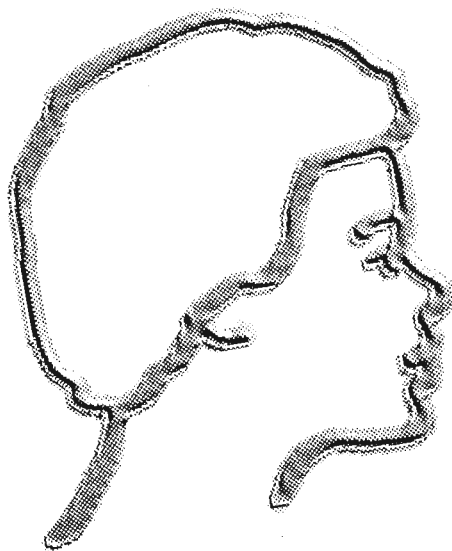


ARMINDA ABERASTURY
TEORIA Y TECNICA
DEL PSICOANALISIS
DE NIÑOS

PAIDOS 



**TEORIA Y TECNICA DEL PSICOANALISIS
DE NIÑOS**

Arminda Aberastury

TEORIA Y TECNICA DEL
PSICOANALISIS DE NIÑOS

Con la colaboración de

Susana L. de Ferrer
Elizabeth G. de Garma
Pola I. de Tomas

Y el material clínico de

Lidia S. de Forti	Manuel Kizzer
Héctor Garbarino	Gela H. de Rosenthal
Mercedes F. de Garbarino	Jorge T. Rovatti
Sara H. de Jarast	Eduardo Salas



PAIDÓS

Buenos Aires - Barcelona - México

Cubierta: Gustavo Macri

150.195 Aberastury, Arminda
CDD Teoría y técnica del psicoanálisis de niños.- 1ª ed.
14ª reimp.- Buenos Aires : Paidós, 2009.
320 p. ; 22x16 cm.- (Psicología, psiquiatría,
psicoterapia)

ISBN 978-950-12-3021-5

1. Psicoanálisis I. Título

A Angel Garma

1ª edición, 1962

14ª reimpresión, 2009

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

© 1996 de todas las ediciones,
Ediciones Paidós Ibérica SA.,
Av. Diagonal 662-664, Barcelona
© de esta edición,
Editorial Paidós SAICF,
Defensa 599, Buenos Aires
e-mail: difusion@areapaidos.com.ar
www.paidosargentina.com.ar

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723
Impreso en Argentina - Printed in Argentina

Impreso en Primera Clase,
California 1231, Ciudad de Buenos Aires, en febrero de 2009
Tirada: 2000 ejemplares

ISBN 978-950-12-3021-5

INDICE

NOTA PRELIMINAR	11
PRÓLOGO	13

Historia de la Técnica

I. Análisis de la fobia de un niño de 5 años	19
II. Nacimiento de una técnica	34
III. Dos corrientes en psicoanálisis de niños	51
IV. El psicoanálisis de niños en la Argentina	62

Técnica Actual

V. La entrevista inicial con los padres	75
VI. El consultorio, el material de juego, el cajón individual; problemas técnicos que surgen de su manejo diario	92
VII. La primera hora de juego, su significado	108
VIII. Entrevistas posteriores con los padres	131

Historiales Clínicos

IX. Historiales clínicos	147
X. Conflictos en la elaboración del duelo	180
Primera Parte, por <i>Pola I. de Tomás</i>	180
Segunda Parte, por <i>Susana L. de Ferrer</i>	190
XI. Fragmentos de historiales	199
XII. Surgimiento de ansiedades analasdomasquísticas enquistadas, por fracasos en la latencia, por <i>Elizabeth G. de Garma</i>	209

Profilaxis de la neurosis infantil

XIII. Grupos de orientación de madres	231
XIV. Nuevas perspectivas en la terapia	249
INDICE ANALÍTICO	269
INDICE ALFABÉTICO DE CASOS	275
BIBLIOGRAFÍA	276

“Homme nul n’a sondé le fond de tes abîmes.”

Les Fleurs du Mal
CHARLES BAUDELAIRE

“Sabemos, sí, que hay luz. Está aguardando
“detrás de esa ventana
“ con sus trágicas garras diamantinas,
“ ansiosa
“ de clavarnos, de hundirnos, evidencias
“ en la carne, en los ojos, más allá.”

Razón de Amor
PEDRO SALINAS

Nota preliminar

Este libro, que se inicia con el primer intento de Freud de curar la neurosis de un niño aplicando la técnica psicoanalítica y concluye brindando nuevas perspectivas para la terapia, reúne mi experiencia y la de muchos analistas que trabajaron conmigo.

Es el testimonio de mi agradecimiento a Freud, que dio los fundamentos teóricos de la técnica; a Melanie Klein, cuyas ideas fueron mi directiva más valiosa; a todos los que contribuyeron con su esfuerzo al progreso del psicoanálisis de niños y a los que colaboraron en este libro ofreciéndome generosamente su material clínico.

La Asociación Psicoanalítica Argentina fue reconocida en 1944 por la Psychoanalytic International Association, fruto del trabajo infatigable que en favor de la difusión del método psicoanalítico había realizado Angel Garma —con el grupo que inicialmente le acompañó— desde 1939. Fueron su interés por el análisis de niños y el apoyo incondicional que recibí tanto de él como de Enrique Pichon Rivière —con quien trabajaba desde 1938 en el Hospicio de las Mercedes— los que me permitieron emprender la ardua tarea de dar los pasos iniciales y crear los cimientos de lo que hoy podemos llamar nuestra técnica de psicoanálisis de niños. En este mismo sentido quiero recordar aquí con profunda gratitud lo que para mí significó en aquellos años la frecuente correspondencia con Melanie Klein, de la que recibí valiosas indicaciones técnicas.

Si bien Flora Scolni inició también en esa época su labor como psicoanalista de niños, yo trabajé sola al principio. Mi primera colaboradora fue Elizabeth G. de Garma, quien con gran dedicación y genuino talento para el análisis de niños participó desde 1947 en las tareas de formación, que ya entonces eran intensas.

Rápidamente el interés por el psicoanálisis de niños fue creciendo y este hecho hizo posible y necesario dictar seminarios técnicos y teóricos en la Asociación Psicoanalítica Argentina desde 1948. Este progresivo desarrollo culminó con la realización del Primer Symposium de Psicoanálisis de Niños, en 1957.

Desde los comienzos fue formándose a mi alrededor un grupo especialmente interesado en estos problemas. Con el paso de los años algunos abandonaron la especialidad, en tanto que otros, una vez formados, continuaron sus actividades independientemente y crearon a su vez nuevos grupos.

Escribir este libro, en el que pretendo transmitir mi experiencia y la de mis colaboradores, fue una tarea nada fácil que seguramente hubiera abandonado sin la ayuda incondicional que me prestaron Lidia Forti y Susana L. de Ferrer.

Luciana B. de Matte, Julio Aray y Juan F. Rodríguez fueron valiosos colaboradores y su cuidadosa e inteligente revisión del texto aportó innegables mejoras. José Alonso no se limitó a copiar los originales sino que a veces los interpretó sugiriendo sutiles modificaciones.

Agradezco finalmente a Decio de Souza su dedicación al discutir conmigo algunos aspectos de este libro, lo que significó para mí un gran estímulo.

Prólogo

Los trabajos originarios de Freud surgieron del análisis de adultos, pero la naturaleza de su hallazgo lo condujo a investigar los años de la infancia, pues descubrió que las primeras causas de trastorno mental tenían su fuente en factores que actuaron durante las primeras fases del desarrollo.

Sus conclusiones sobre la sexualidad infantil se confirmaron la primera vez que se aplicó el psicoanálisis al tratamiento de un niño neurótico¹. Sus ideas sobre este desarrollo se enriquecieron con los hallazgos ulteriores en el tratamiento de adultos neuróticos, con la observación directa de niños y con los datos que le comunicaban los psicoanalistas que se dedicaron a niños. Fue fundamental la investigación de los mecanismos que impulsan al niño a jugar.

El juego había sido estudiado por psicólogos, filósofos y pedagogos, muchos de cuyos hallazgos mantienen hoy su validez, pero señalaban aspectos parciales del problema o describían el fenómeno sin entrar a considerar su significado inconsciente.

En la teoría traumática del juego Freud no excluye lo que en parte se había descripto, pero explica el fenómeno en su totalidad y en su esencia². Ya en el historial de Juanito había interpretado juegos, sueños y fantasías, pero fue al observar y analizar el juego de un niño de 18 meses cuando descubrió los mecanismos psicológicos de la actividad lúdica.

Comprendió que el niño no jugaba solamente a lo que le era placentero sino que también repetía al jugar situaciones dolorosas, elaborando así lo que había sido excesivo para su yo.

La teoría traumática del juego desarrollada por Freud no ha sido modificada en sus bases, y sí utilizada para la creación de nuevas técnicas de acercamiento al inconsciente del niño en el tratamiento y diagnóstico de las neurosis infantiles, de las que nos ocuparemos a lo largo de este libro.

¹ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años". Obras Completas. Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, tomo XV, *Historiales clínicos*.

² FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*. "Más allá del principio del placer", tomo II, *Una teoría sexual y otros ensayos*, pág. 285. *Tótem y tabú*, tomo VIII, pág. 116. Obras Completas, Ed. Americana, Buenos Aires, 1943.

En muchas de las obras de Freud he encontrado apuntes que fueron fundamentales para la creación de la técnica de psicoanálisis de niños.

En "Actos sintomáticos y casuales"³ relata un acto sintomático en un niño de 13 años, cuya interpretación podría ser hoy un ejemplo de la forma en que puede analizarse un niño, y en un pequeño artículo "Asociación de ideas en una niña de cuatro años"⁴, señala la posibilidad de utilizar la expresión verbal temprana para la interpretación.

En "Psicología del colegial"⁵ estudia las reacciones frente a los maestros, como repetición de las relaciones con sus padres, ideas que más tarde se desarrollaron, permitiendo comprender el porqué de las dificultades de aprendizaje, de la desadaptación escolar y de la avidez o rechazo frente al conocimiento.

En "Los sueños infantiles"⁶ analiza sueños de niños, destacando que —como en los del adulto— debemos considerar un contenido manifiesto y uno latente, al que se llega por la interpretación.

Partiendo de estos hallazgos, Hug Hellmuth, Anna Freud, Sophie Morgenstern y Melanie Klein buscaron la forma de aplicar el psicoanálisis al tratamiento de niños. Aunque todos contribuyeron a mi técnica actual, fue el pensamiento de Melanie Klein el que marcó una directiva fundamental en mi trabajo.

Los descubrimientos de Freud sobre la dinámica del inconsciente, la sexualidad infantil y la configuración y destino del complejo de Edipo, obligaron a reconsiderar lo que se suponía era un niño.

Al señalar Freud que el instinto de muerte actúa junto al instinto de vida desde el primer momento, que las tendencias destructivas existen junto a su capacidad de amor, que necesita destruir y que esta necesidad debe ser respetada —dentro de ciertos límites— y más importante aún, que los conflictos originados por estas tendencias en pugna son fuente continua de dolor, nos hemos visto obligados a modificar nuestra creencia en la felicidad de la infancia.

Cuando describió la angustia de nacimiento como el arquetipo de las futuras situaciones de ansiedad —idea que más tarde Rank desarrollará con genialidad— abrió el camino a todos aquellos psicoanalistas que se ocuparon en especial de la vida intrauterina⁷, del trauma del nacimiento⁸

³ FREUD, SIGMUND: "Actos sintomáticos y casuales", tomo I, *Psicopatología de la vida cotidiana*, pág. 244.

⁴ FREUD, SIGMUND: "Asociación de ideas en una niña de cuatro años", tomo XIII, *Psicología de la vida erótica*, pág. 135.

⁵ FREUD, SIGMUND: "Psicología del colegial", tomo XIX, *El malestar en la cultura*, pág. 283.

⁶ FREUD, SIGMUND: "Los sueños infantiles", tomo IV, *Introducción al psicoanálisis*, pág. 153.

⁷ En la Argentina, Arnaldo Rascovsky y los integrantes del grupo de estudios psicoanalíticos sobre la organización fetal, constituido en el año 1954.

⁸ RANK, OTTO: *The trauma of birth*. Ed. Robert Brunner, Nueva York, 1952.

y de las primeras etapas del desarrollo. Todos ellos, al desarrollar las ideas originarias de Freud, contribuyeron a la comprensión de la mente del lactante, dando las bases de una posible profilaxis de las neurosis infantiles.

Todos estos hallazgos provocaron rechazo y despertaron resistencias, pero en especial el de la sexualidad infantil y el del complejo de Edipo. El repudio del adulto a la sexualidad del niño se expresó en su necesidad de ignorarla, en el afán por prohibir sus manifestaciones inventando leyendas que sustituyesen la verdad, y negarle todo esclarecimiento. Freud mostró ya en el historial de Juanito que cuando el adulto responde con mentiras a las preguntas que el niño hace, lo impulsa a mentir y le crea serios conflictos.

Cuando en 1900 descubrió la importancia de la relación temprana con los padres para el destino de las futuras relaciones de objeto, dio los fundamentos para un nuevo descubrimiento técnico —decisivo para la eficacia de su método— como fue la utilización de la transferencia en la cura analítica.

En "El delirio y los sueños en la Gradiva"⁹ describe con especial claridad este hallazgo: "El proceso de curación se completa por un resurgimiento del amor, si es que podemos dar este nombre a la reunión de todos los heterogéneos componentes del instinto sexual, y esta recaída amorosa es indispensable, pues los síntomas a causa de los cuales se sometió la enferma al tratamiento no son sino residuos de anteriores luchas, de represión o de retorno a la conciencia, y sólo por una nueva crecida de las mismas pasiones que han provocado el combate pueden tales restos ser ahogados y removidos. Todo tratamiento psicoanalítico —por lo tanto— es una tentativa de liberar amor reprimido, que había hallado en un síntoma un insuficiente exutorio transaccional."

Freud llegó al descubrimiento del complejo de Edipo a través de su autoanálisis y luego a través de la transferencia. Dice en su estudio autobiográfico: "Había tropezado, en efecto, por primera vez, con el complejo de Edipo."¹⁰ Señaló luego que éste fue el asunto central de su autoanálisis: "También comprobé en mí —dice— el amor por la madre y los celos contra el padre, al punto que los considero un fenómeno general de la temprana infancia".¹¹

(1ª edición, Viena, 1924). [Traducción castellana: *El trauma del nacimiento*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.]

⁹ FREUD, SIGMUND: "El delirio y los sueños en la Gradiva de W. Jensen", tomo III, *El chiste y su relación con lo inconsciente*, pág. 275.

¹⁰ FREUD, SIGMUND: "Estudio preliminar", tomo XXII, *Los orígenes del psicoanálisis*, pág. 53. Obras Completas, Ed. Santiago Rueda, Buenos Aires, 1956.

¹¹ FREUD, SIGMUND: "Cartas, manuscritos, notas", tomo XXII, *Los orígenes del psicoanálisis*, pág. 261. Obras Completas, Ed. Santiago Rueda, Buenos Aires, 1956.

Valorar la importancia fundamental de sus hallazgos para la creación del psicoanálisis de niños fue lo que me impulsó a iniciar este libro con el relato del primer historial de un niño neurótico tratado por Freud, para luego exponer las técnicas que de él nacieron y su evolución, hasta llegar a mi técnica actual. He tratado —no sin dificultad— de que fuese siempre el material clínico el que condujese a la teoría y de transmitir mi convicción sobre la importancia del psicoanálisis de niños para la investigación y metodología psicoanalíticas.

Historia de la técnica

Partiendo de los hallazgos de Freud y en especial del primer caso de una neurosis infantil curada por él, se muestra cómo Sophie Morgenstern, Anna Freud y Melanie Klein buscaron la forma de aplicar el psicoanálisis al tratamiento de niños. Se señalan las diferencias técnicas que desde sus comienzos y hasta la actualidad mantienen las escuelas creadas por Anna Freud y Melanie Klein y la influencia que tuvieron en el desarrollo del psicoanálisis de niños en la Argentina.

I. Análisis de la fobia de un niño de 5 años ¹

Con la publicación de este historial, Freud fijó las bases para la comprensión del lenguaje preverbal y la utilización de la interpretación en el análisis de niños, pero no para el manejo de la transferencia como instrumento técnico. Esto se debió, en parte a la forma en que se realizó el tratamiento, y en parte a que tampoco en el tratamiento de adultos había valorado todavía la importancia técnica del vínculo con el terapeuta.

Para comprender cómo nació el psicoanálisis de niños, quisiera que nos remontásemos a los primeros descubrimientos de Freud sobre la curación de la neurosis del adulto. La primera vez que habló de psicoanálisis como de un método terapéutico propio fue en 1896 cuando, al descubrir el valor de la asociación libre, pudo independizarse de la hipnosis y de la sugestión, técnicas que había usado hasta entonces para la exploración y curación de la histeria ².

El hecho de que muchos de sus pacientes continuasen hablando libremente sin hipnosis ni sugestión, y pudieran por cadenas asociativas llegar al recuerdo de traumas infantiles, le mostró la importancia de la asociación libre que luego utilizó metódicamente en la exploración y curación de sus pacientes.

Nada más ilustrativo para comprender esta evolución de la técnica de Freud que la lectura de sus primeros historiales ³. Su nuevo y gran descubrimiento fue comprender y valorar como instrumento técnico el vínculo que se creaba entre el paciente y el terapeuta, al que denominó transferencia. Descubrió que ésta tenía sus raíces en la más temprana infancia y que lo que el paciente revivía con el terapeuta eran sus primeras relaciones de objeto, siendo imprescindible interpretar las reacciones transferenciales positivas y negativas como repetición de aquellas situaciones pretéritas ⁴.

¹ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*. Obras Completas, Ed. Americana, Buenos Aires, 1943.

² JONES, ERNEST: *Vida y obra de Sigmund Freud*, tomo I, pág. 296. Editorial Nova, Buenos Aires, 1959.

³ FREUD, SIGMUND: *Historiales clínicos*, tomo X, "La histeria", pág. 27.

⁴ FREUD, SIGMUND: *Más allá del principio del placer*, tomo II, "Una teoría sexual y otros ensayos", pág. 275.

El valor terapéutico de la interpretación fue comprendido por Freud desde el primer momento, cuando comprobó que al comunicar en el momento oportuno al paciente sus descubrimientos, conseguía que éste hiciera consciente lo que hasta ese momento estaba reprimido. Asociación libre, transferencia e interpretación fueron los tres pilares de la técnica de Freud para hacer consciente el inconsciente.

La teoría traumática de las neurosis había llevado a Freud a la convicción de la importancia de la sexualidad infantil y a formular un ensayo sobre su desarrollo⁵, pero faltaba la experiencia de la observación directa de un niño, que permitiese confirmar sus descubrimientos sobre la evolución sexual. El tratamiento de una histeria infantil permitiría ampliamente esta corroboración. Freud había postulado la existencia del complejo de Edipo y la observación de un niño neurótico confirmaría también la importancia de éste en la eclosión de la neurosis, mientras estaba aconteciendo.

En 1905 intentó por primera vez aplicar este método a la curación de una neurosis infantil; se trataba de una zoofobia en un niño de cinco años. El historial de este niño —Juanito— corroboró en efecto lo que había afirmado hasta entonces sobre la sexualidad infantil y sobre la importancia del complejo de Edipo; abrió, además, el camino para la interpretación del lenguaje preverbal y significó un aporte fundamental para la comprensión de las fobias. Desde este punto de vista, ni Freud ni sus sucesores inmediatos pudieron prever los alcances de su descubrimiento. Ha sido necesario para valorarlo su confrontación diaria con las experiencias de los psicoanalistas de niños. Uno de los múltiples valores de este historial fue mostrar la repercusión que tuvieron las situaciones traumáticas en el desarrollo del niño, cómo se expresaron durante el tratamiento y cómo evolucionaron hasta llegar a la curación.

El padre de Juanito había transmitido a Freud sus observaciones sobre todas las manifestaciones de curiosidad y actividades sexuales de su hijo que pudieran confirmar sus descubrimientos sobre la sexualidad infantil. En esta correspondencia —que Freud transcribe en la primera parte del historial— están consignados los más importantes datos que permitirán comprender la eclosión de la fobia y la elección del animal objeto de su miedo.

“El presente historial clínico de un paciente infantil —dice Freud— no constituye en rigor una observación directa mía. Dirigí, desde luego, en conjunto el plan del tratamiento, e incluso intervine una vez en él personalmente, manteniendo una conversación con el infantil sujeto. Pero quien llevó adelante el tratamiento fue el padre del enfermo, al que debo

⁵ FREUD, SIGMUND: “Una teoría sexual”, tomo II, *Una teoría sexual y otros ensayos*, pág. 7.

expresar aquí mi agradecimiento por haber puesto a mi disposición sus anotaciones, autorizándome a publicarlas.”

“Únicamente la unión de la autoridad paterna y la autoridad médica en una sola persona y la coincidencia del interés familiar con el interés científico hicieron posible dar al método analítico un empleo para el cual hubiera sido inadecuado en otras condiciones.”⁶

Freud intuyó dos cosas: 1) que lo que hace eficaz la interpretación de la transferencia es la unión de la figura del terapeuta con el objeto originario, y 2) que la terapia y la investigación son inseparables en el psicoanálisis.

Expone el historial en tres partes: en la primera, relata las observaciones que realizó el padre buscando corroborar en la observación directa de un niño lo que Freud había expuesto acerca de la sexualidad infantil; en la segunda expone la evolución de la enfermedad y del tratamiento y en la parte final, que él titula “Epicrisis”, se propone: 1) comprobar hasta dónde este caso confirma sus puntos de vista sobre la sexualidad infantil; 2) determinar qué aporta a la comprensión de las fobias, y 3) extraer de esta experiencia aclaraciones sobre la vida anímica del niño y conclusiones para la adecuada orientación de éste.

Juanito, hasta la aparición de la fobia, parece haber sido un niño que se desarrolló normalmente. Sus padres lo describen como un niño alegre, con buenas relaciones con su medio, que juega bien y goza jugando. No hacen referencia a enfermedades ni dificultades durante su desarrollo que hiciesen suponer algún conflicto no resuelto⁷.

Los datos que nos da Freud sobre el paciente nos resultan hoy incompletos; nada sabemos sobre el embarazo, el parto, la lactancia y sus primeros logros de lenguaje y marcha. Podemos deducir de la actitud ulterior de la madre —a la luz de nuestros conocimientos actuales— que el control de esfínteres debió ser severo, porque el niño padecía de un estreñimiento tenaz que fue tratado con enemas y laxantes. Nos da en cambio un detallado cuadro de sus traumas genitales, que explicaremos y evaluaremos más adelante.

“Las primeras observaciones sobre Juanito datan de la época en que no había cumplido aún los tres años. Manifestaba por entonces, con diversas ocurrencias y preguntas, vivo interés por una cierta parte de su cuerpo, a la que llamaba ‘la cosita de hacer pipí’.”⁸

La curiosidad por los genitales se satisface también en su observación

⁶ FREUD, SIGMUND: “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 145.

⁷ Salvo el estreñimiento y la amigdalectomía, que no fueron valorados por Freud ni por los padres.

⁸ FREUD, SIGMUND: “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 146.

de animales: "Aproximadamente en la misma época (a los tres años y medio), llevado un día ante la jaula de los leones en Schöenbrunn, Juanito exclama alborozado: 'Les he visto la cosita a los leones'." ⁹

Freud agrega: "Los animales deben gran parte de la significación que han alcanzado en fábulas y mitos a la naturalidad con la que muestran a las criaturas humanas, penetradas de ávida curiosidad, sus órganos genitales y funciones sexuales." ¹⁰

Pero su gran curiosidad hace de Juanito un investigador también de lo inanimado: "Un día, a los tres años y nueve meses, ve desaguar la caldera de una locomotora y dice: 'Mira, la locomotora está haciendo pipí. ¿Dónde tiene la cosita?' " ¹¹

Su interés no es exclusivamente teórico y le incita también a tocamientos y actividades masturbatorias que angustian a su madre, quien le amenaza con que el médico le cortará los genitales si sigue tocándolos. Esta amenaza será uno de los traumas desencadenantes de la enfermedad, tal como se verá a través del historial.

Freud considera que el nacimiento de la hermana fue también traumático para Juanito, pero leyendo el historial y estudiándolo a la luz de los conocimientos actuales comprendemos que no fue el hecho en sí lo que perturbó a Juanito, sino los engaños y falseamientos de la verdad que rodearon este acontecimiento y todo lo que se refería a la vida sexual, mentiras que contradecían todo cuanto él observaba. Le dieron la versión de la cigüeña pero también le llevaron al cuarto de su madre, en el que vio rastros de sangre y de la actividad del médico, hechos que razonablemente ligó con el parto, creándose en él una gran confusión.

Su capacidad de observación y su preocupación por unir lo que observaba con las versiones que sus padres le daban sobre los mismos hechos, así como la confusión que esto le creó, son muy evidentes en el relato que hace Juanito del día del nacimiento de la hermana. Cuando ve el maletín del médico dice: "Hoy viene la cigüeña". Después del parto, Juanito oye que la partera pide una taza de té y dice: "Mamá tose y por eso le dan té", y al entrar en el cuarto de su madre, en vez de mirarla contempla una palangana medio llena aún de agua sanguinolenta y dice extrañado: "Yo no echo sangre por la cosita."

"Todas sus palabras demuestran —dice Freud— que relaciona con la cigüeña esa situación inhabitual. Lo observa todo con aire desconfiado. Indudablemente se ha afirmado en él la primera desconfianza contra la historia de la cigüeña." ¹² Cuando nace su hermana sus observaciones

⁹ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 148.

¹⁰ FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 148.

¹¹ FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 148.

¹² FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 150.

se ven perturbadas por la mentira de su madre, que le ha afirmado que ella también tiene un genital masculino. Es por eso que Juanito, aunque observa que su hermana es diferente de él, se empeña en negarlo y dice: "Tiene una cosita muy chiquituca."

Fueron también importantes los traumas sufridos en su propio cuerpo, enemas y laxantes que vivió como vaciamiento violento, reforzando el temor a que también pudiera cumplirse la amenaza de castración. "Se ha hecho observar que el niño de pecho tenía que sentir ya el acto de serle retirado el seno materno al terminar cada una de sus mamadas, como una castración, esto es, como la pérdida de una parte importante de su propio cuerpo. Igual sensación despertaría en él el acto regular de la defecación." ¹³

El historial señala abundantes traumas genitales: 1) la madre le prohibió la masturbación, y como esta prohibición fue inútil, lo amenazó con llevarlo a un médico que le cortase los genitales; 2) le hizo una descripción inexacta de la diferencia de sexos, asegurándole que los genitales femeninos eran como los del varón; 3) cuando se embarazó y tuvo una hija, dieron a Juanito la conocida versión de la cigüeña, pero al mismo tiempo lo llevaron al cuarto de su madre, en el que vio el maletín del médico y una palangana con sangre, que él vinculó con el parto, y 4) durmió con sus padres hasta el momento de nacer su hermana.

Conociendo la forma en que expresó Juanito su curiosidad sexual, las características de su masturbación y las reacciones de los padres, valoramos más fácilmente todos los acontecimientos relacionados con el nacimiento de su hermana y el porqué de su fuerza traumática.

Freud, en la primera parte del historial, relata también los intentos de Juanito de orientar hacia otros objetos los afectos hasta entonces centrados en sus padres y hermana, y analiza el significado de los juegos exhibicionistas con sus amigos y los sueños en los que elabora las excitaciones del día.

Al estudiar la evolución del síntoma, señala insistentemente que antes de la aparición de la fobia Juanito tuvo crisis de ansiedad y que a los cuatro años y ocho meses tuvo un sueño de angustia, en el que expresaba el miedo de ser abandonado por la madre.

Los primeros síntomas de la fobia —que iba a condenar a Juanito a no poder salir de su casa, por temor a encontrar un caballo— surgieron poco después.

Dos acontecimientos aparecen desde el principio conectados con la fobia: 1) el miedo que sintió cuando vio caer a un caballo, jaderar y patear, y 2) temor a que el caballo lo mordiese. Cuando el padre le interpreta que existe una relación entre ese miedo y su curiosidad sexual

¹³ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 143.

se produce una intensificación de la angustia, y dice: "No tengo más remedio que mirar a los caballos y luego me da miedo."¹⁴

En esta época Juanito se enferma y debe permanecer en cama quince días por una fuerte gripe. Pienso que esa enfermedad fue consecuencia de las angustias antes mencionadas. A la gripe sigue una amigdalectomía luego de la cual la fobia se intensifica notablemente. Aunque Freud no valoró la amigdalectomía como uno de los factores desencadenantes de la enfermedad, hoy no podemos sino darle ese valor sobre todo si pensamos que la boca desempeñó un papel importante en esta fobia y que Juanito señala con frecuencia que los caballos blancos muerden: "Cuando se les pasan por delante los dedos, muerden."

Vamos a tratar de analizar cada uno de los detalles de su miedo —el pataleo, el ser mordido, la caída y las características del caballo temido— y de exponer no sólo las motivaciones que Freud señala, sino también las que hoy valoraríamos.

Juanito solía ver a su madre cuando defecaba, y este hecho —según Freud— contribuyó a que equiparase con tanta insistencia el proceso del parto con la evacuación y se representara éste como la caída de la materia fecal en el orinal. El pataleo que temió tanto de los caballos era similar al que, según sus padres, realizaba Juanito cuando le imponían el control de esfínteres.

El caballo tuvo roles importantes en juegos previos al síntoma, en los que él jugaba con los otros niños a ser el caballo, y también en juegos con su padre. El juego de los caballos jugado con otros niños fue contemporáneo al de orinar exhibiéndose, realizado con los mismos niños. En esa época el embarazo de su madre incrementó su curiosidad por todo lo sexual y su masturbación, y la madre no sólo lo amenazó con cortarle los genitales, sino que más tarde le propuso acostarlo con las manos atadas para que no se masturbase.

Con todos estos antecedentes, comprendemos que la amigdalectomía debió ser vivida por él como el cumplimiento de la amenaza materna, intensificándose la angustia de castración por desplazamiento de lo genital a lo oral. Si de su garganta podía amputarse una parte, era factible que esto aconteciese también con los genitales. No debemos olvidar que la madre atribuyó al médico el poder para cumplir la amenaza de castración y que la operación fue realizada entonces por el posible ejecutor de esa amenaza.

La equiparación consecuente de la boca con la vagina, de acuerdo con lo anterior, hizo que el temor al caballo se centrara en que éste podía morder y en especial en los dedos, porque la masturbación podía impedírsele también quitándole el instrumento con que la efectuaba, las manos, ya que también lo amenazaron con atárselas.

¹⁴ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 168.

La característica del caballo temido era el ser blanco y pienso que este detalle pudo originarse en el color blanco del delantal del médico durante la operación. El significado traumático de la amigdalectomía escapó a la comprensión de Freud y quizá por eso no consiguió explicarse algunos de los detalles de la fobia: el color blanco del caballo, el significado de la boca y del bozal.

Me veré ahora forzada a repetir fragmentos del historial porque quiero poner el acento en los hallazgos técnicos que me parecen fundamentales.

Tempranamente, desde los tres años, manifestó gran curiosidad por los propios genitales y por los de las otras personas, así como por los de los animales. Esta curiosidad se acompañó de una frecuente masturbación que la madre trató de impedir amenazándolo con llevarlo al médico para que le cortase "la cosita", y en otra oportunidad ofreciéndole dormir con una especie de camión cuyas mangas, al estar atadas, le impidiesen el libre uso de las manos.

Esta amenaza de castración y la represión de la masturbación se produjeron cuando Juanito tenía tres años y medio, antes de la aparición de la fobia y coincidiendo con el embarazo de la madre.

En el verano anterior a la eclosión de la fobia —período en el que la madre estaba embarazada— aparecen los primeros índices de ansiedad: sufre depresiones, tiene crisis de angustia en las que expresa miedo de perder a la madre, y cuando va de paseo con su niñera, pide volver a la casa por temor a no encontrar a su madre.

Este síntoma se hace más oscuro a los padres cuando, no obstante ser la madre quien lo acompaña en sus paseos, los interrumpe también por crisis de angustia y deseos de volver a casa. A los cuatro años tiene un sueño de angustia que anuncia la aparición de la enfermedad y en el que expresa su miedo de que la madre lo abandone.

A los pocos meses de este sueño aparece el temor de que le muerda un caballo, temor cuyas características se van definiendo en sucesivos desplazamientos a detalles y que en su última forma consiste no sólo en temor a los caballos fuera de casa, sino también dentro de ella, pues tiene la idea de que también puede entrar un caballo en su cuarto.

Cuando aparece en Juanito el temor a que le muerda un caballo, el padre, orientado por Freud, interviene como terapeuta y le interpreta que la angustia y el miedo que siente son una consecuencia de la masturbación, impulsándolo, además, a abandonarla. La amenaza de castración se ve así reforzada y determina nuevos aspectos de la neurosis de Juanito.

Una pequeña mejoría obtenida con esta interpretación desaparece pronto, manifestándose en cambio una fuerte gripe, luego de la cual es sometido a una amigdalectomía.

Juanito conversa con su padre sobre las características del miedo sa-

biendo que sus relatos serán transmitidos a Freud, así como las ocurrencias que surgen espontáneamente sobre cada detalle de sus juegos, fantasías y sueños y que la finalidad de esta correspondencia es curarlo de sus miedos. El padre a veces interpretaba este material —basándose en lo que conocía de psicoanálisis y sobre la vida de Juanito— siendo las interpretaciones aprobadas, ampliadas o modificadas por Freud. En muchos otros casos se le escapaba el significado latente de este material y Freud lo orientaba sobre la línea interpretativa a seguir. Resulta bastante extraño que si en este primer análisis fue tan evidente que el niño sufría por el síntoma y colaboraba en el tratamiento, se sostuviera después —y durante tantos años— que el niño, a diferencia del adulto, no sabe que está enfermo ni desea curarse¹⁵.

En la medida en que, por efecto de las interpretaciones, Juanito hacía conscientes los motivos del miedo, surgían recuerdos que estaban reprimidos y esto hizo posible reconstruir el camino desde la crisis de angustia hasta la aparición de la fobia. Muchos de los recuerdos de Juanito son ratificados por los padres; otros, no; algunos son recuerdos encubridores cuyo análisis enriquece la reconstrucción del pasado, pero en su mayor parte sus relatos son fantasías preconscientes o mentiras que conscientemente formula como si fueran acontecimientos de los que fue testigo. Es este último el más valioso material para comprender los acontecimientos que desencadenaron la enfermedad y Freud en gran parte lo utiliza.

Trataremos de exponer el contenido de las sesiones, no de acuerdo con el orden en que aparecen en el historial —para evitar repeticiones que oscurecen el desarrollo del caso—, sino consignando el gradual esclarecimiento y transcribiendo los textos de Freud.

Tempranamente descubre Juanito que su miedo a que lo muerda un caballo se relaciona con una impresión recibida en Grunden. Escucha en una ocasión que el padre de una de sus amigas —Lizzi— le advierte del peligro de acercar la mano a la boca del caballo, diciéndole: “No le acerques los dedos al caballo, porque te morderá.” Cuando relata este recuerdo de Juanito, Freud señala que la formulación verbal que pone Juanito en boca del padre de su amiga es la misma que utilizaban sus padres cuando lo amenazaron por masturbarse.

La neurosis aparece enlazada a este suceso accidental y conservó su huella en la elección del caballo como objeto de angustia. Aunque esta impresión carecía en sí de “energía traumática”, la adquirió por diversos factores que detalla Freud: 1) la anterior significación del caballo como objeto de preferencia e interés, como se deduce de los primeros relatos sobre juegos realizados con amigos y con su padre, en los que el caballo

tuvo un papel importantísimo; 2) el recuerdo de un incidente en el que su amigo Federico —algo mayor que él y fuertemente identificado con su padre— cayó al suelo y se hirió jugando a los caballos; 3) las prohibiciones que en los mismos términos le hicieron sus padres referentes a la masturbación, y los padres de una amiga, referentes a los peligros de la boca de un caballo, y 4) su unión temporal con todo lo relacionado con el embarazo y parto de la madre, porque a los tres años y medio recibe la amenaza de la madre y se produce el nacimiento de la hermana.

