesión masticando caramelos o comiendo helados y ofreciese a su analista compartir estos alimentos. Técnicamente está indicado interpretar y no participar, porque estas "cosas de niños" tienen su equivalente en actitudes de adulto con la misma significación. Si el analista es afectuosamente comprensivo de lo que significa para el niño esa frustración y la interpreta, éste la elabora, la acepta y se siente comprendido. Una vez más tendremos que aceptar que la adaptación a la realidad es más temprana y firme en el niño de lo que habíamos supuesto.

Además, desde muy pequeño tiene una suficiente comprensión de las exigencias de la realidad, por lo tanto, si el analista es consecuente en sus actitudes diarias y cumple bien su papel de terapeuta, él se adaptará a la situación analítica y a sus frustraciones.

Muchas conductas como la relacionada con la comida durante la sesión y otras en las que el niño busca el contacto físico con el terapeuta, suelen tener el significado de destruir el tratamiento, de transformar el análisis en una situación familiar o social con lo que atacan el vínculo con el terapeuta y niegan el estar enfermos.

Es frecuente también que en algún momento del análisis el niño busque un íntimo contacto con el terapeuta y sea conveniente actuar del mismo modo que cuando nos agrede, interpretando su conducta, poniendo límites, derivando la acción a algo que nos represente. En algunas situaciones muy excepcionales he encontrado útil satisfacer algo más estas necesidades. No es raro que un niño intente atacarnos con las manos, los pies, con materia fecal y es de suma utilidad que sepamos derivar con la interpretación o con la acción un acto que si lo cumple puede determinar en él y en nosotros una situación demasiado incómoda y que si es permitida va a repetirse por culpa y odio. En el caso de un niño de 8 años, que atacó físicamente y con violencia a su analista, ésta⁸ le retuvo los brazos con fuerza actuando como un chaleco y se lo interpretó.

Durante el análisis de un niño de 2 años y medio debí recurrir a la fuerza física para detenerlo en un brote agudo de ansiedad en el que quiso maltratarse y finalmente tirarse por la ventana.

⁷ Realizado con Moisés Tractenberg.

⁸ Elizabeth G. de Garma.

Hay muchas otras situaciones en las que un analista de niños se pregunta ¿qué debe hacer cuando su instrumento de trabajo, la interpretación, se muestra insuficiente.]

[Creo que nuestra intervención limitadora está indicada siempre que veamos en peligro la integridad física del niño, de nosotros o del consultorio.] Es frecuente que niños entre 6 y 11 años y en especial los que sufren de enuresis necesiten o les sea imprescindible jugar con fuego. Debemos satisfacer esa necesidad pero poniendo nosotros las condiciones bajo las cuales lo hará y que signifiquen desde ya una total garantía para él, para el terapeuta y para no estropear innecesariamente el cuarto de trabajo.

Puede ser necesario incluir fósforos, un calentador o algo inflamable durante el análisis de un niño. Si éste es pequeño, elegiremos fósforos de madera que él podrá manipular sin peligro, si ya es mayor puede usar las cerillas comunes. Si le ponemos en su cajón un calentador o una lamparita de alcohol debemos elegir un modelo que funcione sin ningún peligro de explosión. El alcohol de quemar debe estar desde ya bajo nuestra vigilancia y custodia, y alejado del lugar donde el niño está jugando. Todo juego con fuego debe realizarse sobre una plancha de amianto, que cubra ya sea el piso o la mesa de trabajo, para evitar que se produzcan destrozos irreparables. A veces el niño quema papeles, algodón, plastilina y a veces hasta azufre⁹; debe entonces tenerse la ventana abierta para que ni él ni el terapeuta lleguen a una situación de tal desagrado que no se pueda continuar la sesión. No se debe llegar a ese extremo y en lo posible hay que [tratar de prever antes que llegar a prohibir.] Supongamos que un niño de 5 años ha traído de su casa pomos de pintura y además de pintar en sus hojas, quiere pintarnos el vestido, la cara o las manos. De ningún modo debe esto permitirse, porque es desagradable e innecesario. Como norma no incluyo en el material del niño ni acuarelas ni témperas, ni óleo; le ofrezco *fingers-paints* o lápices acuarelas, que cumplen la misma función de la acuarela sin las dificultades secundarias que ésta trae. Es conveniente que el analista use ropa que no lo limite en su actuación, por ejemplo, ropa que él valorice, alhajas u objetos que pueden perjudicarse. En cuanto al niño, se deja librado al criterio de la madre la ropa con que lo traiga a las sesiones¹⁰.

Algunos [analistas hombres] que tratan niños, se plantearon qué debían hacer, si un paciente les pedía que cosieran o tejieran algo.] En éste, como en todos los problemas planteados, se puede considerar la parte formal y manifiesta y la latente escondida tras ella. En el primer plano

⁹ Cf. PICHON RIVIÈRE ARMINDA ABERASTURY DE: "Algunos mecanismos de la enuresis". *Rev. de Psicoanálisis*, tomo VIII, N° 2, pág. 211.

¹⁰ En el caso de Verónica (capítulo IX) la madre le ponía un delantal de goma cuando jugaba con agua.

diremos que es frecuente que un hombre no sepa hacer ni una cosa ni la otra. En un plano más profundo sabemos que no es que no lo sepa hacer, sino que lo siente prohibido.

Para analizar a un niño un analista debe tener una serie de conocimientos que no le exige el analizar adultos, y entre ellos el saber aunque sólo sea rudimentariamente confeccionar ropa de muñecos o cualquier envoltura que reemplace a un vestido¹¹. Si consigue elaborar su angustia de castración y admite sus anhelos femeninos de tener un hijo, la habilidad para hacer lo que el paciente le pide surgirá espontáneamente.

Puede además adquirir una cierta habilidad manual aun cuando la angustia de desempeñar un papel tan evidentemente femenino sea todavía intensa. Puede no vencer nunca esa angustia y sentirse incapaz de enhebrar una aguja o de poner un pañal a un muñeco. En este último caso no parecerá indicado que siga siendo analista de niños, no tanto porque sea tan importante hacer un vestido para que el análisis se desarrolle satisfactoriamente, sino por lo que significa esa limitación como conflicto no resuelto.

Para ser analista de niños es necesario conocer y jugar suficientemente bien un número amplio de juegos: ajedrez, damas, canasta, tete-ti, etc.; deben conocerse los personajes y las historietas más leídas por los niños, lo que implica el conocimiento y el manejo de las revistas infantiles más conocidas, [recordar con detalles los cuentos infantiles ya clásicos y haber reflexionado sobre su significado.] Conservar además un suficiente placer por el juego y tener aún una agilidad que le permita afrontar sin demasiado esfuerzo el ejercicio que exige muchas veces la hora de un niño en análisis. Esto no quiere decir que si un día está cansado o simplemente no se siente con ganas de moverse sea inevitable hacerlo, pero lo que no se puede admitir como norma en un analista de niños, es que piense que puede analizar a un niño sentado en una silla como en el caso del adulto. El interés por la investigación, sobre todo durante el análisis de niños muy pequeños, me ha hecho sobrellevar más de una vez la fatiga o la molestia de un juego. Por ejemplo, en el caso de un niño de 18 meses que no caminaba y al que debía analizar sentada en el suelo, y siguiéndolo en sus afanes de movimiento. Pero no siempre acontece así, a veces puede parecer tedioso jugar durante sesiones a hacer comiditas y distribuir las entre los muñecos, pero en la medida en que progresamos en la comprensión del lenguaje preverbal y traducimos las acciones de juego en sus más pequeños detalles y las comprendemos, [resulta tan apasionante o más que escuchar el relato de un adulto.] Muchas veces la angustia ante la no comprensión de la activi-*

¹¹ Cf. estudios de Angel Garma sobre las vestimentas y las membranas fetales. "El origen de los vestidos". *Rev. de Psicoanálisis*, tomo VII, N° 2, 1949.

* } dad lúdica hace que el analista se limite a jugar y eso es sólo entrar en el juego pero no es asumir el papel de terapeuta.

* } Con frecuencia un niño pide que el material con el que ha jugado quede fuera del cajón sin que nadie lo toque hasta la sesión siguiente. En cada caso, este pedido tendrá un significado diferente que debe ser interpretado, pero además, no podemos acceder a su pedido porque si bien la angustia subyacente suele ser el miedo a un cambio, no puede imponerse a otros niños la visión de ese material, que despertará su curiosidad, quizás celos o rabia, complicando innecesariamente su vínculo con el terapeuta. Tampoco por él mismo podemos exponer sus posesiones que estarían en peligro porque no podríamos prohibir las reacciones que suscitarían. Interpretamos su necesidad de ponernos a prueba, de saber si lo defenderemos de su compulsión a ser despojado, atacado, o de su necesidad de exhibirse y despertar en los otros celos o envidia por sus posesiones. A veces este pedido oculta el deseo de que otros hagan lo mismo y ver así lo que tienen; en ese caso, cuando nos negamos, suelen insistir en que les abramos el cajón de otro niño para ver lo que tienen adentro. Tampoco podemos acceder a este pedido, que traería una cadena de complicaciones, de difícil manejo técnico y fundamentalmente le quitaría seguridad de que mantendremos su propio cajón en absoluta reserva. Sería similar a responder al pedido de un adulto que nos preguntase cuáles son los padecimientos de otro paciente que vio al salir o al entrar del consultorio.

Conviene estar siempre atento a los detalles que pueden haber motivado este pedido en niños que hasta entonces se manejaron bien con su cajón individual. Puede haber sucedido que ese mismo día vieron a otro paciente o percibieron un detalle nuevo en el consultorio o en el analista mismo y esto los inquietó porque no comprendieron su significado. A veces una mancha o raspón que estaba hace mucho tiempo lo descubren ese día, y quieren investigar quién fue el que nos dañó o maltrató. En cualquier caso lo importante es encontrar en el niño mismo y no en lo externo lo que determinó el pedido.

Muchas veces un niño que ha dibujado durante muchas sesiones pide que pongamos sus cuadros en las paredes como en una exposición. Imaginemos por un momento lo que podría pasar si accediéramos a este pedido. Alguien querría destruir todos los dibujos, enojado y celoso que le hayan ocupado un lugar que en ese momento debía ser sólo para él, puede querer despegarlos y llevarlos a su casa, puede dibujar otros y querer ponerlos encima de los anteriores para tapparlos. Desde ya que cualquiera de estos pedidos puede ser interpretado y prohibido o permitido, sin que esto sea un obstáculo fundamental para que se prosiga el tratamiento, pero traería siempre como consecuencia la tendencia a repetir situaciones similares complicando e interfiriendo innecesariamente su propio tratamiento y el de los otros. Si se considerase técnicamente

necesario acceder a pedidos así, no tendría sentido que ofreciésemos al niño un cajón individual y le asegurásemos la completa reserva de sus contenidos y tampoco tendríamos por qué cumplir estrictamente la consigna de que el acceso al cajón es sólo permitido al niño y a su terapeuta. Si se considera técnicamente necesario ofrecer a cada niño un cajón que sea sólo de él, es porque necesita para curarse la total posesión, sin interferencias, de algo que para él llegará a significar lo que fue su primitiva relación con la madre. Tampoco debe disponerse del material del niño para ningún otro, pues a veces un pedacito de trapo, un pequeño objeto, una maderita, tienen para él un valor afectivo enorme y se siente terriblemente despojado y engañado si se lo tocan o no se lo guardan.

A veces un niño no quiere irse una vez terminada la sesión; conviene entonces cerrar el cajón individual, despedirse de él y pedir a la persona que lo acompañó que entre a buscarlo. En el caso de niños mayores es bastante con cerrar el cajón. Este no debe quedar abierto en ningún caso. Si el niño escapa del cuarto sin cerrarlo es función del terapeuta hacerlo antes de la entrada de otro niño.

Quando vamos a interrumpir el análisis por vacaciones o por cualquier motivo, es conveniente recordarlo al niño con bastante anticipación y estar atentos a las reacciones que aparecen frente a la inminencia de la separación. Sabremos así muchos detalles sobre su forma de desprenderse de los objetos. Cuando un niño termina el análisis también conviene recordarle con anticipación la fecha acordada para la última sesión. No hay que suponer que lo sabe o que se lo dijeron los padres. Debemos tratarlo con él, y su decisión debe ser luego comunicada y consultada con los padres. Las cláusulas del tratamiento en su parte formal externa las hemos concertado con ellos, pero en lo profundo es con el paciente mismo que hemos aceptado el pacto analítico. Para decidir el final de un análisis tenemos que valorar el grado en que éste es un éxito. Podemos considerarlo terminado si han desaparecido los síntomas, si se han ampliado sus intereses, si tiene mayor capacidad de goce duradero y si ha equilibrado la dependencia e independencia con su medio ambiente. De todos modos suponer que un análisis es un seguro de salud mental y física para toda la vida es una utopía o un engaño. Las tensiones y maltratos que llegan a un niño desde el mundo exterior pueden superar lo que su yo es capaz de elaborar sin enfermarse y eso puede suceder aunque el análisis haya sido un éxito. Es exacto en cambio que un análisis en la infancia lo capacitará para desarrollarse mejor y uno de los grandes beneficios que experimentará será el incremento de su capacidad de juego y de aprender con goce y fácilmente; así como enfrentar los problemas con mayor eficacia.

Varias indicaciones técnicas se hacen necesarias para aclarar lo que significa el jugar del analista, la forma y el momento en que debe hacerlo. Cuando un niño nos pide que juguemos, el analista antes de realizar la

acción debe saber el papel que le toca jugar. Si está jugando a preparar comidas y el niño quiere que participemos, debemos preguntarle cómo es la comida que debemos preparar, cómo la debemos dar y cuándo. Aunque el niño no hable comprende muy bien lo que le decimos y se hace comprender en su lenguaje preverbal. Cuando se trata de un niño de más edad, puede explicarnos cada detalle del papel que nos asigna. Por ejemplo, si juega al colegio y nos toca ser alumnos, además de interpretar el cambio de papeles de adulto a niño, le pediremos que nos indique qué clase de alumnos somos, qué hacemos, qué queremos de él como profesor y qué quiere él como profesor de nosotros como alumnos. Si se niega o resiste a hacerlo es necesario formular la interpretación que le de nuevamente conciencia de enfermedad, de que somos sus terapeutas y no estamos jugando con él sino psicoanalizándolo. Sólo así podremos comprenderlo y ayudarlo. Se alivia cuando ponemos ese límite y le ratificamos nuestro papel de terapeutas cada vez que él lo elude.

Es indudable que para analizar un niño no basta un frío conocimiento de la técnica y de la teoría. Es necesario tener algo del placer que siente el niño al jugar, mantener algo de la ingenuidad, fantasía y capacidad de asombro que son inherentes a la infancia.

Así como un escritor tiene condiciones innatas pero además aprende su oficio, un analista no sólo debe conocer teoría y técnica del psicoanálisis sino tener ese don que considero no se puede transmitir ni enseñar pero sí desarrollarse notablemente con el análisis individual del psicoanalista. Esto se comprende si reflexionamos que su trabajo exige de él una gran capacidad de conexión y de expresión y ambas se desarrollan con un buen análisis.

En otro plano del aprendizaje podemos ganar mucha capacidad para aprender a formular la interpretación. Aconsejo a todos los que trabajan en análisis y en especial de niños, hacer verdaderos ejercicios de estilo que consisten en revisar una y otra vez el material y formular por escrito la interpretación y reformularla tantas veces como sea necesario hasta encontrar la que consideren ajustada. No quiere esto decir que estudiemos las interpretaciones para darlas, sino que debemos encontrar el método para lograr sin esfuerzo expresar lo que comprendemos y formularlo con un lenguaje adecuado al caso y a la edad del paciente.

Podemos comparar este aprendizaje con el que realiza el estudiante de música, cuando tiene que aprender a transportar una misma frase musical a distintos tonos mayores y menores o a los ejercicios de composición, que si bien no lo transformarán en un creador, le darán en cambio la posibilidad de dar buena forma a su inspiración.