“El material patógeno quedaba transferido al complejo del caballo y transformados uniformemente en angustia todos los afectos concomitantes.”¹⁶ Este proceso tuvo aún que someterse a una nueva deformación y sustitución antes de que la conciencia tomara conocimiento de él. El primer miedo de Juanito de que lo mordiera un caballo procedía de otra escena, en que la madre le había amenazado con cortar los genitales si seguía con sus hábitos onanistas. El estado patológico permanece ligado a los componentes instintivos sexuales rechazados. “Trátase, pues, de una poderosa reacción contra los oscuros impulsos del movimiento que intentan dirigirse especialmente hacia la madre. El caballo había sido siempre para Juanito un ejemplo del placer del movimiento, pero como este placer integra el impulso al coito, queda restringido por la neurosis, que erige también al caballo en la imagen misma del miedo.”¹⁷

La fobia al caballo impide a Juanito salir de la casa y facilita su permanencia al lado de la madre, satisfaciendo así sus deseos posesivos pero a costa de una intensa represión de sus deseos genitales.

A estos conflictos se unió el recuerdo de ansiedades relacionadas con la iniciación del control de esfínteres. Juanito vinculó el pataleo del caballo con sus propios pataleos cuando lo obligaban a dejar de jugar para ponerlo a defecar. También fue evidente que identificaba el parto con la evacuación, explicándose —por esta identificación— el miedo al pataleo del caballo. En el miedo a ser mordido por el caballo se habían ligado el miedo a los genitales de la madre, el recuerdo de la amenaza de castración que ésta le hizo y la advertencia que el padre de Lizzi —la amiga de Juanito que mencionamos antes— le formuló sobre los peligros que existían en la boca de un caballo.

Sabemos que en la fobia los desplazamientos son múltiples; en Juanito el miedo a ser mordido pronto se desplazó al temor de que entrase en su habitación un caballo, desplazamiento que se explica puesto que era su cuarto el escenario de la masturbación y de las prohibiciones.

¹⁶ FREUD, SIGMUND: “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 274.

¹⁷ FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 277.

¹⁵ Cf. capítulo V.

Cuando Freud señala que todo este conflicto es una consecuencia de las amenazas de castración de la madre, la justifica diciendo: "Pero debemos tener en cuenta que en todo esto la madre no hace sino desempeñar un papel marcado por el destino y extremadamente espinoso y comprometido"¹⁸, con lo que apoya su idea de la universalidad de la angustia de castración e intenta defender la figura de la madre, actitud muy frecuente en Freud. Hoy no podemos sino considerar que las amenazas de la madre incrementaron esta angustia en grado extremo y que estas amenazas aumentaron su curiosidad por ver los genitales y lo llevaron a una masturbación compulsiva, para ratificar que la amenaza no se había cumplido.

Con un criterio que la experiencia en niños ha corroborado ampliamente, Freud piensa que un esclarecimiento sexual adecuado le hubiese ayudado a vencer la compulsión a ver los genitales de la madre y así evitar la intensificación de la ansiedad. La mentira inicial de la madre sobre la diferencia de sexos, agregada a la amenaza de castración, reforzó la compulsión a ver y tocar los genitales, siendo este incremento de la ansiedad coadyuvante de la somatización que durante días lo mantuvo en cama con gripe. Es de suponer que el estar en cama y la fiebre aumentaron su compulsión a masturbarse, actividad que no sólo era prohibida, sino que se le señaló como motivo de su enfermedad, reforzando su angustia de castración; la amigdalectomía actuó como factor desencadenante. Freud no valoró el significado de la operación como castración, pero hoy, a través de múltiples experiencias similares, nos resulta muy evidente. En este como en muchos otros casos, la operación de amígdalas es vivida como advertencia de que también puede cumplirse la tan temida castración. Es importante señalar que es en este momento cuando Freud señala por primera vez que los caballos temidos eran blancos: "Cuando su padre le dice que los caballos no muerden, él responde: 'Pero los caballos blancos sí muerden. En Grunden hay un caballo blanco que muerde. Cuando se le ponen delante los dedos, muerde'; y anota también que al padre le extraña que diga los dedos en lugar de la mano. Juanito dice: 'Cuando Lizzi se marchó, había en la puerta de su casa un coche con un caballo blanco para llevar el equipaje a la estación. Su padre estaba cerca del caballo y el caballo volvió la cabeza. Entonces el padre dijo a Lizzi: 'No toques con los dedos al caballo blanco, te morderá.'"¹⁹

Creo que está justificada nuestra suposición de que este caballo blanco representa al cirujano con el delantal blanco realizando la tan temida castración desplazada a la garganta y que el hablar de los dedos y no de

¹⁸ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 167.

¹⁹ FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 169.

la mano era también una referencia a la maniobra operatoria y al instrumento de la masturbación. Además, otra de las características del animal temido era la "cosa negra que llevaba en la boca" y que resultó ser un bozal de cuero. Pienso que este rasgo también encubría un elemento del trauma operatorio. Es como si Juanito pensara: "De haber tenido un bozal —la boca cerrada— no me operan", y al mismo tiempo "me sentía amorozado como con un bozal, cuando me operaron". Por eso teme que lo muerdan los caballos blancos, o los que tienen bozal, o que le saquen los dedos.

Las fantasías de Juanito que cuentan sus padres en esa época son la de la jirafa²⁰ y la de realizar actos prohibidos que merecen castigo²¹. Todo hace pensar que vivió la operación como el castigo por la masturbación realizada con las fantasías edípicas subyacentes. Cuando Juanito se resiste a ir al consultorio de Freud los padres le mienten, prometiéndole que si acepta verá a una niña muy linda en casa del profesor, actitud que nos permite deducir que también a la operación lo llevaron engañado²². En esta primera y única consulta Freud comprende que dos detalles del animal temido están en relación con los bigotes y anteojos del padre, e interpreta que el miedo de Juanito al caballo surge de su intensa agresión al padre y del temor a que éste se vengue, y que estos sentimientos son la consecuencia de sus deseos amorosos hacia la madre. Luego de esta visita comienzan las mejorías importantes, pero Juanito insiste —con muy buen sentido— en que su amor y su miedo al padre son coexistentes, verdad que Freud descubrirá más tarde en *Inhibición, síntoma y angustia*.²³ Hasta ese momento se limita a decir: "Sabemos que esta parte del miedo de Juanito tiene dos aspectos: miedo del padre y miedo por el padre. El primero proviene de la hostilidad y el segundo del conflicto de su cariño hacia él"²⁴, señalando así las ansiedades paranoides y depresivas y su origen.

En esta parte del historial Freud interpreta un proyecto de juego de Juanito que consiste en cargar y descargar y descubre que por una relación simbólica sustitutiva es posible que un mismo juego represente el proceso del parto y el de la defecación, interpretación que se confirma luego cuando en sus juegos con una muñeca utiliza también los mismos símbolos para representar lo que significaron para él el parto y la evacuación.

Dos de sus recuerdos; 1) el del pataleo como protesta cuando le querían forzar a defecar, y 2) el de haber visto a su madre cuando evacuaba,

²⁰ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 176.

²¹ FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 180.

²² FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 172.

²³ FREUD, SIGMUND: *Inhibición, síntoma y angustia*, tomo XI, pág. 24.

²⁴ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 184.

se condensan y desplazan a la figura del caballo, haciendo específicas las situaciones de mayor temor.

"Juanito ha padecido desde siempre de un estreñimiento pertinaz que nos ha obligado a emplear laxantes e irrigaciones."²⁵ Se agrega a esto el hecho de que haya observado "a su madre en el momento de la defecación".²⁶

Esto favoreció el que equiparase el parto de la madre con el pataleo durante la defecación, con todas sus molestias: "Siguiendo las indicaciones que sus sensaciones le proporcionaban, concluyó que debía de tratarse de una violencia de que se hacía objeto a su madre, de un desgarramiento, de una penetración en un espacio cerrado, actos a cuya ejecución sentía en sí el impulso."²⁷

Freud piensa que partiendo de sus sensaciones genitales, Juanito hubiese llegado a descubrir la vagina²⁸, pero no le fue posible por la confusión que le creó la madre al afirmarle que no existía diferencia de sexos, lo que se oponía a todo lo que sentía en su cuerpo y descubriría en sus continuas observaciones. El recuerdo de su madre exhibiéndose mientras defecaba se ligó en Juanito al recuerdo de juegos exhibicionistas con sus amigas. Juanito contó que las niñas querían verlo cuando él hacía pipí y que también él las miraba a ellas.²⁹ Estos recuerdos estaban unidos a las prohibiciones que los acompañaron en ambas oportunidades.

Freud señala que a esta altura del tratamiento Juanito se apodera osadamente de la dirección del análisis, y ya que sus padres retrasan las explicaciones que hubieran debido darle hace tiempo les comunica mediante sus juegos con una muñeca cómo se representa un nacimiento. Con este mismo juego elabora el proceso de la evacuación y pérdida de una parte de sí mismo³⁰, cumplimiento de la tan temida amenaza de perder el genital. La operación —prueba de realidad de que le quitan parte de su cuerpo— transformó un temor sólo fantaseado en uno real y le hizo asociar la pérdida de la materia fecal con la pérdida del pene, ligándolo con el nacimiento como producto de la unión genital.

El mayor interés del historial, si lo consideramos como punto de partida de la técnica de psicoanálisis de niños, es el señalar la eficiencia de las interpretaciones y sus consecuencias.

Hoy, aplicando la técnica de juego, vemos que el niño expresa con juguetes los mismos conflictos y los interpretamos del mismo modo.

²⁵ FREUD, SIGMUND: *Historiales clínicos*, pág. 195.

²⁶ FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 197.

²⁷ FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 272.

²⁸ Lo que está totalmente de acuerdo con mi idea de la fase genital previa y su significado. Cf. cap. IV.

²⁹ FREUD, SIGMUND: ob. cit., pág. 201.

³⁰ FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 224.

Analizando juegos, fantasías y sueños, Freud estudió las distintas formas simbólicas con las que un niño representó el cuerpo de la madre y sus contenidos: una bañera, un ómnibus, un carro de mudanzas, en los que el denominador común era el ser continentes llenos de contenido, o algo capaz de tener dentro cosas más chicas y pesadas, como un vientre que aloja a un niño que luego crece y pesa. Luego extendió este significado al proceso de evacuación. Uno de los argumentos más apasionantes del historial es la interpretación que hace de la descripción detallada que Juanito nos ofrece sobre la vida de su hermana en el vientre de la madre y el señalamiento de Freud sobre la evidencia de este conocimiento en el niño. Juanito dice: "Se pasó todo el tiempo comiendo y sin moverse una sola vez. Se bebió dos jarras grandes de café. Por la mañana no quedaba ya nada. Dejó toda la basura en el cajón. Las hojas de los rábanos y el cuchillo para cortarlos. Luego lo limpió todo muy de prisa. En un minuto. A toda prisa."³¹

Freud descubrió que un niño de tres años percibía el embarazo y tenía, además, su propia concepción de cómo se desarrolla un hijo en la madre: "Y ahora nos procura Juanito una sorpresa, para la que ciertamente no estamos preparados. Teniendo tres años y medio observó el embarazo de la madre, que terminó en el nacimiento de la pequeña, y después del parto, si no antes, reconstruyó todo el proceso aunque sin exteriorizarlo y quizá sin poderlo exteriorizar."³²

El proceso de carga y descarga con el que simboliza el parto aparece equiparado al de la evacuación intestinal. El comienzo de la fobia, que fue el miedo a que un caballo patalease y se cayese, estaba vinculado a sus patalos infantiles cuando lo forzaban a defecar y al desplazamiento de ese miedo al proceso del parto. Es evidente que el niño tenía un conocimiento de lo que era la vida intrauterina cuando describe que su hermana viajaba en una caja cerrada en la que comía y hacía sus necesidades y de la que no podía salir, localizando este viaje en un veraneo en el cual su madre estaba embarazada de seis meses. Hoy sabemos por la experiencia de numerosos análisis de niños que el embarazo de la madre es percibido desde el primer momento y lo expresan en sus juegos, confirmándose así lo que Freud observó. Cuando Juanito intentó elaborar el problema de la diferencia de sexos, de la diferencia entre adultos y niños y el temor a su padre como rival en el amor de la madre, lo expresó en una fantasía en la que una jirafa grande y una chica simbolizaban la diferencia de sexos. El se personificaba en el que tomaba posesión de la chica —la madre— sentándose sobre ella y despertando el enojo de

³¹ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 217.

³² FREUD, SIGMUND: *Idem*, pág. 267.

la jirafa grande —el padre—, interpretando Freud que la diferencia de tamaño de las dos jirafas simbolizaba la diferencia de sexos. También en esto la experiencia posterior en el análisis de niños confirmó esa interpretación de Freud. En una serie de fantasías en las que Juanito describe cosas prohibidas y castigadas, como saltar cercos o romper vidrios, Freud interpreta el deseo incestuoso y el castigo por él.

En otra de sus fantasías un plomero con un destornillador le saca "la cosita" y le da una grande³³. En la primera parte de esta fantasía repite casi sin deformación la situación traumática de la amenaza de castración hecha por la madre y en la segunda la modificación lograda por el tratamiento, en la que recibe del padre la potencia. Según Freud esta feliz elaboración del complejo de Edipo fue posible por las interpretaciones anteriores y explicó la desaparición de la fobia.

Si hoy escribiésemos la historia de Juanito, nos preocuparía conocer muchos detalles de su historia que hicieran comprensible su evolución; pero como Freud estaba especialmente interesado en estudiar la influencia de los traumas sexuales en la etiología de las neurosis y en una fobia daba especial importancia a los traumas de la fase fálica, se comprende que la mayor parte de los datos que nos aporta se refieren a esa época de su vida.

El tratamiento no se llevó a cabo en la forma habitual en psicoanálisis. Freud vio solamente una vez al pequeño paciente y el tratamiento —si bien bajo su supervisión— estuvo a cargo del padre del niño, que estaba muy compenetrado con los descubrimientos de Freud; por eso no pudo servir como enseñanza técnica en lo que se refiere a la interpretación o al manejo de la transferencia. Muchos de sus hallazgos —algunos apenas esbozados— abrieron el camino para buscar una técnica que permitiese entender el lenguaje preverbal e interpretarlo. La experiencia mostraba que el niño, aunque no se podía expresar totalmente con palabras, era sí capaz de entender lo que el adulto le decía, de modo que comprendiendo el significado latente de sus juegos, dibujos, sueños, ensueños y asociaciones, la interpretación sería tan eficaz como lo era en el tratamiento de adultos. Faltaba comprobar si el niño era capaz de establecer con su terapeuta un vínculo transferencial, tal como el adulto, y ese aporte fue dado por los psicoanalistas de niños.

Reemplazada la asociación libre por el lenguaje preverbal, probada la capacidad del niño para comprender la interpretación y establecer una transferencia con el terapeuta, estaban cumplidas las premisas necesarias para hablar de una técnica de psicoanálisis de niños similar a la del psicoanálisis de adultos.

³³ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*, pág. 238.

Los continuos progresos de esta técnica cuyo nacimiento expondremos en el próximo capítulo permitieron: 1) el análisis de niños muy pequeños, desde quince meses en adelante; 2) la ampliación cada vez mayor de los casos que se trataban con éxito, entre ellos afecciones psicosomáticas, como úlcera, colitis ulcerosa, asma, eczema y acetonemia, y 3) la profilaxis de enfermedades futuras, mediante la orientación psicoanalítica del lactante, como consecuencia del progreso en el conocimiento del desarrollo.

II. Nacimiento de una técnica

El éxito terapéutico obtenido por Freud al analizar a un niño de 5 años permitió alentar la esperanza de aplicar el método analítico a los trastornos y enfermedades de niños de corta edad.

Pero el historial¹ no podría servir de norma técnica ya que el análisis se realizó en las circunstancias especiales que he descrito. Cuando otros analistas intentaron aplicar a pacientes de corta edad el método creado por Freud para el tratamiento de adultos se vieron frente a dificultades casi insalvables, siendo la más importante la imposibilidad de lograr del niño asociaciones verbales. Faltaba así el instrumento fundamental del análisis de adultos y los diferentes modos de adaptar el método analítico a la mente infantil dieron origen a las técnicas en psicoanálisis de niños.

Uno de los primeros intentos fue el de Hug-Hellmuth, quien buscó superar las dificultades mencionadas observando el juego de sus pacientes y jugando con ellos dentro de su propio ambiente. Desgraciadamente, no dejó una verdadera sistematización de su método².

Sophie Morgenstern en Francia, Anna Freud y Melanie Klein en Viena publicaron los primeros libros sobre psicoanálisis de niños.

Sophie Morgenstern trabajaba en la clínica de Heuyer y su libro³ es el resultado de su experiencia. Estudia los cuentos, sueños, ensueños, juegos y dibujos infantiles, buscando el contenido latente oculto bajo el contenido manifiesto. El valor de la obra está sobre todo en la exposición de su método de análisis infantil mediante dibujos, método que surgió durante el tratamiento de un caso.

Se presentó en la clínica un niño de 10 años que sufría desde hacía dos de un mutismo total, sin que el examen clínico justificase el trastorno. El único material interpretable eran los dibujos que el niño realizaba a pedido de la psicoanalista.

Al comenzar el análisis sufría de una ansiedad aguda que se expresó claramente en los dibujos, que representaban objetos, animales y personas

¹ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*. Obras Completas, Ed. Americana, Buenos Aires, 1943.

² HUG-HELLMUTH, H.: "Zur Technik der Kinder-Analyse". *Int. Zeit. für Psychoanalyse*, ed. VII, 1921.

³ MORGENSTERN, SOPHIE: *Psychanalyse infantile*, París, 1937. "El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles". *Rev. de Psicoanálisis*, tomo V, N° 3. Traducción de Alicia Vaudelin.

enormes, dirigidos siempre hacia él como para atacarlo. Los temas se repetían de modo obsesivo, especialmente el de un hombre lobo, el de animales con la lengua afuera, el de una lengua con candado, etc. El lobo simbolizaba al padre y su angustia frente a él. Por un desplazamiento de abajo arriba, sus genitales estaban representados por la lengua y la lengua con candado. Su angustia de castración se había intensificado por situaciones muy traumáticas y el síntoma que era la expresión de esta angustia desapareció al ser interpretado (figura 1).

El éxito obtenido, ya que el paciente recobró la palabra, alentó a Morgenstern a aplicar su método a todos los niños, reemplazando los dibujos a las asociaciones libres dadas por los adultos. Su método fue un aporte valioso en el campo del análisis infantil y el material de dibujos es todavía hoy uno de los más importantes.

El estudio del dibujo como medio de expresión en el niño ha sido un tema ampliamente desarrollado por la psicología no analítica, pero recibió un aporte definitivo y fundamental cuando se estudió su significado desde el punto de vista psicoanalítico.

La interpretación de dibujos durante el tratamiento analítico de niños, su significado inconsciente y los símbolos empleados en dibujos, tal como fue señalado por Sophie Morgenstern, fue utilizado luego por todos los que se dedicaron a este campo de la investigación analítica, confirmando y ampliando sus concepciones. En casos como el que ella analizó o en otros en que hay una inhibición de juego muy intensa, los dibujos pueden ser de una utilidad muy grande durante el tratamiento. Es frecuente, sin embargo, que empleando la técnica de juego, el niño dibuje poco, salvo durante el período comprendido entre los 6 y 12 años. Pienso que esto se debe a que aplicando la técnica de juego los niños expresan sus conflictos con la actividad lúdica, y salvo en casos especiales, no necesitan otro medio de expresión.

Cuando un niño dibuja durante una sesión es preferible que lo haga libremente; suele agregar palabras o realizar gestos que tienen el valor de asociaciones. En algunos casos si no se comprende lo que está expresando se lo puede interrogar sobre algunos detalles del dibujo o sobre lo que éste representa. Pero no debe abusarse de este recurso; si observamos bien la situación total podemos comprender su dibujo sin interrogarlo.

Analiqué a un niño de 9 años, asmático, que sufría de una marcada inhibición de juego, casi no hablaba y sólo dibujaba. Luis inventaba o copiaba personajes a los que hacía intervenir en historietas, a través de las cuales relataba sus conflictos. Cuando inició su análisis estaba sometido a un régimen de comidas muy severo, porque ciertos alimentos desencadenaban en él fuertes crisis de asma seguidas de acetonemia. Sus limitaciones y sus ahogos los expresó dibujando un naufragio en una pequeña isla (figura 2). El personaje se veía obligado a no salir de esa isla tan pequeña que le exigía estar encogido y sin moverse. Su único alimento era el pes-

cado, del que ya estaba harto. Es interesante señalar que uno de los más graves errores en la educación de este niño era el mantenerlo en un régimen de quietud completamente contrario a las exigencias normales de su edad y que su habitación era tan pequeña que apenas podía moverse en ella. En el dibujo condensó todas estas situaciones: la restricción, el ahogo, su habitación pequeña y la limitación alimentaria.

Amandi, de 10 años, nos relató sus juegos sexuales con el hermano a través de un dibujo. Dijo: "Voy a pintar una habitación", pero sólo dibujó la cama. Cuando la terminó y quiso pintar la colcha comenzó a embarullar colores y la colcha cruzó en tal forma que superponiendo un color sobre el otro cubrió y tapó la cama. El contenido simbólico del embarullar, mezclar y algo que crece hasta desbordar, es bien claro.

María, de 10 años, expresó la misma situación con otro simbolismo cuando dibujó una casa y un árbol que se entrelazaban (figura 3) y dijo: "Son papá y mamá." Luego dibujó otra casa y otro árbol más pequeños (figura 4) y dijo: "Soy yo y mi hermano." Es decir, que ella y el hermano hacían los mismos juegos sexuales que su padre y madre.

Enrique, de 7 años, que padecía de criptorquidia, dibujaba personajes con dos características muy marcadas: tenían uniformes y siempre sus piernas eran desparejas, una más corta o más flaca que la otra. El significado del uniforme era emparejarse, uniformarse con los demás y unificar su cuerpo, negando su defecto y tapándolo, pero su intento fracasaba y en la pierna acortada o más flaca mostraba la anormalidad de sus testículos.

Paula, niña asmática, de 10 años, representaba el ahogo dibujando niños sin cuello y con los brazos arrancando de la garganta (figura 5). La dificultad respiratoria la expresaba también dibujando casas con ventanas muy pequeñas y colocadas muy alto, tocando el techo (figura 6) y cuando desaparecieron sus crisis de asma dibujó niños con cuello y con los brazos saliendo normalmente de los hombros y las casas con las ventanas ubicadas correctamente (figura 7).

Emilia, de 10 años, representó lo que para ella eran las sesiones de análisis dibujando un barquito en el que iban dos pescadores pescando. Dijo que los pescadores eran ella y yo, sacando todas sus "macanas". Dijo entonces sus "macanas" y todas eran símbolos del genital masculino. En ese momento de su análisis el primer plano estaba ocupado por su preocupación por la diferencia de sexos y sus celos y envidia al hermano, que ella imaginaba como el preferido de la madre.

Teodoro, de 8 años, expresó en un dibujo (figura 8) su angustia por la masturbación. La mano acusadora señalaba una cómoda que según dijo era una "cómoda de secretos"; la flecha que conduce la mano parte de la región de los genitales. La otra mano acusadora iba hacia la cama y sobre ésta había una araña encendida, con lo que intentaba decirnos que se masturbaba en la cama y de noche. La cara del personaje es la de un monstruo, expresando así sus temores de que se le viera en la

cara que se masturbaba y que podía quedar transformado en un monstruo si continuaba haciéndolo. La luz tenía también el significado de pedir esclarecimiento.

Estela, de 10 años, expresó su sentimiento de culpa por la muerte de un hermanito algo menor que ella dibujando una casa y al lado de ésta una cuerda con ropa de varón lavada y tendida. A través de su análisis se hizo claro que por circunstancias especiales se creyó culpable de la muerte del hermano. A raíz de esta muerte enfermó y los padres la mandaron a un lugar de montaña, separándola de ellos durante dos años. La casa que dibujó era la de ese lugar de montaña y pudo verse que pensó que sus padres la habían echado de la casa en castigo por la muerte del hermano.

En Suiza, Mlle. Rambert⁴ publicó un trabajo en el que expone una técnica nueva para el análisis de niños. Se trata de un juego con títeres con personajes típicos: la madre, tía, institutriz, maestra, hombres que representan al médico, abogado, sacerdote, padre, con variedad de trajes para representar al gendarme, al diablo, a la muerte, etc. Según ella, este método permite que el niño evidencie conflictos y situaciones que difícilmente expresaría hablando y, además, permite satisfacer fantasías sádicas y masoquistas que no podría liberar en la vida diaria.

Este método, aunque atrayente, sólo puede ser un modo de enfocar el problema, ya que hay cantidad de niños cuyas inhibiciones impedirían su utilización. Tampoco sería practicable con niños muy pequeños y, por otra parte, la expresión mediante personajes tan claramente sustitutos de los padres reales pone al niño en situación difícil para expresar sus conflictos.

Después de estos ensayos aparecieron dos libros técnicos que eran realmente intentos de sistematizar un método de análisis de niños: los de Anna Freud y Melanie Klein.

En su obra Anna Freud⁵ relata 10 casos de niños entre 6 y 12 años, todos con neurosis graves, y a través de ellos estudia los alcances y límites del análisis y sus dificultades. Sostiene que la situación del niño frente al tratamiento analítico es diferente de la del adulto: no tiene conciencia de enfermedad ni deseos de curarse ya que, por lo general, no padece las consecuencias de sus trastornos; no viene al análisis por libre decisión y por último, y más importante, no da asociaciones verbales, faltando así el instrumento fundamental del análisis de adultos. Todos estos planteamientos la llevaron a buscar un método que permitiese adaptar la técnica creada por Freud para el tratamiento de pacientes adultos a pacientes de poca edad.

⁴ RAMBERT, MADELAINE: "Une nouvelle technique en psychanalyse infantile. Le jeu des guignole". *Revue Française de Psychanalyse*, vol. X, pág. 50, 1938.

⁵ FREUD, ANNA: *Psicoanálisis del niño* (1927). Ed. Imán, Buenos Aires, 1951.

Para Anna Freud parte de las dificultades se salvan realizando una labor previa que ponga al niño en situación de afrontar el análisis. Es un método similar al aplicado más tarde en el tratamiento analítico de psicóticos en el cual esta labor previa, no analítica, los pone en condiciones de ser analizados. Esta fase previa tiende a llevar al niño a comprender el esfuerzo analítico y la finalidad terapéutica dándole conciencia de enfermedad y deseos de modificar su estado.

Llegado el tratamiento a este punto y debiendo iniciarse la labor analítica, se plantea el problema de saber cuáles son los medios de que se dispone para analizar al niño. Anna Freud utiliza la interpretación de los sueños, sueños diurnos y dibujos, haciendo restricciones a la utilidad del juego como elemento para el análisis.

Piensa que el niño sueña y relata sus sueños fácilmente; la claridad o incomprensibilidad de éstos depende de la intensidad de la resistencia.

Los sueños infantiles son, por lo general, de interpretación más fácil que los sueños de los adultos y expresan de un modo directo la realización de deseos. El contenido latente y manifiesto son casi idénticos, la elaboración onírica se limita a que aparezcan los deseos como satisfechos. Ciertas situaciones placenteras o dolorosas pueden ser elaboradas como sueños aun en niños de muy poca edad. Milton Ericson⁶ estudia un sueño en un niño de 8 meses. El pequeño acostumbraba jugar con su padre un juego que le era muy placentero; el padre debió ausentarse y el niño en la segunda noche después de la separación repitió dormido todos los movimientos del juego, rió a carcajadas como cuando lo realizaban, siguiendo a éstas una relajación general y luego un sueño tranquilo.

En niños algo mayores también los sueños pueden ser interpretados sin asociaciones, porque generalmente el niño sueña repitiendo un acontecimiento del día anterior. Relata Milton Ericson en la obra citada el caso de un niño de 23 meses que se despertó gritando con angustia y expresó en su lenguaje, aún rudimentario, que su hermana se había caído y lastimado. Este sueño era la repetición de una situación real acaecida pocos días antes. Efectivamente, su hermana se había caído y lastimado tal como él lo soñó, repitiendo en el sueño la situación traumática⁷ sufrida anteriormente. Cuando Freud se refiere a los sueños infantiles⁸ cita muchos de ellos en los que se evidencia sin disfraz la realización de deseos. Pero en niños algo más grandes con un yo y superyó más estructurados, los sueños ya están deformados por la elaboración onírica. Un niño de 10 años, en una época de su análisis en la que el tema

⁶ ERICSON, MILTON: "On the possible occurrence of a dream in an eight month-old infant", vol. X, N° 3, pág. 382, *The Psychoanalytic Quarterly*, 1941.

⁷ GARMA, ANGEL: *Psicoanálisis de los sueños*. Ed. Nova, Buenos Aires, 1948.

⁸ FREUD, SIGMUND: "Los sueños infantiles", tomo IV, *Introducción al psicoanálisis*, pág. 153.



Dibujo del 21 de noviembre de 1926. Se captará el enorme interés psicoanalítico de este dibujo, en el que Santiago nos representa, en forma evidente, las distintas fases de una escena de castración.



Dibujo del 17 de diciembre de 1926. Una iglesia, y separada de ella por una casa grande, el hombre de la barba-lengua, que hace aquí su primera aparición.



Parte inferior de la figura del 17 de diciembre. Se ve aquí una escena de castración; abajo de ésta, a Santiago, afligido por estar separado de la madre.



Dibujo del 24 de diciembre de 1926. El hombre de la gorra corta la lengua a Santiago.

FIGURA 1 B



FIGURA 2

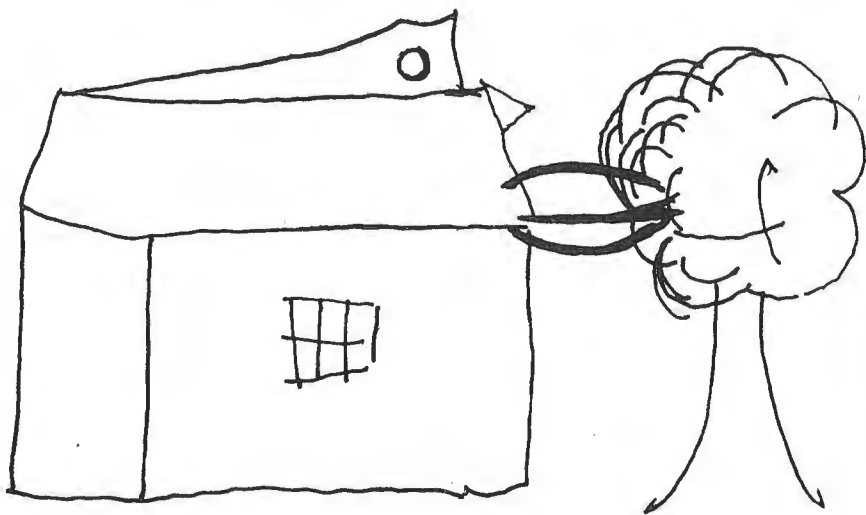


FIGURA 3

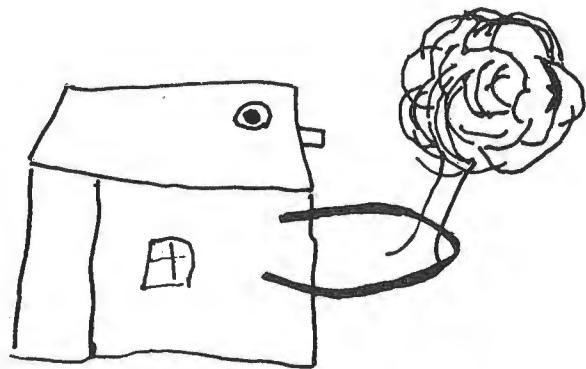


FIGURA 4



FIGURA 5

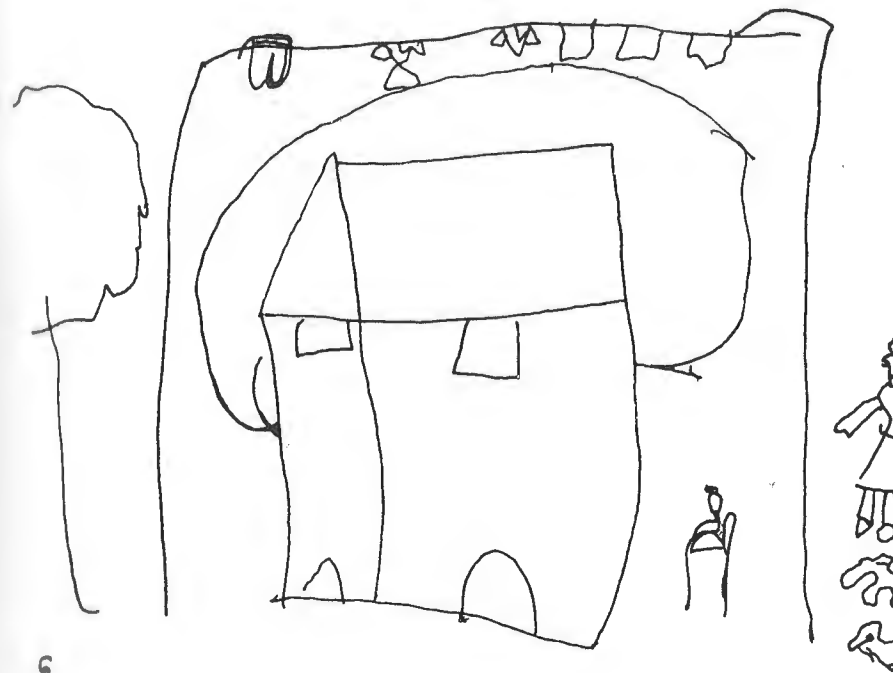


FIGURA 6

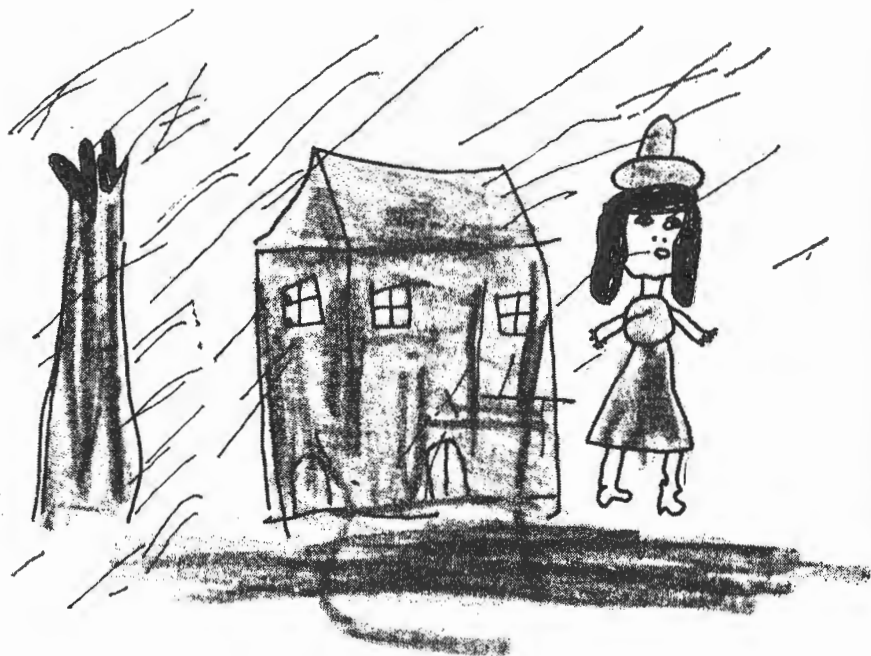


FIGURA 7

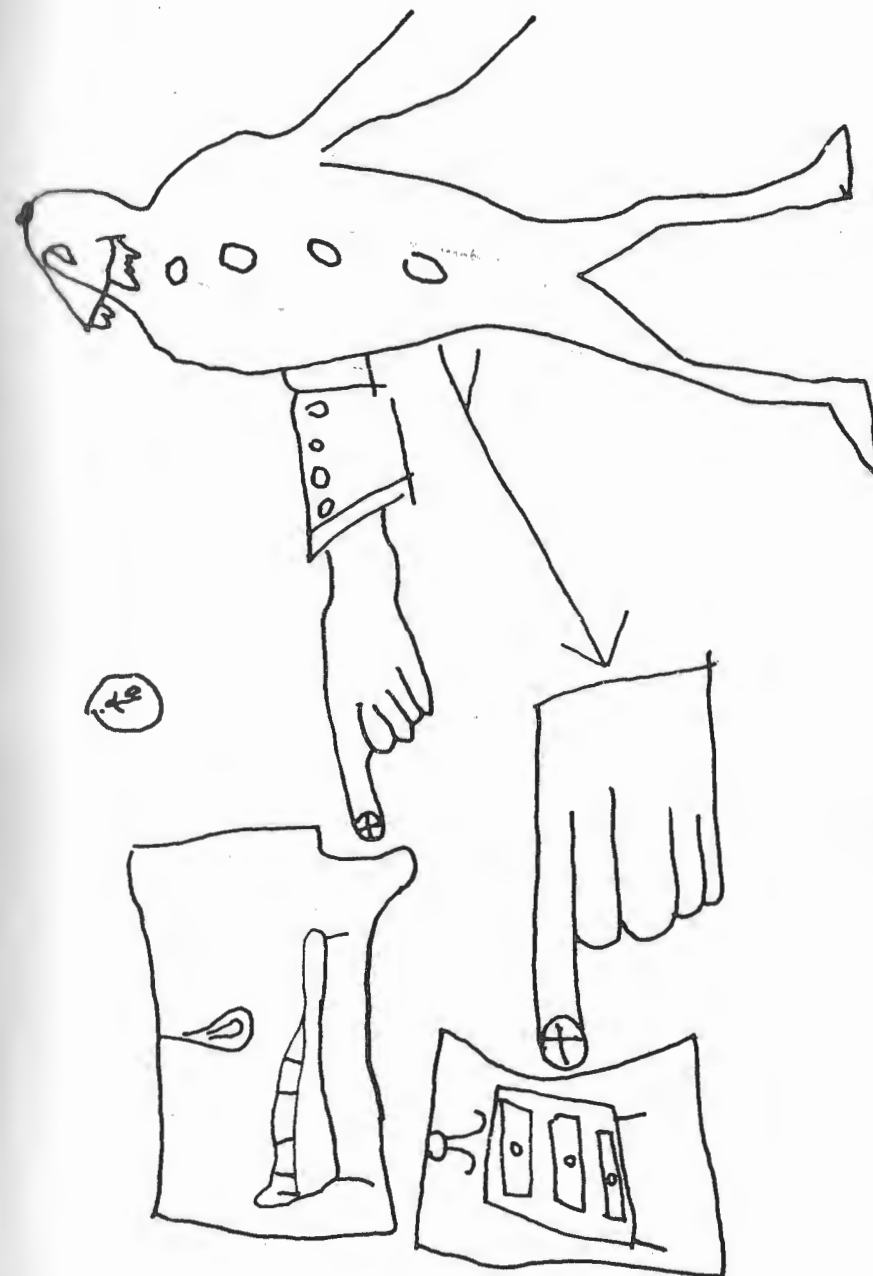


FIGURA 8

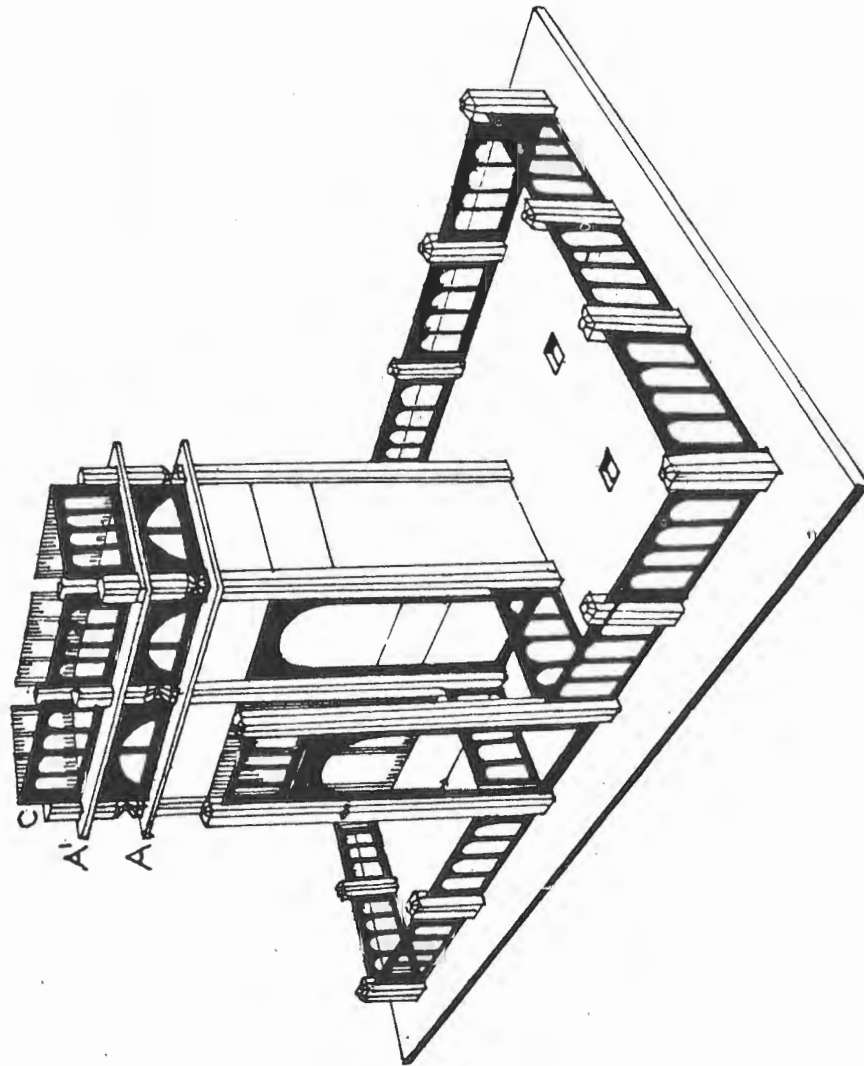


FIGURA 9

central era la masturbación y sus consecuencias, tuvo el siguiente sueño: "Las sirvientas queman fósforos sobre la mesa, se quema el mantel y no la frazada que está debajo. Me parece extraño que mamá haya dicho que puede quemarse el colchón." El contenido latente del sueño es un intento de tranquilizarse contra los peligros de la masturbación.

Anna Freud enseña cómo realizar la interpretación de sueños durante el tratamiento psicoanalítico de niños, buscando la colaboración del pequeño paciente, a quien sugiere que el sueño no surge de la nada y que debe ayudarla para poder encontrar por qué ha soñado. El niño habitualmente relata los acontecimientos que han surgido en ese día o los anteriores, dando a veces un cierto tipo de asociación que puede utilizarse como la asociación libre del adulto. El niño acepta con placer la interpretación de sus sueños y presta ayuda para la búsqueda de los elementos latentes con el mismo interés con que buscaría completar un rompecabezas.

Citaré uno de los casos relatados por ella: se trataba de una niña de 9 años que recién al quinto mes de análisis comenzó a referirse a la masturbación. La sensación de calor que sentía en los genitales era tan intensa que no toleraba la ropa abrigada, comenzaba a evidenciar miedo al fuego y no podía soportar una estufita de gas situada cerca de su habitación, cuando estaba encendida. En el día anterior al sueño la niñera había pedido ayuda para encender la estufita, sin lograr hacerlo, habiendo pensado la niña que ella la hubiera encendido fácilmente. El sueño es el siguiente: "Le ayuda aunque no lo hace bien y la estufita estalla. Como castigo la niñera la mete en el fuego, para que se queme⁹." El manipuleo de la estufa significaba el manipuleo de sus genitales; el equivocarse que aparece en el contenido manifiesto es la expresión de su crítica por la masturbación, siendo la explosión su tipo de orgasmo.

Dos meses después relata otro sueño que permite completar la interpretación. "Sobre el radiador de la calefacción central hay dos ladrillos de distintos colores. Sé que la casa está a punto de incendiarse y tengo miedo. Entonces viene alguien y se lleva los ladrillos." La niña relata que al despertar tenía su mano sobre los órganos genitales, dando una asociación a la parte del sueño que se refería a los ladrillos: se le había asegurado que si uno se pone ladrillos sobre la cabeza deja de crecer. Con esta asociación la interpretación era sencilla. El hecho de "no crecer" era uno de los castigos por el onanismo. El significado del fuego, en este sueño como en el anterior, era la excitación sexual. Mientras ella se masturba recuerda la prohibición de masturbarse y tiene miedo. El desconocido que retira los ladrillos es posiblemente el analista con sus afirmaciones tranquilizadoras.

Durante el tratamiento de una niña de doce años que sufría de co-

⁹ FREUD, ANNA: *Psicoanálisis del niño*, pág. 42.

litis, ulcerosa, me señaló la terapeuta¹⁰ que el análisis se desarrolló sobre todo a través de la interpretación de sueños. Este incremento de la actividad onírica se debió, según ella, a la edad y características de la paciente. El conflicto entre destruir y ser destruida era permanente en esta niña. Durante su análisis, que duró 18 meses a 5 y 6 sesiones semanales, traía dos o más sueños a cada sesión, y su esfuerzo por comprenderlos y la colaboración que prestaba a la terapeuta hicieron que muchos de ellos resultasen excepcionalmente claros.

Por ejemplo, en un momento decisivo de su análisis, en el que estaba muy preocupada por el resultado de su tratamiento, tuvo el siguiente sueño: "Iba en una canoa con otros chicos por un río, que terminaba en un riacho con barro; bajaba y caminaba por allí. En ambos lados había rígidas monjas que me miraban. Continuaba a pie y encontraba unos bichos con caras de Bambis, pero eran perros feroces que sonreían mostrándome los dientes."

El río que se convierte en riacho y luego en barro simboliza para ella las transformaciones de su materia fecal. Asoció a Bambi con el personaje de una historieta donde la madre muere dejando abandonado y desamparado a Bambi en medio de una tormenta en el bosque. Finalmente es el padre quien lo salva y Bambi necesita apoyarse en él para poder crecer. Sintió una intensa culpa frente a la fantasía de muerte de la madre y temió que su odio pudiese matarla.

Las monjas eran una parte de su superyó, rígido e inexorable; simbolizaban la prohibición de hacerse mujer, de crecer, y la exigencia de una renuncia instintiva. Los Bambis con bocas de perros feroces representaban las úlceras que ella vivía como provocadas por la madre mordéndola, así como sus insatisfechos deseos de morder.

Sus dificultades en el crecimiento, o el miedo de hacerse mujer, se vieron claramente en otro sueño, que elaboró cuando tuvo que ingresar en la escuela secundaria, hecho que para su inconsciente significaba pasar de niña a adolescente.

El sueño era el siguiente: "Estaba en una estación de subte, donde un tren se iba marchando despacio; yo corría y me estiraba más y más para poder alcanzarlo, porque en él iban mis compañeras de escuela."

Alcanzar el tren significaba para ella el ritmo de crecimiento de sus hermanas, que se habían desarrollado bien en la realidad. Ser la que se había quedado en una etapa de su desarrollo —la oral digestiva— y que por no poder estirarse lo suficiente sus compañeras seguían adelante y ella quedaba chica. En realidad en ese momento representaba menos edad de la que tenía por ser muy menuda y delgada.

Estas dificultades se vieron corroboradas en otro sueño: "María, que es la mucama, me compra un par de zapatos con tacos altos para ca-

¹⁰ SARA G. DE JARAST.

minar, pero los tacos son de cartón y me caigo." María era la madre que no la apoyaba en su crecimiento y en la transferencia era la terapeuta.

En otra ocasión sueña lo siguiente: "Voy al Jardín Zoológico, hay muchas jaulas y los animales son todos buenos, pero súbitamente se transforman todos en fieras." Los animales enjaulados representaban sus conflictos internalizados en el intestino, que la carcomían y que no podía sacar de la jaula. Estaba en ese momento con diarrea y ella vivía lo súbito de la materia fecal como los animales salvajes que de golpe irrumpen ferozmente.

Junto a la interpretación de los sueños, tiene un papel importante la interpretación de los sueños diurnos, considerando Anna Freud que el relato de estas fantasías es muy útil en el análisis de niños y que su situación psíquica hace que las relaten con más facilidad que el adulto. Otro medio técnico empleado por ella es la interpretación de los dibujos, señalando que en general los dibujos repiten o completan el material de los sueños y sueños diurnos; cita, por ejemplo, el caso de una niña con neurosis obsesiva que acompañaba a veces con dibujos el relato de sus fantasías anales.

Piensa que los niños mantenidos en una situación de transferencia positiva son capaces de dar, por amor al analista —claro que por poco tiempo— un cierto tipo de asociaciones que, aunque aisladas, son una ayuda en la labor analítica. Cita el caso de una niña que cuando se encontraba —durante el análisis— en una situación difícil, cerraba los ojos y, adoptando una extraña posición en cuclillas, seguía con gran atención todo lo que ocurría dentro de sí misma, denominando a esto "ver cuadros".

Relata Anna Freud: "De tal modo, una vez pude resolver una prolongada situación de resistencia. Nuestro tema era a la sazón su lucha contra la masturbación y el desapego de la niñera, en la que se había refugiado con un cariño intensificado para protegerse contra mis intentos de liberarla. Le pedí que viese imágenes, y la primera que surgió nos trajo la respuesta: 'La niñera se va volando por sobre el mar.' Completada con la fantasía de verme rodeada de demonios danzarines, significaba que yo conseguiría alejar a la niñera; pero al irse ésta, la niña ya no tendría protección alguna contra su tentación de masturbarse y quedaría expuesta a que yo la hiciese mala."¹¹

En cuanto al análisis de la actividad lúdica, Anna Freud no da al juego de niños el mismo valor que a las asociaciones verbales en el tratamiento analítico de adultos, y sostiene que es sólo una técnica auxiliar.

Sin embargo, cuando Freud analizó el mecanismo psicológico del juego, interpretando la acción lúdica de un niño de menos de 2 años,

¹¹ FREUD, ANNA: *Psicoanálisis del niño*, pág. 52.

puso las bases de la técnica de juego. El pequeño hacía anacer y desaparecer un carretel, tratando así de dominar sus angustias frente a la aparición y desaparición de su madre¹². Mostró cómo al jugar podía separarse de ella sin peligro de perderla, puesto que el carretel volvía cuando él lo deseaba. Este juego le permitía así descargar fantasías agresivas y de amor frente a su madre sin ningún riesgo, ya que él era dueño absoluto de la situación, permitiéndole esta actividad elaborar sus angustias ante las separaciones que le imponía la realidad y que él no podía evitar.

La técnica creada por Melanie Klein¹³ se basa en la utilización del juego y continúa las investigaciones de Freud. Piensa que el niño al jugar vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes, mecanismo que es posible porque muy tempranamente tiene la capacidad de simbolizar.

Este desplazamiento de las situaciones internas hacia el mundo externo aumenta la importancia de los objetos reales que, si en un principio eran una fuente de odio porque los cargó con sus propios impulsos destructores, se hacen durante y mediante el juego un refugio contra la ansiedad, surgida de ese mismo odio.

El juguete permite al niño vencer el miedo a los objetos, así como vencer el miedo a peligros internos, le hace posible una prueba por la realidad, siendo por eso un "puente entre fantasía y realidad".

Lo que he observado en niños me permite afirmar que si juegan suficientemente y a su debido tiempo se adaptan progresivamente a la realidad. Cada etapa del desarrollo exige determinados juegos que hay que comprender y facilitar para no trabar su evolución normal.

La técnica de juego aplicada tanto al tratamiento como al diagnóstico no excluye el empleo e interpretación de sueños, sueños diurnos y dibujos, pero he observado que si se ofrece al niño la posibilidad de expresarse jugando y se interpretan convenientemente sus juegos, sueña poco o no sueña y lo mismo afirmaría en menor grado con respecto al dibujo. Claro que en casos especiales —como algunos a los que me he referido— las inhibiciones para jugar determinan que se expresen especialmente mediante sueños y dibujos. El juego, como los sueños, son funciones y actividades llenas de sentido. La función del juego es la de elaborar las situaciones excesivas para el yo —traumáticas—; cumple una función catártica y de asimilación lenta mediante la repetición de los hechos diarios y los cambios de roles, por ejemplo, haciendo activo lo que se ha sufrido pasivamente.

El juego no suprime, sino que canaliza tendencias, por eso el niño

¹² FREUD, SIGMUND: "Más allá del principio del placer", tomo II, *Una teoría sexual y otros ensayos*, pág. 275.

¹³ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños* (1932). Biblioteca de Psicoanálisis, 1948.

que juega reprime menos que el que tiene dificultades en la simbolización y dramatización de sus conflictos mediante esta actividad.

Vimos que cuando el niño estudiado por Freud jugaba con su carretel haciéndolo aparecer y desaparecer, intentaba vencer la angustia que le causaba el abandono de la madre. Otro niño, Joaquín, de menos de dos años, al que le había nacido un hermanito, en los días previos a Navidad jugó durante horas a un juego en el que ahogaba, destruía, aniquilaba al niño Jesús, para luego salvarlo y restaurarlo, descargando así sus afectos contradictorios e intentando adaptarse a la situación.

Es frecuente que el niño que ha sufrido la experiencia penosa de una operación la elabore en un juego, en el que otro o un muñeco la padecen, mientras él toma el rol de cirujano.

Los niños que sufren de dificultades en el colegio suelen jugar a la escuela tomando el papel de maestros severos que castigan y reprenden a niños que siempre se equivocan o que no aprenden.

El jugar a las escondidas, por ejemplo, tiene el significado de tranquilizarse por la posible destrucción o desaparición de los que se aman y es el primer juego que observamos en el bebé. Durante el tratamiento analítico de niños es casi la regla que, en cierta fase de él, cuando viven en la situación transferencial el miedo a la pérdida, la elaboren jugando a ese juego con el terapeuta, por ejemplo, cuando se les anuncia el fin del tratamiento¹⁴. La observación de lactantes ha mostrado que es una de las formas en las que el bebé elabora la posición depresiva¹⁵.

Julia, de 6 años, violada por un adulto, jugaba constantemente a poner en agujeros pequeños cosas más grandes, repitiendo de un modo monótono mientras jugaba: "Es difícil meter algo grande en algo chico." A continuación dibujó una nena en cuya falda puso como adorno un demonio, diciendo al terminar: "Lo tiene adentro."

Pedro, de 10 años, que se analizaba por presentar múltiples síntomas neuróticos, entre ellos dificultades de aprendizaje y de conexión con el mundo exterior, temores de envenenamiento y de agresión homosexual¹⁶, durante muchas sesiones de análisis quemaba algodón. Comprendía que eso le recordaba algo y que ese algo despertaba en él una gran ansiedad

¹⁴ Cuando la terapeuta —Lidia S. de Forti— comunicó a su paciente —una niña de 6 años— que al finalizar el mes se daría por terminado el tratamiento, ésta inmediatamente empezó un nuevo juego: escondía un boleto de tranvía pidiéndole a su terapeuta que lo buscara. Durante varias sesiones siguió el juego, invirtiéndose a veces los papeles. Se le interpretó su angustia frente a la terminación del tratamiento y su miedo a no poder encontrar a la terapeuta en caso de necesitarla. Además, si se perdía el boleto de tranvía se cortaría el medio de comunicación.

¹⁵ KLEIN, MELANIE: "On observing the behaviour of young infants", *Developments in Psycho-Analysis*, The Hogarth Press, Londres, 1952.

¹⁶ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "Indicaciones para el tratamiento analítico de niños —un caso práctico". Conferencia pronunciada en la Sociedad de Psiquiatría de Montevideo, octubre de 1946. *Revista de Psicoanálisis*, tomo IV, N° 3, pág. 467.

e irritación sintiéndose impotente para recordarlo. Durante una de las sesiones, en la que jugaba monótonamente a quemar algodón, me relató que su madre había sido injusta con él ese día y lo había castigado severamente sin que lo mereciese. Tuvo a continuación una crisis de ansiedad intensa y recordó un incidente sufrido cuando tenía 5 años: estaba interno en un colegio en el que sufrió castigos severos e injustos por parte de una de las maestras y siempre escondió, por temor, sus deseos de venganza contra ella, esperando el día 1º de agosto, fiesta nacional suiza, en la que según él "todo era permitido".¹⁷ Ese día intentó quemarle la blusa, que era de algodón; no pudo hacerlo y guardó una amarga sensación de impotencia frente a ella y a sus maestras y a toda injusticia. Mientras recordaba éste y otros episodios penosos con maestras, dijo: "Esa es la que yo quería quemar cuando quemaba el algodón."¹⁸

Estas primeras vivencias traumáticas en la relación con las maestras que repetían abrumadoras frustraciones sufridas en los primeros dos años de su vida determinaron en él una enorme dificultad en el contacto con el mundo exterior y en el aprendizaje.

Carlos, un niño enurético, que había sufrido una agresión homosexual teniendo 4 años, elaboró esta situación y su temor a estar dañado y a que su pene no pudiese nunca más funcionar con un control normal, fabricando peces (símbolos de su pene) con la cola rota (la agresión homosexual). Este mismo niño tenía fuertes sentimientos de culpa frente a su hermana menor que también era enurética. Pensaba que los juegos sexuales que realizaba con ella y que consistían especialmente en fellacios a los que él la forzaba eran la causa de su trastorno.

Lo simbolizó durante el tratamiento en un juego en que él preparaba budines para la hermana, ésta los comía y se enfermaba. Otras formas de sus juegos sexuales se expresaban en juegos en los que él cambiaba cosas con la hermana, le daba símbolos fálicos —palos, lápices, revólveres— y exigía de ella que le diese pequeños bolsos, monederos, cajitas, que simbolizaban el genital femenino. En este juego, que se repetía conmigo durante el tratamiento, temía siempre perjudicarnos y llevarse lo más valioso, sufriendo dudas obsesivas antes de decidir cada canje.¹⁹

Juan, de 10 años, cuando estaba elaborando su concepción de que la madre tenía en el interior los penes peligrosos que había robado al padre, jugó a que un barco de guerra podía perder todos sus cañones y quedar transformado en un portaaviones, donde se pudiese aterrizar sin peligros. Intentaba así elaborar su miedo al genital femenino, al que quitaba todos

¹⁷ En ese día en Suiza se acostumbraba hacer fogatas.

¹⁸ Como en su recuerdo la blusa era de algodón, Pedro quemaba solamente este material en el consultorio.

¹⁹ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "Algunos mecanismos de la enuresis". *Revista de Psicoanálisis*, tomo VIII, Nº 2, pág. 211.

los peligros —los cañones— que simbolizaban para él los penes destructores.

José, de 8 años, jugó durante varias sesiones con figuritas, y yo debía jugar con él según sus reglas, pero como cada vez inventaba una nueva, yo no podía ganar nunca. Si intentaba rebelarme contra esas modificaciones, me gritaba: "¡Desconsiderada! ¡Desagradecida!" y muchos otros reproches.

En este juego elaboraba sus conflictos con la madre, a la que veía como una mujer muy irritable cuyo mayor error con él eran los cambios en sus normas educacionales de acuerdo con su humor. Si estaba feliz lo permitía todo, pero esto podía cambiarse en un segundo en una prohibición. Cuando el niño protestaba a raíz de esos cambios, ella le reprochaba recordándole qué tierna había sido con él momentos antes.

Las experiencias orales son expresadas muchas veces por los niños utilizando contenidos y continentes. Hay niños que sólo juegan a llenar, pero no pueden decidirse a sacar nada del continente. Son niños que han vivido experiencias muy penosas de frustración oral, que sufrieron de fuerte envidia y temor al abandono y su juego es un intento de mantener intacta la fuente de gratificaciones que es la madre y no estar expuestos a futuras privaciones. Es también una defensa contra un intenso deseo de destruirlo todo, provocado por la envidia y la frustración.

Otros niños sacan algún alimento, lo venden o lo dan a las muñecas o al analista, pero exigen su restitución inmediata. Las experiencias de estos niños son similares a las de los primeros.

Otros juegan a comprar cosas, pero con la característica de que les venden siempre alimentos podridos o envenenados; estos son niños con trastornos en la alimentación, por lo general sufren de anorexia y la razón de sus temores de envenenamiento se origina en los primeros meses de vida. Un niño que mama de un seno vacío o con poca leche le atribuye sus dolores de hambre y su malestar, viendo el pecho como algo que envenena y destruye, y todo alimento mantiene este significado.

Otros, al jugar, piensan que los engañan en el peso y que cuando compran les dan menos de lo que ellos pagan, siendo la interpretación de esta situación muy evidente.

Las experiencias en el aprendizaje de limpieza también las repiten en juegos en que con angustia y temiendo ensuciar pasan contenidos de una vasija a otra: los detalles del juego son reveladores de cada experiencia individual.

Una niña cuyo aprendizaje de limpieza fue temprano y severo, cuando revivió en el análisis estas experiencias, solía embadurnar con pintura sus manos y brazos y luego me pedía que yo le desprendiese los calzones y la llevase al baño. Cuando le estaba desprendiendo o en el camino al cuarto de baño, me pedía algo de comer. Me ponía así a prueba de si era capaz de gratificarla aunque se ensuciase.

Todos estos ejemplos muestran cómo “el niño expresa sus fantasías, deseos y experiencias de un modo simbólico por medio de juguetes y juegos. Al hacerlo, utiliza los mismos medios de expresión arcaico-filogenéticos, el mismo lenguaje que nos es familiar en los sueños, y sólo comprenderemos totalmente este lenguaje si nos acercamos a él, como Freud nos ha enseñado a acercarnos al lenguaje de los sueños. El simbolismo es sólo una parte de dicho lenguaje. Si deseamos comprender correctamente el juego del niño en relación con su conducta total durante la hora de análisis, debemos no sólo desentrañar el significado de cada símbolo separadamente, por claros que ellos sean, sino tener en cuenta los mecanismos y formas de representación usados en el trabajo onírico, sin perder de vista jamás la relación de cada factor con la situación total”.²⁰

Durante el análisis de niños se ve continuamente que un mismo juguete o un juego adquieren diferentes significados de acuerdo con la situación total y por eso sólo se comprende y se interpreta un juego cuando se tiene en cuenta la situación analítica global en que se ha producido. Una muñeca, por ejemplo, representará a veces un pene, a veces un niño, a veces el niño mismo. “El contenido de sus juegos, el modo como juega, los medios que utiliza y los motivos que se ocultan tras un cambio de juego —por qué no jugará más con agua y cortará papel o dibujará—, todos estos hechos siguen un método cuyo significado captaremos si los interpretamos como se interpretan los sueños.”²¹

El juego se desarrolla en el consultorio dentro de límites determinados de espacio y tiempo. Las distancias y proporciones con respecto a sí mismo y al terapeuta, su movilidad o inmovilidad en el consultorio nos enseñan mucho sobre cuál es su relación con el espacio y su esquema corporal. Cuando el niño juega busca representar algo, podríamos decir que lucha por algo y todos estos significados deben ser interpretados para llegar a tener acceso a los más profundos estratos de su mente.

Al interpretar un juego debemos considerar: 1) su representación en el espacio; 2) la situación traumática que involucra; 3) por qué aparece aquí, ahora y conmigo; 4) qué función cumple el disfraz, la gracia, el humor o el malhumor del juego. Este, como el sueño, es una actividad llena de sentido y está en la base de todo aprendizaje o sublimación posterior.²²

La comprensión e interpretación de las expresiones preverbales en el niño nos han conducido a la creación de métodos diagnósticos basados en el juego y en el dibujo.

²⁰ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños* (1932). Biblioteca de Psicoanálisis, 1948, pág. 27.

²¹ KLEIN, MELANIE: *Idem*, pág. 28.

²² Huizinga considera que el juego está en el origen de la cultura, es previo a ella, la acompaña y la influye desde sus comienzos. *Homo ludens*, Editorial Emecé, Buenos Aires, 1959.

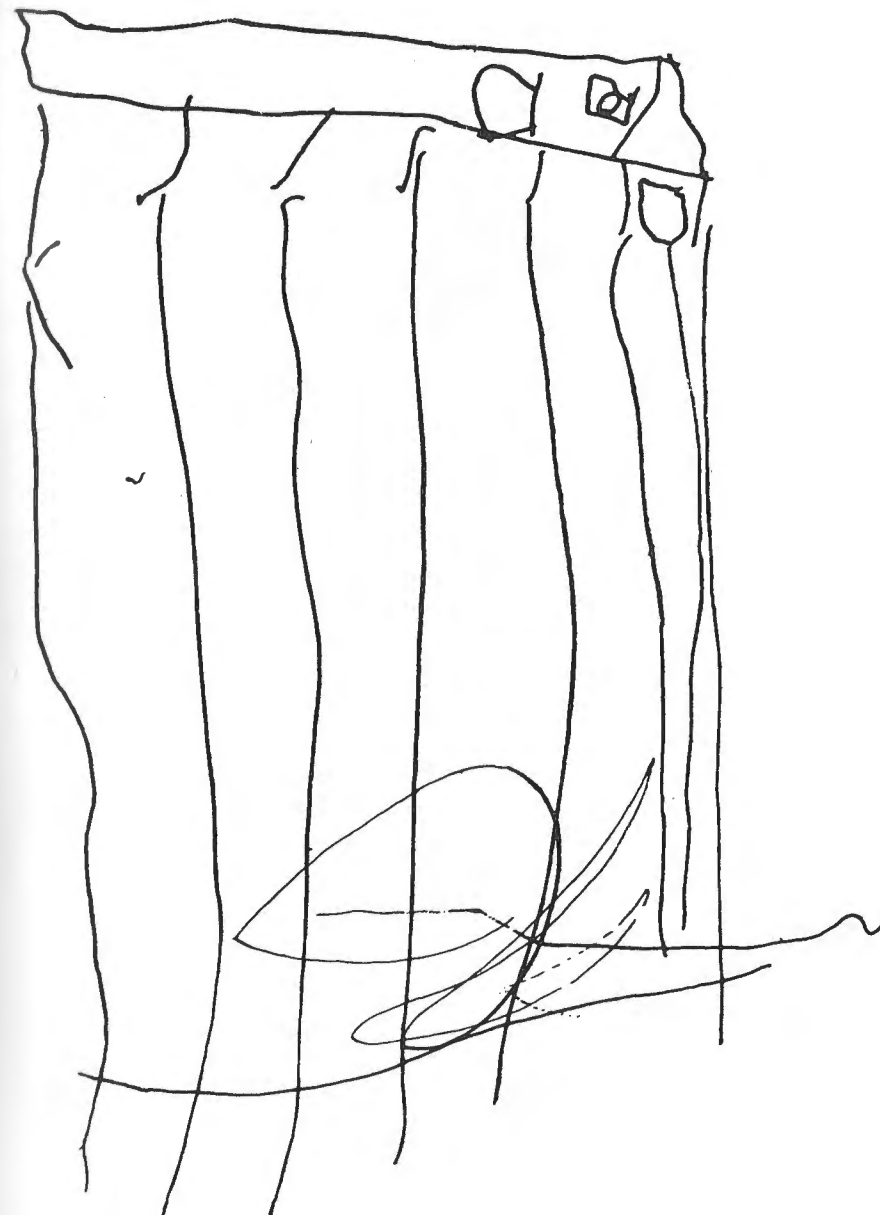


FIGURA 10



FIGURA 11

La observación de la primera hora de juego, tal como veremos en el capítulo VII, nos permite conocer la fantasía inconsciente de enfermedad y la de curación, pudiendo evaluar de acuerdo al nivel de juego la gravedad de la neurosis. Esta observación se ha transformado en un método diagnóstico de las neurosis infantiles, al que agregamos, en niños de más de 5 años, la interpretación y valorización del "Juego de construir casas"²³ y del dibujo de la figura humana.²⁴ En este juego, realizado con un material especial que permite reproducir todos los aspectos de una casa real, el niño expresa muchos de sus conflictos fundamentales y puede observarse además si su esquema del cuerpo está modificado y en qué forma. Niños neuróticos graves o psicóticos no construyen casas de acuerdo a un criterio de realidad proporcional a su edad cronológica; un niño de 8 años, por ejemplo, aunque conscientemente sabe que una casa tiene piso, techo, paredes, puertas, ventanas, olvida algunos de estos elementos o los utiliza equivocadamente. Cuando faltan elementos o se emplean de modo inadecuado, se dificulta o llega a hacerse imposible la construcción, pero aunque conscientemente los niños lo comprenden, se sienten incapaces de encontrar la solución. Todas estas deformaciones obedecen a conflictos internos, tienen un sentido y pueden ser interpretadas, y nos revelan cuál es el esquema corporal de quien construye.

"El yo corporal, esquema del cuerpo o imagen del cuerpo" —según Schilder²⁵— "es una creación, una construcción, no una dádiva. No se trata "de una figura, en el sentido de Wertheimer y Köhler, sino de la producción de una figura". La imagen del cuerpo no es un fenómeno estático, sino que se adquiere, se erige, se logra en un continuo contacto con el mundo; como no es una estructura, sino una estructuración, sufre cambios continuos en relación con hechos externos e internos. La imagen corporal es mutable, puede retraerse, dilatarse, introducir parte del mundo exterior dentro de sí, se erige, se reedifica cada vez. Las influencias emocionales cambian el valor relativo y la claridad de las diferentes partes del cuerpo de acuerdo con las tendencias libidinales, y este cambio, que puede afectar la superficie corporal total o puede cambiar determinadas partes del cuerpo, se expresa en las deformaciones de la construcción. Debido al contenido simbólico de la casa, todas estas deformaciones o cambios del esquema del cuerpo determinan qué partes de la casa cons-

²³ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "El juego de construir casas — Su interpretación y valor diagnóstico". *Biblioteca de Psicoanálisis*, 1ª edición, Buenos Aires, Nova, 1958.

ABERASTURY, ARMINDA: "El juego de construir casas — Su interpretación y valor diagnóstico", 2ª edición, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.

²⁴ F. Goodenough ha utilizado también el dibujo del cuerpo humano para un test de inteligencia. *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1951.

²⁵ SCHILDER, PAUL: *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.

truida expresan las modificaciones sufridas por el sujeto que construye. Cada niño valoriza una parte de la casa que construye, pone el énfasis en algo que otro anulará, agrega algo que no existe o elimina partes fundamentales en la construcción de una casa. El lenguaje que utiliza en este juego es un lenguaje espacial en el que expresa su experiencia en el espacio y su situación actual frente al espacio y a su propio cuerpo.

Relataremos a continuación un caso²⁶ en el cual el énfasis fue puesto en la construcción del techo, que simbólicamente representa la mente. El techo (figura 9) tenía las siguientes características: era doble (A - A') y el vacío entre los dos techos estaba aprisionado mediante rejas cerradas de modo que "nadie pudiera escapar".

La situación traumática que originó la enfermedad de Maribel giraba alrededor de "secretos" y "mentiras" repetidas, que su medio le imponía como "verdades" y le exigía compartir.

Maribel no fue deseada y sus padres se casaron siete meses después de su nacimiento, anotándola, en ese momento, como recién nacida. La madre, cuyo primer matrimonio fue desgraciado, se embarazó de ella cuando el divorcio estaba tramitándose, lo que hizo imposible legalizar la situación en ese momento. Sus padres vivieron con ella en una relativa armonía hasta que llegó a los 2 años; por entonces el padre se fue al extranjero y se casó con otra mujer.

Al saber que la madre de la niña vivía con un hombre del que había tenido otra hija, decidió que Maribel debía vivir con él. Como no pudo lograrlo amistosamente recurrió al rapto. Mientras vivió con su madre, ésta aseguró a Maribel que su padre verdadero no era el que había vivido con ellas y al que veía periódicamente, sino que era este otro que en ese momento vivía allí. A su vez, el padre, cuando la raptó y la llevó a vivir consigo, le dijo que la verdadera madre no era la que había vivido con ella hasta entonces, sino esa señora que estaba allí con ellos, y le exigió que la llamase mamá.