Este estudio de la formulación no tiene que ser sólo escrito sino también oral, porque un analista debe acostumbrarse a oír sus interpretaciones y a tener capacidad de criticarse. Es frecuente que el analista

que lleva años analizando adultos y comienza a tratar niños, siente que le es más fácil después de esta experiencia formular interpretaciones y creo que esto se debe al esfuerzo que exige adaptar el pensamiento, que hasta hace poco considerábamos privativo del adulto, al lenguaje de un niño pequeño.

Es frecuente que al comenzar el trabajo con niños se experimenten sentimientos de molestia y pesadumbre cuando hay que aceptar que el niño percibe, comprende, expresa y juzga en un nivel tan cercano al nuestro. Una de las más fuertes frustraciones que hemos sufrido de pequeños es el no encontrar respuesta a nuestra curiosidad y más aún el no ser comprendidos cuando nuestra comunicación era preverbal o sólo rudimentariamente verbal.

Al interpretar a un niño de 16/18 meses y comprobar la facilidad con la que comprende nuestras palabras y el alivio que experimenta se hace evidente el error del adulto que no sólo habla cualquier cosa delante de él —porque piensa que no entiende todavía— sino que si el niño da signos de haber comprendido lo hace callar irritado o lo considera un niño excepcional. He analizado niños desde 14 meses y pienso que el perfeccionamiento de la técnica llevará a poder hacerlo con niños más pequeños.

En los tratados de técnica hasta hoy publicados no se menciona el problema de los honorarios en el análisis de niños¹².

En estos problemas como los hasta aquí planteados todo condujo a suponer que no existen diferencias entre el análisis de niños y el de adultos. Es obvio que el niño no puede afrontar el pago de su tratamiento pero esto no difiere de lo que acontece en toda su vida diaria y él tiene clara conciencia de la situación. Ningún niño, aunque muy pequeño, piensa o espera que le regalen algo en un negocio, sino que pide a sus padres que se lo compren. En éste, como en todos los aspectos de su vida, sabe que los padres o sustitutos pagan sus cosas y el tratamiento está incluido en este concepto de su vida. Para él, como para un adulto, puede llegar a ser un problema que las sesiones sean pagas, pero no es debido a su edad que el pago en sí es un problema. Es conveniente que el niño sepa que las sesiones se abonan en los primeros días del mes. Es mejor que, si sus conocimientos se lo permiten, haga él mismo el cálculo de las horas. En lo posible debe ser él quien entregue el dinero al terapeuta. Se comprende que si se trata de niños muy pequeños o

¹² En una carta que Melanie Klein me envió con fecha 27 de abril de 1945, se expresó así: "En relación con su primera pregunta —con respecto a su trabajo— yo le diría que de ningún modo se discutan los honorarios con el niño, pero está sobrentendido que al analista se le pagan honorarios. Es preferible que el niño no conozca el monto de los honorarios porque seguramente le parecerán exorbitantes. Los padres deben decirle al niño que es como pagar la escuela o alguna cosa así. De ninguna manera pienso que hay que hacerle creer al niño que al analista no se le paga."

muy enfermos deben tomarse las precauciones necesarias para que lo hagan sin riesgo de perderlo. Es notable cómo niños aún muy pequeños recuerdan a sus padres el pago de las sesiones o llegan diciendo que han reclamado el dinero o que ya lo pidieron. En su juego expresan sus fantasías inconscientes con respecto al pago, del mismo modo que un adulto lo verbaliza en la sesión en forma directa o enmascarada. Suele ser práctico sugerir a la madre, en la entrevista inicial, que entregue el dinero al niño en el momento de entrar al consultorio. Se observa que en la medida en que se hace responsable en otros planos, reclama aquí también el derecho a una mayor independencia.

El caso que expondré muestra cómo el niño conoce la relación que existe entre el número de sesiones y el monto de los honorarios y la dificultad o facilidad con la que sus padres afrontan ese gasto:

Mario sufre de fobias múltiples, de pavores nocturnos y de agresividad incontrolable que le dificulta su contacto con el medio ambiente. Tenía 7 años y medio cuando inició su tratamiento psicoanalítico¹³. La sesión que relataremos corresponde a la vuelta de las vacaciones luego de un año de tratamiento de 4 sesiones semanales.

Tomó plastilina y dijo que iba a hacer una bola con muchos pies para que no se caiga. Luego de reflexionar dijo que era muy difícil poner tantos pies y que en cambio haría un cañón para disparar. Como ese día —al entrar a la sesión— los padres comentaron que habían resuelto disminuir una sesión porque Mario estaba mejor y ellos tenían dificultades económicas, el terapeuta interpretó las patas múltiples como su necesidad de asegurarse de que no rodaría por la inseguridad que le causaba disminuir las sesiones y que esto además lo había enojado mucho —el cañón—.

Dijo que haría una bola con espinas por todos lados para que no la toque y a continuación dijo: “¿sabés cuánto es un cuarto?” Se le interpretó que preguntaba cómo le iría con un cuarto menos de sus sesiones y si esto no lo haría recaer en su síntoma más temido, la agresión incontrolable —la bola con espinas—.

Sacó dinero del bolsillo y dijo: “Es bastante, ¿no? En mi casa voy a hacer lo siguiente: voy a amarrar un piolín al techo y voy a subir y bajar. Pero ¿no le parece que va a ser difícil?” Es evidente que ante la dificultad económica surgió un intento maniaco de negar su impotencia y ofrecer su dinero, pero el juicio de realidad lo llevó a expresar que necesitaba crecer de golpe para afrontar el pago, pero que esto era tan imposible como treparse al techo con un piolín que no lo sostiene.

Me parece muy interesante este material donde se expresa: 1) El temor a recaer en el síntoma que más lo hizo sufrir; 2) la percepción de la necesidad del dinero para solucionar el problema; 3) la acepta-

¹³ Con Manuel Kizzer.

ción de su impotencia; 4) la inseguridad y el enojo que le causaba la disminución de las horas de tratamiento.

El niño que sabe lo que cuesta una sesión trata de no faltar, reclama minutos si le han faltado en su hora y se las ingenia para que no lo traigan con retraso a las sesiones. En ésta como en toda situación donde no se plantean claramente los problemas existe un engaño que es desfavorable para el afianzamiento de la relación transferencial y la continuidad del análisis.

Cuando Freud analizó a un niño de 5 años¹ y describió su actividad de juego, sus dibujos, sueños y ensueños, dejó los cimientos para la técnica del psicoanálisis de niños. Más tarde² descubrió que si un niño juega es porque necesita elaborar situaciones traumáticas. El análisis de niños confirmó estas conclusiones, pero aunque era evidente que los problemas fundamentales de un niño se expresan en este lenguaje preverbal, los tratados sobre el tema³ seguían afirmando que éste —a diferencia del adulto— no tenía conciencia de enfermedad ni voluntad de curación.

Mis conclusiones fueron diferentes, aplicando la técnica de juego. Encontré que ya durante la primera sesión —fuese ésta la iniciación de un análisis o simplemente de observación diagnóstica— aparecía la fantasía inconsciente de enfermedad o de curación.

Me propuse entonces investigar si el material del niño durante el tratamiento confirmaba lo que había mostrado en esa primera hora y llegué a la conclusión de que así era en todos los casos, corroborando la idea inicial de que el niño sabe que está enfermo y comprende y acepta el tratamiento. Con la técnica del juego,⁴ hechas las modificaciones señaladas, comprobé que el niño nos comunica desde la primera hora cuál es su fantasía inconsciente sobre la enfermedad o conflicto por el cual es traído al tratamiento y en la mayor parte de los casos, su fantasía inconsciente de curación.

Pienso que si surgen tan inmediatamente es debido a la presión del temor a que repitamos la conducta negativa de los objetos originarios que le provocaron la enfermedad o el conflicto. Junto a ese temor, evidencia el deseo que no seamos como ellos y asumamos un nuevo papel en el que le demos lo que necesita para su mejoría. Este proceso es vivido

¹ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia en un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*.

² FREUD, SIGMUND: "Más allá del principio del placer", pág. 285, tomo II, *Una teoría sexual y otros ensayos*.

³ FREUD, ANNA: *Psicoanálisis del niño*. Ed. Imán, Buenos Aires, 1951.

KLEIN, MELANIE: *Psicoanálisis de niños*. Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948.

⁴ La observación y utilización sistemática de la hora de juego para diagnóstico se realizó por primera vez en la Argentina.

por él como un nuevo nacimiento; la separación inicial de los padres y la entrada al consultorio suelen acompañarse de las ansiedades que experimentó al nacer.

El temor a la repetición de las experiencias con el objeto o los objetos originarios, obedece tanto a lo que aconteció con los padres reales como a su propia compulsión a repetir situaciones que lo dañan.⁵ En su fantasía de curación expresa el anhelo de cambio del mundo exterior real y su deseo de curar su compulsión a repetir dichas experiencias.

El temor de repetir su relación con el objeto originario es lo que nos transforma en alguien a quien y de quien se desconfió. El objeto originario cargado de frustración y miedo proyectado en el terapeuta, transforma a éste en alguien temido por el niño y de quien espera que adopte la misma conducta negativa de sus padres y lo ataque. Este objeto originario en sus aspectos amados —en cuanto lo ha satisfecho en sus necesidades— confiere al terapeuta los atributos necesarios para curarlo. Esta doble fuente de la transferencia debe ser interpretada desde el primer momento,⁶ pero como los dos aspectos están siempre presentes durante el tratamiento, la interpretación de su significado debe hacerse también en las sucesivas sesiones.

Es fundamental que desde el primer momento asumamos el papel de terapeutas porque esto ayuda al niño a ubicarse como paciente y a ir haciendo consciente lo que ha mostrado como fantasía inconsciente, para lo cual debemos interpretar la doble imagen y sus significados. Ya frente a los padres habremos aclarado nuestro papel de terapeutas del hijo y no de ellos, que confirmamos al no pedirles cambios en su vida familiar y anticiparles la reserva que mantendremos con las sesiones del hijo.

En la descripción del consultorio hice referencia al significado que tiene el cajón individual, describí el material que ofrecemos al niño y los problemas técnicos que surgen de su manejo. Este cajón individual que le ofrecemos al iniciar el tratamiento se constituye desde el primer momento en el símbolo del secreto profesional, del mismo modo que la palabra que damos al adulto —en la que confía— cuando inicia un tratamiento psicoanalítico.

Los casos que paso a narrar se refieren a primeras horas de juego para diagnóstico y primeras horas de tratamiento, en niños de distintas edades. En ellos destacaré en forma especial aquellos aspectos que configuran las jugadas de apertura, cuya importancia se hace evidente en el curso ulterior del tratamiento.

⁵ FREUD, SIGMUND: *Más allá del principio del placer*.

⁶ KLEIN, MELANIE: *Psicoanálisis de niños*.

Caso 1.

Roberto es un niño de 2 años, que padece desde los 18 meses de pavores nocturnos y tendencia al insomnio. Su desarrollo parece haber sido normal hasta ese momento. Luego de la primera entrevista con la madre, resolvimos que lo observaría durante una hora de juego, antes de decidir su tratamiento.

Se le informó que vendría a verme, que no era una visita pediátrica, que no le revisaría ni le daría medicamentos, sino que estaría una hora con él y le daría cosas para jugar, hablaríamos y trataría así de comprender el motivo de sus dificultades para dormir y el modo de aliviarlo.

Entró al cuarto de juego con su madre, que se sentó mientras el niño se acercaba a los juguetes que estaban sobre una mesa baja, y comenzó a jugar de inmediato.⁷ Utilizó platitos, tazas y cubiertos, iniciando un juego que duró alrededor de diez minutos y en el que representaba una alimentación placentera, sin apuros, adecuada, con cariño y estabilidad, según se iba deduciendo de los detalles del comer.

La interrumpió para pedirme que prendiera la luz. Tomó luego un platito, lo chupó y mordió con desesperación, dando índices de ansiedad creciente. Nos detendremos para analizar su conducta hasta ese momento.

El prender la luz y luego morder y chupar desesperadamente, después de un juego de alimentación y satisfacción adecuadas, permitió ubicar en la noche la hora de su síntoma, y nos dio una pista para investigar el motivo de su trastorno de sueño. Morder y chupar el platito con desesperación y la crisis de ansiedad inmediata a esta acción, mostraban cuáles podrían ser sus sentimientos en la noche, si le surgían tales deseos.)

Sabemos que el platito chupado y mordido existe como objeto real en el mundo exterior, pero representa también un objeto interno, símbolo del pecho introyectado que alguna vez fue externo. En ese momento al jugar, no sólo muerde y chupa el platito, sino también el objeto interno que lo ataca, su madre prohibidora.) En la sesión, yo, como terapeuta, repetía la prohibición interna, por eso abandonó el juego y tuvo ansiedad.

Ya sabíamos algo de lo que en la noche provocaba el pavor nocturno y el insomnio, las dos formas de trastorno del sueño por las cuales nos consultaron. La imagen de algo que muerde y chupa, proyectada, simbolizada y personificada por el platito, trajo como consecuencia la crisis de ansiedad.) Veíamos así cómo actuaban en él las defensas frente a las tendencias destructivas. El primer mecanismo de defensa frente a ella fue la expulsión, proyección y simbolización⁸ y luego vino la destrucción violenta del objeto cargado de destructividad, al que se teme como a

⁷ La inhibición para jugar es un índice de neurosis grave y se tiene muy en cuenta para el diagnóstico y pronóstico de una neurosis. Este niño evidenció una llamativa capacidad para expresar y elaborar en juegos sus conflictos, lo que fue de muy buen pronóstico.

⁸ FREUD, SIGMUND: *Más allá del principio del placer.*

un perseguidor.) Sigamos ahora con su juego y veamos cómo expresó nuevamente que este acto de chupar y morder se dirigía finalmente a su madre real tanto como a su madre interna simbolizada por el platito.)

Llenó el lavatorio de agua hasta que ésta rebasó y cayó al suelo, con las manitas empujó hacia la madre el agua que había caído, la pisó hasta empapar las suelas de sus zapatos, y caminó entonces sobre la parte seca del linoleum, dejando de este modo las huellas de sus pisadas que también se dirigieron hacia su madre. Cuando se agotó el agua en el suelo y en sus zapatos y observó que ya no dejaban huellas al caminar, volcó más agua repitiendo la actividad descripta, hasta conseguir que la última huella llegase hasta su madre.) Subió entonces sobre ella y la abrazó con un gesto envolvente, como si quisiera llevársela en los brazos. Al empezar el juego con agua y mientras llenaba el lavatorio y producía inundaciones exigió que lo tuviese de la mano, quedando excluida de esta acción su madre, que continuaba sentada en el cuarto de juego contiguo al baño.

Sabíamos ya que en la noche, solo o con la niñera, sentía ansiedad: su madre no estaba con él y necesitaba conocer el camino que lo llevara a ella.¹⁰ Estas huellas eran el símbolo de las huellas mnémicas de la buena imagen de la madre, que se borraban cuando el terror por la mala imagen lo inundaba.) Nos había comunicado el motivo del pavor y ahora expresó que necesitaba de mi ayuda para encontrar el camino que lo llevara hasta su madre cuando estaba aterrado en la noche.) Me señalaba además la necesidad de un suministro incondicional, al exigir de mí que no dejase ni un minuto su mano, mientras manipulaba el agua que le permitiría llegar hasta su madre.

Analizamos aun más esta segunda parte de su juego. Al rebasar el agua en el lavatorio, nos comunicaba también que se orinaba en la noche cuando tenía ansiedad. Estando su madre ausente acontecía en la noche que tenía ansiedad, se orinaba y necesitaba encontrarla. La forma envolvente del abrazo y su gesto de acurrucarse junto a ella reproducían la forma inicial de contacto corporal con la madre después del nacimiento, mostrando con ello que necesitaba volver al suministro incondicional —esta vez de su terapeuta— para curarse.) En éste como en otros casos, traspasar el límite entre el baño y el cuarto de juego simboliza el nacimiento y la forma en la que el niño lo traspasa nos enseña mucho sobre las características del parto y de sus primeros contactos con el mundo exterior.¹²

⁹ La universalidad de las figuras del hada y la bruja o del bueno y el malo en los cuentos infantiles se explica por este doble aspecto del objeto originario.