Como la niña se acordaba de su madre y preguntaba por ella, pensaron que la olvidaría completamente si le decían que sólo era una amiga que la cuidó en una época en que su mamá verdadera estuvo enferma. La niña continuó interrogando durante un tiempo y negándose a decir mamá a la madrastra. Luego del nacimiento de una hermana la niña dejó de preguntar y se sometió a lo que se le exigía. Entonces se despertó en ella una verdadera obsesión por saber todos los detalles referentes a la vida sexual. Esta curiosidad, y el hábito de hablar en el colegio de cosas sucias de un modo grosero, hicieron temer a sus padres que las familias de sus amigas y compañeras la rechazarán. Este fue uno de los motivos de la consulta. Además, sufría de terribles pesadillas, de las que se despertaba con necesidad de orinar y no recordando nada de lo soñado.

²⁶ Observado por Lidia Forti.

Cuando nos consultaron tenía 11 años y cursaba 5º grado. El padre creía que los síntomas se relacionaban con los traumas señalados y estaba dispuesto a esclarecer la situación. La madre, en cambio, se oponía tenazmente a todo esclarecimiento, y sostenía que la niña no entendía ni recordaba nada de toda esa historia. Incluso consideraba contraproducente decir la verdad.

El relato de los primeros años de vida lo hizo el padre. Maribel no fue deseada, la madre le dio el pecho hasta los cinco meses y tenía una buena relación con la niña. Maribel reaccionó al destete con trastornos intestinales y tuvo siempre un sueño intranquilo. No recuerdan ningún detalle de la iniciación y proceso de la marcha, lenguaje y control de esfínteres. Su rendimiento escolar es bueno. Mientras concluye la casa (figura 9) Maribel dice: "Será aburrida." Pone un techo A y alarga luego los palos agregando palos pequeños, a los que coloca en un equilibrio inestable y que se apoyan en un punto solamente. Entre los palos que agrega coloca rejas "cerradas", y encima de ellas ubica otro techo. Creo difícil expresar mejor lo insostenible que era para Maribel la exigencia de guardar encerrado el secreto. El cerco que rodea la construcción pone en evidencia su desconfianza frente al mundo externo por incremento de la ansiedad paranoide. Deseo destacar en especial el simbolismo del doble techo como expresión de la doble versión de paternidad y maternidad junto con la exigencia de secreto, condicionando un terrible esfuerzo para que no escape nada de la verdad. Cuando se le pregunta quién vive en su casa, comete un lapsus y dice: "Papá, mamá, mamá y los chicos, una chiquita y una grande", lapsus con el que revela ya el conocimiento de la verdad.

Además, las seis habitaciones que construye las designa como comedor, dos dormitorios, cocina y un cuarto para que jueguen los niños. Olvida así el destino de uno de los cuartos porque reprime la existencia del baño, símbolo de lo sexual y lo sucio. En este olvido expresa la represión impuesta al conocimiento de su verdadero origen.

También el dibujo de la figura humana, con sus vestimentas y sin ellas, resultó ser un material valioso para conocer el esquema del cuerpo del niño. Encontramos con Enrique Pichon Rivière²⁷ que un niño desde los 5 años en adelante es capaz de reproducir correctamente la figura humana y que las deformaciones en la representación corresponden —como en las construcciones de casas— a conflictos internos, tienen sentido y pueden interpretarse. Niños con asma o con serias dificultades para respirar, cuando dibujan el cuerpo humano suprimen el cuello o representan el ahogo dibujando los brazos en la región del cuello, simbo-

²⁷ Cf. JAIME BERNSTEIN: "El dibujo de la figura humana como test de personalidad normal y anormal", en F. Goodenough, *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1ª edición, 1951, pág. 237.

lizando el ahogo y el gesto que suele acompañar a la dificultad para respirar.

Los niños epilépticos dibujan lentamente, apoyando el lápiz con tal fuerza que pueden llegar a perforar el papel; tienen tendencia a perseverar en un mismo trazo o en un contorno ya dibujado.

Los brazos suelen mostrar una marcada desigualdad, tanto en el largo como en el grosor, simbolizando así lo que en la construcción se expresa con desniveles en los palos.

En la hipocondría están marcados los espacios intercostales, y en los casos extremos, el aparato gastrointestinal.

Rodolfo, de 5 años, sufría de asma, anginas a repetición, sinusitis, parasitosis intestinal, era zurdo y deseaba convertirse en mujer. Había sufrido repetidas agresiones homosexuales por parte de su hermano mayor y sus padres no parecían haberlo apoyado eficazmente para salir de esta situación. En su primera sesión de análisis mostró a través del dibujo sus dificultades respiratorias, su sensación de derrumbe y sus fantasías de feminización. Expresó la fantasía inconsciente de lo que eran sus síntomas al dibujar una casa con una única ventana casi pegada al techo; la imperfección y destrozo de su cuerpo lo simbolizó en los rasgos cortados de las paredes y en la base; sus dificultades de concentración, confirmadas luego por la madre, se expresaron en el hueco del techo (figura 10). Sus ideas sobre la diferencia de los sexos eran muy confusas, y sobre todo la función que cada uno de los sexos tiene en la procreación. Esto lo mostró en la figura 11. En efecto, si trazamos una línea media divisoria y observamos comparativamente el largo del pelo, el distinto grosor de los brazos, la forma de las manos y especialmente la parte izquierda, donde colocó el pene invaginado con tres puntos, que asoció con las tres semillas que fecundaron a la madre —era el menor de tres hermanos—, vemos que están representados los dos elementos: lo femenino y lo masculino, elementos básicos de su conflicto.

Resumiendo: la hora de juego, la construcción de casas y la representación del cuerpo son métodos de observación que utilizamos en el diagnóstico de las neurosis infantiles en niños de más de 5 años; en niños por debajo de esta edad recurrimos sólo a la observación del juego. Una vez valorada adecuadamente la neurosis se orienta el caso y se indica el tratamiento, según lo señalaremos en el capítulo VIII.

III. Dos corrientes en psicoanálisis de niños

Como hemos señalado, el "Historial de Juanito"¹ fue el punto de partida de una nueva rama del psicoanálisis y de una nueva psicología del niño; fue, además, muy estimulante, no sólo por lo que afirmaba, sino porque muchos de sus hallazgos —apenas esbozados— abrieron el camino para buscar una técnica que hiciese posible aplicar a niños el método terapéutico creado para el tratamiento de adultos.

Cuando los primeros analistas de niños se encontraron en el consultorio con la experiencia de que un paciente de cuatro o cinco años era incapaz de asociar libremente como lo hace el adulto, se sintieron descorazonados, sobre todo si comparaban sus resultados con los obtenidos por Freud en el "Historial de Juanito". La dificultad con la que se encontraron no se había presentado en ese caso, porque el niño hablaba con el padre en su casa. Tal vez por este hecho los primeros analistas pensaron que la solución a los problemas que se presentaban en el consultorio sería analizar a los niños en sus casas. Pronto vieron que si esta situación era en apariencia sencilla, complicaba innecesariamente la relación con el paciente y con la familia. Además, una terapia debía efectuarse en el marco adecuado y era necesario encontrar una técnica que lo hiciera posible.

Fue recién con las obras de Anna Freud y de Melanie Klein que se pudo hablar de una técnica de análisis de niños. Desde el primer momento se plantearon diferencias fundamentales entre las dos direcciones, centradas sobre todo en el enfoque de la transferencia, diferencias que implicaban divergencias teóricas sobre conceptos como el de la formación del yo y del superyó, el complejo de Edipo y la relación de objeto. Surgieron así dos escuelas en psicoanálisis de niños.

Anna Freud² considera que los niños no tienen capacidad de transferencia y, por lo tanto, es necesaria una labor previa no analítica cuya finalidad es prepararlos para el trabajo analítico, dándoles conciencia de enfermedad, infundiéndoles confianza en el análisis y en el analista y creando una transferencia positiva que haga interior la decisión exterior de analizarse. Relata cuál es su método en diferentes casos: en algunos

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

² FREUD, ANNA: *El psicoanálisis del niño*, Ed. Imán, Buenos Aires, 1951.

se adapta a todos los caprichos del niño; en otros sigue los vaivenes de su humor; en otros, le demuestra su superioridad o habilidad, transformándose en una persona interesante, útil y poderosa, de cuyo auxilio ya no pueden prescindir. Su única preocupación en cada caso es crear un vínculo suficientemente fuerte y positivo como para asegurar la continuación del tratamiento. Partiendo de la base de que el niño no tiene conciencia de enfermedad, no titubeaba —por ejemplo— en despertar esa conciencia comparando su síntoma con los actos de un enfermo mental y señalándole de esta manera: “Lo invité a describirme sus arrebatos cada vez que se producían, fingiéndome preocupada y apesadumbrada; le pregunté hasta qué punto era dueño y señor de sus actos en tales estados, y comparaba sus arranques con los de un enfermo mental, al que difícilmente podría prestársele ya socorro alguno. Todo esto lo dejó atónito e intimidado, pues, naturalmente, ser tenido por loco ya pasaba de lo que perseguía su ambición. Entonces trató de dominar por sí mismo sus arrebatos; comenzó a oponérseles en lugar de provocarlos, como había hecho antes, advirtiéndome así su verdadera impotencia y creciendo con ello sus sensaciones de sufrimiento y displacer. Después de algunos intentos infructuosos, el síntoma se convirtió por fin, de acuerdo con mis propósitos, de un bien apreciado en un molesto cuerpo extraño, para cuya supresión el niño recurrió de muy buen grado a mi auxilio.”³

Para Anna Freud, en el niño no puede hablarse de una neurosis de transferencia, aunque se establece entre él y su analista una relación en la cual expresa muchas de las situaciones vividas con sus propios padres. Considera que “el pequeño paciente no está dispuesto, como lo está el adulto, a reeditar sus vinculaciones amorosas porque, por así decirlo, aún no ha agotado la vieja edición. Sus primitivos objetos amorosos, los padres, todavía existen en la realidad y no sólo en la fantasía, como en el neurótico adulto; el niño mantiene con ellos todas las relaciones de la vida cotidiana y experimenta todas las vivencias reales de la satisfacción y el desengaño. El analista representa un nuevo personaje en esta situación y con toda probabilidad compartirá con los padres el amor o el odio del niño. Pero éste no se siente compelido a colocarlo inmediatamente en lugar de los padres, pues en comparación con estos objetos primitivos no le ofrece todas aquellas ventajas que encuentra el adulto cuando puede trocar sus objetos fantásticos por una persona real”.⁴

En el curso del tratamiento analítico el neurótico adulto transforma paulatinamente los síntomas que lo llevaron al análisis, abandona los viejos objetos a los cuales se aferraron hasta entonces sus fantasías y concentra su neurosis en la persona del analista. Sustituye sus síntomas antiguos por síntomas transferenciales que convierten su antigua neurosis en una

³ FREUD, ANNA: *El psicoanálisis del niño*. Ed. Imán, Buenos Aires, 1951, pág. 27.

⁴ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 69.

neurosis de transferencia, y despliega de nuevo todas sus reacciones anormales en la relación con el nuevo personaje transferencial, es decir, con el analista.

Para Anna Freud nada de esto acontece en el análisis de niños y trata de explicar esta imposibilidad en parte por la estructura del niño y en parte por el análisis mismo. Considera que el análisis de niños no es muy apropiado para una transferencia fácilmente interpretable porque “a diferencia de lo que acontece en el análisis de adultos: ‘El analista de niños puede serlo todo, menos una sombra. Ya sabemos que es para el niño una persona interesante, dotada de todas las cualidades imponentes y atractivas. Las finalidades pedagógicas que, como veremos, se combinan con las analíticas, hacen que el niño sepa muy bien qué considera conveniente o inconveniente el analista, qué aprueba o reprueba.’”⁵ “Es como si encontrásemos pintado un cuadro en la pantalla sobre la cual se ha de proyectar la imagen. Cuanto más frondoso y colorido sea aquél, tanto más contribuirá a borrar los contornos de la imagen proyectada. Por tales motivos, pues, el niño no desarrolla una neurosis de transferencia. A pesar de todos sus impulsos cariñosos y hostiles contra el analista, sigue desplegando sus reacciones anormales donde ya lo ha venido haciendo: en el ambiente familiar.”⁶

Se comprende que al no analizar las fantasías destructivas del niño en el análisis disolviendo la transferencia negativa por medios no analíticos y forzándolo a vivir un idilio transferencial, sus pequeños pacientes tuviesen que actuar fuera del análisis todas las fantasías destructivas que iban surgiendo, pues no les eran interpretadas en la situación transferencial y en su relación con los objetos originarios.

Hanna Segal⁷, en un artículo sobre “Algunos aspectos del análisis de un esquizofrénico”, describe para el análisis de psicóticos lo que he visto como un peligro en el análisis de niños. Dice que cuando se emplean técnicas de tranquilización y el mantenimiento de la transferencia positiva, tal como postulan Anna Freud y su escuela, dando simpatía al paciente y tranquilizándolo, el analista se convierte por el momento en el objeto bueno, pero sólo a costa de una futura disociación entre los objetos malos y los buenos y con el refuerzo de las defensas patológicas del enfermo.

Así se manifiestan luego repentinas conversiones de dioses en demonios y la transferencia negativa se hace difícil de manejar. Aun cuando esa fase “buena” condujera al progreso del análisis, se ve interferida por la represión de las fantasías sobre el analista “malo”. Además, cuando el analista es mantenido artificialmente “bueno”, el paciente elige a otra persona como perseguidor; será generalmente un miembro de su familia

⁵ FREUD, ANNA: *El psicoanálisis del niño*. Ed. Imán, Buenos Aires, 1951, pág. 71.

⁶ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 72.

⁷ SEGAL, HANNA: “Some aspects of the analysis of a schizophrenic”. *International Journal of Psycho-Analysis*, tomo 31, 1950, págs. 268 a 278.

que está mucho menos preparado que el analista para hacer frente a la hostilidad del paciente.

Anna Freud llega a la conclusión de que sólo aislando al niño de su medio familiar podría conseguirse esa neurosis de transferencia indispensable para la repetición de los síntomas y su curación, pero que esto traería el riesgo de que el niño luego no pudiese adaptarse a su hogar, o que volviendo a él se repitiesen los síntomas.

La necesidad de conferir un rol educativo al psicoanalista y su concepción sobre la transferencia que hemos expuesto se funda en lo que ella considera la diferencia fundamental entre el análisis de niños y el de adultos, y que surge de la inmadurez del superyó infantil. "En el adulto el superyó ha alcanzado ya su independencia y no es accesible a los influjos del mundo exterior..." "...En el niño, en cambio, aún se encuentra al servicio de sus inspiradores —los padres y educadores— ajustándose a sus exigencias y siguiendo todas las fluctuaciones de la relación con la persona amada y todos los cambios de sus propias opiniones."⁸

Dice: "También aquí trabajamos como en el análisis de adultos, en forma puramente analítica, mientras se trate de liberar de lo inconsciente los sectores ya reprimidos del ello y el yo. En cambio, la labor a realizar en el superyó infantil es doble: analítica, en la desintegración histérica llevada desde el interior, en la medida en que el superyó ya ha alcanzado su independencia; pero también pedagógica, influyendo desde el exterior, modificando la relación con los educadores, creando nuevas impresiones y revisando las exigencias que el mundo exterior impone al niño."⁹

Para justificar la misión educadora del analista dice: "Si reconocemos que las potencias contra las cuales debemos luchar en la curación de las neurosis infantiles no son únicamente interiores, sino también en parte exteriores, tenemos derecho a exigir que el analista de niños sepa valorar con justeza la situación exterior en la que el niño se encuentra, tal como le exigimos que sepa captar también la situación interior."¹⁰

El analista debe entonces tener conocimientos pedagógicos teóricos y prácticos y "si las circunstancias lo hiciesen necesario asumir las funciones de educador durante todo el curso del análisis".¹¹ El analista debe asumir la dirección del niño para asegurar la conclusión feliz de ese análisis, debe enseñarle a dominar su vida instintiva y la opinión del analista decidirá qué parte de los impulsos infantiles ha de ser suprimida o condenada, qué parte puede satisfacerse, cuál debe conducirse a la sublimación. "Es preciso que el analista logre ocupar durante todo el análisis el lugar del ideal del yo infantil."¹² "Así el analista reúne en su persona dos misiones

⁸ FREUD, ANNA: *El psicoanálisis del niño*, pág. 120.

⁹ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 120.

¹⁰ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 125.

¹¹ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 126.

¹² FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 91.

difíciles y en realidad diametralmente opuestas: la de analizar y educar a la vez, permitir y prohibir al mismo tiempo, librar y volver a coartar simultáneamente..." "...pero si puede lograrlo, corrige con ello toda una fase de educación equivocada y desarrollo anormal, ofreciéndole al niño, o a quienes deben decidir su destino, una nueva oportunidad para enmendar sus errores".¹³ Continúa: "Si en estas condiciones completamos la labor interna con una acción exterior, tratando no sólo de modificar por influencia analítica las identificaciones ya establecidas, sino también por relación o influencia humana, los objetos reales que rodean al paciente, entonces el esfuerzo será rotundo y sorprendente."¹⁴

Aunque piensa que la neurosis del niño, como la del adulto, es el resultado de un conflicto interno entre la vida instintiva, el yo y el superyó, en el niño la influencia del mundo exterior sobre su neurosis es diferente porque: "Está muy lejos del desprendimiento de los primeros objetos amados y subsistiendo el amor objetual, las identificaciones sólo se establecen lenta y parcialmente."¹⁵

Aunque acepta el funcionamiento de un superyó infantil y que las relaciones entre el yo y el superyó son en muchos aspectos análogas a las del adulto ya desde etapas muy tempranas, dice que es evidente también la relación entre este superyó y los objetos a los cuales debe su establecimiento, comparándola con la que se establece entre dos vasos comunicantes. Señala la influencia del superyó en la evolución de la exigencia de la limpieza en los primeros años. "Esta rige en efecto, pero sólo mientras en el mundo exterior subsista, en calidad de objeto, la persona responsable de un establecimiento. En cuanto el niño pierde esta relación objetual, desaparece también todo el placer que le procura el cumplimiento de la exigencia."¹⁶

Esta situación del superyó de dependencia de los objetos originarios se mantiene según ella durante el período de latencia y prepubertad. La debilidad del yo y su dependencia de las exigencias impuestas por el ideal del yo explican para ella la doble moral del niño cuando actúa en el mundo de los adultos o en el de los niños de su edad; por eso ciertas cosas les causan repugnancia estando con adultos y no cuando están con otros niños. Estas características de dependencia del superyó infantil y de doble moral la conducen a pensar que el análisis del niño no es como el del adulto. "Aquél ha dejado de ser un asunto personal que se lleva a cabo entre dos personas exclusivamente: el analista y su paciente. En efecto, los objetos del mundo exterior seguirán desempeñando importante papel en el análisis y particularmente en su última fase, o sea en el aprovechamiento de los impulsos instintivos liberados de la represión, mientras

¹³ FREUD, ANNA: *El psicoanálisis del niño*, pág. 99.

¹⁴ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 102.

¹⁵ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 83.

¹⁶ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 85.

el superyó infantil aún no se haya convertido en el representante impersonal de las exigencias asimiladas del mundo exterior y mientras permanezca orgánicamente vinculado a éste.”¹⁷

Anna Freud, una vez lograda la transferencia positiva por la labor previa no analítica a la que nos hemos referido, evita cuidadosamente la aparición de la transferencia negativa, y cuando no lo consigue la disuelve por medios no analíticos similares a los que ha utilizado durante la labor previa. Sostiene que las tendencias agresivas que el niño manifiesta contra el analista no son índices de transferencia negativa y que, por el contrario: “Cuanto más cariñosamente esté vinculado el niño pequeño con su madre, menos impulsos amistosos tendrá para las personas extrañas.”¹⁸ “En cuanto a sus expresiones negativas, las llegamos a sentir cada vez que tratamos de liberar del inconsciente una parte del material reprimido, despertando así la resistencia del yo. En tales momentos el niño nos considera como un seductor peligroso y terrible, dedicándonos por eso todas sus expresiones de odio y rechazo, que en general dirige hacia sus propios impulsos instintivos condenados.”¹⁹

El análisis de niños exige, según ella, una vinculación positiva muchísimo más intensa que la del adulto, porque además de la finalidad analítica se persigue un objetivo pedagógico y el éxito pedagógico siempre dependerá de la vinculación afectiva del educando con el educador. Por lo tanto, la transferencia negativa, cuando aparece, aunque es útil para conocer los conflictos del niño, debe disolverse inmediatamente —aunque no sea por medios analíticos—, debe reconquistarse al niño.

En cuanto a la posibilidad de acceso al inconsciente sostiene que no es posible sobrepasar la barrera que impone el dominio imperfecto del lenguaje y no cree que el juego pueda ser un instrumento técnico para el análisis del niño comparable con las asociaciones libres del adulto.

En trabajos posteriores²⁰ modifica en parte la técnica de una fase previa para introducir directamente al niño en la situación analítica, abreviando o eliminando esa fase. El estudio de los mecanismos de defensa marca la segunda época de la obra de Anna Freud, y la considero un valioso aporte. La mayor dificultad en el análisis de niños sigue siendo para ella el hecho de que no pueden asociar libremente; dice que si bien el niño no es capaz de dar asociaciones libres, “...los sueños y los ensueños de los niños, la fantasía manifestada en el juego, dibujos, etc., revelan los impulsos del ello sin disfraces y de un modo más accesible que en los adultos...”²¹. Acepta, sin embargo, que el conocimiento del yo infantil

¹⁷ FREUD, ANNA: *El psicoanálisis del niño*, pág. 88.

¹⁸ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 70.

¹⁹ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 65.

²⁰ FREUD, ANNA: *El yo y los mecanismos de defensa*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1949.

²¹ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 56.

resulta sumamente escaso. No está de acuerdo con la técnica de juego de Melanie Klein, en la cual se equipara la actividad lúdica infantil con la asociación libre del adulto, ni con la interpretación que hace de dicha actividad. Para esta escuela dice: “El libre curso asociativo corresponde al desarrollo tranquilo del juego; las interrupciones e inhibiciones en su transcurso equivalen a los trastornos de la asociación libre. Por consiguiente, el análisis de las perturbaciones del juego las descubre como una medida defensiva del yo, comparable a la resistencia en la asociación libre.”²²

Para Anna Freud el juego —como una técnica complementaria— esclarece los impulsos del ello pero no nos permite ver cómo funciona el yo. Propone recurrir a métodos sustitutivos capaces de informarnos sobre el funcionamiento del yo, y cree que esto se logra con el examen de las transformaciones de los afectos. “El análisis y la conducción a la conciencia de los diversos modos de estas defensas contra los afectos —trátese de conversión en lo contrario, de desplazamiento o de completa represión— nos informa sobre las técnicas singulares de este yo infantil, así como el análisis de las resistencias nos permite inferir acerca de su comportamiento respecto del instinto y de la naturaleza de la formación de síntomas. Es por supuesto de suma importancia que en la observación de los procesos afectivos en el análisis infantil no dependamos de la voluntaria cooperación del niño ni de la sinceridad o falsedad de sus comunicaciones. Sus afectos se traicionan a sí mismos contra su propósito.”²³

Anna Freud y su escuela consideran que aunque en análisis de niños se transfieren síntomas y defensa, la neurosis permanece centrada en los objetos originarios y sólo se extiende al análisis con un propósito defensivo —cuando el niño percibe el peligro en la labor terapéutica, que para él es un peligro real— y no necesita transferir al analista sus afectos porque los objetos originarios existen todavía. Considera que el *acting out* es muy frecuente y peligroso en el análisis de niños, tomando la característica de volver a vivir la neurosis en el medio familiar. Marianne Kris²⁴ presentó un caso de un niño de 4 años en el que describe el desarrollo de una neurosis de transferencia similar a la del adulto, pero la opinión general era que el niño, aunque da signos evidentes de transferencia, no hace una neurosis de transferencia y también ella sigue sosteniendo, en consecuencia, la necesidad de un papel educativo del analista y la colaboración de los padres para la curación del niño.

Resumiendo, para Anna Freud: 1) la capacidad de hacer transferen-

²² FREUD, ANNA: *El yo y los mecanismos de defensa*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1949, pág. 57.

²³ FREUD, ANNA: *Idem*, pág. 58.

²⁴ En la discusión sobre problemas de neurosis infantiles: “The psychoanalytic study of the child”, tomo XIV, Imago Publishing Co. Ltd., Londres, 1959.

cia no es espontánea en el niño; 2) aunque evidencia reacciones transferenciales positivas y negativas, no hace una verdadera neurosis de transferencia, en parte por las condiciones inherentes al niño y en parte porque estas condiciones obligan al analista a realizar una labor educativa; 3) el niño no puede hacer una segunda edición antes de haber agotado la primera y el analista debe ser educador porque el superyó del niño todavía depende de los objetos exteriores que lo originaron y no está aún maduro; 4) la transferencia negativa no debe ser interpretada sino disuelta por medios no analíticos, y 5) sólo con transferencia positiva puede realizarse una labor útil con el niño.

Para Melanie Klein, en cambio, la capacidad de transferencia es espontánea en el niño; debe interpretarse la transferencia positiva y la negativa desde el primer momento y el analista no debe tomar el papel de educador.

Piensa que la ansiedad del niño es muy intensa y que es la presión de estas ansiedades tempranas lo que pone en movimiento la compulsión de repetición, mecanismo estudiado por Freud en el dinamismo de la transferencia y en el impulso a jugar²⁵. Esto lo conduce a simbolizaciones y personificaciones en las que reedita sus primeras relaciones de objeto, formación del superyó y adaptación a la realidad, que se expresan en sus juegos y pueden ser interpretados²⁶.

En sus primeros trabajos²⁷ sostenía Melanie Klein que, mediante el proceso de simbolización, el niño conseguía distribuir el amor en nuevos objetos y nuevas fuentes de gratificación. Más tarde afirmó²⁸ que también distribuye sus angustias y que por el mecanismo de repartición y repetición las disminuye y las domina, alejándose de sus objetos originarios peligrosos.

La sustitución del objeto originario, cuya pérdida es temida y lamentada, por otros más numerosos y reemplazables; la distribución de sentimientos en múltiples objetos y la elaboración de sentimientos de pérdida a través de la experiencia de pérdida y recuperación —tal como lo vio Freud cuando analizó el juego del carretel— son la base de la actividad lúdica y de la capacidad de transferencia.

Frente a los objetos —por el mecanismo de identificación proyectiva— los niños hacen transferencias positivas o negativas, de acuerdo con

²⁵ FREUD, SIGMUND: "Más allá del principio del placer", tomo II, *Una teoría sexual y otros ensayos*.

²⁶ KLEIN, MELANIE: "Personification in the play of children". *Int. Journal of Psychoanalysis*, vol. X, 1929.

²⁷ KLEIN, MELANIE: "The importance of symbol-formation in the development of the ego" (1930). En *Contributions to Psycho-Analysis*, The Hogarth Press Ltd., Londres, 1948. Traducido en la Revista Uruguaya de Psicoanálisis, tomo I, N° 1, 1956.

²⁸ KLEIN, MELANIE: "Les origines du transfert". *Revue Française de Psychoanalyse*, tomo XVI, N°s. 1 y 2, págs. 178.

que estos objetos exciten o alivien su ansiedad, y este mecanismo está en la base de la situación transferencial, en que se repite la relación con los objetos originarios.

Las primeras defensas en la relación del niño con los objetos surgen de sus tendencias agresivas y son la proyección en cuanto al sujeto y la destrucción en lo que se refiere al objeto. Desde el primer momento proyecta en el analista y en los juguetes sus tendencias destructivas, así como las de amor, con una intensidad que variará de acuerdo con el grado de fusión que hayan logrado los instintos de vida y muerte.

El niño cuando juega asigna al analista los más variados papeles, puede personificar su ello y en esta proyección dar escape a sus fantasías sin despertar demasiada ansiedad; cuando ésta ha disminuido será capaz de personificarse él mismo en ese papel.

En las personificaciones en el juego se observa que muy rápidamente puede cambiar el objeto de bueno en malo, de aliado en enemigo y como el analista asume e interpreta los papeles hostiles requeridos por el juego, así como los positivos, hay un constante progreso hacia identificaciones más bondadosas y una mayor aproximación a la realidad. Una de las finalidades del análisis es la gradual modificación de la excesiva severidad del superyó y se logra en parte por la interpretación del juego de roles. "Pero no siempre la tarea del analista es tan simple, ni siempre el niño se asigna papeles que pueden interpretarse fácilmente. El analista que desea penetrar en las raíces de las severidades del superyó no debe preferir ningún papel, debe aceptar lo que la situación analítica le ofrece."²⁹

Refiriéndose a la necesidad de interpretar la transferencia negativa, dice en uno de sus últimos trabajos³⁰: "Durante el análisis, el analista aparece como figura idealizada, pero esta idealización es usada como defensa contra las ansiedades persecutorias y su corolario." El analista debe tratar que esta excesiva idealización no persista, y mediante el análisis de la transferencia positiva y negativa la ansiedad persecutoria se reduce y disminuye así la idealización. En el curso del tratamiento el analista representará en la situación de transferencia una variedad de figuras que corresponden a las que el niño introyectó en el desarrollo temprano, será introyectado como perseguidor y como figura idealizada con múltiples grados y matices. El niño pequeño ha dejado atrás una gran parte de su complejo de Edipo y por la represión y el sentimiento de culpa está muy alejado de los objetos que deseó originariamente; sus relaciones con ellos han sufrido distorsiones y transformaciones de modo que los objetos de amor presentes son imagos de los originarios. De ahí que pueda muy bien producir una "nueva edición" de los objetos que deseó al principio. Sus síntomas cambiarán, acentuándose o disminuyendo de acuerdo con la si-

²⁹ KLEIN, MELANIE: "Personification in the play of children", ob. cit.

³⁰ KLEIN, MELANIE: "Les origines du transfert", ob. cit.

tuación transferencial; puede suceder que en la casa recaiga en hábitos, síntomas, pautas de conducta que habían desaparecido.

La relación consciente-inconsciente en el niño es diferente que en el adulto; el inconsciente está en un contacto más estrecho y más permeable con el consciente de lo que acontece en el adulto. Los niños están más profundamente dominados por el inconsciente y por eso prevalece en ellos la representación simbólica.

En el análisis de niños nos encontramos con resistencias tan marcadas como en el análisis de adultos; se manifiestan como crisis de angustia, con interrupción o cambios de juegos, aburrimiento, desconfianza, según los casos y las edades, siendo las crisis de ansiedad y miedo más frecuentes en los niños pequeños.

Al estudiar la angustia en relación con el material ofrecido tropezamos siempre con el sentimiento de culpa, e interpretándolo en su relación con las fantasías originarias y las transferenciales es posible reducir la transferencia negativa en favor de la positiva. La ansiedad transferencial más intensa es la de reviviscencia de las primeras relaciones de objeto con el predominio de las ansiedades paranoides y depresivas.

Así como en los niños pequeños la transferencia negativa se expresa a menudo como miedo, en los más grandes —especialmente en la latencia— toma la forma de desconfianza, reserva o simple disgusto. Cuando el niño manifiesta timidez, desconfianza, aburrimiento, ansiedad —signos de transferencia negativa— la interpretación la reduce haciendo retroceder los afectos negativos hacia los objetos o situaciones originarias.

En su lucha contra el miedo a los objetos más cercanos, el niño tiende a referir este temor a objetos más distantes —ya que el desplazamiento es uno de sus modos de enfrentar la ansiedad— y a ver así en ellos a su madre y padre malos. El niño en el cual predomina el sentimiento de estar bajo una constante amenaza de peligro espera siempre encontrarse con el padre o madre “malos” y reaccionará con ansiedad ante todos los extraños; en la relación con el terapeuta lo sobresaliente será la transferencia negativa, manteniendo mediante este mecanismo una buena imago de sus padres reales.

Resumiendo los puntos de vista técnicos expuestos diremos que para Melanie Klein y su escuela:

- 1) La misma ansiedad que lleva a la división de imagos, buena y mala, en la temprana infancia se revive en el análisis; las ansiedades depresivas y paranoides son experimentadas en el análisis, expresadas en el juego y reducidas por la interpretación.
- 2) Cuando en el desarrollo normal se disminuye la división entre objetos persecutorios e idealizados, y el odio es mitigado por el amor, pueden establecerse objetos buenos en el mundo interno, y mejoran las relaciones con el mundo exterior. En el tratamiento este logro conduce a la curación.

- 3) El progreso en la capacidad de sintetizar prueba que el proceso de disociación originado en la temprana infancia ha disminuido.
- 4) La actuación de las imagos con características fantásticamente buenas o malas que predominan en la vida mental es un mecanismo general en niños y adultos. Sus variaciones son sólo de grado, frecuencia o intensidad.
- 5) Estas imagos corresponden a estados intermedios entre el superyó terrorífico totalmente alejado de la realidad e identificaciones que se acercan más a la realidad.
- 6) En la medida en que estas figuras intermedias aparecen en el juego del niño por el mecanismo de la simbolización y personificación podemos llegar a comprender la formación de su superyó y amortiguar su severidad.
- 7) La transferencia es el instrumento principal para conocer lo que sucede en la mente del niño y también para descubrir y reconstruir su historia temprana.
- 8) El descubrimiento de la fantasía de transferencia y el establecimiento de su relación con las primeras experiencias y las situaciones actuales constituyen el medio principal de curación.
- 9) La repetición de las situaciones tempranas en la transferencia nos remonta a situaciones de los primeros meses de vida.
- 10) En sus fantasías con el analista el niño retrocede a sus primeros días y al estudiar estas fantasías en su contexto y comprenderlas en detalle, se obtendrá un conocimiento sólido de lo que sucedió en realidad en su mente en los estadios tempranos. En la terminación del análisis, el paciente revive emociones de su época del destete y la elaboración del duelo transferencial se logra a través del análisis de las situaciones paranoides y depresivas.

IV. El psicoanálisis de niños en la Argentina

Un temprano interés por la vida mental del niño me llevó hace muchos años a trabajar en salas de lactantes, pero fue en 1937 cuando por primera vez tomé contacto con una niña de 8 años. La veía diariamente en la sala de espera cuando acompañaba a su madre a un tratamiento psiquiátrico¹ y su expresión inteligente y angustiada me había hecho dudar del diagnóstico que pesaba sobre ella. Supe que no había podido aprender a leer ni escribir no obstante los renovados intentos que se hicieron para interesarla en el conocimiento, y que los profesionales a los que su padre consultó dijeron que se trataba de una oligofrénica. Mi primer acercamiento a su mente fue pedagógico, quería saber si esa niña podía o no aprender.

En las largas entrevistas que tuve con ella, en horas en que su madre estaba en tratamiento, me contaba fragmentos de su vida mientras yo le iba enseñando las letras y los números. Llegué a la conclusión de que si no aprendía era porque le resultaba muy penoso conocer la enfermedad de su madre y recordar todo lo que había sufrido durante los episodios psicóticos de los que fue testigo. Su mente se había paralizado por este conflicto, y se lo fui comunicando. Comprendí también que las mentiras que para consolarla o tranquilizarla le decían los adultos que la rodeaban habían creado en ella una gran confusión y le habían hecho perder fe en que pudiese llegar a conocer la verdad. Fue después de este esclarecimiento cuando pudo comenzar a aprender². Como los resultados de estas entrevistas fueron tan asombrosos y la niña aprendía nuevas cosas de día en día, leí un tratado de psicoanálisis de niños³ buscando una forma de ayudarla mejor. En esa misma época, alentada por los resultados que obtenía, me ocupé de un niño de 11 años también con dificultades de aprendizaje. Estaba sometido a intensos castigos corporales y pudimos ver cómo éstos habían desempeñado un papel importantísimo en su creciente inhibición intelectual.

En el consultorio de la Liga de Higiene Mental, que funcionaba en el Hospicio de las Mercedes, hice los primeros tratamientos psicoanalíticos de niños, siguiendo la técnica que Anna Freud describe en su libro.

¹ Enrique Pichon Rivière era el terapeuta.

² Este fue el punto de partida de mis investigaciones sobre las dificultades de aprendizaje y su relación con el engaño o el ocultamiento de la verdad.

³ FREUD, ANNA: *Psicoanálisis del niño*.

Veía sólo niños mayores de 6 años y trataba que me contasen sus conflictos y me relatasen sus sueños y ensueños. Ponía también a su disposición pequeños juguetes, lápices y papel. Había leído en esa época un pequeño libro técnico⁴ en el que se describía un mutismo psicógeno en un niño de 8 años y me había asombrado el mundo que surgía de la interpretación de los dibujos, única forma de comunicación que tenía este niño con su terapeuta. En ese mismo año se creó en la Facultad de Filosofía y Letras la carrera de Ciencias de la Educación, en la cual ingresé.

El año 1942 fue decisivo para mi carrera como psicoanalista. En abril inicié el análisis didáctico⁵ con Angel Garma y también ese año me puse en contacto con la técnica de juego que creó Melanie Klein⁶, apoyándose en los descubrimientos que había hecho Freud sobre el significado de la actividad lúdica⁷.

Como no había entre nosotros nadie que pudiese asesorarme sobre la aplicación de una técnica que había estudiado en tratados, los resultados que iba vislumbrando podía confrontarlos solamente con los descubrimientos que hacía en mi propio análisis, con lo que había observado en años anteriores y con lo que había visto y veía en la observación y tratamiento de psicóticos con Enrique Pichon Rivière⁸.

⁴ MORGENSTERN, SOPHIE: "Psychanalyse infantile" (París, 1937). Esta obra fue en parte publicada en la *Revista de Psicoanálisis*, tomo V, N° 3, trad. por Alicia Vaudelin, pág. 762. "El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles", pág. 771, "Un caso de mutismo psicógeno".

⁵ Me parece necesario señalar a qué llamamos análisis didáctico y cuál es su función en la formación de un psicoanalista. Si no fuera así, podría pensarse que la descripción de la técnica que expondré en este libro y las soluciones que propongo —que son el fruto de años de trabajo con niños y de lo que aprendí controlando y comentando casos con colegas— serían una base suficiente para tratar psicoanalíticamente a un niño. Quiero aclarar que conocer la técnica no capacita para psicoanalizar. La formación de un analista exige ante todo que se someta a un análisis personal —llamado análisis didáctico— cuya duración mínima es actualmente de cinco años, a 4 ó 5 sesiones semanales. Tiene la obligación de asistir a cursos teóricos y prácticos dictados en el Instituto de Psicoanálisis, concurrir además a grupos de estudio y controles colectivos, para familiarizarse con la técnica de juego. Debe realizar el tratamiento psicoanalítico de dos niños como mínimo, bajo el control de un analista de experiencia. Cuando éste juzgue que su conocimiento de la técnica es suficiente, cuando haya aprobado los cursos y seminarios y su analista didáctico considere que su análisis ha sido exitoso, adquiere finalmente el derecho de presentar ante los miembros del Instituto de Psicoanálisis un caso en el que exponga su forma de trabajo. Recién después de la aprobación de éste puede llamarse miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina y estar en condiciones de asumir la responsabilidad de analizar.

⁶ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños* (1932). Ed. Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948.

⁷ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*. "Más allá del principio del placer", pág. 285, tomo II, *Una teoría sexual y otros ensayos. Tótem y tabú*, pág. 116.

⁸ Jefe interino del servicio de admisión en el Hospicio de las Mercedes desde 1938 hasta 1947. Jefe de servicio de psiquiatría de la edad juvenil en el Hospicio de

Fue en esa época que una frecuente correspondencia con Melanie Klein me permitió, gracias a sus generosas indicaciones, solucionar muchas de las dificultades técnicas que se me presentaban diariamente.

El primer historial que publiqué⁹ corresponde a esa época de mi trabajo y fue durante ese tratamiento cuando comprendí por primera vez el significado simbólico de las deformaciones con las que un niño construye una casa. Había incluido entre sus juguetes el "Juego de construir casas" y en las que construyó me fue mostrando las dificultades respiratorias, las dificultades de conexión y trastornos en la sublimación¹⁰. La confrontación de este caso con muchos otros y la elaboración de lo que iba descubriendo constituyó mi primer aporte original al psicoanálisis de niños. Para la elaboración de ese libro me fue muy útil la lectura de los trabajos de Homburger¹¹ y Schilder¹².

Ya en esos años algunas personas que seguían su formación en el Instituto de Psicoanálisis se interesaron por el trabajo con niños. He hablado en la nota preliminar de la importancia que tuvo para el desenvolvimiento del psicoanálisis de niños en la Argentina el trabajo de Elizabeth G. de Garma en esos años, en los que fue una colaboradora excepcional. Compartí con ella tareas de formación, pero fundamentalmente el intercambio de ideas y la discusión de casos constituyeron una fuente de enriquecimiento mutuo. En 1948 presentó ante Melanie Klein y un grupo de psicoanalistas de niños en Inglaterra fragmentos del análisis de un niño de 21 meses, del que expongo la primera hora de juego¹³. También discutí con ellos problemas técnicos enriqueciendo nuestro conocimiento del psicoanálisis de niños. En ese año de 1948 se dictó en la Asociación Psicoanalítica Argentina el primer curso de psicoanálisis de niños, que desde entonces forma parte de la enseñanza obligatoria para todo el que sigue la carrera¹⁴. Paralelamente a la enseñanza en el Instituto seguí dictando

las Mercedes desde 1947 hasta 1952. (El Hospicio de las Mercedes se llama actualmente Hospital Nacional Neuropsiquiátrico.)

⁹ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "Indicaciones para el tratamiento analítico de niños — un caso práctico". *Revista de Psicoanálisis*, tomo IV, Nº 3, 1947.

¹⁰ ABERASTURY, ARMINDA: *El juego de construir casas*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1961. En la actualidad se utiliza como test no sólo en la Argentina, habiendo sido publicado por el International Journal of Psychoanalysis y por el Psychoanalytic Survey.

¹¹ HOMBURGER, ERIK: "Configuraciones en el juego". *Revista de Psicoanálisis*, tomo VI, Buenos Aires, 1948.

¹² SCHILDER, PAUL: *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Paidós, Buenos Aires 1958.

¹³ Cf. capítulo VII, caso 3.

¹⁴ Desde 1948 hasta 1952 estos cursos estuvieron a mi cargo; a partir de esta fecha se incorporó a estas tareas didácticas E. G. de Garma y posteriormente Diego García Reinoso, Emilio Rodríguez, Elena Evelson y María Esther Morera. En este último año funcionan dos cursos: uno de ellos es dictado por mí con la colaboración de Susana L. de Ferrer, Rebeca Grinberg, Isabel L. de Lamana y Pola I. de Tomás;

grupos de estudios y cursos de técnica para intensificar la enseñanza de los que querían especializarse en psicoanálisis de niños. En nuestra Asociación —como en todos los grupos analíticos— son pocos los que se dedican a esta especialidad, pero cuando en 1951 me nombraron relatora en París¹⁵ sobre el tema "La transferencia en el análisis de niños", pude referirme ya a un grupo de psicoanalistas de niños que trabajaba en la Argentina y que no era más reducido que en otros países.

La formación que recibían en el Instituto y se completaba con los grupos de estudio, se amplió desde 1948 hasta 1954 con las actividades del Instituto Pichon Rivière¹⁶; todo el que se interesaba en el análisis de niños podía realizar en este Instituto bajo mi supervisión la observación de horas de juego antes de iniciarse como terapeuta de niños; se les enseñaba, además, la técnica de entrevista con los padres y semanalmente se exponían y discutían casos.

Muchos de los que se formaron en esta primera época publicaron trabajos¹⁷, y participaron en grupos de estudio y seminarios. Posteriormente

otro está a cargo de Diego García Reinoso, con Alberto Campos, Elena Evelson y María Esther Morera como colaboradores.

¹⁵ Congreso Anual de Psicoanalistas de Lengua Francesa, noviembre de 1951, París. "Quelques considerations sur le transfert et le contretransfert dans la psychanalyse d'enfants". *Revue Française de Psychanalyse*, tomo XVI, Nº 1-2, 1952. "La transferencia en el análisis de niños, en especial en los análisis tempranos". *Revista de Psicoanálisis*, tomo IX, Nº 3, 1952.

¹⁶ Instituto de Medicina Psicoanalítica, creado en ese año por Enrique Pichon Rivière. Colaboraban conmigo en la parte de niños: Diego García Reinoso, Teresa N. de Mom, María Esther Morera, S. Resnik, Marcela Spira y Pola I. de Tomás. Actualmente M. Spira está en Suiza y cumple funciones didácticas en análisis de adultos, mientras S. Resnik sigue su formación analítica en Londres. Posteriormente se incorporaron a las actividades en niños Elizabeth T. de Bianchedi, Elena Evelson, Gilberte T. de García Reinoso, Raquel Hofman, Isabel L. de Lamana y Janine Puget.

¹⁷ En la *Revista de Psicoanálisis*:

Scolni, Flora: "Psicoanálisis de un niño de 12 años", tomo IV, Nº 4, pág. 664. Goode, Elizabeth: "Aspectos de la interpretación en el psicoanálisis de niños", tomo VII, Nº 2, pág. 221. Pichon Rivière, Arminda Aberastury de: "El juego de construir casas — Su interpretación y su valor diagnóstico", tomo VII, Nº 3, pág. 347. Goode, Elizabeth: "Un cuento en el análisis de un niño", tomo VII, Nº 3, pág. 402. Perestrello, Marialzira: "Consideraciones sobre un caso de esquizofrenia infantil", tomo VII, Nº 4, pág. 487. Pichon Rivière, Arminda Aberastury de: "Fobia a los globos en una niña de once meses", tomo VII, Nº 4, pág. 541. Pichon Rivière, Arminda Aberastury de: "Algunos mecanismos de la enuresis", tomo VIII, Nº 2, pág. 211. Pichon Rivière, Arminda Aberastury de: "Cómo repercute en los niños la conducta de los padres con sus animales preferidos", tomo VIII, Nº 3. Pichon Rivière, Arminda Aberastury de: "La transferencia en el análisis de niños — en especial en los análisis tempranos", tomo IX, Nº 3, pág. 265. Garma, Elizabeth: "La masturbación prohibida y el desarrollo psicológico", tomo X, Nº 2, pág. 149. García Reinoso, Diego: "Reacción de una interpretación incompleta en el análisis de un niño psicótico", tomo X, Nº 4, pág. 433. Pichon Rivière, Arminda Aberastury de: "Una nueva psicología del niño a la luz de los descubrimientos de Freud", tomo XIII, Nº 4, pág. 220. Campo, Alberto J.: "La interpretación y la acción en el análisis de los niños", tomo XIV, Nº 1-2, pág. 121. Campo, Vera: "La interpretación de la entrevista con los

algunos de ellos no siguieron mi evolución técnica o continuaron sus actividades independientemente, mientras nuevas personas vinieron a colaborar conmigo.

El Simposio de Psicoanálisis de Niños realizado en la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1957 fue exponente de lo mucho que se había trabajado en esos años¹⁸ y marcó el final de una etapa del psicoanálisis de niños en la Argentina.

En 1957 leí en el Congreso de París¹⁹ un trabajo sobre la dentición, la marcha y el lenguaje²⁰, que significaba un aporte fundamental para la

padres en el análisis de los niños", tomo XIV, Nº 1-2, pág. 129. 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", tomo XIV, Nº 1-2, pág. 137. Por motivos de discreción profesional no se publicaron dos valiosos trabajos presentados en la Asociación Psicoanalítica Argentina: Spira, Marcela: "Análisis de un niño epiléptico de 5 años". Evelson, Elena: "Perturbación de la capacidad reparatoria en una niña psicótica".

¹⁸ Durante este Simposio presentaron trabajos sobre Psicoanálisis de niños:

- * Campo, Vera: "La introducción del elemento traumático".
- * Chaio, José: "Algunos aspectos de la actuación de las interpretaciones en el desarrollo del *insight* y en la reestructuración mental del niño".
- * Evelson, Elena: "Una experiencia psicoanalítica: análisis simultáneo de hermanos mellizos".
- * Garbarino, Héctor: "Evolución de una fobia a los rengos".
- * Garbarino, Mercedes Freyre: "Dramatización de un ataque epiléptico".
- * Grinberg, Rebeca: "Evolución de la fantasía de enfermedad, a través de la construcción de casas".
- * Lamana, Isabel L. de: "La asunción del rol sexual de una melliza univitelina".
- * Jarast, Sara G. de: "El duelo en relación con el aprendizaje".
- * Mom, María Teresa N. de: "Algunos aspectos del análisis de un niño con una dermatopatía".
- * Morera, María Esther: "Fantasías heterosexuales subyacentes a una histeria de conversión".
- * Pichon Rivière, Arminda Aberastury de: "La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva".
- * Racker, Genevieve T. de: "El cajón de juguete del niño y el 'cajón' de fantasía del adulto (medios de actuación — juego frente a la realidad angustiosa interna — transferencial)".
- * Rodríguez, Emilio: "Análisis contemporáneo de un padre y un hijo".
- * Saz, Carmen: "Comunicación y destrucción".
- * Souza, Decio de: "Análise de uma criança esquizofrénica de dois anos e dez meses".
- * Zmud, Frida: "Observaciones de un análisis corto en una niña de veintidós meses".

* Trabajos publicados en la *Revista de Psicoanálisis*, tomo XV, Nº 1-2, 1958.

¹⁹ XX Congreso de la International Psycho-Analytical Association, París, julio-agosto, 1957.

²⁰ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva". *Revista de Psicoanálisis*, tomo XV, Nº 1, 1958. Publicado también por el *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. XXXIX, partes II-IV, Londres, 1958.

comprensión del primer año de vida. Al señalar la existencia de una fase genital previa a la fase anal, y que era un intento de elaborar la pérdida del vínculo oral al que debe renunciarse luego de la dentición, modificaba el esquema del desarrollo de la libido, facilitando la comprensión de algunos tempranos trastornos infantiles que acompañan este proceso, y que se presentan en la segunda mitad del primer año.

Este período de la vida del niño se caracteriza por un aprendizaje múltiple y convergente con la adquisición de logros que lo llevan a un cambio fundamental frente al mundo externo, cambio tan significativo como el de nacer; el niño se pone de pie, camina, habla y se produce el destete. Cuando un niño nace se estructura la fase oral de succión, que es imprescindible para la supervivencia del ser humano, no sólo por el suministro de alimento, sino también porque le permite rehacer un vínculo con la madre mediante el cual supera el trauma del nacimiento.

La aparición de los dientes en la fase oral sádica, instrumento que hace posible el cumplimiento de las fantasías de destrucción que dominan en esta fase, determina el abandono del vínculo oral y la necesidad de rehacerlo a través de otra zona del cuerpo. En este período de la vida el descubrimiento de la vagina en la niña y la necesidad de penetración en el varón inician la etapa genital que señalamos, en la cual la unión pene-vagina reemplazaría a la de la boca con el pecho. Esta etapa puede satisfacerse solamente con fantasías y actos masturbatorios, entre los cuales incluimos toda la actividad de juego del lactante. La imposibilidad del cumplimiento total de esta unión, fuerza a una regresión al momento del nacimiento en que se disponía de tendencias orales, anales y genitales, para unirse con la madre. De allí continúa la evolución psicosexual del niño con la estructuración sucesiva de las dos fases, anales y de la genital. El fracaso repetido del intento de mantener la unión única con la madre lo impulsa a la elaboración de esta pérdida y a la búsqueda del padre y de nuevos objetos en el mundo externo.

En ese sentido la bipedestación y la marcha surgen como una necesidad imperiosa del niño de separarse de la madre para no destruirla; luego estos mismos logros sirven a su necesidad de recuperarla. Lo mismo acontece con el lenguaje²¹, que permite la reconstrucción mágica de los objetos y sirve para elaborar la ansiedad depresiva incrementada por la dentición. El pronunciar la primera palabra significa para el niño la reparación del objeto amado y odiado, que reconstruye dentro y lanza al mundo exterior. Secundariamente experimenta que la palabra lo pone en contacto con el mundo y que es un medio de comunicación. De esta

²¹ Estas conclusiones, a las que llegué durante el tratamiento psicoanalítico de niños con trastornos del lenguaje, hasta el grado de mutismo, coinciden totalmente con las apreciaciones de Merleau-Ponty sobre este punto. (Cf. *Fenomenología de la percepción*.)

manera la marcha y el lenguaje tienen el mismo significado que el nacimiento: separarse para recuperar en otra forma el contacto con el objeto perdido.

Considero este enfoque imprescindible para comprender muchos de los síntomas frecuentes en el lactante en la segunda mitad del primer año, que se conocieron durante años con el rótulo de "trastornos de la dentición"²². También las zoofobias tan frecuentes en ese período del desarrollo encuentran su explicación en la existencia de la fase genital previa. Hace algunos años publiqué un caso en el cual estudiaba una fobia en una niña de 11 meses²³. Los mecanismos de defensa que determinaron este síntoma no difieren de los de una fobia como la de Juanito, que Freud describió como correspondiente a la etapa fálica²⁴. Admitiendo la existencia de la fase genital previa, comprendemos que es sólo aparente la contradicción con lo descrito por Freud: la fase fálica que él señaló corresponde al fin del complejo de Edipo y la que nosotros estudiamos es la que marca su iniciación. El punto de fijación para la fobia sigue siendo para nosotros la fase genital, pero una fase que es previa a la organización anal. Si, además, pensamos que en el desarrollo los síntomas obsesivos aparecen en el niño después de los fóbicos y son su intento de elaboración²⁵, se comprende que la fase anal se estructure después de la oral y genital a consecuencia y como solución de los conflictos creados durante esta fase. Aunque he discutido y expuesto este concepto en seminarios y grupos de estudios, fue Jorge Rovatti el primero que expuso un caso en el que ilustraba mis ideas²⁶.

Esta publicación marcó el comienzo de lo que considero la segunda etapa en la historia del psicoanálisis de niños en la Argentina.

En noviembre de 1959 Susana L. de Ferrer, que en esta segunda etapa del análisis de niños significó para mí lo que Elizabeth G. de Garma en la primera, organizó durante el Congreso de Pediatría en Mar del Plata una mesa redonda sobre psicoanálisis de niños²⁷, en la que colaboraron psicoanalistas, pediatras y un odontopediatra.

²² PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "Trastornos emocionales en el niño vinculados con la dentición". *Revista de Odontología*, vol. 39, Nº 8, 1951.

²³ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "Fobia a los globos en una niña de once meses". *Revista de Psicoanálisis*, tomo VII, Nº 4, 1950.

²⁴ FREUD, SIGMUND: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", tomo XV, *Historiales clínicos*.

²⁵ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños*.

²⁶ ROVATTI, JORGE: "La fase genital previa—Un nuevo enfoque sobre la evolución de la libido". Trabajo leído en la Asociación Médica en 1960.

²⁷ Los trabajos leídos fueron los siguientes: "El psicoanálisis del niño en la actualidad", Arminda Aberastury y Jorge Rovatti; "El psicoanálisis en odontopediatría", María Inés Egozcue; "Psicoterapia de grupo en niños", Eduardo Salas Subirat; "Predisposición a la úlcera gastroduodenal en el niño", Elizabeth G. de Garma y Angel Garma; "El valor de los sueños en el tratamiento de la colitis ulcerosa infantil", Sara G. de Jarast y Elías Jarast; "Psicodinamismos del asma

Los analistas y candidatos integrantes de esa mesa redonda formaron conmigo desde mayo de 1960 un grupo de estudios que durante todo el año se dedicó a discutir casos, planteando los problemas técnicos que nos han permitido unificar un criterio y diferenciar así nuestra técnica de toda aquella que, originada en las mismas fuentes, no cumple nuestras actuales exigencias.

La tarea del grupo fue y es la exposición y discusión de casos, seleccionando aquellos más indicados para comprender la aparición y dinámica de la fase genital previa, hasta disponer de un material clínico que juzgemos suficiente para su publicación.

La técnica con la que trabaja este grupo es la que describimos en este libro. En el curso del mismo se expondrán fragmentos del trabajo de cada uno de mis colaboradores.

No puedo terminar este capítulo sin mencionar la influencia que tuvo el psicoanálisis y luego el psicoanálisis de niños sobre algunos pediatras y odontólogos que se dedican a niños.

Arnaldo Rascovsky se dedicó a la pediatría hasta 1939, y los últimos años de su trabajo se vieron ya definitivamente influidos por el psicoanálisis. Habiendo iniciado su formación como psicoanalista—también con Angel Garma—organizó un servicio en el que se enfocaban psicoanalíticamente los tratamientos, aunque no se trataba a los niños con psicoanálisis. Fruto de esos años de trabajo fueron sus artículos sobre epilepsia infantil y obesidad²⁸. Actualmente se dedica a estudiar intensamente el psiquismo fetal²⁹.

Con una trayectoria distinta, Julio Tahier está conectado con el psicoanálisis de niños. Le interesaron mis hallazgos sobre el insomnio del lactante, los trastornos que acompañan la dentición y los episodios febriles

bronquial en el niño", Susana L. de Ferrer; "Por qué el pediatra solicita la colaboración del psicoanalista", Julio Tahier. El coordinador de la mesa redonda fue Angel Garma.

²⁸ El doctor Arnaldo Rascovsky trabajó en el Hospital de Niños desde 1926 hasta 1939. En el año 1932 en el Servicio de Neurología, Psiquiatría y Endocrinología del doctor A. Gareiso organizó la asistencia psicoterapéutica infantil y ensayó trabajos de investigación sobre epilepsia, obesidad infantil, hipertiroidismo, macrogenitosomía, gigantismo y diversos cuadros endocrinológicos infantiles.

RASCOVSKY, ARNALDO: "Consideraciones psicósomáticas sobre la evolución sexual del niño". *Revista de Psicoanálisis*, tomo I, Nº 2, pág. 182.

RASCOVSKY, ARNALDO y RASCOVSKY, LUIS: "Consideraciones psicoanalíticas sobre la situación actual estimulante en 116 casos de epilepsia infantil". *Revista de Psicoanálisis*, tomo II, Nº 4, pág. 626.

RASCOVSKY, ARNALDO; PICHON RIVIÈRE, ENRIQUE y SALZMAN, J.: "Elementos constitutivos del síndrome adiposo genital prepuberal en el varón". *Archivo Argentino de Pediatría*, octubre de 1940.

RASCOVSKY, ARNALDO y SALZMAN, J.: "Estudio de los factores ambientales en el síndrome adiposo genital en el varón". *Archivo Argentino de Pediatría*, año XI, Nº 6, tomo XIV.

²⁹ RASCOVSKY, ARNALDO: "El psiquismo fetal". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1960.

en niños de más edad. Movido por estos intereses y habiendo él mismo iniciado su análisis, no abandonó su carrera como pediatra, sino que la orientó hacia un enfoque psicosomático de la enfermedad. Organizó en el Hospital Británico, a pedido del doctor Bruer, un servicio para el psicodiagnóstico y la orientación psicoanalítica de los casos, agregándose posteriormente tratamientos analíticos en grupo para niños y madres³⁰.

En el Hospital de Niños también se trabaja con orientación analítica en la Sala XVII, Departamento de Psiquiatría y Psicología de la cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura —profesor F. Escardó³¹—; en el Grupo de Psiquiatría de la Infancia, dependiendo de la Sala XVIII del profesor Carrea³², y en la Sala I de Clínica Pediátrica³³.

Próximamente se llevarán a cabo diagnósticos y tratamientos para niños en la Clínica Psicoanalítica doctor Enrique Racker, dependiente de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

³⁰ Este Servicio de Psicodiagnóstico adjunto al de Pediatría ha iniciado sus actividades en 1952. Todos los que trabajan en él tienen formación analítica. Hasta la fecha se han efectuado más de 1.200 diagnósticos de niños: se otorga gran importancia al estudio de la primera hora de juego, al juego de construir casas y a la interpretación de dibujos, además de utilizarse varios tests, como el de Machover, el Despert, el Raven y, en ciertos casos, el Rorschach o el Psicofonético de Marcelle Chiaraviglio. A esta tarea diagnóstica y de orientación se ha agregado desde 1958 la terapéutica: en efecto, funcionan en la actualidad varios grupos terapéuticos de niños de distintas edades y grupos de orientación para madres. Se espera en un próximo futuro aumentar las actividades de este Servicio, ya que el Hospital Británico, reconociendo su importancia, pondrá a su disposición locales más amplios y adecuados.

³¹ En 1957 fue creado este departamento con la participación de los doctores Alberto Campo, Diego García Reinoso y Jorge Mom como jefes. Colaboran médicos y psicólogos clínicos. Sus tareas comprenden:

- Diagnóstico y tratamiento en psiquiatría de niños.
- Investigación en psiquiatría y psicología del niño.
- Enseñanza de la psiquiatría y psicología del niño.
- Controles de terapia individual y de grupo.
- Investigación sobre grupos de diagnóstico en niños y sus madres.

³² El Grupo de Psiquiatría de la Infancia inició sus actividades a mediados del año 1959 en el Instituto de Neurosis, bajo la dirección del doctor Manasé Euredjian, pasando en 1959 al Hospital de Niños. Después de la muerte del doctor Euredjian, se hizo cargo del grupo el doctor Rojas Bermúdez. Además de tratamientos de carácter experimental y que no interesan para la finalidad de esta nota, se realiza en este Servicio una intensa labor terapéutica, individual y de grupo, con orientación analítica. Interesa señalar que, a solicitud de la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo, desde el año pasado se está trabajando en grupos de embarazadas que, en la Maternidad Sardá, siguen la preparación del parto psicoprofiláctico a cargo del doctor Korembli. A las madres que allí se asisten se les ofrece la posibilidad de seguir siendo orientadas en la crianza del hijo.

³³ En 1957 Susana Lustig de Ferrer empezó a trabajar en esta sala con finalidad diagnóstica y de orientación; tuvo a su cargo, además, grupos de madres. La substituyó luego Elizabeth Tabak de Bianchedi, quien amplió las actividades organizando grupos de enseñanza de psicología para pediatras residentes e iniciando una tarea terapéutica individual y de grupo con la colaboración de médicos y psicólogos.

Un artículo sobre el significado de la dentición³⁴, que escribí a pedido de José Porter, hizo que un grupo de odontólogos de niños, comprendiendo el profundo significado de la boca desde su nacimiento y de las piezas dentarias desde el momento de su aparición, se analizaran, y organizaran y siguieran cursos de psicoanálisis de niños, en los cuales colaboré desde 1955 con Julio Tahier y Angel Garma.

Cuando estuvo entre nosotros Gerald Pearson³⁵, encontró muy notable esta colaboración entre odontólogos, pediatras y psicoanalistas de niños, ya que todo psicoanalista conoce la importancia decisiva de la zona oral en el desarrollo del individuo y las angustias que despierta todo tratamiento odontológico. Cabe a José Porter, María Inés Egozcue y Samuel Leyt el mérito de esta revolución en odontología.

Susana Lustig de Ferrer inició las actividades de las jornadas odontológicas de 1960 con un relato sobre el significado de la boca y los dientes en la vida ulterior del ser humano³⁶, siendo esto un índice del grado en el que el psicoanálisis de niños ha influido en esta rama de la odontología³⁷.

El enfoque de este capítulo obedece a la decisión de señalar los orígenes del psicoanálisis de niños en la Argentina y su desenvolvimiento hasta llegar a exponer mi técnica actual, que es la meta fundamental del libro. Si he omitido la labor de alguien sólo debe interpretarse como una consecuencia de este enfoque, único posible en este caso en el que el origen y desarrollo de la técnica están indefectiblemente ligados a mis primeros pasos y desarrollo ulterior.

³⁴ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "Trastornos emocionales en el niño vinculados con la dentición". *Revista de Odontología*, vol. 39, Nº 8, agosto de 1951.

³⁵ PEARSON, GERALD H. J. Director del Instituto Psicoanalítico de Filadelfia, ex jefe del Departamento de Psiquiatría Infantil de la Temple University School of Medicine and Hospital. *Trastornos emocionales de los niños*. Ed. Beta, Buenos Aires, 1953. *Psychoanalysis and the education of the child*. Ed. W. Morton and Comp. Inc., Nueva York, 1954.

³⁶ FERRER, SUSANA L. DE: "El niño: su enfoque integral".

³⁷ ABERASTURY, ARMINDA: "La dentición, su significado y sus consecuencias en el desarrollo"; Sección Psicológica del *Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños*, vol. 3, Nº 4, 1961.

Técnica actual

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, y 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 fundamentarla.

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, 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 inconscientes. A veces este olvido fue tan llamativo e incomprensible 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 paciente³— 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 partos 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 fluir de recuerdos que modificaron los datos iniciales. En efecto, recordó a la madre que con anterioridad había tenido un aborto de 3 meses y que durante el embarazo de la paciente, al cumplirse el tercer mes, se habían producido pérdidas como en el primer embarazo. El médico aconsejó un raspado 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 en su

⁵ SUSANA L. DE FERRER.

⁶ Con GELA H. DE ROSENTHAL.

⁷ Una mala rotación de cabeza.

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 posnatal. 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 con tal fin es facilitarle al bebé un suficiente contacto físico con su madre luego de nacer.

Este contacto debería aproximarse lo más posible a la situación intra-uterina 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 bebe para dominar la ansiedad —una de las más arduas tareas a las 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 bebe— 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. Sólo por inhibiciones o deformaciones del ser humano estos hechos básicos deben ser enseñados, o más bien diría, reenseñados. Nada de lo que acontece en el bebe —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 bebe 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 meza 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 much 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 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 por lo general 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 bebe 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 lo tenía exactamente el mismo tiempo en cada pecho.

Siguiendo con la historia preguntaremos cómo aceptó el bebe 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 bebe 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 bebe comienza a sentir necesidad de moverse por sí mismo y la 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 Y PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "La música y los instrumentos musicales". *Revista de Psicoanálisis*, tomo I, págs. 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 con 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 consumidor que lo trabará, o lo hará caer 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 bebe tan rico y tan limpio, 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 bebe 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; este 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". *Revista de Odontología*, vol. 39, N° 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 bebe, 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 maneje 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 bebe 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 bebe, 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 bebe de pocos meses no tiene un desarrollo motor 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 tranquilizarlo 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 orientarán para evaluar 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 viéndolo 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 opone 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 espiaron"; 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 los niños desde 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 en el 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.

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 niños¹⁹.

El ingreso en 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. Por eso es importante interrogar siempre sobre la edad en que un niño ingresó en 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. Despistaremos 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 con 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 lo dejan salir solo o lo 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 de-

talles 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 bebe "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 pavor nocturno 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 pavor nocturno y episodios febriles no había coincidido con la dentición y con-

taron 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 aún su desarrollo.

El bloqueo interno y externo parecía 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 les 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 linóleo 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 en el 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 con 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 estándar 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, piolín, autos, 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 a 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 descripto.

Puede suceder que un niño venga para una hora de observación y algo más tarde decidamos analizarlo; 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 terapeutas. 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 momento². 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 permisividad 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 fue mo-

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

delar 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 crear³.

Puede suceder que luego de interpretárselo cambie la acción; si, por el contrario, ella continúa, dejarlo sin poner límites a su destructividad 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 compete con hermanos y destroza durante el juego uno de ellos; si pide que se lo repongamos es evidente que, además de interpretar, debemos acceder; 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 in-

dice 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 este 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 en el 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 en los libritos de figuras hubiera encontrado otra forma de expresarse 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 encuentro 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 posee 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 adultos 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 en 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 sea el piso o la mesa de trabajo, para evitar que se produzcan destrozos irreparables. A veces el niño quema papeles, algodón, plastilina y otras incluso 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, no vestir ropas que él valore, alhajas u objetos que puedan dañarse. 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 diremos

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.

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, ta-te-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 afares de movimiento. Pero no siempre acontece así; a veces puede parecer tedioso jugar durante sesiones a hacer comiditas y distribuirlas 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 actividad lúdica hace que el analista

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.

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, quizá 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 tiene 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 en el 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 de 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 taparlos. 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 pe-

didos 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.

Cuando 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. 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 enfermar 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 lugar 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 dé 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 a 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 en 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 sea muy pequeño, piensa o espera que le regalen algo en un negocio, sino que pide a sus padres que se lo compren. En este, 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 muy enfermos deben

¹² En una carta que Melanie Klein me envió con fecha 27 de abril de 1945, se expresa 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 sobreentendido 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."

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 en el 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. Tenía 7 años y medio cuando inició su tratamiento psicoanalítico.¹³ La sesión que relatamos 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 cayera. 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 en 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 tocara 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 aceptación

¹³ Con Manuel Kizzer.

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 esta 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.

VII. La primera hora de juego, su significado

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 juego⁴, 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 de 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 de 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 en el 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 dañan⁵. 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 desconfía. 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 momento⁶, 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 lo 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 en el 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 inmediatamente⁷. 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 encendiera 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 encender 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 ellas fue la expulsión, proyección y simbolización⁸ y luego vino la destrucción violenta del objeto cargado de destructividad, al que se teme como a un per-

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*.

seguidor⁹. 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 linóleo, 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 llevase 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.¹¹ 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.

Analicemos 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 este 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 imagen 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 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. Cuando

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

¹⁴ Llamaré 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.

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 lo 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 porqué 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 espiaba 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 dividió la sesión en una parte de juego tranquilo y otra en la que todo fue invadido por la ansiedad. Encender 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 de todos los que lo 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 terapeuta.

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. Sufría también de un chupeteo compul-

sivo 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. Cuando 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 resolvió 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 bebe 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 bebe, del baño y de un aparador con vajilla, sentándose la terapeuta junto a él.

Indicó con alegría que un bebe 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 bebe 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 bebe, lo envolvió, lo mecía junto a su pecho, lo acostó y tapó. Derramó el agua, se afligió y secó enseguida 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 sentada 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 como Adolfo negó al principio la realidad de que ésa 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 bebe 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 con 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 es esto lo que hace Adolfo con sus juegos. Cuando volvió al consultorio se rodeó de la cuna con el bebe —su trastorno de sueño—, el baño —su conflicto con el control de esfínteres— y el aparador con la vajilla —sus conflictos orales que lo llevaron al chupeteo del pulgar—. Manifestó alegría cuando vio un bebe 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 bebe 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 usado²⁰.

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

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*.

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 las 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 en el cuarto descubrió que su hijo estaba muerto en la cuna, en la que lo 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 nocturno²².

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 con el 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 daremos el nombre de Luisa, contaba también dos años. 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. Vacío 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 silencio²³, 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, 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 a repetir

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

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 padres²⁶. 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 en el 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 el avión para

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.

desplazarse: las ruedas. Se siente abandonada por su madre y teme que no la venga a buscar²⁷. 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 lo 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 sola²⁸.

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 porque dicha

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

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 rasparse 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 configuran 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 aumento 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 imagos 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— desempeñaba 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, 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 1,300 kilogramos y permaneció en incubadora durante un mes, atendida por personal del establecimiento (fig. 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 alimentarios 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 (fig. 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 inconsistente 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, abandonado 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 aun 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. El

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.