¹⁰ Las huellas perdidas y el dejar huellas duraderas para reencontrar el hogar abandonado o perdido, es tema de muchos cuentos infantiles.

¹¹ La madre que se borraba cuando el terror por la mala imago lo inundaba.

¹² Cf. capítulo XI.

La presencia de la madre en el consultorio facilitó la dramatización de la división entre buena y mala madre externa e interna, pero sin ella lo hubiera expresado utilizando al analista, un juguete, un objeto, o cualquier detalle del cuarto de análisis.

Caso 2.

Relataré ahora la primera hora de juego de un niño también de 2 años, que padecía de insomnio y *rocking*. Este último síntoma era tan agudo que por la intensidad, violencia y continuidad de los movimientos, fue necesario tapizar con almohadones la cuna del niño, amortiguando así los efectos de los golpes que se daba en la cabeza al golpearla contra los barrotes, y tapizar con alfombras el cuarto, de modo que el movimiento de la cuna se frenase algo, sin lo cual ni los padres, que dormían en el cuarto contiguo, ni la niñera que dormía con él, podían conciliar el sueño, por el ruido que producía la cuna al desplazarse y chocar contra las paredes o puertas del dormitorio. El insomnio era casi diario, siendo ineficaces los sedantes con los que trataron de evitarlo.

Hernán era el menor de cuatro hermanos, y el único con trastornos: los padres parecían profundamente unidos entre sí y con sus hijos. En el edificio en que vivían tenían su departamento tíos y tías, a su vez con hijos, habiéndose constituido una gran comunidad infantil en la que Hernán era "el enfermo".

De la entrevista inicial con los padres resaltaba un dato, el único que al parecer podría haber sido significativo en el síntoma. Nació 20 días antes de la fecha calculada, porque se indujo el parto adecuándolo a un día que resultase cómodo a la comunidad familiar. La madre se resistió al principio cuando el médico se lo sugirió, pero la presión de su medio ambiente y la confianza que le inspiraba su médico favorecieron el que se hubiese sometido. En un interrogatorio posterior comprendimos que si no pudo defender más a su hijo fue porque ese embarazo se produjo en un momento difícil y la complicó más que el de los otros hijos. En el desarrollo ulterior del niño no hubo al parecer otros trastornos y tenía un aspecto tan sano y agradable que era difícil imaginarlo con síntomas tan penosos.

Hernán entró con su madre y comenzó a jugar mientras ésta quedaba sentada cerca de él.¹³ Su juego¹⁴ consistió en distribuir los juguetes sobre la mesa, formando grupos de todo lo que le parecía semejante.

¹³ Como en el primer caso, se le había explicado adónde iría y para qué.

¹⁴ Llamará la atención que en este caso el material de juego es más variado y significativo que en otros. Corresponde a la primera época de la técnica de juego. Años más tarde comprendimos que no era necesaria tal variedad y era inconveniente utilizar juguetes muy similares a los objetos reales porque, por ese mismo parecido, inhibían parte de las fantasías. En cambio los más sencillos y poco significativos facilitan la proyección de las fantasías más reprimidas.

Cuando un grupo quedaba formado me decía "duermen". Puso gallinas con gallinas, cubos con cubos, pelotas con pelotas, plastilina con plastilina. El último grupo que formó fue de perritos: separó el más chiquito, lo puso en mi mano y me la cerró dejando dentro el perrito. Observó minuciosamente y con desconfianza mi mano, cerrándola cada vez más fuerte como si temiese que yo la abriera. Luego dijo: "Hacelo dormir vos."

¿Qué expresó con este juego? Cada grupo era una familia en la que todos dormían, pero en una de ellas —la propia— el más chiquito no dormía —su síntoma— y me encargaba a mí —la terapeuta— que le enseñara a dormir guardándolo dentro de mí. Ponerse en mis manos para que le hiciese dormir era aceptar la ayuda terapéutica, mostrar que la necesitaba. La forma en que puso el perrito en mis manos y las cerró herméticamente mostraba su fantasía inconsciente del por qué del síntoma y de la forma en la que podría curarse. Necesitaba volver al vientre de la madre, y que yo no repitiese lo que ella hizo, lo guardase seguro en mi mano, y en un nuevo nacimiento —luego de haber recibido de mí lo necesario— podría dormir.

La desconfianza y el miedo de que yo repitiese la conducta de la madre y lo dejase salir de mi mano se expresó en esa observación minuciosa y desconfiada con la que espía si mi mano guardaba el perrito que él me confió. Vemos que para el primer niño la vida estaba dividida en dos partes —antes y después del trastorno— y su vida diaria actual también lo estaba en antes y después de la noche. Por eso dividí la sesión en una parte de juego tranquilo y otra en la que todo fue invadido por la ansiedad. Prender la luz fue el límite de su vida placentera y luego de eso aconteció la irrupción del chupar y el morder, la angustia, el orinarse y la soledad por no conocer el camino de retorno al objeto. Este desconocimiento era la consecuencia de no haber elaborado la ansiedad depresiva, lo que fue impedido por el monto excesivo de tendencias destructivas, no canalizadas normalmente. El primero mostró que el miedo a perder a la madre provocaba el pavor nocturno, y el insomnio era una defensa frente al pavor. El segundo niño expresó en cambio su singular situación de ser diferente a todos los que le rodeaban por no poder dormir, y se puso "en mis manos para aprenderlo".

En los dos casos que he relatado, la hora fue de diagnóstico, derivando los niños luego a otra terapia.

Caso 3.

Estudiaremos la hora de juego de un niño algo menor, Adolfo —también con trastornos de sueño— cuya observación fue seguida de tratamiento con la misma terapeuta, lo que nos permitió confirmar la exactitud de las primeras conclusiones. Se trataba de un niño de 21 meses, que se despertaba angustiado en la noche y se pasaba a la cama de alguien, preferentemente a la de la madre. Sufrió también de un chupeteo compulsivo.

del pulgar y no había aceptado aún el orinal. El control de esfínteres se inició a los cinco meses. En ese primer intento, que coincidió con la iniciación del destete, se lo mantenía dos o más horas en el orinal. Como el aprendizaje fracasó lo abandonaron temporariamente, para reiniciarlo a los 11 meses, coincidiendo esta vez con la pérdida definitiva del pecho. Ya que en ese entonces se movía mucho y podía escaparse del orinal, lo mantenían atado, a veces más de dos horas.

La primera sesión que relatamos fue de observación, porque la madre buscaba que se la orientase en la educación de su hijo. El alivio que evidenció resolvieron a la madre y a la terapeuta¹⁵ a iniciar un análisis, no obstante no existir en aquel momento experiencia sobre el efecto de este tratamiento en un niño menor de dos años. Daremos primero la descripción de la hora tal como se desarrolló y luego analizaremos su significado.

A pesar de su corta edad no manifestó dificultad en separarse de la madre¹⁶, entró con la terapeuta y la madre quedó en la antesala. Lo primero que tomó fue un corralito y una cunita con un bebé dentro. Fue luego a la antesala a buscar a la madre y la trajo al consultorio. Se sentó en el suelo y se rodeó de la cuna con el bebé, del baño y de un aparador con vajilla, sentándose la terapeuta junto a él.

Indicó con alegría que un bebé estaba sentado en el inodoro, lo sacó y lo sentó repetidas veces. Luego intentó desvestir un muñequito cortando una cinta que le ataba la ropa, aludiendo posiblemente al haber sido atado al orinal cuando pequeño, y al conseguirlo suspiró con alivio y alegría. Para hacerlo pidió ayuda a la terapeuta, y también para quitar el mosquitero de la cuna. Le dio de comer al muñequito, lo tapó y luego le pegó una paliza. Desnudó otro bebé y lo puso junto al primero, diciendo que eran él y la nena. Prestó atención al agua que goteaba del lavatorio y dijo "agua", luego de lo cual la terapeuta abrió más la canilla y él lavó todo lo que tenía alrededor y secó luego con un trapo. Bañó un bebé, lo envolvió, lo meció junto a su pecho, lo acostó y tapó. Derramó el agua, se afligió y secó en seguida con el trapo. Observó la plastilina y tomó luego lápiz y papel tratando de dibujar. Se levantó y llevó la silla y la mesa al centro de la habitación¹⁷ y se sentó, pidiendo a la terapeuta que se sentase en la otra silla. Volvió a lavar y luego fue al diván en el que había juguetes y tomó una nena sentado en un pupitre y la bañó. Como era la hora y le señalaron que debía irse, se tiró al suelo negándose a hacerlo, aceptando irse cuando se le indicó que volvería al día siguiente.

El que haya entrado sin su madre no obstante ser tan pequeño era

¹⁵ Elizabeth G. de Garma.

¹⁶ Esta reacción, frecuente en niños autistas, es índice de serios trastornos afectivos.

¹⁷ Eran muebles pequeños y livianos.

índice de que recurría con intensidad poco frecuente a la negación de la realidad como defensa ante una creciente angustia. Fue así que Adolfo negó al principio la realidad de que esa era una situación nueva y por tanto temida, así como el sufrimiento que le imponía separarse de su madre. El corralito con el que jugó inicialmente y del que sacó al bebé simbolizaba la prisión, el cerco, la limitación que sentía en su desarrollo —por las molestias que luego nos mostraría— y también la necesidad de salir de ese encierro. Por eso en el juego que siguió detalló sus dificultades de acuerdo a su urgencia.

Si esta sesión hubiera sido verbalizada por un adulto nos hubiera dicho: "Tengo síntomas molestos que me coartan y dificultan en la vida y vengo a que usted me libre de ellos." Luego de ese planteamiento inicial, enumeraría sus molestias, espontáneamente o porque se lo pediríamos, y esto lo que hace Adolfo con sus juegos. Cuando volvió al consultorio se rodeó de la cuna con el bebé —su trastorno de sueño—; el baño —su conflicto con el control de esfínteres— y el aparador con la vajilla —sus conflictos orales que le llevaron al chupeteo del pulgar—. Manifestó alegría cuando vio un bebé en el inodoro y jugó a levantarlo y sentarlo en él, repetición que mostraba los sucesivos intentos que realizaron para que adquiriera el control, así como su necesidad de hacer activamente lo que había padecido. Por eso se muestra tan feliz cuando vence el temor y el bebé acepta el orinal.

En el juego parecía que de todos sus síntomas el más dominable era el del control, ya que pudo manejar solo esa actividad¹⁸, pero no así con el desvestir y el sacar el mosquitero, actividades para las que pidió ayuda al terapeuta. Pedirla tenía el significado de que se le ayudase a liberarse de algo que él solo no podía, quitarse la madre de su interior, que lo molesta y coarta.¹⁹ El mosquitero era el símbolo de las angustias que lo envolvían en la noche. Otro factor que se nos muestra relacionado con la angustia en la noche era el temor a la gran paliza, que él da al muñequito una vez acostado.

El resto del juego se refiere al control de esfínteres, el gotear como pérdida de la orina y el limpiar como adquisición del control. En el mismo sentido podemos interpretar lo que su analista señaló y era la preocupación no frecuente a su edad, de poner en su lugar cada objeto luego de haberlo usado.²⁰

En cuanto a la inclusión de la niña y el pupitre en el fin de la

¹⁸ Es interesante señalar que luego de esta hora aún sin interpretaciones el niño aceptó sentarse en el inodoro y continuó aceptándolo. Fue esta reacción la que alentó a la madre para iniciar el tratamiento.

¹⁹ GARMA, ANGEL: "El origen de los vestidos". *Rev. de Psicoanálisis*, tomo VII, Nº 2, 1949.

²⁰ La aparición temprana de mecanismos obsesivos es índice de empobrecimiento del yo y se muestra frecuentemente en casos en los que el control de esfínteres fue temprano. Cf. *Neurosis obsesivas*.

hora mostraba su afán de ser mayor —la hermana tenía 6 años— y adquirir conocimiento, lo que se comprende mejor conociendo las circunstancias de su vida en la que los adultos que lo rodeaban no le explicaban las cosas claramente por considerarlo muy pequeño.

Ser tratado con cariño, alimentado y así crecer y conocer bien las cosas parecía ser su fantasía de curación. Cuando llegó el fin de la sesión su anhelo de quedarse con la terapeuta nos mostró hasta qué punto este niño necesitaba el tratamiento y había sentido alivio al expresar sus conflictos con ese lenguaje preverbal.

Casos 4 y 5.

Expondremos dos casos que juzgo de especial interés por tratarse de niñas de casi la misma edad —alrededor de 2 años— que estaban bajo la presión de una labor de duelo reciente. La primera había perdido a su hermano y la otra a su madre. Las dos sesiones fueron realizadas a distintas horas, en el mismo consultorio, con la misma terapeuta²¹ y disponiendo del mismo material de juego, que cada una de ellas usó de un modo diferente para expresar su conflicto básico.

Ana fue traída a la consulta por presentar insomnio desde hacía varias semanas; la situación desencadenante de este síntoma fue la muerte de un hermanito de tres meses, acaecida en la noche. La madre había dado a luz hacía 3 meses y medio a dos mellizos prematuros, ambos varones, que nacieron antes del séptimo mes de embarazo. Uno de ellos falleció al nacer, en tanto que el segundo sobrevivió a costa de grandes esfuerzos hasta el tercer mes. A esta edad ya compartía la habitación con Ana y la niña había sido testigo del momento en que el padre al entrar al cuarto descubrió que su hijo estaba muerto en la cuna, en la que le habían dejado con vida pocas horas antes. Después de ese episodio sumamente dramático comenzó el síntoma que motivaba la consulta, el insomnio, que fue precedido por un episodio de pavor nocturno.²²

Antes del parto la madre había tenido que hacerse cargo del cuidado de sus sobrinos y del suegro, además de atender a su hijita y ocuparse de su embarazo. Esta circunstancia provocó en Ana un sentimiento de desamparo y abandono, reforzado luego por las circunstancias del parto, y las características de los meses que siguieron, en los cuales los padres tuvieron tanta preocupación con el niño prematuro y debieron ocuparse intensamente de él.

La hora que relataré fue observada pocos días después de la muerte del niño y la terapeuta fue la misma que llamaron en consulta cuando nacieron los prematuros.

El cajón de juguetes preparado para la hora de juego contenía además

²¹ Susana L. de Ferrer.

²² Cf. capítulo XIII.

de cubos, pelotas, aros, platitos, tazas, un pequeño muñeco. El juego de la niña consistió en arrojar fuera todos los contenidos del cajón, reteniendo tan sólo al pequeño muñeco, al que trataba de colocar en la palma de la mano de la terapeuta repetidas veces, abriendo y cerrando la mano para colocarlo y luego para retirarlo. En determinado momento, dejó caer el muñeco, luego de lo cual evidenció un gran pánico, se orinó en el consultorio y espantada por lo acontecido prorrumpió en intenso llanto. En ese estado salió corriendo del consultorio en busca de su madre, que la aguardaba en la sala de espera.

La niña repetía en esta hora de juego la situación traumática por la que habían pasado sus hermanos, con quienes se identificaba y el síntoma era la consecuencia de esta identificación; tenía miedo de que en sueños le pasase lo mismo que a ellos. Pedía que la terapeuta guardara el muñeco en la mano así como hubiese querido que fuesen alojados sus hermanos por más tiempo en el vientre de su madre, y protegidos ambos de la muerte. La caída del muñeco y en general el dejar caer como no proteger, expresaba la pérdida tal como había sido el parto prematuro de la madre. El hecho de orinarse en el consultorio tenía el mismo significado y según pudimos comprender más tarde, traducía también la ansiedad que en ella había despertado el ver a su hermano reiteradamente sobre el catre o la mesa, cuando le cambiaban los pañales, en situación de peligro porque al estar solo podía haberse caído. Además el padre verbalizó más de una vez delante de ella el miedo de que esto aconteciese y la necesidad de tomar precauciones. La niña temía que los mismos peligros por los que pasaron sus hermanos se repitiesen con ella, con iguales consecuencias definitivas. Al no dormir vigilaba y controlaba los peligros de los que se sentía rodeada, y que habían provocado el pavor.