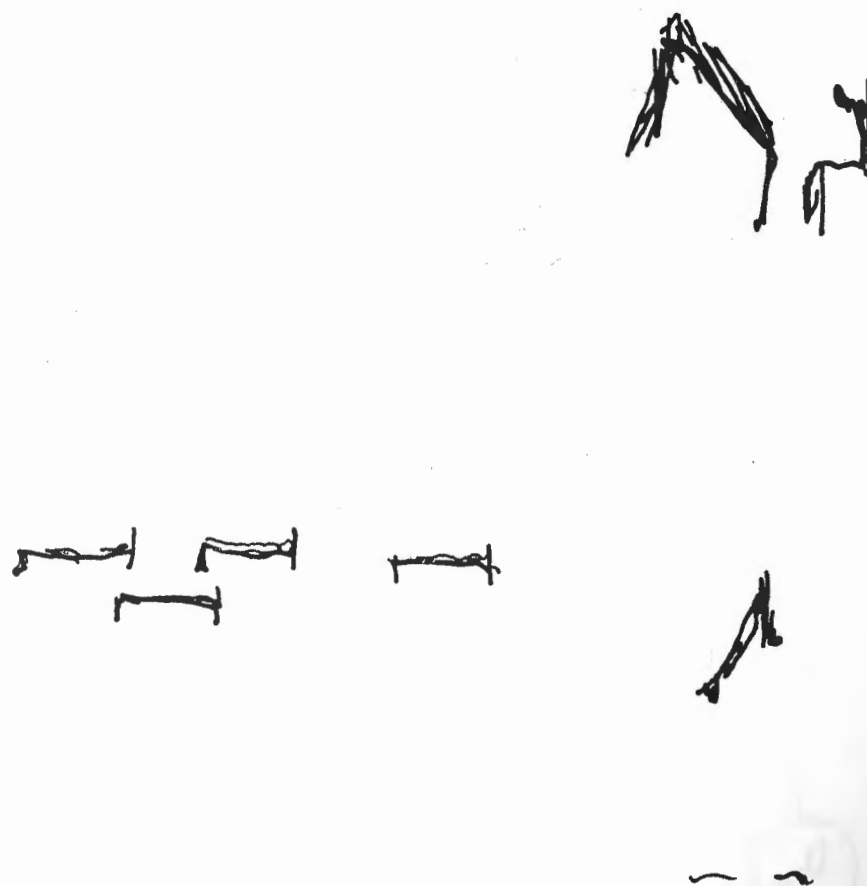


FIGURA 1

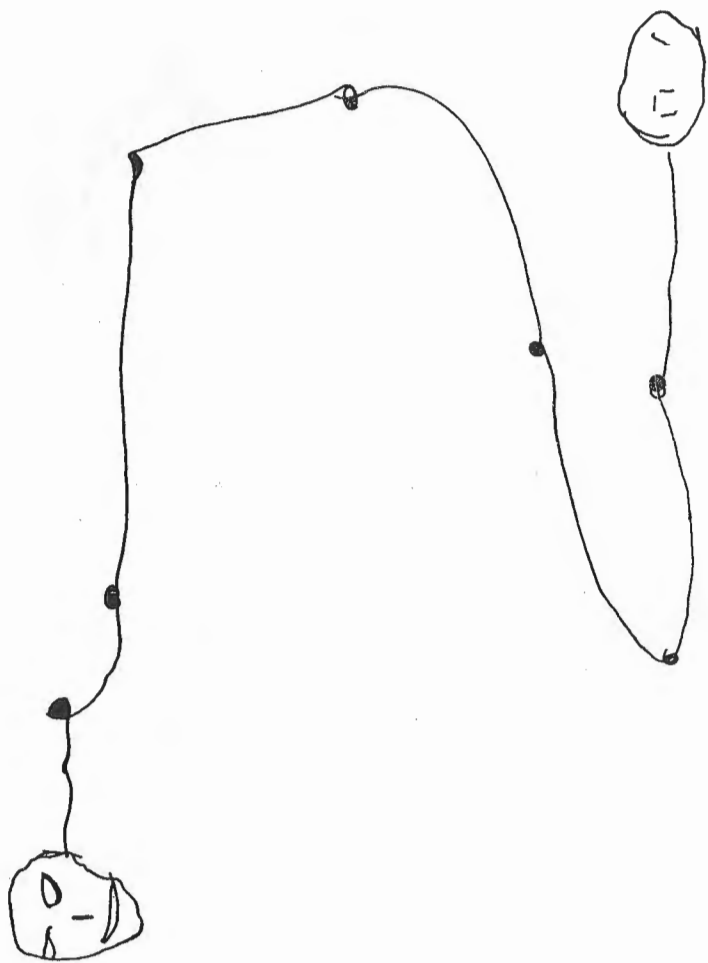


FIGURA 2

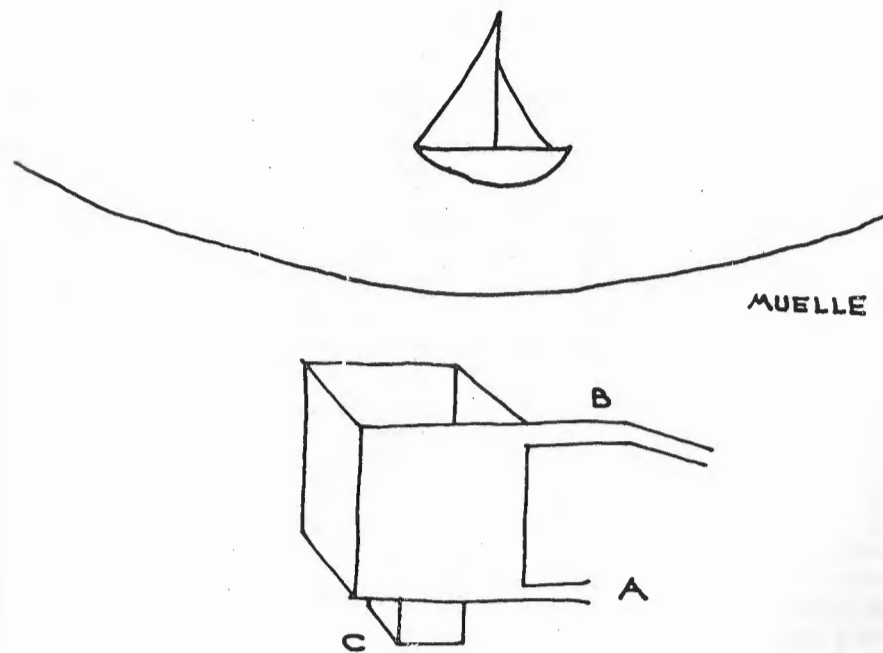


FIGURA 3

terapeuta ³³ 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 (fig. 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 análisis ³⁴ 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 con la condición de 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 enseguida y la mantuvieron veinte días en la 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 bebe 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, período 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 bebe, 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 enseguida 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 este 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 perseguidos 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 renguera y la muerte se transformaron en dos hechos reales, y en el momento en que vio un renglo la renguera de la hermana de su abuela y la muerte de ésta fueron el nexo que hizo posible la unión en su inconsciente de renguera y muerte. De algún modo el relato de los padres de su llanto incesante, agarrándose a los barrotes de la cuna 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 en el 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 como 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 exige de los padres no exceda de lo que humanamente puede pedírseles 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 vuelven 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 y lo comprobaba inmediatamente. 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 evaluación 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 habría 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 implicada la creencia de que el complejo de Edipo afloraba 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, abandonado 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 con 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 aun cuadros de caracteres más graves también tuvieron una frecuencia 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 con 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, especialmente 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 golpear, anginas de 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, aclararemos 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 con 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 claro el papel que desempeñaban 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 en 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 aun 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 éstas 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 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 trans-

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."

ferencia del paciente y de los padres. Entramos con este tema en 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 éstos. 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, y 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 lo 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, aun muy pequeño, para modificar su ambiente. Aunque a veces el niño 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 de que analizamos niños cada vez más pequeños o aun 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 —vivido 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 el

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

¹² Cf. capítulo V.

¹³ Cf. capítulo XI.

niño entre en el 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, 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 de que ellos acepten esa condición y sus consecuencias. No se les aconseja seguir una conducta determinada si los hijos los 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 con 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 punto. Lo esclarecerá a medida que aparezca el tema analizando los conflictos que en el niño han surgido por aquél. 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, esta 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.

Trajeran 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 en 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 el 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 aun 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, N° 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 como 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 ambiente que habrán de 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 a 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 éste 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 cumplan 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 señor 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:

Recapitulando: 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, Elizabeth 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.

"...le mot, loin d'être le simple signe des objets et des significations,
"habite les choses et véhicule les significations."

Phénoménologie de la perception
M. MERLEAU-PONTY

"Nuestro primer hallazgo es el nacer.
"Si se nace
"con los ojos cerrados, y los puños
"rabiosamente voluntarios, es
"porque siempre se nace de quererlo."

"Mundo de lo prometido,
"agua.
"Todo es posible en el agua."

Razón de amor
PEDRO SALINAS

IX. Historiales clínicos

Ilustraré con fragmentos del historial de dos niñas con trastornos similares algunas de las afirmaciones técnicas que expresé en los capítulos VI y VII:

- 1) En la entrevista inicial los padres suelen olvidar —por angustia— detalles fundamentales de la vida del hijo, que estuvieron íntimamente relacionados con la aparición de la neurosis.
- 2) Durante el análisis del niño van surgiendo las situaciones traumáticas y si la ansiedad y culpa de los padres han sido disminuidas al mejorar el hijo, ellos suelen confirmarnos estos hechos y a veces ampliarlos con nuevos datos, que nos permiten reconstruir las circunstancias en las que se inició el síntoma o problema.
- 3) Si durante el tratamiento tenía entrevistas con los padres, prevenía al niño antes de concederlas y estipulaba con él y los padres las condiciones en que se desarrollarían: a) no informaremos a los padres de nada de lo que acontece durante las sesiones; b) todo cuanto hablemos con éstos será transmitido al niño en la siguiente sesión, y utilizado para la interpretación.

En los dos casos que relataré las niñas sufrían de un marcado retraso en el lenguaje, síntoma que era una consecuencia de sus profundas dificultades de conexión con el mundo exterior. En el primero se trataba de una niña de 6 años, Patricia, hermana mayor, a quien seguían una de 4 y otra de 2 años. En el segundo, Verónica, era la menor de 4 hermanos, y tenía 4 años y 8 meses cuando inició el tratamiento. En ambos casos los hermanos eran sanos y no habían presentado trastornos durante el desarrollo.

Patricia

A la entrevista inicial vino la madre sola. El padre, que era un hombre de negocios, se ocupaba poco de sus hijas, aunque trataba de que tuviesen todo lo necesario y era generoso para ofrecerles cuanto deseaban o necesitaban. Con el tratamiento actuó en la misma forma; facilitó todo lo relativo a pago de honorarios y asistencia regular a las sesiones, pero no acompañó nunca a Patricia, ni mostró interés por sus progresos.

Vivía con ellos la abuela materna, mujer de edad y con un débil desarrollo mental, figura muy negativa para el desarrollo emocional de Patricia. El motivo de la consulta era un marcado retraso en el lenguaje. Tenía 6 años y sólo decía "mamá", "papá" y "atá", contracción de "aquí" y "está", que utilizaba para expresar la aparición y reaparición de objetos o personas. Usaba las tres palabras adecuadamente y disponía, además, de una serie de sonidos inarticulados, con los que parecía querer mencionar objetos o situaciones, pero que resultaban completamente incomprensibles, incluso para su medio. Padece también de una anorexia seria y su nivel de juego estaba muy por debajo de su edad. Según su madre, Patricia sufría por no poder expresarse y la notaba celosa de sus hermanas, que hablaban y jugaban normalmente.

Desde que Patricia tenía 3 años consultaron por este síntoma, pero el pediatra que la atendía no había dado importancia al trastorno, esperando siempre que se solucionara espontáneamente con la edad. Fue la inminencia de la entrada en un colegio lo que determinó al pediatra a recurrir a un tratamiento psicoanalítico.

Patricia fue una hija deseada y el embarazo y el parto parecían haber sido normales. Su madre no recordaba cuántas horas después de nacer la pusieron al pecho por primera vez, ni el ritmo con que la alimentó, pero señaló que se prendió bien al pecho desde el primer momento. La lactancia se desarrolló sin trastornos hasta los 7 meses, época en que la destetó bruscamente por haber quedado nuevamente embarazada. En apariencia Patricia no reaccionó inicialmente mal a esta pérdida brusca; aceptó la mamadera, pero comenzaron a presentarse dificultades con las comidas, que fueron aumentando hasta desarrollarse una anorexia seria.

La fecha en que se detuvo el desarrollo del lenguaje y el momento en que comenzó el aprendizaje para el control de esfínteres tampoco fueron recordados por la madre. Tenía la impresión de que no fue temprano y agregó que ella no había sido especialmente exigente con la limpieza. Todos los datos que más adelante daremos sobre el momento en que se inició el control, las características que tuvo y cómo fue vivido por Patricia, surgieron del análisis de la niña y fueron luego confirmados por la madre, que agregó entonces datos importantes recordados en ese momento.

Patricia caminó alrededor del año y también en esa época dijo las primeras palabras. Cuando nació su hermana tenía 17 meses y estaba en pleno desarrollo del lenguaje. La madre no recordaba que hubiese demostrado curiosidad durante los embarazos y partos, como tampoco haberla visto masturbarse. El nivel de juego estaba por debajo de su edad, y la relación con sus hermanas y con otros niños se vio seriamente dificultada por esto y por sus dificultades de lenguaje. Su sufrimiento, celos y envidia eran muy evidentes, así como la diferencia entre ella y sus hermanas, no sólo mejor dotadas, sino también mucho más bonitas.

De su historial me referiré en especial a la manera como expresó su fantasía inconsciente de enfermedad y curación, y a la forma en que me comunicó sus sufrimientos durante el control de esfínteres y las circunstancias en las que éste se realizó.

Después de la entrevista inicial con la madre, se decidió el tratamiento de Patricia a cuatro sesiones semanales. Sobre una mesa baja había colocado autos, algunos con cuerda y otros sin ella; un pequeño garaje, una mesita, cubos, lápices, papel, lápices de colores, goma, tijeras, goma de pegar, piolín, muñecos, platos, tazas y cubiertos. Sobre la mesa había una máquina para sacar punta a los lápices, cuyo depósito era transparente.

Patricia era una niña delgada, evidentemente inhibida y con expresión muy triste. Cuando entró en el consultorio mostró una gran desconfianza, pero aceptó separarse de su madre con la condición de que dejáramos la puerta abierta para poder verla. Después de algunos minutos en los que observó todo cuanto la rodeaba, tomó autos, algunos con cuerda y otros sin ella, los alineó uno detrás de otro y los hizo entrar y salir de un pequeño garaje repetidas veces. Tomó luego un lápiz y comenzó a sacarle punta con la máquina; miraba con suma atención el agujero en el que entraba éste cada vez que le iba a sacar punta. Después de haber hecho las experiencias de introducir el lápiz, dar vuelta la manija, ver caer la mina y el aserrín en el depósito transparente de la máquina que se llenaba, tomó un pedazo de plastilina y tapó el agujero. Trató entonces de meter los lápices en el agujero tapado con plastilina y me señaló con gestos que ya no podían entrar. Repitió el juego varias veces.¹ En ese momento hice la primera interpretación: "Cierras el agujero de mamá para impedir que las cosas entren y salgan de ella, y por eso también necesitas vigilarla." Negó con la cabeza, pero mientras negaba vació el contenido del depósito, que era aserrín y mina pulverizada, puso todo en un pequeño papel, hizo un paquete bien apretado y luego de reforzarlo con varios papeles lo guardó en su cajón individual, que cerró con llave.

Después comenzó a examinar la habitación y a tomar juguetes. Primero los miraba atentamente, luego me los mostraba y por medio de signos y sonidos inarticulados o de alguna de sus tres palabras me preguntaba el nombre de cada uno de ellos. Observé que elegía objetos muy conocidos, por ejemplo, una cama, una silla, etc., y también los autos que había utilizado en el comienzo de la sesión. El gesto interrogativo tenía el carácter de las preguntas que hacen los niños "por que sí" sobre cosas que ya conocen, pero que esconden el deseo de saber algo que les parece censurado o que les angustia. Interpreté que quería saber por qué

¹ Esta repetición fue denominada por Melanie Klein "punto de urgencia". Cf. KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños*. Bibl. de Psicoanálisis. Buenos Aires, 1948.

no podía hablar y los otros niños sí, del mismo modo que me mostró autos con cuerda y otros sin ella, y por qué su mamá la había hecho así. Sin responder a mi interpretación pidió ir al cuarto de baño, haciendo signos de que quería orinar. La madre al verla salir la acompañó, y pude oír cómo la retaba porque había ensuciado sus manos con los lápices y con la plastilina con que había jugado. Cuando nuevamente entró en la habitación estaba muy ansiosa y me hizo signos de que quería irse inmediatamente. Interpreté: "Quieres irte porque tienes miedo de que yo me transforme en una persona mala que ponga dentro de ti cosas malas —la suciedad en las manos— y que puede hacerte daño —el reto de la madre— del mismo modo que imaginas que son esas cosas malas que tu madre ha puesto en ti, las que te han hecho no poder hablar."²

Mientras le hablaba, puso la parte sucia de sus manos en la boca y la chupó mirándome interrogativamente. Luego chupó la parte limpia de sus manos, sonriendo pero con expresión angustiada. Le dije: "Aquí tú y yo vamos a ver poco a poco por qué no puedes hablar, por qué sonríes aun cuando estás triste y asustada, y por qué tienes miedo de mí y de tu madre." Era el término de la hora y antes de irse corrió hacia el diván, lo besó y salió rápidamente sin mirarme.

Expresó en esta primera hora sus sufrimientos y sus síntomas a través del depósito que simbolizaba el cuerpo de la madre y el suyo propio. Cerrar el agujero significaba, además de la interpretación dada, que ella había cerrado su agujero —la boca— a causa de los sufrimientos experimentados por el embarazo de su madre, así como debió cerrar su agujero —el ano— sometándose al control. En segundo lugar, mostró que sus dificultades para la contención urinaria estaban ligadas a la idea de que ella se sentía destruida o incompleta —fue a orinar después de mi interpretación sobre los autos con cuerda o sin ella—. En tercer lugar, expresó su creencia de que esas dificultades se debían a que su madre había puesto en ella cosas malas —el producto del coito, mina y aserrín— o que se habían hecho malas a causa de sus fantasías destructivas —cuando ella chupó la parte sucia de las manos con mina de lápiz—. Después me mostró que necesitaba poner cosas buenas en ella —la parte limpia de sus manos— para curar sus dificultades. Finalmente expresó su capacidad de amar y su deseo de incorporar algo del terapeuta-madre, cuando besó el diván llevándose algo de mí³, lo que podemos comprender si recordamos que su lactancia fue inicialmente buena. Esto era posible por la proyección de su amor en mí, que en parte sentía que podía ayudarla, chupar

² Expresó así su fantasía inconsciente de enfermedad, que se confirmó en el desarrollo del tratamiento.

³ Muestra que desde la primera sesión se proyecta tanto lo bueno como lo malo. Cf. KLEIN, MELANIE: "The origins of transference". *Int. Journal of Psycho-Analysis*, vol. 33, 1952.

lo limpio de su mano y besar el diván. Tal como en la primera relación de objeto, el niño proyecta en la madre amor y odio, y recibe de ella satisfacciones y frustraciones; en su relación conmigo se hicieron evidentes la desconfianza y la fe en que pudiera ayudarla, así como su aceptación y rechazo de mí.

En sesiones posteriores metió dentro de paquetes herméticamente cerrados las sustancias con las que inicialmente simbolizó el interior del cuerpo y sus contenidos. Las encerraba con llave en su cajón individual y en cada sesión realizaba inspecciones sobre el contenido de esos paquetes, manifestando la ansiedad paranoide de que podían habérselos destruido, robado o dañado durante su ausencia, lo que fue interpretado cada vez que aparecía. Representaban para ella el producto de las relaciones sexuales de los padres; lo que la madre tenía dentro, penes y sustancia para hacer niños; lo que había puesto en ella y en sus hermanas. Sirvieron para que simbolizara su concepción de por qué ella era incompleta e insuficiente y sus celos con las hermanas, más favorecidas por la madre. En la transferencia al encerrar esos contenidos en paquetitos e inspeccionarlos cada vez para ver si se los habían estropeado o robado en parte expresaba los celos de los otros pacientes y el temor a que yo no la defendiese de los ataques y robos que podían hacerle. Cuando algo se escapaba de los paquetes y perdía el control omnipotente —logrado con el cierre hermético de las más pequeñas partículas— las sentía como perseguidoras. Se las quitaba de encima o me pedía que se las quitara. Representó con estas sustancias su fantasía de su mundo interior: a) cómo fue hecha; b) su imperfección, y c) cómo quería volver a nacer integrada y completa —con cuerda—.

En la medida en que su análisis progresó, esas sustancias se enriquecieron, porque agregó otras que consideraba positivas: leche, café. Con ellas representó la fantasía de volver a nacer en otras condiciones jugando con una gran "olla de puchero", en la que metía todas las sustancias de que disponía en su cajón individual. Colaba estos contenidos y lo que consideraba malo lo dejaba afuera, y a las sustancias que quedaban les agregaba cada vez más cantidad de lo que ella consideraba "bueno", por ejemplo, azúcar, que significaba para ella cariño y belleza, o café, que significaba ser grande, etcétera.

Cuando en el transcurso de muchas sesiones esos contenidos llegaron a un "punto" de bondad que ella consideró suficiente, los volcó en su cajón individual, simbolizando que ya era el momento de nacer. Este juego de la olla se amplió luego con uno en que llenaba tres ollas iguales y fluctuaba sobre lo que correspondía a cada una de ellas. De este modo simbolizaba los tres embarazos de la madre y su deseo de que las tres naciesen iguales.

En una fase posterior del análisis abandonó el juego con sustancias

y simbolizó las mismas situaciones con juguetes que representaban continentes en vez de contenidos, por ejemplo, colecciones de tacitas, jarras, ollas, etc., seleccionándolos con el criterio de si eran rompibles o irrompibles y si podían ser arreglados. Manifestó a través de estos juegos sus fantasías de reparación y su capacidad de hacerlo.

En una última fase utilizó continentes con contenidos, por ejemplo, grandes bolsas llenas de juguetes, que variaban según sus fantasías actuantes en ese momento, y cuyo tema central era el de "necesito tener un pene dentro de mí para poder hablar"; "no sé si a una mujer le corresponde un pene"; "quiero que tú me des un pene que arregle mi interior y me cure".

Estos contenidos tenían una evidente característica de secreto, similar a la de los paquetes herméticamente cerrados del comienzo y la importancia del clima de secreto se hizo tan dominante que nos llevó a situaciones extremas. Por ejemplo, en este período de su análisis, cuando manipulaba y jugaba con juguetes y sustancias, pretendía obligarme a permanecer en el cuarto de al lado y que no mirase su juego. El aislamiento al que me condenó durante esa época del análisis resultó ser la repetición en la transferencia de lo que había sentido con su madre cuando los acontecimientos exteriores incrementaron sus angustias y sus tendencias destructivas, período en el que su madre se fue al sanatorio a tener la segunda hermana.

El juego que realizaba me hizo comprender que el control de esfínteres se inició en ausencia de la madre. Cuando lo revivió conmigo, expresó toda la angustia que experimentó durante su iniciación en un juego con una muñeca a la que alimentó y cuidó. Eligió para este juego un bebe que además de tener la boca abierta, tenía otro orificio por el que orinaba. Su actitud de cariño y cuidado cambió bruscamente luego de algunas sesiones. Al principio lo vestía y alimentaba con cariño y antes de irse se preocupaba de que quedase en su cuna y bien abrigado. Comenzó de pronto a ensuciarlo, a cubrirlo de pintura, lo desnudó, lo sometió a pasar hambre y frío, lo convirtió en un muñeco sucio, desnudo y maltratado, al que abandonó en el piso de baldosas del cuarto de baño. Yo nada debía hacer para preservarlo de todos estos malos tratos. Mientras realizaba todos estos actos tan crueles con el bebe, yo debía permanecer en la habitación contigua, no ver nada ni intervenir. Me hacía desempeñar el papel de la madre ausente que no acudió en su ayuda cuando fue maltratada por ser una niña sucia. Este aislamiento al que me condenaba y el no querer verme respondía también a la necesidad de no ver el hecho traumático y el enojo con la madre que la había abandonado. En este juego la muñeca era ella, mala, sucia, y abandonada, llena de porquería —como se sintió al iniciar su análisis cuando fue al baño a orinar y chupó la parte superior de sus manos—. Al mismo tiempo desempeñaba el papel de la niña-

ra, fluctuando continuamente entre la maldad que padeció y la que hacía padecer. En este período mostraba curiosidad y celos por los otros niños que yo atendía y quería forzar los cajones para ver lo que contenían. Como Patricia expresó su soledad, el ser maltratada, en ser sucia y en la transferencia en curiosidad y celos por los otros cajones —sus hermanas— pensé que el control de esfínteres debió ser severo e iniciarse cuando nació su hermana. En consecuencia, pedí una entrevista a la madre y le pregunté si el control de esfínteres pudo haber coincidido con el nacimiento de la hermana. Recordó entonces que cuando ella se fue al sanatorio para tener la segunda hija, la niñera forzó a Patricia a un control muy severo. Cuando la madre regresó del sanatorio a los ocho días, Patricia controlaba orina y materias fecales.

En esta misma entrevista recordó con tristeza un episodio que ella misma conectó con la detención del desarrollo del lenguaje. En los días siguientes de su regreso del sanatorio, Patricia hacía grandes esfuerzos por pronunciar el nombre de su hermana. Un día en que ésta dormía en la cuna después de haber mamado, Patricia, aferrada a las faldas de su madre, pronunció por primera vez, con voz muy estridente y quitando la M inicial, el nombre de su hermana. Gritó "Onica" en vez de "Mónica". La madre lloró al recordar que su reacción fue pegarle en las manos, diciéndole que podía despertar a su hermana, en vez de valorizar el logro tan trabajosamente conseguido por Patricia. También recordó que como el parto fue por la noche, Patricia no supo de su partida y al despertar no la encontró ni nadie le explicó nada.

Esta entrevista con su madre fue transmitida a Patricia en la sesión siguiente y en la interpretación de los juegos ya mencionados se agregaron los acontecimientos traumáticos recordados por la madre. Una vez más pudimos ver la interacción entre realidad externa —malos tratos de la niñera y de la madre— e interna, la desvalorización que Patricia mostró de sus contenidos.

Vimos desde la primera sesión que Patricia pensaba que era diferente de sus hermanas, que había nacido incompleta, idea que simbolizó en juegos en los que aparecía representada por un auto sin cuerda teniendo que competir con autos con cuerda —sus hermanas, que hablaban bien—. Pensaba que su madre había puesto en ella cosas malas e insuficientes, expresándolo en otros dos tipos de juego. En uno llenaba tres cacerolitas —ella y sus hermanas— pero mientras que en su cacerola las cosas eran malas y debían tirarse, se descomponían, etc., en las otras dos las comidas resultaban excelentes. Este juego se acompañaba de crisis de ansiedad, y en él fluctuaba entre fantasías de robar los contenidos de las otras cacerolas e ideas paranoides de haber sido robada en los días en que no venía a las sesiones.

En el otro juego, en una enorme cacerola iba poniendo el contenido

de todas las ollas, y ese contenido era cuidadosamente colado, separando las cosas que ella consideraba dañinas, hasta conseguir un interior perfecto, y recién entonces jugaba a un renacimiento, que consistía en vaciar su cajón y poner dentro el contenido de la olla.

Otra de sus fantasías era la de vaciar a la madre, llenarse de sus contenidos —la bolsa con aviones y autos— de las cosas que el padre le daba, pero aparecía entonces la ansiedad de mezclar lo bueno con lo malo y también el temor de tomar algo de su madre, destruirla y no poder repararla. Desde el momento en que empezó a surgir en ella la fe en su capacidad, de restaurar los juegos con continentes, irrompibles o arreglables, las bolsas llenas de objetos, comenzó a hablar. Si podía restaurar, podía hacer cosas y llenarse y podía permitirse ser agresiva, ya que podía rehacer lo que destruía.

Si se llenaba de los contenidos de su padre, pensaba que podía hablar y ser inteligente; estas fantasías las expresó al principio en sus juegos con sustancias y luego fabricando bolsas que llenaba de autos y aviones y guardaba herméticamente cerradas en su cajón. Representaban para ella el genital femenino, pero lleno de penes. Ella y su madre estarían llenas de los penes del padre, pero la bolsa debía estar herméticamente cerrada, porque si no alguien podría robarlos.

Recapitaré ahora cómo vivió ella las sucesivas frustraciones que siguieron al embarazo de la madre y al destete brusco: 1) para ella la madre la privó del seno para con eso fabricar su segunda hija; 2) para que naciese la segunda hija la abandonó para ir al sanatorio; 3) en ausencia de su madre se le obligó a dar sus materias fecales y se la trató con dureza; 4) cuando la madre volvió del sanatorio ella intentó superar sus tendencias destructivas y recrear a su hermana pronunciando su nombre; la madre le pegó y le impidió hablar. Este hecho significó para ella la ratificación de que su madre se había transformado en mala por todas sus fantasías agresivas, y 5) si ella no podía restaurar, no podía destruir, lo que la forzó a una defensa excesiva y prematura contra el sadismo impidiendo el establecimiento del contacto con la realidad e inhibiendo el desarrollo de la vida de fantasía.

“No existiendo una posesión y explotación sadística del cuerpo materno y del mundo exterior —el cuerpo de la madre en su sentido más amplio—, cesa en forma casi total cualquier relación simbólica con las cosas y objetos que representan el cuerpo de la madre y, por consiguiente, el contacto del sujeto con su ambiente y con la realidad en general. Este alejamiento forma la base de la carencia de afectos y de angustia, que es uno de los síntomas característicos de la demencia precoz. En esta enfermedad se trataría, pues, de una regresión directa hacia aquella fase primitiva del desarrollo en que la posesión y destrucción sadística del cuerpo materno —tal como lo concibe el sujeto en sus fantasías— y el

establecimiento de una relación con la realidad, ha sido impedida o frenada debido a la angustia.”⁴

Patricia se sometió y dio sus materias fecales, pero guardó para ella las palabras, que tenían el mismo significado mágico de destruir y restaurar, eran heces, orina y niños. Al mismo tiempo castigaba a su madre y expresaba la agresión contra su medio con un síntoma que los angustiaba y preocupaba. Los progresos en el desarrollo del lenguaje se evidenciaban al principio sólo durante las sesiones; en la casa mantenía su incomunicación verbal. Escondía las palabras porque quería esconder todos los malos pensamientos y agresiones que en fantasía había deseado hacer a su madre y hermanas. Con las palabras guardaba sus secretos, los paquetitos cerrados herméticamente, por eso le era más fácil hablar conmigo que en su casa, donde continuaban las situaciones reales de ansiedad provocadas por la envidia y celos.

Su primer juego, en el que tapó el agujero de la máquina de sacar punta, simbolizaba también cerrar la boca, cerrar su ano, tanto como cerrar a la madre, y pude comprender más tarde que era también cerrar sus propios genitales, para que no entrase el pene del padre.

No hablaba porque si lo hacía podría conocerse su interior, por eso también cuando comenzó a hablar pronunciaba oscuramente las palabras. Hablar era revelar no sólo lo malo sino también sus fantasías de incorporación del padre como objeto de amor. Solía pronunciar las palabras al revés, siendo éste un modo de enmascarar su pensamiento tanto como de representar la introyección de la palabra que luego proyectaba en el mundo exterior.

La prohibición de hablar significó para ella la prohibición de expulsar a su hermana, pero también esconder que la tenía dentro. Cuando dijo “Onica” quitando la “m” de “mamá”, estaba negando que era el producto de la unión con su madre. Ella debía guardar en su cuerpo las palabras que para su inconsciente estaban equiparadas al defecar, orinar y parir hijos. La equiparación de las sustancias corporales, que ha sido tantas veces señaladas por Melanie Klein, fue muy evidente durante el análisis de esta niña. Las sustancias que manipulaba representaban tanto materias fecales como orina, sangre menstrual, leche de la madre o leche del padre. Pertenecían tanto a la madre como a ella misma y en sus juegos el intercambio de sustancias de un paquete a otro, de una cacerola a la otra, significaba mezclar su interior con el de la madre, o comer los productos de la madre, productos de los adultos para identificarse con éstos; por eso agregaba sustancias como el café, que le era prohibido en su casa.

⁴ KLEIN, MELANIE: “The importance of symbol-formation in the development of the ego” (1930). *Contributions to Psycho-Analysis*, The Hogarth Press Ltd., Londres, 1948. Traducido en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, tomo I, Nº 1, 1956.

Estos juegos muchas veces se veían interrumpidos cuando se incrementaba la ansiedad por el temor a destruir los alimentos y no poder repararlos o a que se los quitasen retaliativamente. Quiero señalar que si he puesto el énfasis en la conducta de la madre y la niñera durante el aprendizaje de limpieza y en los días previos y posteriores al parto de la madre, no es porque considere que esa conducta por sí sola fuese capaz de producir la detención del lenguaje y los otros síntomas, sino porque en el curso de la relación transferencial evidenciaron su importancia. Creo que la situación interna de Patricia en ese momento del desarrollo hizo que esos acontecimientos se hiciesen suficientemente traumáticos como para provocar síntomas tan serios. Patricia tenía siete meses cuando la madre la destetó bruscamente y ese destete fue consecuencia de un nuevo embarazo de ésta. Lo que sabemos hoy sobre el desarrollo del niño —que la experiencia clínica confirma diariamente— nos permite comprender que el sadismo oral y uretral que reina en ese momento se vieron incrementados por el destete brusco y el embarazo de la madre.

Cuando un niño nace se estructura la fase oral que es imprescindible para la supervivencia del ser humano, no sólo por el suministro de alimento, sino también de los estímulos que le permitirán rehacer un vínculo con la madre mediante el cual supere el trauma de nacimiento.

La aparición de los dientes en la fase oral sádica, instrumentos que hacen posible el cumplimiento de las fantasías de destrucción que dominan en esta fase oral canibalística, determinan el abandono del vínculo oral y la necesidad de rehacerlo a través de otra zona del cuerpo. En este período de la vida el descubrimiento de la vagina en la nena, de la necesidad de penetración en el varón, inician la etapa genital en la que la unión pene-vagina reemplazaría la de la boca con el pecho. Esta etapa puede satisfacerse plenamente con fantasías y actos masturbatorios, entre los que incluimos toda la actividad de juego del lactante. La imposibilidad del cumplimiento total de las necesidades en este período de la vida, fuerzan a una regresión al momento del nacimiento, en el que se disponía de tendencias orales, anales y genitales, para unirse con la madre. Desde allí se estructura una nueva fase, la anal primaria de expulsión, coincidente generalmente con la bipedestación y con el interés por la materia fecal.

En el caso de Patricia la mala relación con el pecho se desplazó al pene y a la figura total de la madre, como poseedora de los penes del padre, e hizo que ésta fuese más temida y odiada. En un desarrollo normal el desplazamiento de la boca a la vagina hace que ésta se cargue de las angustias ligadas al vínculo con el pecho. El hecho de que su padre estuviese psicológicamente ausente aumentó las dificultades e inhibiciones de Patricia para recibir del pene lo que había perdido del pecho. Esta interacción de factores internos y externos se hizo también evidente en

el aprendizaje de limpieza, que al coincidir con el parto de la madre, y por la forma en que fue realizado, le hizo sentir que le impedían una identificación femenina al privarla de sus propios hijos, heces y orina. El embarazo de la madre había incrementado en Patricia todas las fantasías de asalto, vaciamiento y destrucción de sus contenidos e hicieron surgir el temor a la venganza del objeto atacado de este modo.

La exigencia de limpieza —en ese momento en que actuaban estas fantasías— fue vivida como una ratificación por la realidad de que era posible el cumplimiento de sus temores y reforzó su necesidad de encerrar y guardar dentro de sí algo propio —las palabras— tal como se evidenció en su primera sesión de análisis y en el curso posterior cuando encerraba los contenidos en paquetes herméticos, o tapaba el agujero con plastilina.

En cuanto a la actitud de la madre cuando ella quiso pronunciar el nombre de la hermana, no hubiese sido de por sí tan traumática si no se hubiese acumulado esta experiencia a las anteriores con el significado de otro cumplimiento por la realidad de fantasías inconscientes muy temidas. El incremento de la ansiedad depresiva por el reforzamiento de sus fantasías de ataque —la dentición— más la prueba por la realidad de la temida desaparición de la madre —ansiedad depresiva— y el temido vaciamiento de su cuerpo ratificado por el control brusco y severo —ansiedad paranoide— se hicieron intolerables para su yo. Los hechos exteriores a su vez se hicieron más traumáticos porque se sumaron acumulándose y, además, porque resultaban la confirmación de los temores más actuales en ese momento de su desarrollo.

En el caso de Patricia la brusquedad y el entrecruzamiento parecen ser las características de los traumas fundamentales. El destete se realizó bruscamente y como consecuencia de un nuevo embarazo de la madre; el aprendizaje en el control de esfínteres lo realizó la niñera bruscamente y coincidiendo con la ausencia de la madre y como consecuencia del nacimiento de la hermana. La ausencia del padre dificultó aun más la elaboración normal de la pérdida del pecho, sustituyéndolo por el pene. Dos experiencias de pérdida, el seno y el interior de su cuerpo, están unidas en su mente al nacimiento de la hermana, más intensamente que lo que normalmente acontece en esta situación.

Los dos síntomas, anorexia e inhibición en el desarrollo del lenguaje, eran la expresión de sus dificultades con el mundo exterior, su rechazo y su temor a la conexión, más profundamente a la conexión genital que le hubiera permitido superar la pérdida del vínculo oral. Cuando nace la hermana pierde a la madre. La niñera le quita violentamente los productos del interior de su cuerpo y cuando intenta reparar a su hermana, rehaciéndola con la palabra, su madre la castiga y le prohíbe hablar. En su mundo de fantasía la madre le estaba prohibiendo la reparación de la hermana —más profundamente, hacer ella mismo un niño— conde-

nándola a vivir en un mundo destruido y a guardar las palabras en su interior.