Su fantasía de curación era sentirse suficientemente protegida como para ahuyentar el peligro, por eso hacía que la terapeuta protegiese al muñeco guardándolo en la mano cerrada. Esta niña conocía la verdad con respecto al destino de sus dos hermanos, pero aún no había hecho consciente la relación del síntoma con su temor a seguir el destino de ellos. Su tratamiento psicoanalítico debía mostrarle la realidad de la muerte de éstos y llevarla a elaborarla, así como a aliviar las ansiedades subyacentes que la hicieron reaccionar con el insomnio. Este síntoma se explicaba por la necesidad de mantenerse alerta a fin de que no le ocurriese lo que a sus hermanos.

La otra niña cuya hora de juego describiremos a continuación y a la que llamaremos Luisa, contaba también dos años de edad. Para su primera hora de juego, a la que fue citada el mismo día que Ana, se le ofreció el mismo cajón de juguetes, con los mismos contenidos, pero su juego fue absolutamente diferente. Vació el cajón sin interesarse para nada en los juguetes y su esfuerzo se orientó en todo momento a poder penetrar dentro de él, lográndolo al fin. Una vez acomodada pidió que

se le pusiese la tapa. Permaneció así durante un largo rato y en silencio,²³ pidiendo luego ayuda para salir del cajón. En cuanto lo consiguió salió corriendo del consultorio en busca del padre, lo trajo de la mano desde la sala de espera y se paró con él delante de la puerta. Allí percibió un arcón de madera oscura, muy tallado, cuya tapa pidió que levantasen a fin de poder explorar su contenido, mientras preguntaba qué había dentro.

Conociendo la historia de la niña comprendemos el significado de este juego. Su madre había fallecido hacía un año, luego de seis meses de grave enfermedad a raíz de lo cual Luisa fue trasladada a casa de la abuela, donde pasó los últimos meses de enfermedad de la madre. No se le habló de todo esto por considerársela demasiado pequeña para comprender la muerte y sus problemas, y tampoco se le dijo la verdad en los días en que su madre estuvo tan grave. El padre de la niña, cuando falleció la esposa, fue a vivir también en la casa donde estaba su hija y tanto él como la abuela guardaron silencio sobre todo lo acontecido. Al año del fallecimiento de la esposa, el padre vislumbró la posibilidad de volver a casarse y esta decisión incrementó en la niña dificultades que ya existían: inhibición de juego, complicaciones en la rutina diaria y con el medio ambiente, siendo éstos los motivos de la consulta. Las características de su juego mostraban que el interés más vivo de la criatura era que se le dijese la verdad, con respecto a algo que ya conocía en el fondo y que era la muerte de su madre. Sus esfuerzos por develar este misterio se expresaron en el juego de meterse en el cajón, donde a través de la identificación con la madre —colocarse en el cajón y pedir que se le pusiese la tapa— trataba de experimentar lo que se sentía dentro. También el hecho de pedir que se levantara la tapa del cajón y que se le ayudase a salir de él era su forma de expresar el deseo de salir de ese conflicto, lo que no podía hacer sola. Sus dificultades estaban íntimamente ligadas con esa verdad que le fue prohibido conocer, aunque sí padeció las consecuencias, ya que no volvió a ver a su madre. Para curarse necesitaba estar esclarecida sobre el destino de ésta —conocer el contenido del arcón—. Era lo que esperaba del tratamiento, el conocimiento de la verdad para ella y para su padre, al que hizo volver al consultorio y delante del cual interrogó sobre el arcón-cajón.]

Caso 6.

Virginia es una niña de dos años y medio, que presentó desde los tres o cuatro meses bronquitis espasmódicas febriles, cuadro que se repitió con mucha frecuencia, acompañado de anorexia, pérdida de peso, marcado decaimiento general e intensa palidez. Apenas repuesta volvía

²³ La identificación con el objeto perdido es una forma de elaborar la pérdida.

a repetir el mismo proceso casi sin intervalos de bienestar. Se le hicieron siempre tratamientos con antibióticos y sintomáticos, sin conseguir mejorarla. [El cuadro se presentó por primera vez cuando tenía tres meses, coincidiendo con el destete y con un desastre económico de los padres y amenaza de separación.] Cuando éstos consultaron al terapeuta²⁴ éste les advirtió que no podía tomarla en tratamiento, pero que la vería para hacer un diagnóstico y derivarla a otro.²⁵ Por lo tanto no interpretó.

Puso a su disposición los juguetes que correspondían a su edad y agregó algunos otros que le parecieron útiles después de la entrevista inicial con los padres.²⁶ Virginia llegó acompañada por la madre quien le había explicado previamente el motivo de la consulta. Era pequeña para su edad, pálida y delgada, sus ojos grandes e inexpresivos recordaban el rostro de una muñeca. Reclamó los chiches de los que le había hablado su madre y se separó de ella para entrar al consultorio sin expresar ninguna emoción, conducta que en una niña tan pequeña indicaba un serio trastorno en los afectos. Necesitaba negar las ansiedades depresivas que le provocaba la separación de su madre y las ansiedades paranoides que normalmente despierta toda situación nueva; la debilidad de su yo hizo que para enfrentarlas recurriese a una intensa negación.

Tomó un tenedor, un autito y un avión, balbuceó algo y tomando una cucharita dijo: "cucharita"; luego tomó un cuchillo y susurró: "cuchillo", poniendo después todos los cubiertos cerca de ella. Tomó un avioncito y dijo: "mi mamá viene a buscarme", y al terminar esta frase se apoderó de un avión rosado, le miró las ruedas, se las mostró al terapeuta, las hizo girar y lo movió hacia atrás sin soltarlo de su mano.

Nos detendremos en este momento de la sesión para analizarla en detalle. El balbucear algo incomprensible, luego pronunciar claramente cucharita y de un modo menos claro cuchillo, fue su forma de expresar que hay [cosas que conoce bien, otras no muy bien y que algunas le son incomprensibles.] Siendo la situación terapéutica desconocida para ella, parecía que lo que no entendía era lo que pasaba allí entre ella y el terapeuta y al actuar de ese modo trataba de hacerle comprender cómo se sentía confundida. La angustia frente a esta situación nueva la lleva a probar la realidad de si puede disponer de todo lo que hay, por eso toma los cubiertos y los pone cerca de ella. Asegurada de que puede disponer de los juguetes, toma un avioncito que por la asociación verbal siguiente utiliza para personificar a su madre. La primera asociación: "mi mamá viene a buscarme", es expresión también del temor de que no acontezca así, reapareciendo aquí la ansiedad que negó al separarse de ella sin afectos.] Esto se confirma cuando muestra el medio que tiene

²⁴ Jorge Rovatti.

²⁵ Moisés Tractemberg.

²⁶ Dos avioncitos, dos autitos, dos tazas, un espejito, dos juegos de cubiertos, un ovillo de hilo, tijeras, tres barras de plastilina.

el avión para desplazarse, las ruedas. Se siente abandonada por su madre y teme que no la venga a buscar.²⁷ La intensidad de la angustia negada al comienzo, vuelve a expresarse en el juego siguiente, donde intenta mágicamente negar el haberse separado al hacer volver el avioncito hacia atrás, desandando lo andado.

Sigamos ahora analizando su juego: Aparea dos avioncitos, uno rosado y otro celeste, y frente a ellos pone un auto blanco. La elección del color, la forma en que los coloca y las relaciones espaciales entre ellos permiten suponer que el blanco la personifica a ella simbolizando uno de sus síntomas —la palidez— y los otros dos a sus padres. En su juego el auto blanco está enfrentado con la pareja de sus padres unidos. Sabemos que la situación traumática más intensa en el conflicto edípico es la de ser el tercero excluido. Si pensamos que los aviones representaron a los padres unidos no es sólo porque los ubicó en pareja sino porque eligió uno rosa y uno celeste, colores que en nuestro medio simbolizan comúnmente lo femenino y masculino. Si aceptamos que el juego tiene el valor de una asociación verbal, podemos decir que Virginia asoció el abandono que experimenta cuando su madre se va al que siente cuando sus padres están juntos.

Luego toma el autito blanco, lo acerca a otro, toma los dos y los hace rodar juntos mientras dice: "los autos". Los levanta, los enfrenta, los superpone y los separa, para tomar luego el blanco manteniéndolo en la mano y haciéndolo ir hacia adelante y atrás sucesiva y rítmicamente. Los hace rodar a los dos juntos, de tal modo que el blanco queda más adelante, los aparea nuevamente, los toma juntos, pronuncia palabras que no se comprenden mientras pone en contacto las ruedas de uno con las del otro. Dice: "los aviones", los junta y los une a los dos autos. Durante este juego el terapeuta ha permanecido sentado en el suelo contra la pared y Virginia delante de él. Nuevamente las configuraciones espaciales y el hecho de que el autito blanco la personificó previamente a ella, hacen pensar que estos autitos eran en ese momento ella y el terapeuta teniendo una relación que no acaba de comprender, cuya característica es la de moverse rítmicamente, con intervención de las ruedas como símbolo de las partes bajas del cuerpo —los genitales—. La última parte de este juego, cuando forma las dos parejas, es la síntesis de la misma situación, en la que insiste en parte por falta de interpretación y en parte porque es una de las características del juego: repetir los puntos de urgencia. Nos ha comunicado que para compensar el abandono realiza con el terapeuta —y antes con su hermana— lo que los padres hacen cuando están juntos y ella está sola.²⁸

²⁷ Cf. caso 3 de este capítulo.

²⁸ Esta niña sigue su tratamiento y en el material actual aparece con claridad que una de las soluciones a la envidia edípica fue el acoplarse a su hermana, con la que realizaba juegos sexuales de carácter compulsivo.

Continuaremos ahora el relato de la sesión: toma una taza, un plato, coloca la taza boca abajo y luego modifica la posición, colocándola boca arriba. Con un cuchillo y un tenedor hace como si comiera, toma dos cuchillos y los afila uno contra otro, luego toma el tenedor, deja la cuchara y teniendo en una mano el autito rosa, lo mueve rítmicamente de adelante hacia atrás, repetidas veces, dejando al autito blanco detrás de ella. Levanta el avioncito celeste y dice: "aquí está". Toma la taza y el plato, bosteza, y los coloca al lado de los cubiertos. Pone el avión celeste entre las piernas y lo hace subir por los muslos hacia los genitales; coloca el celeste en un muslo y el rosa en otro. Luego coloca el celeste del lado de los cubiertos y el rosa del lado del auto rosa. Estudiaremos este fragmento de sesión en detalle. Poner la taza boca abajo sobre el plato y modificar eso poniéndola boca arriba, es un gesto que corrientemente puede expresar que está vacía. Colocarla luego en una posición receptiva, en la que se le puede volver a poner algo, es un modo de decirnos que está dispuesta a que se la llenen otra vez, siendo su asociación siguiente tomar un cuchillo y un tenedor y hacer como si comiera. La taza es el símbolo del pecho que quedó vacío y pide al terapeuta que se lo llene de nuevo, por eso junta los cubiertos y finge comer. Repite así en este fragmento su pedido de que el terapeuta la acompañe y la alimente y la llene en sus genitales²⁹, modificando la imagen de vaciedad que parece ligada a sus objetos originarios. Los cuchillos que se afilan haciéndose cortantes simbolizan los dientes a los que parece atribuir la pérdida del pecho. Además del incremento de la agresión oral provocada por la pérdida del pecho, sus deseos de morder hacen pensar que la aparición de los dientes estuvo muy ligada con el destete, aunque la madre no dio datos al respecto.

Si consideramos lo que es el desarrollo de un niño, podemos deducir que la pérdida precoz del pecho condujo a Virginia a un temprano interés por los genitales, lo que en el material se representa por el auto rosa que se mueve rítmicamente, se acerca al avioncito celeste —que representa al padre— y lo lleva a sus genitales. La taza y el plato que deja del lado de los cubiertos significa que en su inconsciente liga el pecho con los alimentos y los dientes. La búsqueda de unión genital para reemplazar la pérdida de la relación oral se expresa cuando pone el avioncito entre las piernas y tal como acontece desde el momento de la aparición del padre en el complejo de Edipo, muestra la fluctuación entre padre y madre, colocando el avioncito que simboliza a la madre en un muslo y el que simboliza al padre en otro, hasta acercarlo a los genitales. Por contacto se identifica con la madre y necesita al padre como objeto de gratificación, buscando incorporarlo por la vagina. Este intento fracasa

²⁹ Cf. el concepto de fase genital previa en el capítulo IV.

porque dicha unión está cargada de la peligrosidad que acompañó la ruptura abrupta de la relación boca-pecho.

El material que sucede al anterior consiste en pinchar ambos lados de su cuerpo con un tenedor y cuchillo y raspase la cabeza con éste, diciendo: "tac, tac"; golpearse el oído, ampliándonos así la comprensión de su fantasía inconsciente de enfermedad. [Sabemos ahora que Virginia siente dentro de la cabeza todo este conflicto: un pecho agotado, dientes que muerden, un pene duro y cortante que golpea. El golpearse el oído es también una referencia a lo que oía durante el coito de sus padres, experiencias reales que entrelazándose con sus fantasías configuraron un mundo interno que, como vemos en esta hora de juego, le hace sentir la unión genital tan peligrosa como dientes que trituran alimentos.]

Durante la fase genital previa, la escena está dominada por las fantasías de coito continuo de los padres. La frustración a la que está destinada esta fase refuerza la concepción sádica del coito. Su forma de descarga, la masturbación y los juegos sexuales, se realizan entonces con dichas fantasías y la culpa consecuente. En Virginia las situaciones señaladas impidieron la elaboración normal de estas ansiedades, llevándola a la negación de la realidad y a la somatización del conflicto, como veremos en el material siguiente.

Antes de continuar, quiero señalar otra característica de las configuraciones espaciales en sus juegos. Virginia permaneció sentada, sin moverse, sin investigar nada de la habitación ni hacer ninguna pregunta. Esto evidenciaba los trastornos en las funciones de su yo, el grado de inhibición de su instinto epistemofílico, el incremento de la ansiedad paranoide, su miedo del mundo externo negado en el comienzo de la sesión.

Continuaremos ahora con el relato de su juego: luego de golpearse la cabeza y el oído con la cuchara, puso un tenedor dentro de la taza, revolvió y golpeó haciendo "chic chic". Los dos aviones los colocó al lado del coche rosa, los empujó, los tomó y los puso entre sus piernas. Se levantó la pollera y se bajó la bombacha exclamando "¡Ah!" mirándose al espejo. Durante estas acciones su respiración fue ruidosa, dando señales de intensa ansiedad y desesperación. Le tiró al terapeuta el cochecito rosa, luego lo puso entre las piernas y volvió a mirarse en el espejo. Paró el espejo en el piso con la luna orientada hacia el zapato y rascó el piso con el espejo mientras hacía andar el autito entre las piernas. Bostezó, se miró dos veces al espejo, vocalizó algo como "chst chst ssh", tomó la taza, bostezó nuevamente, golpeó sus genitales con el espejo, lo apoyó luego sobre ellos como si tratara de metérselo dentro y luego raspó con una taza el piso.