La anorexia que padecía se explica por el incremento de ansiedades paranoides, pero también por el temor de incorporar cosas buenas y transformarlas en malas y destructivas —fecales y orina— por un desplazamiento de la vagina a la boca. En esta situación de angustia y decepción frente a la madre, la figura del padre podría haberla ayudado a vencer la depresión, pero en este caso se trató de un padre psicológicamente ausente, que no la ayudó a elaborar la pérdida de la madre. Además, en el ambiente no existía otra figura masculina que lo reemplazase y Patricia se identificó con la persona más ligada a su madre —su abuela— reforzando con esta identificación sus limitaciones intelectuales y su sentimiento de invalidez.

La inhibición en el desarrollo del lenguaje se hizo por un desplazamiento de lo corporal a lo mental. Conservar los contenidos mentales era su forma de compensar el haberse visto forzada a dar los contenidos materiales —materias fecales, orina e hijos—.

Cuando a través de la situación transferencial pudo incorporar algo positivo, mi pecho, y como consecuencia de eso el pene, pudo pronunciar palabras y continuar el desarrollo del lenguaje.

Confirmando esto, diremos que las primeras palabras que agregó a su vocabulario durante el tratamiento, fueron “no” y “sí” y surgieron de la interpretación de su vínculo transferencial. El “no” significaba un rechazo a las palabras que salían de mí, así como un rechazo a los contenidos de la madre, repitiendo la situación originaria. Expresaba su situación de rechazo general frente al mundo, su sometimiento a las situaciones traumáticas mencionadas. Decir “sí” significó cambiar su posición frente al mundo externo, era recibir mis palabras, incorporar mi pecho y mi pene —escena primaria— lo que le permitió la estructuración de un mundo interno nuevo. Podría decir que esta incorporación que se expresó en el “sí” verbalizado, anunció el proceso de curación.

Freud en su artículo sobre la negación⁵ interpreta el sí como aceptar, tragar, asimilar, incorporar; y el no como el escupir, como el rechazo de la vida, expresando los instintos de vida y de muerte. Cuando Patricia pronunció su primer sí, decidió vivir en el mundo.

Me parece importante destacar —como ejemplo de lo que significaba el cajón individual para el niño— que antes de pronunciar las primeras palabras lo anunció, dejando abierto su cajón individual y abriendo los pequeños paquetitos que había cerrado herméticamente durante la primera hora. Representaba tanto la boca que habla como la vagina que recibe el pene, y la madre que concibe un niño. Claro que esa actitud de abrirse

⁵ FREUD, SIGMUND: “La negación”, vol. II, pág. 1042, Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

a mí, de entregar y recibir, sufrió retrocesos y progresos durante el análisis y muchas veces regresó a su actitud de aislamiento y encierro totales, para salir de ellos con nuevos logros. El refugio en su mundo interno y sus dificultades en la formación de símbolos, se evidenciaron en juegos con sustancias que no correspondían a su edad. Todo el mundo externo era para ella imagen y semejanza de su mundo interno, constituido por orina y materias fecales.

Ya hemos dicho que pensaba que era diferente e incompleta y que simbolizaba esto en diversos juegos, imaginaba que su imperfección y vaciamiento se debían a las malas cosas que su madre puso en ella, así como a la falta de incorporación del pene del padre. Como fantasía de curación aparecía su deseo de llenarse con las sustancias de su madre y mías, pero sólo la disminución de la ansiedad y la culpa y la fusión de las imágenes extremadamente buenas y perseguidoras, le permitieron la realización de esta fantasía a través del vínculo transferencial y de una mejor relación con el mundo.

Durante sus sesiones analíticas rara vez jugaba con juguetes. Preferentemente manipulaba sustancias, minas de lápiz, aserrín, harina, agua, etc.; con ello simbolizó los contenidos de su madre, de ella misma, la mezcla de su interior con el de su madre, su avidez por el interior de ésta y su identificación con ella. En otro juego diferenció las sustancias que fantaseó que tenían los adultos y las que atribuía a los niños. Expresó su culpa cuando robó y estropeó a los adultos, así como los temores de persecución. En una segunda fase de su análisis jugó con mi cartera, apoderándose de todos sus contenidos, a veces vendiéndomelos después a precios exorbitantes y engañándome luego, porque después de haber pagado me los quitaba. Después de estos juegos solía tener crisis de ansiedad y rabia o salía escapando del cuarto de análisis como si me temiese. Fabricó luego bolsas que llenó de autos y aviones, las mantuvo herméticamente cerradas y en reserva, amontonadas dentro de su cajón expresando siempre temores de que alguien las robase o estropease.

El progreso en la simbolización aumentó su posibilidad de conectarse con el mundo exterior, que cambió para ella al analizarse y modificarse su mundo interno; pudo relacionarse mejor con sus hermanas y con algunas amigas.

Debo señalar que en este caso las circunstancias en la vida familiar se hicieron muy difíciles por situaciones exteriores reales y no se aconsejó ningún cambio para mejorarlas. El progreso de su adaptación a la realidad fue el resultado del análisis de su mundo interno y aprendió a manejarse mejor dentro de la vida familiar; y de un modo progresivamente mejor en su medio escolar, aunque no podía considerársela todavía como una niña totalmente normal.

Verónica

Verónica era la hija menor de padres aparentemente sanos y bien avenidos; los hijos parecían ser normales. El haber encontrado semejanzas entre el caso de Verónica y el anteriormente expuesto hizo pensar al pediatra que la envió⁶ que un tratamiento psicoanalítico podía ayudarla.

A la entrevista inicial vinieron el padre y la madre pareciendo ambos muy preocupados por los trastornos de la hija. Respondían con facilidad a mis preguntas y me informaron en detalle sobre el motivo de la consulta. Recordaron muy poco de la historia de la niña. El relato de su vida diaria, de cómo pasaba los sábados y domingos y cómo se festejaban sus aniversarios fue muy somero. Por momentos parecían comprender la gravedad del trastorno de la hija, en especial algunos de sus síntomas que los llevaba a sobreprotegerla y tratarla como a un bebé. Por momentos negaban su gravedad y se referían a ellos como si fuesen trastornos de conducta o caprichos.

Cuando me consultaron por Verónica los hermanos varones tenían 13 y 12 años y la hermana 10, siendo los tres aparentemente sanos y, según los padres, no habían presentado ningún trastorno en el desarrollo y su escolaridad era normal. Querían que analizara a Verónica porque les resultaba ineducable. Cuando explicaron los motivos por los cuales la traían al tratamiento, dijeron que tenía un retraso de lenguaje, que las palabras que había adquirido a los 2 años las había perdido poco a poco. Ellos la comprendían, pero nadie del ambiente podía reconocer como palabras los sonidos que emitía. Además, aun cuando creían comprenderla, se daban cuenta de que no coincidían con los objetos o situaciones con los que deberían estar relacionados. Dijeron que era muy nerviosa, que sufría de crisis de rabia y llanto, en especial cuando no la comprendían, lo que acontecía con mucha frecuencia. Cuando aparecían extraños toda esta sintomatología se agravaba y se ponía especialmente molesta y descontrolada. Destacaron que las fobias más intensas eran a las flores y a los perros, lo que hacía imposible su adaptación al medio en que vivía Verónica, ya que estando en el campo era muy difícil eludir tanto a las flores como a los perros. Agregaron que parecía siempre atemorizada, que no miraba nunca de frente y solía clavar los ojos en las manos de las personas. Que al atardecer quedaba ensimismada esperando la llegada de la luna, la oscuridad la aterraba y cuando se acercaba la noche tenía verdaderas crisis de terror, no obstante lo cual iba dócilmente a la cama y sin reclamar que se la acompañase. Tenían por momentos la impresión de que no los reconocía ni los diferenciaba de los extraños.

⁶ Profesor F. Bamatter, de la Clínica Universitaria de Pediatría de Ginebra.

Verónica fue una niña deseada y el embarazo se desarrolló sin trastornos. El parto fue breve —una hora— y según la madre totalmente normal. A las tres horas la prendieron al pecho y succionó muy bien. La lactancia materna duró tres meses y luego empezaron con la alimentación mixta, siendo el destete gradual. No recordaron cuándo había dejado de mamar o succionar. Comía bien aunque no recordaban detalles ni de horarios ni de ritmos de comida. Siempre fue poco activa y de escasa habilidad motriz, la recordaban como a un bebé tranquilo que nunca protestaba ni pedía nada. Tuvo trastornos durante el aprendizaje de la marcha y tenía miedo a caerse. Sus primeros pasos fueron tambaleantes, no recordaban cuándo los dio, pero pensaban que sería al finalizar el primer año, y como el aprendizaje fue muy lento, caminó recién a los dos años. No tenía tendencia desde entonces a caerse ni lastimarse.

Las primeras palabras las dijo a los dos años —según el informe de los padres— y a los tres años —según el informe del pediatra— y las perdió progresivamente. Recordaba fragmentos de canciones en francés, que no articulaba bien sino que más bien tarareaba, teniendo una notable justeza y afinación para hacerlo.

Desde esa época solían encontrarla ensimismada, hablándose a sí misma, y fue entonces cuando comenzó en los atardeceres a quedar como extasiada esperando la llegada de la luna. Las pocas palabras que pronunciaba en esos momentos no tenían relación ni con su actitud ni con lo que parecía estar esperando.

Los padres la comparaban a un “doble” copiando o imitando a las personas sin ser nunca ella misma. Nunca había pronunciado una frase o palabra adecuada. Sus padres y hermanos hablaban francés y castellano; el personal de servicio y algunos amigos hablaban solamente castellano. No recordaban nada sobre la dentición, pero pensaban que se había desarrollado sin trastornos. En cuanto al control de esfínteres, dijeron que se logró fácilmente y sin castigos corporales; pensaban que fue especialmente temprano, aunque no recordaban la fecha exacta en que habían iniciado la enseñanza. En el informe del pediatra me señalaron algunas pérdidas aisladas del control urinario. El sueño se vio perturbado en una época que tampoco recordaban y dijeron que actualmente dormía bien, aunque no más de cinco o seis horas.

No había manifestado nunca ningún tipo de curiosidad sexual, no la habían visto masturbarse ni tener juego alguno de esta índole con los hermanos.

En esta segunda parte de la entrevista conocimos mucho más del trastorno de Verónica y muchos de los detalles agregados fueron de sumo interés para nosotros. En cuanto al día de vida, fue relatado de un modo muy somero. Se despertaba temprano, desayunaba sola, tomaba desde pequeña el desayuno en taza y sin volcarlo. Tampoco en esta parte de la entrevista pudieron recordar cuándo había abandonado la mamadera y

el chupete. Luego del desayuno jugaba sola, no pudiendo salir del jardín por las fobias que hemos mencionado.

Cuando les pregunté a qué jugaba Verónica, me relataron los dos juegos siguientes: uno consistía en tomar en brazos una muñeca y dejarla para retomarla nuevamente; el otro, en llevarse repetidamente un objeto a la boca, especialmente si era de metal. Como vemos, los dos juegos tienen la misma característica y podrían ser los de un bebe al finalizar el primer año. A veces intentaba jugar con cubos, pero se impacientaba y abandonaba el juego fácilmente, destruyendo lo poco que había hecho. Rechazaba en general los juguetes y los rompía o los ignoraba.

Pasada la mañana, almorzaba a las 12 con toda la familia y parecía adaptarse al ritmo familiar. Rara vez dormía siesta, tomaba el té con los hermanos y estaba luego con ellos, pero realmente ni jugaba ni convivía con nadie. Al llegar la noche, aunque la oscuridad le producía terror, iba sola a la cama dócilmente, sin protestar, y tampoco a la mañana pedía que la levantasen, aunque se despertase muy temprano. Esperaba pacientemente la llegada de alguien que la vistiese y levantase.

En un momento de su desarrollo —que no recordaron con exactitud— solía despertarse en la noche aterrada, pero esto no pasaba últimamente.

La vida, los sábados y domingos, cambiaba muy poco: iban a casa de amigos o recibían en la de ellos, pero como esto trastornaba tanto a Verónica, lo evitaban cada vez más. Los días de cumpleaños no eran especialmente festejados, ya que no manifestaba interés en nada, y nada podía llegar a entusiasmarla, sino que, por el contrario, los estímulos nuevos la excitaban. No tenía respuesta afectiva positiva a ningún estímulo y por momentos la madre tenía la impresión de que no la reconocía como tal. Tenía inesperadas crisis de rabia y gritaba sin que nadie en su medio pudiera comprenderla ni calmarla.

Como no tenía habilidad motriz la madre la vestía y desvestía, también la lavaba y bañaba como si fuese un bebe, sin que hubiese intentado que lo hiciese sola, por considerarla incapaz de lograrlo. No recordaban que hubiese padecido ninguna enfermedad ni sufrido traumatismo alguno.

Al finalizar la primera entrevista con los padres se decidió el tratamiento. Como no vivían en Buenos Aires era necesario buscar una solución adecuada en la que pudiese realizarse sin perturbar demasiado la organización familiar. Dada la gravedad del caso y el tipo de trastorno, estaba completamente contraindicado separarla de la familia, y por otro lado también la gravedad del caso exigía un tratamiento de muchos años. Si la madre se quedaba en Buenos Aires para acompañarla, se la separaba de los otros hijos y de su marido, desmembrando así la familia, lo que tampoco era posible. Propuse que hiciésemos períodos de tratamiento eligiendo los meses en los que considerasen ambos que se perjudicaría menos la relación familiar.

Eligieron para el tratamiento los períodos en que los hijos mayores

estudiaban internos en escuelas, dejando libres de tratamiento los meses de vacaciones. Todo esto fue resuelto con ellos, antes de iniciar el tratamiento. No se modificó en nada la rutina diaria. Propuse sesiones seis veces por semana, anticipé que el tratamiento duraría años y que los resultados no eran previsibles⁷.

Les advertí que durante el tratamiento se sentirían más de una vez desesperanzados o con dudas y que ni aun entonces les podría dar informaciones sobre el curso del tratamiento, ni aconsejarles, aunque fuesen momentos difíciles. Que siguiesen con su modalidad educativa como hasta ahora y que ellos mismos adecuarían su conducta a los cambios de Verónica en la medida en que lo creyeran necesario⁸. Todo el primer período de análisis transcurrió sin que tuviésemos ninguna entrevista, salvo el día de la despedida, en la que la madre me habló de algunos cambios que había notado en su hija y en la que combinamos la fecha en que reiniciaría el tratamiento. Poco después recibí una larga carta del padre, que transcribiré más adelante, cuando comente cómo utilicé estas informaciones.

El primer período de análisis duró 4 meses y se cumplieron siempre las seis sesiones semanales. Se interrumpieron durante un mes para reiniciarlo luego con el mismo número de sesiones, durante 5 meses. Se interrumpió luego por las vacaciones de verano, retomándolo durante todo el año siguiente, esta vez sin interrumpirlo hasta noviembre, en el que dimos por terminada la primera época del tratamiento.

Resolvimos que quedara sin análisis por un tiempo —y como prueba—; lo decidimos por considerar una vez más el sacrificio que significaba para los padres el tratamiento, y como se habían logrado mejorías más rápidamente de lo esperado resolvimos que si tuviesen alguna dificultad especial o notasen algún retroceso serio lo retomáramos.

Como la madre tenía dificultades externas e internas para dedicar a su hija todo el tiempo y el contacto que le eran imprescindibles, fue a vivir con ellos una joven institutriz que se ocuparía solamente de Verónica⁹. Resultó ser una persona bien dotada, que comprendió que debía apoyarla en sus logros, sin forzarla. Las actividades que realizó Verónica incluían ejercicios y juegos en los que se favorecía su desarrollo motor, un mínimo de aprendizaje escolar, que consistía en la enseñanza de letras y números, alternado con dibujos libres¹⁰, y la enseñanza de pequeñas

⁷ No obstante la mejoría de la niña, cuando meses después los volví a interrogar, no agregaron nada a lo ya expuesto.

⁸ Cf. capítulo VIII.

⁹ Aunque Verónica había mejorado, estaba aún muy por debajo de su edad y como su madre no se sentía en condiciones de prestarle la atención necesaria, se recurrió a este medio.

¹⁰ Con las letras tuvo las mismas dificultades que con las palabras; podía reproducirlas, pero no comprendía su significado. En sus dibujos repetía siempre un tema: un bebe acostado en su cuna.

manualidades y labores domésticas como tender la mesa, hacer algunos postres, coser y bordar. Las más placenteras para Verónica y en las que mostraba gran habilidad eran esas actividades femeninas en las que llegó a un nivel adecuado a su edad. Como resultado de este período, pudo ingresar en una pequeña escuela de campaña, como oyente, en primero inferior, observándose cierta mejoría en su contacto afectivo con otros niños, realizando con ellos algunos juegos. Con sus hermanos la relación era excelente.

Durante ese período la vi en dos oportunidades y tuve noticias de ella por sus padres. Las mejorías se mantienen y diría que sigue progresando. Siento no poder ofrecer una serie de fotografías que me regaló su padre, donde se ve la progresiva mejoría de su expresión, desde la cara inexpresiva, dramática, del día en que la conocí, hasta el de una niña alegre, casi normal.

Su tratamiento continuará durante muchos años y quizás a través de él podremos esclarecer el origen de su síntoma y posiblemente llevarla a una mejoría de sus relaciones con el mundo. Por ahora es una niña que si bien habla correctamente francés y castellano y se adapta a las exigencias del ambiente, juega poco y su aprendizaje escolar es muy precario. La misma dificultad que mostró para el uso de las palabras se presenta ahora en el manejo de los números y letras. Es capaz de repetirlos y copiarlos, pero sin comprender su significado. Pasaré a relatar el primer período de su tratamiento.

Aunque me la habían descripto como una niña muy extraña, y había leído el informe del pediatra¹¹ su aspecto me impresionó, así como sus alaridos de rabia y miedo. Verónica tenía 4 años y 8 meses. Era delgada, alta para su edad, su mirada era inexpresiva. En su rostro había algo dramático y hosco, un extraño contraste entre la mirada inexpresiva y un rictus que imprimía a su boca algo que podía parecer una sonrisa. Sus manos de dedos afilados estaban siempre frías.

Cuando su madre me la presentó, me dio la mano e hizo una pequeña reverencia de un modo automático, y entró en el cuarto de juego sin

¹¹ Transcribimos un fragmento del informe del pediatra: "No se han encontrado en la niña índices de una afección de tipo encefalopático congénita debida a traumatismos obstétricos, o a lesiones manifiestas en su infancia. Tampoco tenemos motivos para afirmar una enfermedad heredo-degenerativa, afectando especialmente el cerebro. En cuanto a la hipótesis de una embriopatía nos faltan elementos en la anamnesis para sostenerla; por otro lado las manifestaciones que presenta la niña no son de tipo embriopático.

Los trastornos que sufre son esencialmente de naturaleza psíquica y se advierten fallas en el sistema de asociación. Proponemos basar las futuras medidas psicopedagógicas sobre el terreno afortunadamente no desprovisto de posibilidades y de ofrecer a la niña la ocasión de progresar en sus conocimientos, sea en el dominio de su vocabulario como en el de actividades manuales y sociales, rodeándola de personas experimentadas en materia de pediatría mental."

manifestar angustia y como si ignorase la separación de su madre, que quedó en la sala de espera¹².

En una mesa baja había colocado tazas, platos, cubiertos, cubos, varios muñequitos, algunos pedazos de género, piolín, lana de tejer y goma de pegar. No sé si podré reproducir la monotonía y la dificultad en las que transcurrieron los primeros meses del tratamiento, pero lo intentaré.

En la primera sesión, sin mirar nada de lo que la rodeaba, se dirigió a la canilla, dejó correr el agua¹³ y puso sus manos en contacto con ella. Parecía alucinada y reía o gritaba aterrada cuando tocaba el agua; los cambios de expresión eran veloces e imprevistos. Musitaba algo dirigiéndose al agua como si fuese un personaje invisible y riéndose o gritando. También aquí los cambios eran súbitos y extremos. Cuando parecía más asustada tiraba agua fuera del lavatorio y quedaba paralizada sobre todo si ésta tocaba sus pies o piernas.

Interpreté esos cambios en sus reacciones cuando estaba en contacto con el agua como aspectos extremadamente buenos o malos de su contacto conmigo, como repetición de lo que sentía con su madre; que me hablaba para hacerme buena o mala a voluntad, y cuando no se cumplían sus mandatos o no se sentía comprendida arrojaba el agua afuera y se aterraba, quedándose paralizada. Pareció no entender mi interpretación, pero abrió la puerta y miró a su madre. Lejos de ella, dejándola sola, la sentía mala y la asustaba y yo, allí con ella —tratando de entenderla y acompañándola—, era como el agua a la que sonreía. Interpreté que esas órdenes que daba al agua se dirigían también a su madre y a mí, intentando disponer a voluntad de nosotras, separándonos o alejándonos

¹² Reacción típica en los niños autistas.

¹³ El agua es uno de los elementos más utilizados por los niños durante sus sesiones, especialmente al principio del tratamiento psicoanalítico.

Además del significado simbólico que adquiere según la situación global, es interesante señalar que la idea del agua como principio primordial deriva de las más antiguas teogonías y cosmogonías de Oriente. Es frecuente encontrar en ellas el mito de un caos acuoso primordial, del que se habría engendrado el cosmos y la vida. Transcribimos a continuación un fragmento de antiguos papiros egipcios, fragmento que figura en la *Histoire Ancienne des Peuples de l'Orient de Maspero* y que cita R. Mondolfo en *El pensamiento antiguo*, tomo I, pág. 14, Losada, 1952.

"Al principio era Nun, masa líquida primordial, en cuyas infinitas profundidades flotaban confusos los gérmenes de todas las cosas. Cuando comenzó a brillar el sol, la Tierra fue allanada y las aguas separadas en dos masas diferentes: una engendró los ríos y el Océano; la otra, suspendida en el aire, formó la bóveda del cielo, las aguas de lo alto, en las cuales astros y dioses, transportados por una corriente eterna, se pusieron a navegar."

Estos mitos se transmiten a Grecia y la investigación científica y filosófica se inicia en Jonia con Tales de Mileto, que afirma que el agua es el principio de los seres. Según la explicación dada por Aristóteles —*Metafísica*, I, 3— derivaría esta concepción de observar que lo húmedo es la nutrición de todas las cosas y que hasta el calor se engendra en el agua y vive. Concluye señalando que esto, de lo cual se engendran todas las cosas, es precisamente el principio de todas ellas.

de ella. Si no respondíamos a sus deseos o no la entendíamos se enojaba y nos arrojaba afuera, pero una vez afuera tenía miedo de que la persiguiéramos y le hiciésemos daño, por eso quedaba paralizada, paralizándonos dentro de ella.

Su limitada relación con el mundo se expresaba en el consultorio en su relación única con el agua. El desconocimiento y rechazo de todo cuanto lo rodeaba y de los contenidos del cajón —al que miraba— nos mostraba cuál era su posición frente al mundo exterior.

Le interpreté el agua como aspectos de la madre y míos, que ella hacía buenos o malos hablándoles y que si no respondían a su mandato la aterraban y los echaba afuera. Pero desde afuera la asustaban aun más, pensaba que podían hacerle mucho daño y se paralizaba, paralizándolos a ellos. Que sentía que no podía desembarazarse de ellos ni dentro ni sacándolos afuera.

Aunque aparentemente no me escuchaba, la mirada de terror con la que abrió entonces la puerta y espió a su madre, mientras a mí me sonreía, me hizo comprender que en ese momento el miedo se refería a ella. Completé la interpretación diciéndole que la madre, lejos de ella y dejándola sola, era como el agua que asusta, y yo, acompañándola y tratando de entender lo que sentía, era el agua buena, a la que sonreía. Este juego —con muy ligeros cambios— se repitió durante varias sesiones, en las que volví a formular las interpretaciones de acuerdo con las expresiones de su cara, cuando sus manos tocaban el agua o ésta se derramaba. Era muy llamativo el aumento del miedo y de la tensión muscular cuando el agua quedaba fuera del lavatorio. Interpreté esta acción como un intento de sacar de dentro de ella, de su madre y de mí todo eso que la aterraba, y que luego la paralizaba. Que éstas eran las cosas de las que no podía hablar. También interpreté que cuando musitaba sonidos, hablaba del agua-madre-yo para hacernos amigas o enemigas a voluntad, sacándonos o poniéndonos dentro de ella, pero que si no respondíamos a sus deseos se desesperaba.

Me impresionó mucho una reacción que tuvo durante una de esas sesiones. Me había quedado abstraída, sin interpretar durante unos minutos. Me sacó de mí ensimismamiento un chorro de agua que dirigió a mis ojos. Interpreté que necesitaba que yo observara y entendiera siempre lo que pasaba en su mente. Que el despertarme de ese modo era pedirme que estuviese siempre alerta para entenderla y curarla. Comprendí que el vínculo que había establecido conmigo estaba suficientemente afianzado como para que pudiese agredirme con el agua, despertarme y disponer de mí a voluntad. Esta modificación en la relación transferencial era de suma importancia, ya que su madre la había descrito como un bebe tranquilo que nunca pedía nada.

El agua que luego de arrojar a mis ojos dejó corriendo dentro del lavatorio, durante toda la hora, desbordó y cayó al suelo sin que esta

vez le causase ansiedad. Interpreté la necesidad que sentía de disponer de un modo incondicional de mi pecho y mi leche para curarse, que esa agua que fluía continuamente eran mis palabras que quería que no se interrumpiesen nunca, como el cordoncito que la unió a su madre cuando estuvo en su vientre. Ella ahora podía modificar lo que pasó allí dentro, rehacerlo conmigo y protestaba si se cortaba el flujo de mis palabras —leche— que iban entrando en su mente alimentándola.

Durante la sesión siguiente comió basuras del suelo y chupó agua que se volcaba del lavatorio. Interpreté que estar en ese cuarto era como estar en la barriga de mamá, y comía de mí para alimentarse, pero se veía forzada a tomar basuras y agua mala —la que ella expulsaba— como pensaba que debió hacerlo dentro de su madre.

Después de comer las basuras y beber el agua del suelo tuvo crisis de desesperación y miedo. Le interpreté que sentía que yo —como su madre— la atacaba adentro con el agua sucia y las basuras, obligándola a tenerlas dentro e impidiendo que se curara. También le interpreté que ella no hablaba porque saldrían de su boca basuras y agua sucia, que tampoco hablaba porque necesitaba guardar todo dentro, que, aunque malo, era mejor que estar vacía. Cuando quería sacarse todo eso y no podía, pateaba y gritaba, como también pateaba y gritaba cuando quería hablar para hacerse comprender y no lo conseguía. Utilicé aquí el dato que me habían dado sus padres al decirme que su respuesta era patear y gritar cuando no se podía hacer comprender. Interpreté también que poniéndose dentro esos pedazos de basura me mostraba que se sentía con pedacitos de palabras que sacaba —como gritos— pero que no alcanzaban para juntarlos como palabras.

Después de las interpretaciones solía darme la espalda, lo que interpreté como su esfuerzo por no ver lo que le mostraba, porque le era muy penoso. Recordando que uno de sus síntomas era no mirar de frente y fijar la mirada en las manos de las personas, interpreté la parte positiva de ese darme la espalda; le dije que no mirarme de frente significaba también que tenía menos miedo a que yo la atacase y no necesitaba observar mis manos para prevenir lo que yo podría hacer con ellas.

Otras veces no reaccionaba así sino escapándose del cuarto, interpretándole que lo hacía porque me temía y además porque temía hacerme daño, y escapando huía del insight que significaba quedarse conmigo y ver lo que había dentro de ella y de mí.¹⁴

Interpreté también la huida como una forma de preservarme; desaparecía para no atacarme porque esas huidas se acompañaban luego de una incorporación desesperada de agua de la canilla, que interpreté como un reencontrame.

Estas reacciones me hicieron pensar que el retraso de la marcha

¹⁴ KLEIN, MELANIE: "The importance of symbol-formation in the development of the ego", ob. cit.

y el lenguaje estaban ligados a la dentición. Hechos posteriores me llevaron también a encontrar un vínculo entre la dentición y la marcha¹⁵ pero no obtuve nuevos datos de los padres que confirmaran esta hipótesis¹⁶.

Solía ir al baño a orinar y defecar, dejando la puerta abierta y yo debía quedar mirándola mientras ella evacuaba, deseando hacerme comprender lo que sentía cuando salía el pis y la materia fecal. Que yo era ella debiendo observar lo que hacían sus padres. Este era su modo de recordar y expresar sus angustias frente a la escena primaria y a su sentimiento de soledad. Interpreté también que temía quedar vaciada y que mi presencia la tranquilizaba de que tendría de dónde sacar sustancias, si las de ella se acababan. En estos momentos yo volvía a ser la terapeuta y ella la niña abandonada.

La separación del padre impuesta por mí para curarla, parece haber sido repetición de la prohibición que sintió de su madre interna para acercarse a él. Esto reforzó su vínculo con la madre-pecho negando los aspectos genitales de su madre. Pensaba también que debería de existir una relación entre lo que sus padres señalaron sobre la facilidad con que se consiguió el control precozmente y el hecho de que ella guardase las palabras, que habían tomado el significado de las sustancias de las que se desprendió por sometimiento y miedo. Sobre todo si el aprendizaje se inició en la segunda mitad del primer año, las palabras tendrían el significado de los productos de la unión genital, y estarían en estrecha relación con la escena primaria.

Una regresión que sufrió en el tercer período de análisis en la que perdió durante las sesiones la marcha y el lenguaje adquirido en el tratamiento me confirmó en mi hipótesis. Durante esa regresión apareció un síntoma que los padres dijeron era la repetición de uno que padeció a los 9 meses, una especie de ruido con la garganta acompañado de un espasmo, algo así como un espasmo de sollozo. La dentición, la marcha y un sonido inarticulado, aparecían allí íntimamente ligados. Durante el primer período —luego de las sesiones en que iba al baño a orinar y defecar, y de las interpretaciones señaladas— solía reaccionar prolongando mucho el acto, y sonreía a veces con una expresión de triunfo que le interpreté como negación maníaca de omnipotencia para luchar contra el temor a estar vacía y sola, mientras los padres copulaban.

Volvió a jugar con el lavatorio, repitiendo los primeros juegos. Parecía tan alucinada como al principio. Interpreté esta vez sobre todo los aspectos disociados de su relación conmigo, sin señalar la división entre

¹⁵ PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva". *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XV, N° 1, 1958.

¹⁶ Durante el tratamiento lo único que pude averiguar fue que a los 9 meses se presentaron múltiples síntomas. Entre ellos el pavor nocturno. Pero no dieron ningún dato sobre la dentición.

la madre y yo, e introduje la disociación entre la madre-pecho y la madre-genital. Agregué que todo esto lo estaba sintiendo conmigo —madre y padres unidos, la mujer con pene—, que la asustaba que todo eso pasase dentro de ella y también fuera.

Volcó agua del lavatorio, se orinó y quiso irse fuera del cuarto. Le dije que yo estaba ahí como una persona, además de estar en su mente, así como el agua estaba afuera y en su mente al mismo tiempo. Miró entonces el cajón de sus juguetes, que nunca había tocado. Interpreté que el contenido de ese cajón que no tocaba y que ahora me señalaba con sus ojos, era como todo el mundo que ella ignoraba. Dejando todo dentro de su mente no veía los juguetes en el cajón —no ponía las cosas afuera—. Podía hacerlo con el agua, que era como el pecho y la leche que ella conocía y podía sacar y poner dentro o fuera de ella a voluntad. Temía que todas esas cosas saliesen de su mente, estuvieran fuera y ella no fuese capaz de transformarlas a voluntad, como hacía con el agua, escapando a su dominio. Que esas cosas me representaban también a mí y todo lo que de mí ignoraba y no se animaba a explorar —la madre genital— y a aceptar que existían fuera de su mente y de su voluntad. Que ella en el cuarto era ella dentro del vientre de la madre, curiosa pero con miedo de ver otra cosa que el pecho con leche —agua que ya conocía—; no ver las otras cosas que había en su madre y en mí —el pito del padre, caca, niños— era como no ver los contenidos del cajón.

El agua que aparece y desaparece de acuerdo con su voluntad,¹⁷ era el pecho con el que jugaba a tenerlo fuera y dentro de acuerdo con su necesidad —introyección, proyección—. Las cosas que no exploraba eran peligrosas, no las conocía, las temía porque no las sabía manejar —por eso recurría a la negación—: mataba las percepciones.

El juego con el disco

A la sesión siguiente me trajo un disco, parecía muy excitada y la madre me dijo que fue imposible quitárselo. Cuando entró puso un lápiz en el orificio central del disco y lo hizo girar en movimientos rápidos y nerviosos. Puso la uña del dedo índice sobre la parte del disco con surcos y acercando su oído hizo como si escuchase. A continuación tomó mi mano, y con mi dedo índice repitió sobre el disco el raspado que ella misma había acabado de hacer, obteniendo de esta manera el sonido que había inútilmente producido y escuchado. Me lo hizo escuchar, lo escuchó ella y luego hizo un movimiento similar con mi uña sobre la parte lisa del disco, que al no tener surcos quedó muda. Interpreté que me mostraba que en su cuerpo había sonidos, palabras que yo debía arrancar, buscar, zonas que hablaban y que yo debía encontrar y hacerlas hablar como ella

¹⁷ FREUD, SIGMUND: "Más allá del principio del placer", tomo II. *Una teoría sexual y otros ensayos*, pág. 285.

me había mostrado con el disco. Interpreté que, como ese disco, ella tenía dentro sonidos encerrados y quería que yo buscara el modo de sacarlos afuera.

Hizo girar con fuerza el disco, que cayó al suelo y se hizo pedazos. Los recogió y me mostró muy ansiosa las partes cortantes, los filos o pinchos que puso contra mi mano haciéndome sentir cómo dolían. Interpreté que esos pedazos rotos eran dentro de ella las palabras que la pinchaban, la hacían sufrir y no podía sacar afuera. Esas partículas eran como ideas que no podían convertirse en palabras, con todo el dolor que esa dificultad de expresión significaba. Me mostró cómo sentía que sus palabras eran pedazos rotos que pinchan o hieren y que ella sola no podía juntar. Representaban también los dientes cortantes que parten las palabras y que cuando gritaba tiraba afuera esos pedazos rotos y su dolor. Así como el disco roto ya no hace música, ella no hacía palabras porque también estaba hecha pedazos. Sentía que todo estaba irreparablemente destruido dentro, la cortaba y la pinchaba, y fuera también todo estaba en pedazos, como el disco. Como respuesta a mi interpretación se me acercó y me tomó el seno con una expresión muy ansiosa. Interpreté que temía que mi pecho también estuviese roto y no pudiera curarlo y hacerlo hablar. Buscó en su cajón un tarro de goma y me lo dio junto con los pedazos del disco. Interpreté que algo de confianza había recuperado al sentir que mi seno estaba allí, no había desaparecido, y que podría entonces con mi leche pegar los pedazos de palabras y hacerlas sonar.

Se pegó a mí apoyando todo su cuerpo contra el mío. Interpreté que quería entrar toda ella dentro de mí y no sólo sus palabras, estar dentro de mí con las palabras enteras que yo pronunciaba. Agregué que ahora se animaba a mirar dentro y a meterse dentro de mí porque había recobrado fe en esa leche sana, vinculándola al agua con la que jugó en las primeras sesiones y con mi seno. También interpreté que confundirse conmigo era tener mi seno y mi leche, tener mis palabras, y no sufrir los celos y la rabia que sentía frente a mí y a todos los que hablan.

Volvió al juego con agua, parecía alucinada e interpreté que ahora toda yo era como el agua: si la entiendo y la quiero, me siento bien adentro y fuera de ella; si no la comprendo y no le doy lo que necesita, soy mala y terrible, soy yo quien le quita las palabras.

Jugó con el agua llenando con ella sus manos y mirándolas con una expresión arrobada. Interpreté que metía dentro de ella el agua, la leche, palabras, se bañaba con ellas y las poseía.