Ya no le sirve el autito para personificarla masturbándose frente a los padres en coito y recurre al espejo y a sus genitales, porque en este momento su yo ha perdido la función simbólica por el incremento de

ansiedad. Comunica lo que ella siente cuando se masturba fantaseando con el coito de sus padres, inundada por una excitación que la asusta y la enloquece. Podemos suponer que la respiración ruidosa reproduce el jadeo de los padres en coito y sus sensaciones al masturbarse así como la actuación de estas imágenes en la bronquitis espasmódica. Llegamos a comprender que para Virginia la bronquitis, la pérdida de peso y la anorexia se producen por la actuación de fantasías inconscientes de un coito peligroso de los padres, coito que es continuo y que ella no puede controlar ni con la masturbación ni con el juego, e intenta como último recurso controlarlo dentro de su cuerpo. En estos procesos bronquiales la fiebre —calentura— jugaba un rol fundamental, que se comprendió a la luz de estas fantasías inconscientes que hemos detallado.

Dijimos que la taza representaba el pecho cuya pérdida no había podido elaborar y que expresó al raspar el piso con la taza dada vuelta —otro de sus síntomas—"algo que raspa" como el catarro bronquial. Sus padres unidos tal como le acontecía durante la crisis, los siente en su cuerpo jadeando, raspándola y no dejándola comer. De un modo dramático simboliza luego el fracaso en la elaboración de la pérdida del pecho a través de la masturbación: toma en una mano una taza y un plato y con la otra intenta parar el espejo, pero lo aprieta de tal manera que rompe el soporte de éste. Toca entonces la parte rota del soporte y mira con desazón. Pone una taza entre las piernas, toma el espejo y trata de pegar el soporte que había roto, mostrando nuevamente su fantasía de curación.

El fracaso de la incorporación por la intensificación de la angustia depresiva lo expresa a través de la simbolización de la boca con dientes y la vagina dentada, colocando un tenedor dentro de la taza y sujetándolo en el borde, metiendo el mango de otro que hace entrar y salir rítmicamente, reproduciendo el movimiento de la masticación y del coito. La ansiedad y desesperación por sentirse incapaz de solucionar sus conflictos sola —el terapeuta era un observador— lo expresó quedándose estática, parpadeando, cerrando los ojos, oscilando, frotándose los genitales, rascándose la nuca y luego los genitales, gimiendo, metiendo su mano dentro de la bombacha, quedándose adormecida. Se tambaleó hasta casi caerse, se dio vuelta y dio la espalda al terapeuta y se sostuvo la cabeza con las manos, emitiendo gemidos. Suspiró luego, respiró fuerte, se frotó vivamente los ojos, los genitales, la cara y la boca, realizando esfuerzos respiratorios. Su cabello había caído sobre la cara y los ojos estaban enrojecidos y húmedos y continuaba frotándose el ojo derecho. Por un momento pareció que iba a llorar. Al finalizar la hora se orinó.

Dio la espalda al terapeuta como también daba la espalda a la vida con su enfermedad, que la obligaba a permanecer en cama, sin contactos con el mundo, rechazando la comida y todo lo que fuese goce. El diagnóstico, sin embargo, no fue sombrío porque demostró —sobre todo en

la primera parte de la sesión— una suficiente capacidad de juego y de conexión que hacían esperar un éxito terapéutico. Además la ansiedad tan negada al principio de la sesión fue manifestándose hasta llegar a una crisis de angustia, que es de muy buen pronóstico en una niña de esa edad.]

Los casos hasta ahora mencionados podrían ubicarse desde el punto de vista técnico en lo que Melanie Klein llama "análisis tempranos"³⁰. La técnica que expongo en estas páginas borra esos límites, así como los que separan el análisis de niños del de adultos y es aplicable sin modificación a todas las edades. Trataré de mostrar que sólo varía la forma en la que el niño se comunica con el terapeuta, y en parte la forma en que se verbaliza la interpretación; y digo en parte porque las diferencias son mínimas.

Relataré, para ilustrar esto, las primeras horas de una niña de 5 años y medio que sufría de constipación, la de un varón de 8 años cuyos síntomas eran encopresis y enuresis, la de una niña de 6 años con fobia a los rengos y la de un varón epiléptico de 8 años.

Caso 7

Ema es una niña de 5 años y medio, que trajeron al análisis³¹ porque desde hacía seis meses padecía una constipación crónica. Su situación ambiental era muy particular; fue llevada al tratamiento por la persona que la cuidaba, a quien ella creía su madre. En realidad, la madre había fallecido durante el parto en un ataque de eclampsia, que causó su nacimiento prematuro, por cesárea. Al nacer pesaba Kg. 1.300 y permaneció en incubadora durante un mes, atendida por personal del establecimiento (figura 1). La particular condición traumática de su nacimiento, sumada a la frustración oral por falta de pecho materno, reemplazado por una pobre atención hospitalaria —durante el mes que permaneció en incubadora —incrementaron sus ansiedades paranoides y depresivas. Relataremos su primera hora de tratamiento, en la que éstas se hicieron muy evidentes.

De los juguetes que la terapeuta le había preparado tomó una ametralladora, la hizo sonar y revisó minuciosamente el caño, la colocó en una balsa, junto a dos indios unidos y los dejó hundir, diciendo: "Peligro, se ahogan los dos." Simbólicamente expresó la repetición de su nacimiento que por las características señaladas estaba siempre unido a la fantasía de que para nacer hay que luchar contra la muerte y sufrir abandono.

Su madre, antes de morir, confió el cuidado de Ema a una amiga que al iniciarse el tratamiento era para la paciente su verdadera madre.

³⁰ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños*, capítulo II.

³¹ Su terapeuta fue Sara G. de Jarast.

El padre se hallaba de viaje cuando Ema nació, dejó pasar un tiempo prolongado antes de conocerla y nunca se hizo verdaderamente cargo de ella. Desde que el padre se relacionó con la hija, se planteó una situación de pugna continua entre la madre adoptiva y los abuelos paternos, luchando solapadamente por la tenencia de la criatura. Esta situación se vio agravada por la diferencia de recursos económicos que Ema observaba entre las dos familias —su madre adoptiva era pobre y los abuelos muy ricos— y también por la forma en que se la trataba, con muchas atenciones para seducirla, pero con poco afecto real. La niña percibía esto y también la indecisión del padre, que fluctuaba entre los dos ambientes.

Ema expresó el conflicto que esta situación le creaba cuando sacó del cajón un trompo que hizo girar, y cuyo movimiento de balanceo acompañó con movimientos de su propio cuerpo; cuando el trompo estaba por parar y se tambaleaba antes de caer, dijo: "¿Para qué lado caerá?", y antes de que cayese lo levantó dejándolo suspendido en el aire. Simbolizaba así la falta de seguridad y estabilidad que ella sentía incrementada por el manejo de que era objeto en el ambiente familiar. En ciertas ocasiones se le decía que seguiría viviendo con la madre adoptiva, y en otras con sus abuelos, quedando siempre "en el aire".

El síntoma por el cual la trajeron al análisis era una constipación tan intensa, que pasaba 5 ó 6 días sin evacuar su intestino, a pesar de haber sido sometida a toda clase de regímenes alimenticios y tratamientos medicamentosos. Relataremos cómo expresó su síntoma y el conocimiento de que era por eso que iba de su casa a la del terapeuta. Tomó una hoja de papel en la que fue trazando el recorrido del trolley (figura 2). Dijo: "Es el trolley que va de tu casa a la mía" y marcó las paradas con gruesos nudos. Mientras dibujaba dijo: "El trolley se desconcentra en la Plaza San Martín, que es donde yo vivo, pero no sé por qué hacen bajar un poco antes a la gente... se empujan para salir todos a la vez... y después el trolley queda completamente vacío..."

El recorrido del trolley con los gruesos nudos —las paradas— representaba para Ema el recorrido de la materia fecal a través del intestino, mostrando luego en el curso del tratamiento, lo que era su fantasía inconsciente del acto de defecar y de la materia fecal. Para Ema la materia fecal representaba el feto dentro del vientre de la madre y particularmente ella, como hija mala, es decir, como materia fecal destructiva. Al decir, mientras dibujaba, que la gente se baja un poco antes de la parada final del trolley mostraba su conocimiento de la forma en que había nacido, abandonando el cuerpo de su madre en forma abrupta, antes de que ésta muriera —se parara—. Al final, el trolley quedaba completamente vacío, del mismo modo que su madre quedó muerta. Quedarse hasta el final hubiera significado morir con ella, pero el haberla abandonado antes y vivir, la dejó cargada de una intensa culpa, que pagaba en parte con su

síntoma. Esto se completó aún más cuando terminó su dibujo agregándole a la parada final en la plaza San Martín, una calavera —la muerte—.

Esta culpa inconsciente es la que expresaba en su cuerpo a través de la constipación. Con este síntoma Ema se identificaba con la madre y reteniendo la materia fecal —símbolo del feto, ella misma— no abandonaba ni mataba a su madre. No dejar salir la materia fecal era para ella perpetuar la fantasía de tener un feto vivo dentro de una madre viva.

Durante su primera hora de juego, luego de expresar estos conflictos, la ansiedad se intensificó y después de dibujar la calavera, rasgó el papel en dos y lo arrugó. El papel sucio y roto en dos —como papel higiénico usado— personificaba su propio yo sucio por culpa y maltratado por la división que creaban en ella sus conflictos internos y agravaban los adultos con su actitud de disputársela, haciéndola sentirse dividida. Se sentía en este momento objeto de dos núcleos familiares que la seducían y se la disputaban, pero ninguno de los cuales lograba constituir un único objeto bueno —objeto bueno total— lo que la hacía refugiarse en un objeto idealizado —su madre—³². Expresó en esa primera hora su fantasía inconsciente de enfermedad y su necesidad de desembarazarse de ella —romper el papel en el que la había representado, hacerlo un bollo y tirarlo en el consultorio—. Ponía así su enfermedad en manos de la terapeuta.

Durante muchas sesiones hizo a ésta continuos reproches, era evidente que sentía que cada esclarecimiento de la verdad con respecto a su madre, su padre, su madre adoptiva, los abuelos, etc., la despedazaba, haciéndola renacer con tanto sufrimiento como el que experimentó en la realidad. Sus reproches no eran más que un continuo pedido de amor, exigía con justicia que la terapeuta le diese todo el amor que la madre no pudo brindarle. Esta hora nos hace muy evidente que no obstante el esfuerzo de los adultos que la rodeaban por ocultarle la verdad, ella sabía cuál había sido el destino de su madre. En la figura 1 mostró cómo representó su período en la incubadora, mientras los otros bebés estaban en la nursery y como su madre estuvo sola con el médico en el momento del parto.

Caso 8

En el caso anterior vimos cómo una niña de 5 años, que sufría de un pertinaz estreñimiento, simbolizó las dificultades para evacuar el intestino. Mostraremos ahora cómo Fernando, de 8 años, representó el síntoma contrario: la falta de control urinario y fecal. La primera hora de juego fue diagnóstica, no habiéndose, por lo tanto, interpretado el material.

³² Idealización que es un corolario de la persecución.

Cf. KLEIN, MELANIE: "Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant". Capítulo VI, *Developments in Psycho-Analysis*, The Hogarth Press Ltd., 1952. Traducido en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, tomo II, pág. 3, 1958

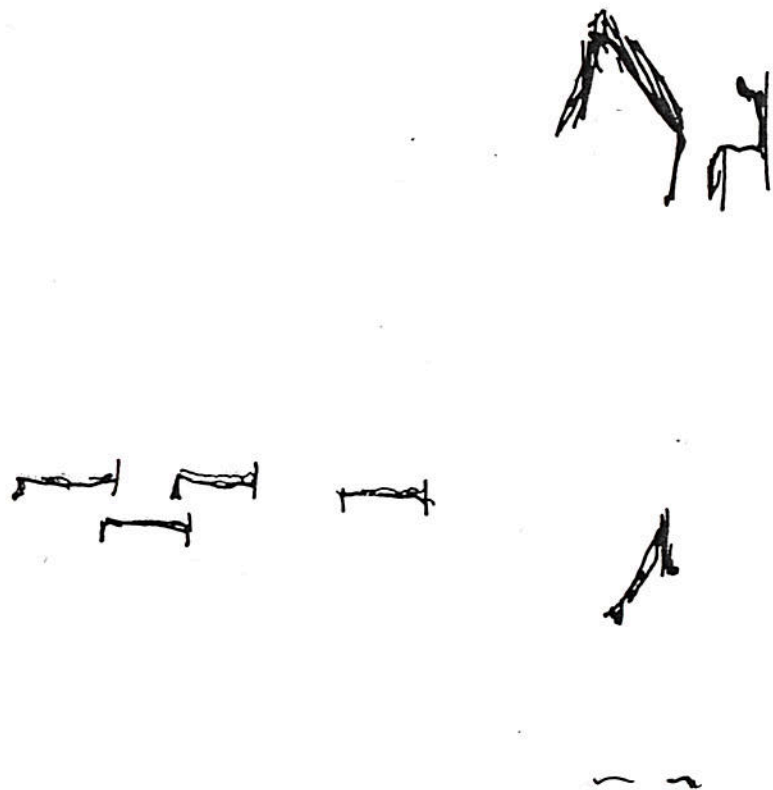


FIGURA 1

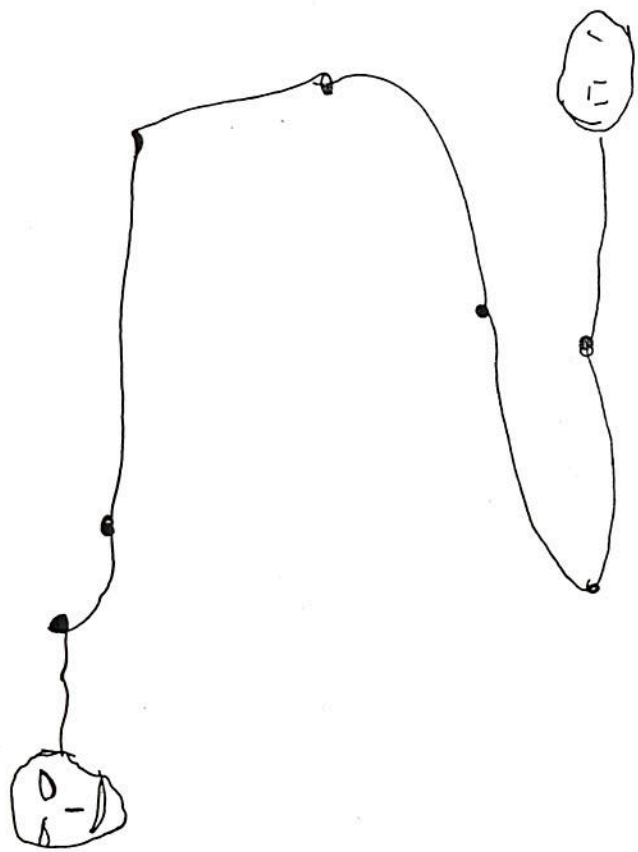


FIGURA 2

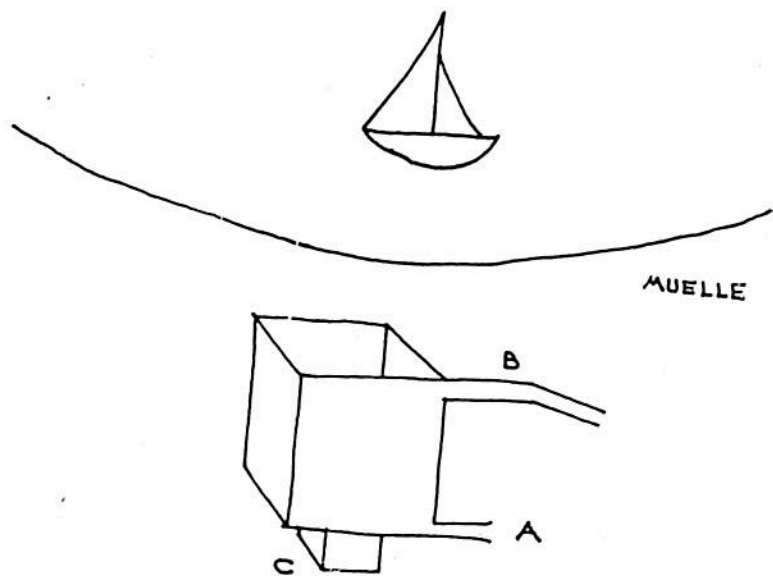


FIGURA 3

El terapeuta³³ había dispuesto, para él, cubos, lápices de color, tijeras, plastilina, sacapuntas, bolitas, goma de pegar y cinta adhesiva.

Fernando tomó los cubos y con ellos construyó un barco (figura 3) diciendo que luego haría el muelle. Cuando lo construyó hizo un tanque grande con una salida de agua (A) y dijo que en esta salida se producía un "escape" y que encima había un basurero (B). Señaló que allí se acumulaba todo y había que solucionar esto con una válvula. Volvió a decir que en A había un problema y que era necesario reforzar algo, porque se acumulaba mucho y podía salirse todo el líquido. Si consideramos el tanque con su salida de agua (A) y el basurero (B) como la simbolización proyectiva del vientre y de sus contenidos, y el apoyo (C) que parece dar tan poco sostén al tanque, por ser tanto más pequeño, que lo que debe sostener, podríamos interpretar el total como una simbolización de su esquema corporal y la inseguridad que le producía su síntoma tan molesto. El barco que viene al muelle lo representaba a él viniendo al tratamiento para que le arreglasen tanto la enuresis como la encopresis.

Caso 9

Beatriz, niña de 6 años, fue analizada en dos oportunidades: cuando tenía 4 por padecer de una fobia a los rengos, y a los 6 por una fobia a la escuela. Relataremos la primera hora de su análisis³⁴ cuando tenía 4 años.

Beatriz tenía 2 años cuando un día, sentada con su madre en la puerta de su casa, al ver pasar a un hombre rengo se puso a llorar aterrizada y quiso entrar. Desde entonces no pudo salir a la calle sino bajo condiciones que le asegurasen que no vería ni estaría en contacto con ningún rengo. La fobia se fue desplazando a situaciones que en algo se relacionaban con la originaria; por ejemplo, no podía ver niños con una pierna vendada, ni a nadie que tuviese dificultades en la marcha. El terapeuta supo, por la madre, que Beatriz nació luego de un parto prolongado, sufrió de asfixia, no respiró en seguida y la mantuvieron veinte días en incubadora, ayudándola con oxígeno para respirar. Cuando la madre la puso al pecho tuvo dificultades para prenderse, lloraba y no podía succionar. En estas circunstancias una enfermera del sanatorio ayudó mucho a la madre. Esta dice que sin ese apoyo inteligente e incondicional, no hubiera podido amamantarla. La lactancia, que se inició con las dificultades mencionadas, continuó luego hasta los nueve meses, y al parecer sin trastornos, pero Beatriz fue siempre un bebé inquieto y llorón. Cuando tenía un año y medio nació una hermana, es decir, que el embarazo se inició cuando la paciente tenía nueve meses, periodo que en todo desarrollo es de especial complejidad y mucho más en este caso, porque coincidió con el destete y sobre la base de una mala iniciación de la relación con la madre.

³³ Manuel Kizzer.

³⁴ Con Héctor Garbarino.

Cuando ésta volvió a la casa con el nuevo bebé, Beatriz lloró durante horas, agarrándose de un modo dramático a los barrotes de la cuna de su hermanita.

Poco antes de la iniciación del síntoma murió la abuela materna en circunstancias particularmente traumáticas para Beatriz, pues dormía en la misma cama que su abuela. El fallecimiento aconteció durante la noche y súbitamente, pero según la madre la niña permaneció dormida y no se enteró de lo ocurrido. Cuando un tiempo después le explicaron que su abuelita se había ido al cielo, Beatriz pidió morir para ir a jugar con ella. La fobia a los rengos coincidió con el aprendizaje de la marcha de su hermana y se hizo realmente evidente el día que ésta dio los primeros pasos sola. De todos los datos que suministró la madre me parece importante señalar que una hermana de la abuela muerta es renga y que Beatriz no la veía con frecuencia, ni antes ni después de la muerte de la abuela.

Beatriz era una niña bonita, de mirada expresiva y simpática. En su primera hora de juego, una vez dentro del consultorio, miró asustada todo lo que la rodeaba. Luego de algunos momentos de vacilación tomó un muñequito, luego otro y los miró alternativamente como comparándolos. Los dejó, tomó un teléfono y lo acercó a su cuerpo, tratando en seguida de parar una muñeca.

Analicemos este fragmento: en la inspección ansiosa que hizo de la habitación mostró su desconfianza frente al analista y el temor de que fuese como los padres. El afán de comunicarse intensamente con él lo expresó en la observación alternada de los muñecos, seguida de la aproximación del teléfono a su cuerpo. Cuando paró la muñeca evidenció su preocupación por la bipedestación y anunció que su síntoma se relacionaba de algún modo con el ponerse de pie. Recordemos que la aparición del síntoma coincidió con los primeros pasos de su hermana, y el embarazo de la madre, con los primeros pasos de Beatriz.

Continuó el juego tratando de introducir esa misma muñeca en una bañera, sin poder conseguirlo; paró unos muñecos, tomó luego una barra de plastilina, la partió por el medio y preguntó: "¿Qué voy a hacer con esto partido?" En este nuevo fragmento de su juego estamos más cerca de comprender el significado de su fobia. Expresó el deseo de que la hermana no hubiera nacido —la muñeca que trata de introducir en la bañera, símbolo del vientre materno— y esto lo hace inmediatamente después de haberla parado. Pero la hermana existe y se para —los muñecos que se ponen de pie— y entonces surgen sus impulsos destructivos y parte en dos la barra de plastilina, con el significado de romperle las piernas. Su problema es ahora cómo arreglar lo que ha destruido; por eso le pide al terapeuta que le enseñe a reparar las piernas de los rengos, que son un desplazamiento y condensación del daño a la hermana y a la abuela. Mediante este desplazamiento de los conflictos con su hermana

—producto del coito de los padres— a la figura de los rengos, éstos se transforman en objetos perseguidores que debe evitar, y poniendo en ellos el odio y el miedo puede seguir viviendo en paz con su hermana. La madre dice que Beatriz adora a su hermana y en cierto sentido tiene razón.

De lo hasta ahora expuesto podemos inferir por qué Beatriz eligió a los rengos como objeto de su fobia. Esta coincidió con el aprendizaje de la marcha de su hermana, que al caminar incrementó sus celos, envidia y rivalidad así como se transformó en alguien más temido porque podía desplazarse libremente y desplazarla a ella. La muerte de la abuela, acontecida en esos días, significó para Beatriz el juicio de realidad de que la muerte existe, incrementando el miedo a que sus fantasías destructivas pudieran cumplirse. La renga y la muerte se transformaron en dos hechos reales, y en el momento en que vio un rengo la renga de la hermana de su abuela y la muerte de ésta fueron el nexo que hizo posible la unión en su inconsciente de renga y muerte. De algún modo el relato de los padres de su llanto incesante, agarrándose a los barrotes de la cuna en el día en que su hermana llegó a la casa, nos evoca la imagen de alguien que se agarra de algo para no caer. Todos estos contenidos se fueron esclareciendo en el curso del tratamiento. La interpretación sistemática del material, formulada en el plano transferencial y en su relación con los objetos originarios —padres, hermana, abuela— determinó una mejoría considerable de su fobia; esto indujo a la madre a interrumpir el análisis dos meses después de iniciado.

La fobia a la escuela, que apareció a los dos años de este tratamiento, también estaba en íntima relación con su hermana, de la que se había vuelto inseparable, permaneciendo siempre a su lado e impidiéndole toda acción, es decir, paralizándola.

Caso 10

Gerardo, de 8 años, sufría de epilepsia, con frecuentes convulsiones, cuatro o cinco diarias, y su aprendizaje estaba perturbado por continuas ausencias. Entró solo al consultorio y pareció no interesarse por los juguetes. Comenzó a dibujar una casa, esmerándose en hacer bien todos los detalles y lográndolo de un modo que podría valorarse como adecuado a su edad. La pintó cuidadosamente y cuando la terminó dibujó sobre ella múltiples nubes grandes y oscuras. Las primeras estaban muy cerca del borde superior de la hoja, y las que les siguieron se fueron acercando cada vez más al techo de la casa. Cuando pintó la última se había perdido el límite entre ese cielo cargado de nubes y el techo de la casa. Entonces dijo: "Llegó la tormenta, el techo se derrumba." La sucesión de nubes cada vez más cerca de la casa hasta derrumbarla, simbolizaba y dramatizaba el "aura" y la tormenta que derrumba la casa, la convulsión y la caída a consecuencia de ella.

Luego de decirme "llegó la tormenta", "la casa se derrumba", me pidió que le enseñara a hacer una casa "que no se derrumbe". La fantasía inconsciente de su enfermedad era que una fuerza ajena a él, incontrolable —la tormenta— de la que sentía el anuncio —aura—pero contra la cual no podía luchar, lo volteaba y le producía la convulsión. Su fantasía de curación consistía en que le enseñara a controlar esa fuerza y a poder así evitar la convulsión y el derrumbe.

VIII. Entrevistas posteriores con los padres

Una vez que poseemos los elementos que consideramos útiles y sobre ellos hemos elaborado nuestro diagnóstico del caso, concertamos una nueva entrevista con los padres.

Es previo a la orientación o tratamiento la investigación cuidadosa de sus posibilidades reales para cumplirlo, pues no conviene crearles una nueva ansiedad al ofrecerles una solución que sea inaccesible para ellos. Debemos partir de la base de que un padre comúnmente no sabe lo que es un tratamiento psicoanalítico y por lo tanto puede pensar que con pocas horas o en pocas semanas todo estará solucionado. Generalmente no conoce el costo de una sesión analítica y puede hacer sus cálculos comparándolos con lo que le costaría una profesora o un tratamiento médico corriente. Sabemos por experiencia que la carestía del tratamiento psicoanalítico es el argumento más sencillo que utiliza todo padre para resistirse a poner a su hijo en análisis, pero hay padres que realmente no lo pueden afrontar. Familias que tienen muchas obligaciones y muy pocas entradas tendrán que hacer un verdadero sacrificio para pagar un tratamiento largo y costoso; por eso en tales casos indico el tratamiento psicoanalítico sólo si lo considero indispensable para el niño. Quiero dejar bien aclarado que en todo caso el tratamiento psicoanalítico es el más eficaz siempre y cuando el esfuerzo que se demanda de los padres no exceda de lo que humanamente puede pedirseles por un hijo.

Supongamos que nos consultan por un trastorno del sueño, leve y pasajero. Si se cuenta con un ambiente familiar adecuado y las condiciones económicas son suficientemente amplias, puede y debe indicarse un tratamiento para resolver los puntos de fijación que en el futuro podrían desencadenar una neurosis más seria, sobre todo si las circunstancias exteriores se tornan adversas. Pero si la dificultad económica es real, vigilando el crecimiento del niño con entrevistas frecuentes o en un grupo de orientación de la madre, puede contemplarse la posibilidad de no tratarlo sin grandes riesgos futuros.

Muchas veces el síntoma de un niño está fabricado por la madre o, por lo menos, mantenido o agravado por ella. En una oportunidad me consultaron por un niño de 3 años y medio, Miguel, que orinaba la cama por la noche. Todo cuanto supe de su vida hasta entonces y de su vida familiar actual era muy alentador, pero la madre había padecido una

enuresis y eso me orientó a averiguar cómo era la conducta de ella con el síntoma del hijo. Supe así que lo acostaba todavía con pañales, aunque el hijo desde hacía bastante tiempo le pedía que se los sacara. Cada mañana se despertaba con la obsesión de saber si el niño había amanecido seco o mojado e iba a comprobarlo de inmediato. Supuse que la actitud de la madre y su ansiedad por el recuerdo de su propio síntoma tenía un papel fundamental en el mantenimiento del de su hijo. Como se trataba de una persona bastante informada en estos temas, y el cuadro familiar parecía sin excesivas complicaciones, le propuse como ensayo, antes de afrontar un tratamiento, que le quitara los pañales advirtiéndoselo al niño y que todas las noches lo despertara a la misma hora y lo llevara caminando hasta el baño para orinar; no más de una vez por noche. Le aclaré también que en la valoración actual de las neurosis, la enuresis no se considera un síntoma sino después de los 4 años, información destinada a aliviar su ansiedad.

El niño reaccionó con alivio y satisfacción, aceptando las condiciones y a los pocos días de iniciada esta rutina dejó de orinarse. Podríamos preguntarnos por qué un síntoma que con frecuencia es rebelde, se solucionó tan fácilmente en este caso. Creo que el alivio de la madre al saber que no era tan grave como ella pensaba, favoreció la mejoría y por tener una buena relación con el hijo pudo cumplir con las indicaciones. Además se trataba de un niño con un desarrollo normal cuyo síntoma había sido favorecido por la ansiedad de la madre, y que disponía de un padre y una madre unidos y con buena relación con él.

Muchas veces hemos señalado que en todo síntoma debemos considerar series complementarias entre factores internos y externos. Con un conflicto interno —que en el caso de este niño era el temor a crecer¹— si los factores ambientales son buenos, podemos luchar contra el síntoma. Si a este mismo conflicto interno se hubiesen sumado situaciones externas negativas, por ejemplo, falta de contacto con la madre, ausencia del padre, castigos, exigencias equivocadas, el síntoma hubiese estado ya tan estructurado que no hubiéramos podido solucionarlo en esta forma. De todos modos la indicación hecha a los padres y aceptada por ellos fue la de seguir de cerca la evolución del niño y si apareciera otro síntoma o recayera en el mismo, iniciar el tratamiento psicoanalítico.

No siempre la madre puede reaccionar así porque generalmente sus conflictos se lo impiden; recurriremos entonces al grupo de orientación de madres donde se interpretan y resuelven los conflictos, además de esclarecer lo que es la vida de un bebé.

Los grupos de orientación de madres ofrecen optimistas posibilidades para la profilaxis de las neurosis infantiles, sobre todo si la madre ingresa en ellos cuando está encinta o cuando el bebé es pequeño, porque mien-

¹ Un día observando un perrito de tres meses junto a su madre, dijo: "Qué lástima, está grande y no lo va a querer más".

tras más temprano resuelva sus problemas o se informe sobre las condiciones adecuadas para el buen desarrollo del niño, mayores son las posibilidades de una mejor relación con su hijo desde los primeros estadios.

La clave del desarrollo posterior del niño yace en el primer año de vida. Cuando Freud descubrió la importancia de los traumas infantiles en el desarrollo posterior, se refirió en especial a los cinco primeros años de vida. Dentro de este concepto estaba involucrada la creencia de que el complejo de Edipo florecía alrededor de los 3 ó 4 años y que el superyó se formaba posteriormente como heredero del complejo de Edipo.

Lo que hoy sabemos sobre el desarrollo nos hace suponer que en el primer año de vida se cumple ya la relación del niño con ambos progenitores. En la segunda mitad del primer año, con el florecimiento de tendencias genitales y el establecimiento de la situación edípica, se cierra un círculo en el que las relaciones objetales inician el triángulo edípico: es el comienzo de las tendencias heterosexuales en las niñas y de las homosexuales en el varón, cuando pasan ambos a relacionarse con el pene del padre, abandonando en parte el pecho de la madre.

En nuestra experiencia las dificultades que surgen en el primer año de vida son las que revisten una mayor gravedad para el futuro. Un niño que pierde a su padre antes del primer año está tanto más condenado a desarrollar conflictos psicológicos que si tuviera siete años, por ejemplo².

El conocimiento del desarrollo de las primeras etapas nos permite valorar lo normal o patológico de un logro, de una conducta o de una dificultad. Nos permite adecuar la exigencia de adaptación y los estímulos al momento del desarrollo en que puede rendir el máximo y sin trastornos. Al darnos un marco en el cual podemos incluir el desarrollo normal o patológico en la relación de objeto, podemos valorar la normalidad de la relación del niño con sus objetos de acuerdo a su nivel. Los últimos aportes teóricos sobre la relación del niño con la madre, la inclusión del padre y hermanos en la vida emocional del niño, el despertar de intereses, la iniciación del proceso de simbolización, permiten la orientación del lactante, orientación que indudablemente será la mejor profilaxis de futuros trastornos. Así, hemos visto que la orientación temprana de la madre es el mejor antídoto para la formación de síntomas derivados de dificultades no tan graves. Por ejemplo, madres cuyos hijos mayores habían tenido variadas alteraciones del sueño y de la alimentación pudieron comprobar que después de su asistencia a un grupo de madres, en sus hijos menores no se presentaron estas alteraciones; y aún cuadros de caracteres más graves también tuvieron una incidencia menor³.

En los niños de 1 a 5 años las modificaciones en la actitud de la

² Cf. capítulo X, parte I.

³ Cf. capítulo XIII.

madre, si bien no tan efectivas en todos los casos, siguen siendo muy importantes: si el niño está en tratamiento lo favorecen y si no lo está, el grupo lo ayuda a mejorar su conducta cuando disminuye el sentimiento de culpa, que es el punto de urgencia de la interpretación en el grupo. Esta culpa surge invariablemente con mayor o menor intensidad, de acuerdo a la gravedad de la enfermedad del hijo.

También recomendamos el ingreso de la madre en un grupo de orientación, en los casos de niños mayores de 5 años, porque el indudable alivio de la culpa que experimenta favorece una mejor actitud frente a su hijo, en especial en los preadolescentes, para comprender sus conflictos y nuevas necesidades instintivas y poder aceptar su crecimiento.

Cuando el niño padece de asma, acetonemia, tendencia a caerse y golpearse, anginas a repetición, inhibiciones o trastornos en el desarrollo por detención de funciones básicas como la marcha o la palabra e inhibiciones en el aprendizaje escolar, la solución está en buscar las raíces inconscientes que han determinado estos cuadros. Y para hacer consciente el inconsciente sólo disponemos hasta hoy de un método verdaderamente eficaz: el psicoanálisis. En estos casos, por lo tanto, no bastan los cambios de actitud externa e interna de la madre, por lo que será necesario el tratamiento psicoanalítico del niño. Esta medida es a la vez terapéutica y profiláctica, pues la experiencia muestra que la mejoría del niño trae como consecuencia una disminución de la tensión familiar, que de por sí es una profilaxis de nuevos trastornos.

En los casos que la indicación de psicoanálisis del niño sea perentoria pero por dificultad económica real de los padres no puedan hacerlo, y en cambio la madre puede ingresar en un grupo de orientación, aclaremos que esta solución es parcial y transitoria hasta que se pongan en condiciones de afrontar más adelante un tratamiento individual. Puede parecer cruel decir esta verdad, pero postergar el conocimiento no es sino perjudicar al hijo y a los padres. Si se trata por ejemplo de un niño epiléptico y tenemos la convicción de que sólo un tratamiento psicoanalítico va a llevar al niño a liberarlo de sus síntomas, debemos defender esta convicción aunque en un primer momento no sea fácil. En el caso de Nora⁴ los padres debieron hacer grandes sacrificios para afrontar el tratamiento individual de la niña y el de grupo de orientación de la madre, pero de no haberlos hecho, la enfermedad de la niña habría llegado a un grado tal que cualquier tipo de terapia hubiera fracasado. No sólo eso sino que de acuerdo a lo que vimos, la segunda hija a los pocos años hubiera llegado a estar tan enferma como su hermana.

En los libros de técnica de análisis de niños hasta hoy publicados⁵

⁴ Cf. capítulo XIV, pág. 262.

⁵ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños*. Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948.

FREUD, ANNA: *Psicoanálisis del niño*. Ed. Imán, Buenos Aires, 1951.

hay siempre referencias a las dificultades que agregan los padres a la ya complicada tarea de analizar a un niño. En efecto, debemos contar con la participación de ellos desde la iniciación del tratamiento porque un niño no es un ser independiente social ni emocionalmente.

Durante muchos años se sostuvo que a diferencia del adulto faltaba en el niño la conciencia de enfermedad y del padecimiento neurótico que lo impulsara a un tratamiento. Cuando comprendí que un niño sabía que estaba enfermo y desde la primera hora mostraba su fantasía inconsciente de enfermedad y curación y aceptaba al terapeuta por su propia decisión, se me hizo muy claro el papel que jugaban los padres que no se decidían al tratamiento o lo interrumpían⁶ pretextando que el niño no quería venir. Hasta ese momento, siempre tenía la duda de si los padres lo mantendrían en análisis el tiempo necesario o —como era la experiencia de todos los analistas de niños— aprovecharían las vacaciones, o un viaje, o la desaparición de los síntomas para decidir la interrupción temporaria y a veces en un momento muy poco indicado⁷.

En la primera época de mi trabajo recibía a los padres con bastante frecuencia; si me pedían consejo se lo daba e influía sobre ellos a favor de las necesidades urgentes del niño. Si bien muchas veces daba un buen resultado en el momento, me traía luego dificultades y una invariable actitud hostil y persecutoria aún en los casos en que el análisis objetivamente había sido un éxito. La reflexión sobre el significado latente de las entrevistas me fue llevando poco a poco a la técnica que expondré en estas páginas.

Fue durante el análisis de un niño de 4 años que había matado a un primo de pocos meses⁸, cuando comprendí mejor el papel que debía asignar a los padres para vencer las dificultades que he señalado. Según pude ver estas surgían de una confusión de su papel con el del terapeuta creada en la técnica anterior, en la que debían colaborar cambiando situaciones o actitudes.

Llegué a la convicción de que no conviene dar consejos a los padres —siempre que el niño esté en análisis— aun cuando se trate de situaciones sumamente equivocadas, como colecho, castigos corporales, seducción, etc. Sostengo que es sólo la mejoría del niño la que condiciona un real cambio en el medio ambiente familiar y por lo tanto trabajo con él en una relación bipersonal como en el análisis de adultos.

El psicoanalista de niños se enfrenta con el doble problema de la

⁶ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "La inclusión de los padres en el cuadro de la situación analítica y el manejo de esta situación a través de la interpretación". *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XIV, Nº 1/2, pág. 137.

⁷ Cf. capítulo VII, caso Beatriz.

⁸ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "La inclusión de los padres en el cuadro de la situación analítica y el manejo de esta situación a través de la interpretación".

transferencia del paciente y de los padres. Entramos con este tema a un punto fundamental en técnica de niños: el manejo de los padres y su inclusión dentro del tratamiento del niño.

Con el descubrimiento de la técnica de juego se hizo posible comprender cómo funcionaba la mente del niño pequeño, interpretar sus conflictos y solucionarlos, pero frecuentemente el éxito de la terapia no se veía acompañado de un aumento de la confianza de los padres. Por el contrario, a menudo interrumpían el análisis del hijo por motivos fútiles y súbitamente sin dejarnos el tiempo suficiente para hacer elaborar al paciente la separación.

Aun cuando los analistas de niños hayan señalado esa dificultad técnica repetidas veces, no hay trabajos que traten de comprenderla o solucionarla. Se han limitado a estudiarla como un escollo inevitable, sosteniendo que el niño no va al tratamiento por su voluntad ni depende de él la continuidad de éste. Años de experiencia en análisis de niños me llevaron a la confirmación de este hecho, pero me resistí a considerarlo como no solucionable. Pensé siempre que la dificultad debía surgir de una deficiencia de la técnica que, nacida de la técnica de adultos, no nos había dado la clave para resolver este problema.

Uno de los obstáculos fundamentales consistía en la necesidad de manejar una transferencia doble y a veces triple. Como ya he señalado, durante muchos años seguí la norma clásica de tener entrevistas con los padres y en cierta medida estas entrevistas me servían para tener una idea de la evolución del tratamiento, y para aconsejar a estos. La experiencia me fue haciendo ver que ésta no era una buena solución a la neurosis familiar, ya que los motivos de la conducta equivocada eran inconscientes y no podían modificarse por normas conscientes.

Comprendí por ejemplo que cuando el padre o la madre reincidían en el colecho o en el castigo corporal, yo me transformaba en una figura muy perseguidora y la culpa que sentían la canalizaban en agresión, dificultando así el tratamiento. Además, el aumento de la culpa los conducía a actuar peor con el hijo, buscando mi castigo o mi censura. El conflicto se agravaba al no ser interpretable ya que ellos no estaban en tratamiento y los llevaba a la interrupción del análisis.

Comencé poco a poco a distanciar las entrevistas con los padres y a abandonar los consejos. Al comienzo de mi trabajo si me pedían analizar un niño que dormía con los padres, aconsejaba darle una habitación separada. Esto resultó ser un error, porque interfería abruptamente en la vida familiar y rompía artificialmente —desde afuera— una situación sin saber cómo se había llegado a ella, sin saber cuál era la participación del niño y en qué medida le era imprescindible en función de su neurosis. La experiencia me enseñó que cuando el niño, aun en el caso de ser muy pequeño, elaboraba el conflicto, exigía por sí mismo el cambio, con la ventaja de haberlo analizado previamente. Así yo no interfería con una

prohibición viciando desde el comienzo la situación transferencial. Esto permitía además a los padres adaptarse a la nueva relación con el hijo.

Si la interpretación es el instrumento básico del tratamiento psicoanalítico y en especial la interpretación de la transferencia, era evidente que la relación con los padres sin la interpretación los dejaba librados a cualquier tipo de elaboración.

Por otra parte la evolución del psicoanálisis nos llevó cada vez más a no valorizar en exceso los datos que los padres podían aportarnos sobre la vida diaria del niño⁹.

La práctica me fue enseñando que el consejo actuaba por la presencia del terapeuta y que separados de éste, el padre o la madre seguían actuando con el hijo de acuerdo con sus conflictos, pero con el agravante de que si actuaban como antes, sabían que esto estaba mal y que era causa de enfermedad para su hijo. El terapeuta se transformaba así en un superyó y la culpa se convertía generalmente en agresión.

Cuando pretendía modificar las situaciones exteriores mi error era actuar como si los padres no tuviesen conflictos y apoyarme en la transferencia positiva que establecían conmigo. Pero no tenía en cuenta un factor inconsciente fundamental: la creciente rivalidad en la que entraban con el niño. Dejaban de ser padres para transformarse en hijos rivales en busca de ayuda, siendo uno el privilegiado, el que estaba en tratamiento, contra otro perjudicado, que no sólo no tenía tratamiento sino que debía pagar por el otro.

A esta rivalidad se sumaba la que sentían conmigo como madre que roba el afecto del hijo y enmienda lo que ellos habrían hecho mal. Todos estos sentimientos contradictorios los inducían a obrar de un modo compulsivo y muchas veces, aunque conscientemente hubieran querido seguir mis consejos, no podían hacerlo si interferían demasiado con sus propios conflictos o si su situación afectiva conmigo estaba contaminada por los sentimientos contradictorios que he señalado. Como todo este juego de transferencias no podía ser interpretado, no era elaborado por ellos, se mantenía reprimido y los llevaba a fluctuar entre una obediencia absoluta y una rebelión sistemática.

Esta complicada y sutil red hacía cada vez más difícil el manejo de las entrevistas en las que se manifestaba generalmente la fachada de idealización o de amor, y no el resentimiento y la frustración, lo que los conducía con frecuencia a destruir el tratamiento del hijo que otra parte de su personalidad defendía y sostenía. Otro hecho importante era que si el terapeuta del hijo les pedía cambios para ayudar o apurar la mejoría, se sentían fracasados si no podían cumplirlos.

La comprensión de estos problemas y el deseo de aliviarlos o solucionarlos me llevó a cambiar la técnica, pues entendía: 1) que no era

⁹ Cf. capítulo V.

útil para el niño mi actuación anterior; 2) perturbaba la vida familiar; 3) terminaba por dañar el tratamiento. Decidí dejar a los padres que siguieran su conducta habitual, no tratar de influirlos, no señalarles los defectos o errores en su educación, siempre que pusieran al hijo en tratamiento.

Un padre que necesita pegar a su hijo dejará de hacerlo transitoriamente por nuestro consejo, pero en cualquier momento repetirá la anterior conducta o alguna similar, si su cambio no obedece a la comprensión de los motivos que le llevaban a actuar así.

Si una madre tiende a meter a su hijo en la cama matrimonial, nuestro consejo de no hacerlo se verá limitado por la ansiedad conflictual que la lleva a ello. Pero si se cambia la pareja madre-hijo por la modificación de una de las partes, el niño, aun el más pequeño, rechazará el colecho y buscará otra forma de contacto con la madre. Un tratamiento psicoanalítico capacita a un niño, aún muy pequeño, para modificar su medio ambiente. Aunque a veces no sabe expresarse con palabras o hacerse comprender en sus anhelos, los cambios en su conducta suelen ser una advertencia que termina por ser comprendida.

Esta me impulsó a suprimir casi totalmente las entrevistas con los padres excepto cuando manifiestan tal necesidad de la entrevista que el negarla llegaría a ser perturbador. En estos casos la realizo en condiciones establecidas de antemano: el niño, por pequeño que sea, debe estar informado del día y hora en que veremos a sus padres, y debe saber que todo lo que se hable le será comunicado. Se le informa también que el contenido de sus sesiones no será revelado, tal como convinimos con él al iniciar el tratamiento.

Los padres a su vez deben saber las condiciones de este convenio, es decir que todo lo que ellos hablen será transmitido al niño, y que en cambio no podremos informarlos del contenido de las sesiones¹⁰.

El adoptar esta conducta lleva a un real afianzamiento del vínculo con el niño y a una mejor relación con los padres. Estos se sienten aliviados al depositar toda la enfermedad en manos del analista con la consecuente disminución de culpa al ser compartida.

Además, si los padres quedan fuera de acción terapéutica —fuera del consultorio— su vínculo transferencial con el analista se hace más manejable al estar menos expuesto a las frustraciones inherentes a un contacto que, siendo en apariencia profundo, resulta sólo superficial y de apoyo porque la transferencia no es interpretada.

Si el analista asume la total responsabilidad terapéutica, además de aliviarlos adopta una actitud más real y adecuada. Por el contrario, si les aconsejamos cambios para ayudar en la mejoría del hijo y no pueden cumplirlos, se sienten responsables de cualquier retroceso y su ansiedad

¹⁰ Cf. capítulo IX.

se hace intolerable, llegando a veces a interrumpir el tratamiento. Cuando la curación del niño depende tanto de la actuación del terapeuta como de la actitud de los padres y de las modificaciones que éstos hagan de la vida familiar, se crean conflictos. Pueden sentirse incapaces de seguir las normas —por sus propios conflictos— y tenderán a pensar que el tratamiento anda mal; la culpa se hará insostenible y recurrirán al mecanismo psicológico tan bien descrito por M. Klein que, si algo no puede ser reparado debe ser destruido¹¹. A este mecanismo se deben en gran parte las frecuentes interrupciones del análisis de niños. Con la técnica actual en cambio el terapeuta asume íntegramente su papel; la función del padre se limita a enviar al hijo al análisis y pagar el tratamiento¹².

La experiencia me mostró que aun niños muy pequeños eran capaces de exigir dormir solos, evitar situaciones en las que serían castigados, desplazar su necesidad de afecto a figuras más indicadas, si las de sus padres no lo eran. Recuerdo un niño de 18 meses que se analizó por trastornos en la marcha y lentitud en todo su desarrollo, que cuando mejoró impuso nuevas condiciones de vida, como dormir solo y estar más tiempo con la madre que con la niñera. Es decir que al romper el vínculo neurótico por la mejoría de uno de sus miembros, el otro podrá cambiar y elaborar la situación de separación. Además es frecuente que frente a los cambios del hijo también los padres busquen ayuda terapéutica.

Muchas son las modificaciones que ha sufrido el tratamiento psicoanalítico de niños. Ellas se deben al hecho que analizamos niños cada vez más pequeños o aún sin rudimentos de lenguaje, por lo que fue necesario buscar técnicas cada vez más adaptadas a la expresión preverbal.

La ansiedad manifestada por el niño al iniciar el tratamiento —vivo por él inconscientemente como una nueva ruptura de la relación con la madre—, es la repetición de la angustia provocada por el nacimiento. Al comprenderlo, resolví que era importante reproducir en lo posible la situación originaria. Aclaro por eso a los padres y al niño que es conveniente que entre solo y si en la primera sesión no lo logro, interpreto en todos los detalles su reacción frente a mí y le anuncio que en la próxima entrará solo. Aconsejo a la madre que si no se siente capaz de soportar la separación haga acompañar al niño por otra persona, pues su propia ansiedad podría perturbar la iniciación del tratamiento. Le señalo que yo me haré cargo de las reacciones del niño y esta aclaración es necesaria porque puede ser que llore, se desespere, patalee y grite¹³. La duración de la reacción, la intensidad, el que sea o no accesible de modificación mediante la interpretación, nos enseña mucho sobre la historia del niño y su forma de actuar en el mundo.

Después de esta primera y abrupta separación, es casi la norma que

¹¹ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños*.

¹² Cf. capítulo V.

¹³ Cf. capítulo XI.

el niño entre al consultorio espontáneamente y permanezca en él. Más tarde puede presentar nuevas crisis, pero cada vez más fugaces y dominables.

Los padres deberán traer al niño cuatro o cinco veces por semana, preferentemente cinco, en días y horas elegidos de antemano y éste permanece con el terapeuta durante cincuenta minutos, igual que un adulto en tratamiento psicoanalítico. En caso de suspenderse las sesiones por dificultades del analista, se reemplazarán siempre que sea posible y lo mismo si las dificultades provienen de los padres, porque es muy importante la continuidad en las sesiones.

Se estipularán de antemano los honorarios y fecha de vacaciones del analista. Esto permite a los padres organizar la vida familiar conociendo previamente las condiciones y buscando adaptarse a ellas. El contrato analítico establece que las sesiones suspendidas por dificultades del paciente sean generalmente abonadas, ya sean por enfermedad, vacaciones o cualquier otra causa.

La continuidad del tratamiento debe preservarse dentro de lo posible pues a veces la angustia despertada por el análisis de un hijo lleva a inesperados proyectos de viaje o cambios o prolongación innecesaria de enfermedades.

Señalados ya los límites de nuestro papel, y asegurada la total reserva del material que el niño nos confía, debemos aún aclarar otros puntos. Es necesario que los padres sepan que en algún momento del tratamiento surgirá la necesidad de un esclarecimiento sexual; por lo tanto debemos asegurarnos que ellos acepten esa condición y sus consecuencias. No se les aconseja seguir una conducta determinada si los hijos lo interrogan, pero se les advierte que puede acontecer y deben estar preparados.

Es necesario aclarar también la posición del terapeuta ante el problema religioso. Es frecuente que padres no practicantes pero en cierta medida creyentes, eduquen a sus hijos en colegios religiosos o les den una educación religiosa. Esto confunde al niño que se siente en conflicto entre dos tendencias y se responsabiliza del destino final de sus padres. Por ejemplo puede preocuparse y pensar que los padres irán al infierno si no cumplen con las exigencias que sus maestros espirituales les señalaron como imprescindibles.

En nuestra experiencia esto trae graves consecuencias al niño. Hay padres muy religiosos que educan a sus hijos de acuerdo a sus creencias, y que llegan a preferir que éstos sigan enfermos antes de arriesgar la pérdida de la fe, en cuyo caso se evita la confusión pero no los conflictos.

En todos los casos, es imprescindible aclarar a los padres que la pérdida de la fe es posible dentro del tratamiento, pero que esto no significa que el terapeuta adopte una actitud activa en este tópico. Lo esclarecerá a medida que aparezca el tema analizando los conflictos que en el niño han surgido por el mismo. Hay que señalar también que no es previsible ni el momento ni la forma en que se plantee el problema. En otros casos, padres ateos

mandan a sus hijos a colegios religiosos o les hacen cumplir con determinadas exigencias —generalmente las mismas que sus propios padres les impusieron cuando niños—. Nada se ganaría con explicarles la confusión que se crea en la mente del hijo confrontando su ateísmo y la religiosidad que le imponen; esta contradicción deberá solucionarla el propio paciente.

La iniciación del tratamiento debe hacerse estableciendo previamente las condiciones básicas, de modo tal que el terapeuta pueda actuar con el niño con la misma libertad que si se tratara de un adulto, sin necesitar nuevas entrevistas con los padres.

El tercer tema que es necesario aclarar con los padres es la posición del terapeuta frente a la procedencia del niño: adopción, ilegitimidad, etc. Es experiencia de los analistas que cuando los niños son adoptados saben inconscientemente la verdad de su condición aun en aquellos casos en los cuales se les ha ocultado celosamente y el análisis los lleva a hacer consciente esa situación. Al plantear el problema a sus padres, éstos más de una vez se negaron a decirle la verdad o interrumpieron bruscamente el tratamiento. Actualmente se informa de todo esto a los padres y se iniciará el tratamiento con la condición de que estén dispuestos a aclararle su origen cuando él se lo pregunte. Si no aceptan esa condición, bajo ningún concepto puede llevarse con éxito el tratamiento. Cuando se va acercando ese enfrentamiento del hijo con sus padres adoptivos, éstos suelen pedir una entrevista.

Al iniciar la sesión siguiente le comunicamos al paciente el contenido de aquélla, lo que facilitará el esclarecimiento, aliviando además la ansiedad de los padres que así se sienten ayudados.

En muchas otras situaciones donde un sector importante de la verdad ha sido eludido, ésta técnica de entrevistas facilita el esclarecimiento en el momento en que el niño está realmente preparado para enfrentar y elaborar la verdad. No solamente el paciente, sino también los padres, necesitan tiempo para aclarar algo que debió ser muy penoso para permanecer secreto tanto tiempo.

Trajeron en consulta a una niña adoptada que sufría de graves trastornos de aprendizaje, uno de los síntomas frecuentes del niño adoptado. Gloria, de 9 años, solía expresar sus problemas dibujando casas de departamentos. Estas casas tenían 9 pisos —sus años— y el problema que planteaba en el dibujo era el de las puertas cerradas de la planta baja —su primer año de vida—. En los pisos siguientes las ventanas también estaban cerradas. En sus asociaciones era evidente la preocupación de saber por dónde se entraba a la casa. El significado latente de esta pregunta era el averiguar si había entrado por los genitales de su madre —la puerta de entrada— o por la puerta de entrada de la casa en que habitaba.

Si la puerta permanecía cerrada era porque le habían negado ese esclarecimiento. Cuando la analista comenzó a interpretar este material habló con los padres para que confirmasen a la niña la verdad, pero no habían

sido advertidos y se opusieron terminantemente. Esto motivó la interrupción brusca del tratamiento.

En el caso de Pedrito¹⁴, cuando el tema del análisis era la diferencia de sexos y sus fantasías de vaginización, tuve un llamado telefónico de la madre para comunicarme que tenía conciencia de haber obrado mal pero que había actuado impulsada por algo más fuerte que su voluntad. Al volver de una sesión el hijo le preguntó si ella tenía pene y le contestó "por supuesto que sí". El poder incluir en la sesión siguiente esta conversación con su madre no sólo permitió aclarar el conocimiento erróneo que le hubiese dejado una confusión aún mayor sobre la diferencia de sexos sino que hizo posible la rectificación de la madre sin demasiada angustia.

Durante el análisis de Fanny, una niña de 10 años, cuyos padres y medio familiar más inmediato eran muy católicos y estaban por lo tanto sometidos a represiones y prejuicios muy intensos, se me planteó un problema similar que pude solucionar manejando la entrevista con los padres tal como he señalado. El padre era médico y conocía algo de psicoanálisis; la madre, que también era profesional, tenía un conocimiento teórico de lo que podía ser el tratamiento de su hija y leyó mucho sobre este tema antes de decidirlo. Estos conocimientos los habían familiarizado con la idea de que el esclarecimiento de todo lo concerniente a la sexualidad era fundamental, pero siendo ellos mismos muy inhibidos no se habían animado a dar a su hija ninguna respuesta a las insistentes preguntas que les hiciera desde pequeña. Pocos meses después de iniciado el tratamiento se incrementaron las angustias genitales de mi paciente, ante los primeros índices de crecimiento puberal. Por otra parte los síntomas más molestos habían desaparecido, motivo por el cual los padres estaban aliviados y se lo expresaban. Un día pidieron una entrevista que les concedí previa consulta con mi paciente; la madre estaba muy angustiada y con temores bastante justificados de que su hija les creara y se crease serias dificultades en el colegio porque hablaba continuamente de sexo en términos muy vulgares y los perseguía con sus conocimientos. Concedí la entrevista pero haciéndoles previamente las advertencias señaladas. En la sesión siguiente mientras Fanny abría el cajón y se disponía a continuar un dibujo en el que trabajaba desde hacía varias sesiones le relaté íntegra la entrevista y le interpreté su conducta: asustar a sus padres y a sus compañeras y lograrlo era mostrarme hasta dónde estaba ella asustada por las nuevas sensaciones que sentía en su cuerpo y por lo que iba conociendo de él. Me apoyé para esta interpretación en los minuciosos detalles del dibujo. Estaba asustada por los conocimientos que iba adquiriendo y que todavía consideraba malos y prohibidos aunque hacía alarde de ellos. Por eso los formulaba en una forma vulgar y chocante, para ser reprendida o censurada. Dije

¹⁴ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "La transferencia en el análisis de niños, en especial en los análisis tempranos", *Rev. de Psicoanálisis*, tomo IX, Nº 3, pág. 265.

además que su conducta había sido un intento de hacer suspender el tratamiento porque no pudiendo dominar lo que estaba pasando en su cuerpo —el crecimiento de sus pechos y las redondeces que la iban haciendo mujer y las sensaciones nuevas que la invadían —quería detener los conocimientos en su mente con un intento de detenerlos en su cuerpo. Me había enviado a la madre para que yo arreglase ese lío y ponía además a prueba si su conducta me había asustado, y si yo, como sus padres, no respondía más a sus necesidades de esclarecimiento. Continué diciéndole que la desaparición de sus síntomas más molestos había modificado la relación con sus padres y que en cierto sentido buscaba volver al pasado ocupándolos con nuevos problemas. El resultado de esta interpretación —que fue elaborando poco a poco y yo repetía fragmentariamente cada vez que lo creía útil— fue la modificación de su conducta. El esclarecimiento de las causas más profundas que la habían motivado reveló en la transferencia, como repetición de las situaciones originarias, un material nuevo. De pequeña había anhelado la posesión de un pene y los cambios actuales en su cuerpo reactivaron esas tempranas fantasías, y lo más temido en su relación conmigo era que yo diese cumplimiento a ese viejo deseo.

Hemos dicho que en la entrevista inicial se han asumido claramente los papeles: existe un terapeuta para un niño que necesita tratamiento y existen los padres de ese niño y su medio ambiente que van a recibir los beneficios, pero también los impactos de un tratamiento psicoanalítico. Deben saber, por ejemplo, que las dificultades pueden incrementarse en un momento dado, y una rápida mejoría puede ser seguida de una recaída; que al analizar un niño se pone en juego todo un pasado y es posible que se les presenten momentos difíciles tanto a ellos como al hijo.

No es necesario ni adecuado anticipar los resultados del tratamiento ya que sólo durante el mismo podremos valorar realmente la gravedad del trastorno. Es tácito que si el terapeuta se hace cargo del análisis es porque tiene fe en el método. Generalmente los padres piden que se les indique la forma de ayudar a la mejoría del niño, y entonces conviene valorizarles el esfuerzo que harán trayendo a su hijo cuatro o cinco veces por semana, puntualmente y durante un año como mínimo. Debe señalárseles que cumpliendo con esto ayudan del mejor modo al terapeuta.

Se valoriza el esfuerzo que realizan los padres al efectuar un tratamiento tan largo y costoso, en el que la puntualidad es tan importante y que muchas veces limita la movilidad de toda la familia, vacaciones, viajes, paseos, etc. Esa posición se adapta más a la realidad, es más eficaz y favorece el éxito del tratamiento.

En cierto sentido este cambio técnico siguió el mismo viraje que había sufrido el psicoanálisis mismo, preocupado al principio por los hechos externos, por los traumas reales, enfocando luego su interés hacia lo interno, casi desvalorizando lo externo y llegando finalmente al interjuego entre la realidad interna y externa. Ahora, sin desconsiderar lo exterior

real, se trabaja con lo interno —la versión que de la realidad da el niño— y los datos de la vida diaria que nos dan los padres los incluimos en el análisis. De la misma manera procedemos con adultos cuando nos relatan algo, del Sr. X, y lo referimos a su relación con nosotros. Tampoco en el análisis de adultos tratamos de cambiar los objetos que rodean a nuestro paciente, ni nos entrevistamos con sus familiares, ni los aconsejamos, aunque muchas veces vivan con ellos relaciones de dependencia tan extrema como la de un niño con sus padres. Los llevaremos a la independencia internamente y, si esto se logra, podrán recién llegar a desprenderse del objeto externo real, en la medida en que sea necesario.

Nuestros hallazgos nos llevan también a la conclusión de que la validez de los datos suministrados por los padres es muy relativa y podremos saber más a través del niño mismo. Un niño, por pequeño que sea, nos informa por sí solo de la evolución sufrida a través del tratamiento y cuando es necesario provoca consciente o inconscientemente una entrevista con los padres, quienes nos completan el cuadro del grupo familiar; por lo tanto tampoco se justifican entrevistas para conocer los efectos del tratamiento.

Esta nueva técnica tiene la ventaja de que mantenemos nuestro papel de terapeutas, lo asumimos de un modo total al no confiar sino en nuestro trabajo con el niño para solucionar sus problemas o síntomas y dejamos a los padres en su papel de padres, sin perturbar la estructura familiar con nuestros consejos.

Resumiendo: Únicamente concedo una entrevista a los padres durante el tratamiento cuando el paciente está de acuerdo. Lo hablado se relata en todos los detalles al niño al comienzo de la sesión siguiente. Le habíamos dado la certeza de que lo ocurrido en el consultorio quedaría tan herméticamente en secreto como el contenido de su cajón individual.

A veces parecen no comprender lo que les decimos o no interesarse en absoluto, pero pronto vemos que cada uno de los detalles ha penetrado en su mente y es elaborado a veces durante semanas o meses. Aunque consideramos la unidad hijo-padres, la interpretación debe dirigirse exclusivamente al paciente.¹⁵

¹⁵ Cf. capítulo V.

Historiales clínicos

En el capítulo IX mostraré cómo se desarrolló el análisis de dos niñas de 6 y 4 años, con trastornos similares, y cómo fueron utilizados en la interpretación los datos que nos dieron los padres.

En el capítulo X, Pola I. de Tomás expone primero fragmentos del análisis de un niño de 3 años, señalando cómo elaboró la muerte del padre. Susana de Ferrer describe a continuación algunas sesiones del segundo análisis del mismo paciente, cuando ya contaba 10 años; a raíz del casamiento y de un nuevo embarazo de la madre se reactivaron en él las mismas ansiedades que acompañaron a la desaparición del padre, y en este nuevo tratamiento pudo reelaborar el duelo.

En el capítulo XI se exponen sesiones de tres niños, tratados por Mercedes de Garbarino, Jorge Rovatti y Eduardo Salas. Los tres pacientes tienen distintas edades y síntomas diferentes, pero todos ellos reviven una misma situación —el trauma de nacimiento—.

En el capítulo XII Elisabeth G. de Garma muestra en tres niños en el período de latencia un mecanismo similar, el de reprimir y aislar un núcleo de su instintividad percibido como destructivo y peligroso, con lo que adquirirían una apariencia de normalidad.