Me parece importante señalar que el disco en pedazos fue guardado por ella dentro del cajón y representó algo similar a lo que para Patricia fue la mina y aserrín pulverizados y en paquetes.

En muchos momentos interrumpía su juego con agua o de acercamiento o huida de mi cuerpo para inspeccionarlos atentamente como si esperase que algo en ellos cambiara, de acuerdo con lo que estaba pasando

en ella. Interpreté que observaba si con el agua, la goma y su contacto con mi cuerpo se habían pegado los pedazos y que si así fuese estaría segura de que las palabras se habían pegado dentro de ella y podría hablar. También interpreté que esos pedazos rotos dentro del cajón eran también ella rota en pedazos dentro de la mamá antes de nacer, y que buscaba la forma de pegar y arreglar la barriga de mamá con los pedazos que la hicieron, para salir sana otra vez. Tomó el frasco de goma de pegar y pasó pasta en las manos, en los pedazos del disco roto y en las paredes. Interpreté que ahora todo el cuarto era mi barriga con ella dentro y que trataba de arreglarme a mí y a ella como a la barriga de mamá con ella dentro.

A la sesión siguiente entró diciéndome con voz clara y acento interrogativo: "¿Señora?" Interpreté que se preguntaba cómo había quedado yo en el consultorio mientras no estuvo conmigo —la madre externa— y que me mostraba cómo dentro de ella —la madre interna— me había pegado y estaba completa, puesto que decía "señora". Que en su soledad había conseguido rehacerme dentro de ella y me lo mostraba y que su voz interrogativa era preguntarse y preguntarme si esa palabra pegada dentro de ella significaba también que dentro estaba pegada y arreglada toda ella. Buscó los pedazos del disco dentro del cajón y trató de hacer sonar cada pedazo y luego los pegó uno junto al otro, sin poder unirlos. Interpreté que temía que algo siguiese roto dentro de ella y de mí, como el disco, que sólo yo dentro de ella —la palabra señora— estaba arreglada pero que aún había muchos pedazos rotos, papá y mamá juntos.

Hice esa interpretación tratando de incluir la pareja en el momento de su concepción, pero su falta de respuesta me mostró que en su mente no estaba la pareja de padres, sino ella y su madre, o yo y ella, en ese instante. Realicé la interpretación porque pensé que la idea de ver al padre y madre unidos en la casa al volver —era la penúltima sesión— debía significar algo especial para ella, puesto que los había separado para venir a Buenos Aires y seguir su tratamiento. Más tarde comprendí que en ella estaban confundidos tiempo y espacio, y que para ella la idea del viaje y la unión de sus padres no tenía sentido como algo ligado entre sí, como tampoco el pasado con el presente y el futuro.

El día de la última sesión me trajo un ramo de flores y me dijo: "C'est pour vous, madame." Parecía muy emocionada, pero habló claramente y me llamó la atención que se leyera tanto afecto en su mirada, al comienzo tan inexpresiva. Interpreté entonces que antes de irse me mostraba que yo estaba dentro de ella, que podía sacarme y ponerme dentro como esas palabras que sacaba de adentro y salían de su boca. Que llevarme dentro le había permitido vencer el miedo a las flores y que me las traía para que yo comprendiese también que necesitaba llevarme ella con flores dentro, para enfrentar "la campagne" llena de las flores que tanto temía antes. Esas flores —que habían sido objeto de su fobia— sim-

bolizaban el campo de los padres, donde se vería otra vez con ellos, con sus hermanos, con todos sus problemas y lejos de mí. Durante esta sesión repitió varias veces el darme las flores, juego en el que interpreté que repetía para vencer poco a poco los miedos a acercarse y alejarse de éstas, llevándome dentro con las palabras. Antes de irse me pidió llevar un frasco de material plástico —irrompible y de cierre hermético— con el que había jugado mucho en las últimas sesiones. Tenía el significado de reasegurarse de que no se rompiera nuestro vínculo: tendría un objeto real que me personificaba y la ayudaría a enfrentar sus dificultades cuando me necesitara. Era la expresión de que necesitaba llevarme dentro y fuera.

Cuando me despedía de ella y de la madre, ésta me dijo que era impresionante la voluntad con la que ensayó toda la mañana esa pequeña frase y el gesto de tomar las flores y dármelas.

Lo que llevamos expuesto del historial de Verónica nos da una idea de cómo iba evolucionando su mundo interno; ahora veremos en qué forma estos cambios se reflejaron en el mundo externo, para lo cual nada mejor que transcribir fragmentos de la carta que me escribió el padre al mes de llegar Verónica al campo.

Fragmentos de la carta del padre

1) Maneja las cosas con cuidado y habilidad, el reloj de pulsera, el encendedor, vasos, tizas, etc. Busca desarmar su cajita de música con el objeto de conocer lo que contiene y enseguida la trae para que se la arregle.

2) Habla mucho y capta casi todo; a veces dice palabras que nos sorprenden. Sabe lo que quiere y se las arregla para conseguirlo; hace pequeños mandados, como levantar cosas del suelo y colocarlas en su lugar, llevar a la canasta los papeles que se le dan, buscar el trapo de piso y secar si desparrama agua, busca un juguete definido, su caja, su muñeca, su cajita de música, un libro.

3) Se viste y desviste sola, y se mete sola en la cama cuando está cansada. Si se le prepara el baño, se desviste sola y se baña. No le gusta tener los zapatos desabrochados e insiste en que se los aten.

4) Se entretiene dibujando, recortando. En el momento en que le escribo le oigo decir: "On va manger", y efectivamente es la hora. Reconoce a las personas, aunque haga mucho tiempo que no las ha visto. Si está entretenida, por ejemplo, con mi encendedor o mi reloj, se lo pido y me lo da fácilmente. Le gustan ciertas comidas, y si las sabe nombrar, entra en la cocina y las pide. Sintoniza la radio en los programas que más le gustan, pero tiene poca paciencia y constancia para escuchar, o para vencer cualquier dificultad, se desanima fácilmente. Cuando recién llegó, después del tratamiento, no se apreciaban estos adelantos, pero pocos días después comenzaron a verse los cambios.

Así como antes parecía ignorar a su madre, ahora es muy cariñosa con ella y exige verla.

Sigue durmiendo poco y no parece necesitar más.

Si analizamos estos cambios que el padre nos señala, el más importante es el que se refiere a su actitud con la madre y el trato que da a los objetos. Recordemos que en la primera hora del tratamiento se separó de la madre sin manifestar ningún afecto, y que los padres decían que no parecía interesarse por nada. En sus juegos expresó el motivo de esta anestesia afectiva, que surgía de esas imagos internas aterradoras, que ella era incapaz de confrontar con la realidad, para lo cual la negaba. La imagen disociada de la madre era consecuencia de la falta de fusión de los instintos de vida y muerte que la llevaban a posiciones extremas y alejadas de la realidad no viéndola ni reconociéndola. En esta forma de conexión de objeto la paralización, la expulsión violenta, la negación, la idealización y la omnipotencia, mecanismos de defensa a los que el yo recurre, hacen que del objeto real nada puedan ver porque está negado en base al temor a que reproduzca las características del objeto interno. Provocan una verdadera ruptura de la percepción.

El cuidado por el objeto que nos señala el padre indicaba un gran progreso en la relación con el mundo y un primer paso en la elaboración de la fase depresiva, la disminución del sadismo para preservar el objeto.

Las tendencias de reparación que se observaban en sus logros de higiene y en su afán en reparar las cosas también significaban un progreso en la elaboración de la depresión. La caja de música que desarmaba era la representación de ella misma. El padre tomaba allí el rol de terapeuta, así como a su vuelta yo debí tomar el rol del padre y jugar con la caja de música tal como lo había hecho él.

Su curiosidad por el interior de los objetos —cuerpo de la madre— antes tan reprimido, y que ahora expresaba libremente con la caja de música, era prueba del alivio de las tendencias destructivas corroborando así el primer logro señalado.

No existiendo una posesión y exploración sádica del cuerpo de la madre y del mundo exterior, cesa en forma casi total cualquier relación simbólica con las cosas y objetos que representan el cuerpo de la madre y, por consiguiente, el contacto con el mundo exterior.

Como Patricia, Verónica se sometió, dio sus materias fecales y orina —recordar el aprendizaje precoz y fácil—, pero guardó las palabras, que tienen el mismo valor mágico. También el progreso en su lenguaje hacía pensar que en parte la depresión había sido elaborada, mejorando su comunicación con el mundo: "sabe lo que quiere y se las arregla para conseguirlo". Este período del análisis había durado 4 meses a 6 sesiones semanales.

En la segunda fase del análisis jugó durante muchas sesiones a manejar el ascensor.¹⁸ Interpreté este juego como un intento de elaborar las

¹⁸ Este ascensor estaba muy cerca del consultorio donde se realizaban las sesiones, en mi casa.

separaciones que le imponía el tratamiento. Trataba de elaborar mediante la relación entre un piso y otro la relación entre espacio tiempo y el pase de planta baja al primer piso representaba para su inconsciente el viaje desde el campo hasta Buenos Aires para encontrarme, y la inversa, desde Buenos Aires y el tratamiento, hasta el campo donde encontraría a sus padres y hermanos. Este juego tuvo múltiples variantes.

A veces pretendía meterme a mí dentro permaneciendo ella sola del otro lado de la reja, y otras veces era ella la que quería hacerlo. Tal como he señalado, además de interpretar el significado de abandono de quedarse sola en el ascensor y el encierro como expresión de sus dificultades de conexión, le impedí activamente quedarse sola dentro con las rejas del ascensor cerradas, porque ésta podría haber sido una situación de peligro. Tampoco aceptaba meterme yo en el ascensor.

En este juego el segundo piso representaba también el segundo período de su análisis, el progreso realizado, y simbolizaba los retrocesos descendiendo a planta baja, acercándose a la puerta de salida con el significado de las interrupciones y el retroceso de su tratamiento. Expresaba en la unión tiempo-espacio la de los períodos del tratamiento, y el espacio recorrido para reencontrarme o reencontrar al padre.

Interpreté que ella quería hacerme desaparecer y aparecer a voluntad; además, en lugar de colocarme yo, ponía cualquier objeto que me representase. En este segundo período elaboró progresivamente la distinción entre mundo externo e interno, tanto en lo que se refiere a los objetos como a sí misma y manifestó esfuerzos por establecer una relación entre el tiempo y el espacio mostrándome cómo confundía el hoy con el ayer cuando se equivocaba, y, para ir al piso alto, tocaba el botón que la llevaba hacia abajo. En el plano del lenguaje había progresado adquiriendo nuevas palabras y las utilizaba correctamente, nombrándolas cuando correspondía. Decía, por ejemplo: "Señora" y me tomaba de la mano para buscar a la madre, a la que decía "mamá", y no como en la primera etapa de su tratamiento, en la que nos confundía. Ahora aceptaba la existencia de una madre real y de una terapeuta que era para ella como una madre. En una de las sesiones dentro del consultorio fingió que escuchaba algo que por el ritmo que imponía a su cuerpo parecía música, pero este modo de fingir era muy distinto del primer período de las alucinaciones. La diferencia estaba en que ahora ella era capaz de evocar una imagen interna y a voluntad hacerla aparecer o desaparecer; en cambio en el primer período estaba totalmente a merced de las alucinaciones. Esto significaba que comenzaba a manejar sus objetos internos de un modo más adecuado a la realidad.

Como la madre y el padre me habían dicho que cuando escuchaba la caja de música con el padre solía decir "Señora", interpreté que escuchar música y acercarse a mí para que escuchase era como cuando estaba con su padre y escuchaba con él la "boîte à musique" y se acordaba de

mí. Que parecía haber sufrido mucho de no tenerme con ella en casa de los padres.¹⁹ Que ahora conmigo al hacer música era como si el padre, ella y yo estuviésemos unidos para no sentir la pena de haber tenido que separarse de él, para no aceptar que su padre estaba lejos, y que para verme y curarse tenía que separarse de él.

Con la música nos juntaba dentro de ella, porque vernos separados afuera la apenaba y asustada y conseguía así tenernos dentro. Interpreté esto también en relación con su padre y madre, a los que también separaba cuando venía a tratarse. La música en este momento del análisis representó lo que en el primer período la goma de pegar, con la que simbólicamente había juntado dentro de sí los fragmentos de palabras. Solía tomar los pedazos del disco y cuando la uña pasaba por los surcos fingía escuchar una música y decía "la boîte à musique". Si recapitulamos sobre las sustancias que usó para la simbolización, diremos que el agua fue reemplazada por el disco, la goma de pegar, por el contacto de su cuerpo uniéndose al mío y la música reemplazó a la goma que liga y junta, haciendo así la síntesis del contacto físico y el pegar con el contacto psíquico, la música, pensamiento. Le hice una larga reseña de estos significados, cuando me trajo unas tijeras para recortar y agregué que ahora podía recortar y separar los pedazos porque sentía que también era capaz de pegarlos. Con el mismo significado, mientras daba cuerda a una caja de música que trajo de su casa, y ésta sonaba, mordía desesperadamente cualquier objeto. Si la música se detenía, dejaba de morder. Interpreté que ahora podía desgarrar con los dientes mientras tenía la seguridad de que contaba con algo que incondicionalmente simbolizase unión —la música—.

Al terminar ese período, que duró cinco meses, haciendo seis sesiones semanales, la madre me dijo que había notado que Verónica era capaz de prever las consecuencias de sus actos. Como ejemplo de esto me señaló que al principio del tratamiento cuando tenían que hacer cola para esperar un vehículo era imposible hacérselo comprender y mantenerla tranquila, y que actualmente sin excitarse y sin que se lo insinuasen era capaz de integrar una cola sin mostrar impaciencia. Me señaló también que cada vez hablaba más y adecuadamente, que reconocía formas y seguía los contornos con los dedos, hecho que interpreté como un importante paso hacia la abstracción. Me dijo también que comenzaba a reconocer los colores y que esto había sido después del reconocimiento de las formas que hemos mencionado. Que, como si jugase, insistía en denominar objetos y colores y siempre lo hacía en forma adecuada. Me señaló asimismo que conocía a todas las personas de su ambiente y les daba sus nombres. En cuanto al sueño, me dijo que, aunque algo más que antes, no dormía tantas horas como sus hermanos, las rabietas eran menos frecuentes, en

¹⁹ Al finalizar el primer período de tratamiento pidió llevarse una botella de material plástico con cierre hermético, que había usado mucho durante las sesiones. La madre me refirió que no se separaba de ella.

general se adaptaba fácilmente a las exigencias diarias de la realidad. Que se la veía afectuosa, coherente en sus reacciones, capaz de obedecer, pero que su nivel de juego seguía siendo muy bajo y sufría frecuentes depresiones.

Verónica inició su tercer período de análisis luego de una interrupción de 6 meses. El intervalo se había prolongado más de lo previsto —los cuatro meses de vacaciones— por dificultades de ellos y mías.

En su primera sesión luego de esta interrupción le relaté lo que los padres me habían contado. En contraste con todo lo señalado, me encontré con una niña casi muda, que me miraba como si yo fuese una extraña. Su aspecto físico era excelente, había crecido mucho, tenía un aire saludable y no quedaban rastros de la niña inexpresiva que había empezado el tratamiento. Su mirada actual era de enojo y resentimiento.

Dudó antes de entrar en el consultorio, observo todo con gran desconfianza y realizó una cuidadosa inspección de su cajón individual, que interpreté como la desconfianza y el miedo de que en todo ese tiempo las cosas hubieran cambiado en mí, en ella y en la relación entre nosotras. Pienso que este retroceso en su relación conmigo fue consecuencia de la larga separación, tanto como del enojo que le causaba que la hubiese separado una vez más de su padre. Y que negaba mi existencia al entrar en el consultorio, para no ver su enfermedad, que la obligaba a separarse de él. Al salir del consultorio quedaba como extrañada y dudaba de volver a entrar en mi cuarto. Observé que tenía la misma expresión cuando saliendo de mi cuarto iba a uno contiguo que ella designaba como el de su padre. En este período su marcha se había hecho tambaleante, y las crisis de ansiedad eran tan agudas que debíamos a veces interrumpir las sesiones antes de terminados los cincuenta minutos.

La madre parecía muy angustiada y me llamó para decirme que no entendía lo que pasaba con su hija, que durante todo el día esperaba la hora de venir a sesión y cuando llegaba a mi casa parecía aterrada. Dijo también que hablaba mucho del padre y quería volver al campo.

Transmití a Verónica estas palabras de la madre y agregué a mi interpretación que estaba en parte enojada conmigo porque para tratarse necesitaba separarse del padre como de pequeña pensó que su madre no la dejaba acercarse a él. Que yo y las cosas rotas del consultorio —el disco en pedazos— la obligaban a pensar en todo lo que todavía no estaba arreglado —en dientes que cortan— y que pensaba que por eso se la castigaba. Que quería huir de mí y de lo que conmigo veía, como cuando inició su tratamiento.

Prácticamente no me hablaba y noté en ella una tal dificultad para caminar que por momentos pensé si no habría algún trastorno neurológico que hubiera escapado a las investigaciones previas.

Le señalé su marcha tambaleante y le dije que hablaría con su madre para que la examinase el doctor, que la había visto desde que estaba en

Buenos Aires. Su expresión era de gran sufrimiento y accedió con un gesto de agradecimiento.

El examen médico realizado confirmó nuevamente una total normalidad desde el punto de vista orgánico. Paralelamente a esa marcha tambaleante, Verónica había comenzado a hacer un extraño ruido con la garganta, algo que parecía a veces un ahogo y a veces un tic. Me señaló la madre que esa dificultad en la marcha aparecía solamente conmigo, que afuera corría y jugaba como siempre, y que en cuanto al lenguaje era como si fuesen dos niñas diferentes, que afuera hablaba en francés y español, adquiriendo palabras de día en día.

Transmití esto a Verónica y le interpreté que estaba tratando de mostrarme algo que le pasó cuando era pequeña y apenas caminaba, que no podía hablar y sufría mucho. En las sesiones solía tener crisis de llanto. Trataba de mantenerla en el consultorio y desde ya había arreglado con su madre y con ella para que no la esperase, sino que la viniese a buscar a su hora.

Después de ese período y de la interpretación continuada de sus situaciones de ansiedad comenzó a pararse y a experimentar caminar. Las palabras que decía eran papá y a mí me decía mamá.

En una de esas sesiones entró con su marcha tambaleante, se tiró al suelo y quedó inmóvil, mirando el techo, con los brazos apoyados al cuerpo y emitió —a intervalos— un pequeño ronquido con algo de sollozo, acompañado de espasmos respiratorios. Yo estaba sentada junto a Verónica y al tenderme ella los brazos, la recibí en los míos. Sentí necesario seguir la experiencia.²⁰ Interpreté que se sentía como un bebe en brazos de su madre, que recordaba lo que había pasado en esos momentos de su vida en que un espasmo así le quitaba la respiración, no podía hablar ni moverse, y se sentía desesperada. Su actitud en mis brazos era la de un bebe de no más de 3 meses.

Traje al consultorio un sillón hamaca y la tomé en mis brazos respondiendo a la forma en que ella se comportaba entre ellos. Lloró y se desesperó, parecía alucinada y luchando contra múltiples agresores. Su cuerpo era a veces tan tenso que llegaba a la rigidez y pasaba de ésta a una total blandura que me hacía pensar que si en ese momento la hubiese puesto de pie en el suelo se hubiera desplomado o no habría podido mantenerse sin mi apoyo. Interpreté otra vez que se sentía como cuando bebe en brazos de su madre, pero ahora mostraba cuanto miedo tenía, como sufría por no poder mantenerse en pie, ni caminar, ni hablar y como sentía insatisfechas sus necesidades, porque no podía hacerse comprender ni valerse por sí misma. Estas interpretaciones fueron dadas repetidas veces y en detalle, correspondiendo a sus actitudes y a su postura en mis brazos, relacionándolas con su vínculo con la madre en el pasado. Le señalé que ya no se mostraba como entonces, un bebe tranquilo —como la madre me

20 No aconsejo a principiantes seguir esta conducta.

lo describió—, sino que expresaba toda su hostilidad y el miedo a que la atacaran. Ahora podía pedir ayuda porque en parte confiaba en mí y me sentía dentro de ella protegiéndola.

Salió del consultorio y fue al cuarto contiguo y dijo papá. Interpreté que estábamos con el padre en “la campagne” y en ese momento yo era para ella la madre que le permitía estar con el padre, y en cambio cuando la retenía en el consultorio era la doctora que la separaba del padre. Los conflictos que le creaban los viajes para venir al tratamiento y que elaboró con el material del ascensor se renovaron ahora en un nuevo aspecto, que era el de mi maldad al separarla de su padre y más profundamente su propia maldad, separando a los padres. Luego de interpretárselo volvió al consultorio, separó el disco roto, y quiso salir nuevamente. Interpreté que en esos meses lejos de mí yo había sido la doctora buena —la botella de plástico irrompible que se llevó con ella—, y ahora al venir otra vez al consultorio era la doctora mala, que la obligaba a estar junto a discos rotos, y éstos le daban miedo como dientes que rompen y pinchan. Esta situación se mantuvo durante muchas sesiones en las que viajaba de un cuarto al otro, y sólo excepcionalmente conseguí mantenerla en el consultorio los 50 minutos de sesión. Interpreté que en mi consultorio escapaba a los peligros de los dientes que rompen y destrozan y en el otro cuarto al peligro de recibir dentro de ella a su padre. A medida que se interpretaba este material se hizo más claro cómo el consultorio y la habitación contigua representaban el primero su relación con el pecho destrozado de su madre —los discos rotos—, yo en la transferencia; la segunda, la relación con el padre —pene-vagina—. La modificación de la situación originaria —la madre prohibiéndole acercarse al padre— a través de la transferencia se hizo evidente en su creciente confianza al entrar conmigo y evocar el recuerdo del padre. Al entrar y salir de cada uno de esos dos cuartos quedaba abstraída y como si no reconociese el lugar. Comprendí que no podía unir el recuerdo de los acontecimientos o momentos en que había estado con el padre, con los recuerdos de los momentos que había pasado conmigo. Es como si fuesen dos Verónicas que ella no podía juntar, la que estuvo en el campo con el padre y la que ahora estaba conmigo para continuar su tratamiento —la madre que la separaba del padre—. Interpreté este juego como un intento de elaborar la distancia que creaba entre el padre y ella, como consecuencia del tratamiento, separación que era vivida por ella como repetición de la impuesta por la imagen interna de la madre, cuando Verónica pretendió sustituirla y lo sintió prohibido; esta angustia la desplazó a las flores y a los perros.²¹

La búsqueda del padre que se permitía en el tratamiento representaba la modificación de aquella situación originaria. Ahora podía pedir a su padre el pene reparador como en el período de la regresión pudo permi-

²¹ Expresaba así dos aspectos, positivo y negativo, de su genital femenino.

tirse expresar en la transferencia necesidades orales y de contacto. Comprendí también que en su mente el tiempo y el espacio estaban confundidos, la distancia real que la separaba de su padre cuando venía a tratarse se había transformado en una distancia entre los momentos pasados y presentes y no podía juntar los recuerdos. Esta interpretación la impresionó profundamente y con una cara abstraída y mirando al vacío dijo: “Image”; interpreté que me decía que ahora podía en una imagen recordar momentos de unión con el padre y la madre, el padre y yo, ella y yo, y mantenernos juntos en su cabeza y su corazón como recuerdos.

Que ahora sentía que una misma Verónica quería y recordaba al padre y a mí, a la madre y al padre, al campo y a la ciudad, que era la misma la que vivía con sus padres y la que se trataba conmigo en este consultorio. Esa posibilidad de recuperar en imágenes momentos perdidos y en el recuerdo significó un enorme progreso en su vida mental.

En el caso de Patricia vimos cómo a lo largo del tratamiento fueron surgiendo recuerdos de situaciones traumáticas ocurridas en la vida real y ratificadas por la madre, que nos permitieron comprender el origen de sus síntomas.

En el caso de Verónica, si bien no aparecieron recuerdos, a través de la intensa regresión transferencial con repetición de síntomas —que los padres situaron en un período de su desarrollo— podemos suponer que su neurosis hizo eclosión a los nueve meses con la aparición de los dientes, el comienzo de la marcha, de fobias múltiples y el extraño ronquido con dificultad para respirar. Es posible que un análisis futuro pueda aportarnos, como en el caso de Patricia, el conocimiento de hechos exteriores reales de ese período de su vida vinculados a estos síntomas.

X. Conflictos en la elaboración del duelo

*Primera parte **

Por POLA I. DE TOMAS

La muerte del padre provoca en el niño conflictos intensos en los que se mezclan sentimientos de culpa, temor, dolor y nostalgia, y el análisis nos ha demostrado que cuanto menor es el niño más grave y de mayores consecuencias resulta la pérdida. El equilibrio mental previo del niño, las circunstancias en que acontece la muerte del padre, la actitud que los familiares adoptan frente a este hecho y la forma en que es comunicado son factores que entorpecerán o facilitarán la elaboración del duelo, proceso de por sí difícil y penoso de realizar.

Jorge fue traído por la madre a consulta seis meses después de morir su padre, a causa de una serie de síntomas que había desarrollado a raíz del fallecimiento y que fueron en aumento a medida que transcurría el tiempo.

Cuando Jorge tenía tres años y tres meses el padre murió a causa de un ataque cardíaco. Aquella mañana, como lo hacía habitualmente al salir para su trabajo, se despidió del hijo con un beso, y éste fue el último contacto que el niño tuvo con su padre. Horas más tarde, cuando llamaron para dar la noticia de la muerte, Jorge se encontraba en casa, pero la madre pensó que no se había enterado de nada. Inmediatamente, y sin darle explicación alguna, fue llevado a casa de unos tíos, donde permaneció hasta que terminó el entierro. Cuando volvió, encontró a su madre de luto, llorando y sin atreverse a decir al niño que el padre había muerto. Intentó justificar su ausencia, contándole que se había ido de viaje por mucho tiempo. A medida que transcurrían los días, Jorge, demostrando no haberse conformado con la explicación dada, comenzó a acosar a su madre con preguntas, que recibieron toda clase de respuestas, menos la verdadera. La situación llegó a hacerse insostenible y entonces la madre, aunque no era religiosa, decidió decirle que —“su papá se había ido al cielo y que ya no regresaría más”—. Jorge, lejos de tranquilizarse, dio muestras de una angustia y confusión crecientes, que se manifestaron en una serie de preguntas hechas en forma incesante y acosadora, no sólo a la madre, sino a todos sus familiares. —“¿Qué es el cielo?” — “¿Dónde queda el cielo?” — “¿Qué hace papá en el cielo?” — “¿En el cielo hacen pis y caca?” — “¿Comen?” — “¿Si uno va en avión, puede llegar al cielo?” — “¿Está papá siempre en el cielo?” — “¿Por qué si pueden ver los avio-

nes en el cielo, yo no puedo ver a mi papá?” — “¿Cuándo va a volver papá?”

Finalmente, la madre pensó conveniente decirle que su padre había muerto, pronunciando por primera vez esa palabra. —“¿Qué es morir-se?”—, preguntó Jorge. —“Morirse es como dormirse, pero sin despertarse más”—, le contestó su madre. A partir de ese momento tuvo dificultad en conciliar el sueño y paulatinamente sus trastornos en el dormir aumentaron y se complicaron. Aparecieron pavores nocturnos y a menudo se despertaba llorando. Un día preguntó si “la carne era de un animal muerto”, y a partir de ese momento se negó a comerla. Poco a poco esta actitud de rechazo se fue desplazando sobre otros alimentos, llegando a sufrir una grave anorexia.

Entre los datos suministrados por la madre es conveniente señalar que Jorge nunca demostró celos por su único hermano, Carlos, nacido dos meses después de la muerte de su padre. Además, en los últimos tiempos, había perdido todo el interés por sus juegos.

La relación con su madre también sufrió un cambio a raíz de la muerte del padre. Al principio asumió una actitud un tanto fría, para pasar luego a “pegarse a sus polleras”, según las propias palabras de la madre y a ejercer un constante control sobre todos los actos de ésta.

Jorge fue un niño aparentemente deseado por ambos progenitores, que parecían haber tenido una vida matrimonial feliz. Según la madre, el embarazo transcurrió sin trastornos y el parto se realizó con anestesia. Fue criado por su madre hasta el mes. Desde un comienzo tuvo dificultad para prenderse al pecho. Tenía tendencia a quedarse dormido al mamar, hecho que la madre atribuía al cansancio que le producía succionar y sacar poca leche. Aceptó bien la alimentación mixta y el destete, realizado a los tres meses, pero el hecho de que a partir del año fuese alérgico a todos los productos lácteos mostró que había elaborado tan sólo en apariencia la pérdida del pecho.

A los quince días fue circuncidado. Señaló la madre que aunque conocía niños sin circuncidar, nunca hizo preguntas sobre la diferencia de su pene con el de ellos, pero cuando su hermano fue a su vez circuncidado preguntó “por qué tenía el pitito tan rojo”. La madre le respondió que se debía a que Carlos se hacía pis y eso le producía irritación. Con respecto al origen de los niños, en cambio, la madre dijo que se le explicó la verdad. Las relaciones del niño con sus padres parecían haber sido buenas y a partir del embarazo de su madre se había acercado mucho más al padre.

Desde el comienzo de la entrevista con la madre se hizo evidente la gravedad de los conflictos del niño y el fracaso en la elaboración normal del duelo, por lo cual se le aconsejó que lo sometiera sin pérdida de tiempo a un tratamiento psicoanalítico. Jorge se analizó durante un año y medio, a razón de cuatro sesiones semanales. Al término de este período su trata-

* Fragmento del trabajo que, bajo el mismo título, fue leído en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 14 de abril de 1956.

miento fue interrumpido, alegándose motivos económicos. En dicha oportunidad se dejó bien aclarado con la madre que, no obstante haber desaparecido la mayor parte de los síntomas, aún no se podía considerar terminado el análisis.

Para entonces Jorge había vuelto a ser un niño alegre, interesado en sus juegos y había logrado sustituir la figura del padre por la de un tío político, sumamente cariñoso y en quien podía apoyarse.

En este fragmento de su historial expondré y analizaré solamente parte del material relacionado con la muerte del padre, señalando los factores internos y externos que dificultaron la elaboración normal del duelo.

En la primera hora de juego que relataré —la primera de su tratamiento— el niño simbolizó a través del juego su conflicto frente a la muerte del padre.¹ Como es habitual en estos casos, Jorge había sido informado del motivo por el cual se lo sometía a un tratamiento.² Su madre le había dicho que yo “era una chica muy buena que lo ayudaría a resolver sus líos”.

Llegó acompañado por su madre e insistió en entrar con ésta en el consultorio. Una vez dentro, la madre se ubicó en un rincón dedicándose a leer y el niño pareció desentenderse de ella. Observó atentamente la habitación y los juguetes, dando la impresión de una gran desconfianza. Se sentó junto a los juguetes, pero sin tocarlos, y permaneció en silencio un largo rato, mirándome siempre. Entonces le interpreté: —“Quieres conocer los chicos que yo te doy, para saber si son buenos o malos, si soy buena o mala. Tienes miedo de que seamos malos, por eso no te animas a jugar conmigo.”

A esta altura de la sesión era imposible aún saber las causas internas que determinaban la actitud desconfiada de Jorge, pero en cambio resultaba lógico suponer que podía poner en duda mi “bondad”, puesto que así había sido calificada por su madre, quien, como ya vimos en otras oportunidades, le había mentido. Por otra parte, su actitud también estaba determinada por el temor de que yo repitiese las malas conductas de sus padres.³

Después de mi interpretación se animó a revisar los juguetes, y escogió un avión, al que dejó de lado, para tomar dos barquitos de distinto tamaño, uno mucho más pequeño que el otro. Los puso a flotar en el agua y jugó en silencio haciéndolos navegar. La madre, al verlo entretenido, le dijo que saldría a esperarlo afuera, lo que despertó en Jorge una gran angustia. Rompió a llorar y le pidió que no se fuera. Sólo cuando se aseguró de que no lo haría volvió a jugar tranquilo.

“Tienes miedo —le dije— que tu mamá te deje solo, que se vaya y no vuelva más, como pasó con tu papá; por eso te asustas tanto y lloras.”

¹ Cf. capítulo VII.

² Cf. capítulo V.

³ Cf. capítulo VII.

Esta interpretación actuó disminuyendo en parte sus temores, como se comprobó cuando Jorge, después de un rato, permitió espontáneamente que su madre abandonase el consultorio. No obstante, la necesidad de reasegurarse sobre su destino y sobre su retorno se manifestó en una serie de preguntas que le formuló —“¿dónde lo esperaría?”, “¿qué haría mientras tanto?”, “¿cuánto tiempo permanecería en la sala de espera?”, “¿regresaría cuando él la llamara?”

Evidentemente el abandono imprevisto y la inseguridad sobre lo que pudiese ocurrirle a su madre no estando él presente lo angustiaban, temiendo la repetición de la situación originaria.⁴ Jorge continuó su juego y me contó que en su casa no tenía barcos, pero sí dos cisnes de material plástico que también flotaban en el agua. Los barcos y los cisnes tenían como elemento común el flotar —salir a flote—, que era lo que Jorge esperaba de su análisis.

Me dijo: “Al cisne más grande se le rompió la cabeza, pero yo no tengo la culpa; la culpa la tiene Oscar. No, tampoco; la culpa la tienen las paredes.” Interpreté considerando éste como el momento de máxima urgencia dentro de la sesión: —“A veces quisiste romper la cabeza-pito del cisne-papá y ahora que tu papá ha muerto te sientes muy malo, piensas que tu rabia lo mató y tienes miedo de que tu mamá y yo nos enojemos contigo y no te queramos más.”

En esta interpretación le señalé tanto el temor de perder el cariño de su madre como el mío, pues Jorge, al hablar de los dos cisnes y de los dos barcos —la casa y el consultorio, la madre y el analista—, me indujo a hacerlo. La culpa expresada en este juego despertó en el niño fuertes ansiedades paranoides, que lo impulsaron a proyectarla sobre Oscar y las paredes, y a negarla frente a mí demostrando que me temía, habiendo proyectado sobre mí ciertos aspectos de su superyó. Ante todo yo representaba a su padre destruido —cisne con la cabeza rota— convertido en la actual situación en su principal perseguidor por haber sido afectado directamente por la agresión del niño. Pero también representaba a su “madre enojada” por la pérdida del padre, y en parte vivió el intento de ésta de abandonar el consultorio —abandonarlo a él— como su venganza. En última instancia, lo que intentó proyectar sobre Oscar y las paredes fueron sus impulsos destructivos dirigidos hacia el padre —cisne con la cabeza rota— en un intento más de negar la muerte de éste y la culpa que este hecho le producía en cuanto sentía que él lo había determinado. Con el transcurso del análisis pude llegar a comprender totalmente la fantasía de los cisnes, cuando llegué a establecer la identidad de Oscar, quien resultó ser un primo de Jorge sumamente peleador y agresivo, al que imitaba. Estas características hicieron de Oscar el sujeto ideal para proyectar sobre él los impulsos destructivos. Pero en la medida en que

⁴ Cf. capítulo VII.

Jorge también se identificaba introyectivamente con él, la defensa fracasaba y hacía necesario buscar un segundo elemento para proyectar, mucho más alejado de sí mismo: las paredes.

La interpretación en la que le señalé sus deseos de muerte hacia el padre y la culpa consecuente determinó un cambio de juego. Jorge tomó un trozo de plastilina y trató de ablandarlo, solicitando mi ayuda. Trabajaba callado y amasando el material torpemente. Con gran dificultad hizo tres "viboritas" de distinto tamaño que colocó sobre la mesa, una al lado de otra y en el siguiente orden: la viborita más pequeña en un extremo, la mediana en el otro y en el medio la mayor. Finalmente estiró la más pequeña hasta convertirla en la más larga.

"Sentías —le interpreté— que la viborita-papá te separaba de la viborita-mamá, y por eso a veces deseaste que tu papá muriera. Querías ser como tu papá y tener un pito aún más grande que el suyo —viborita chica que pasa a ser la más grande—, pero como eso no ocurría te enojaste mucho y quisiste que el pito de tu papá se rompiera —cisne con la cabeza rota."

A través de este juego, Jorge expresó la situación triangular y el conflicto edípico que intentó solucionar deseando la muerte del padre, fantasía que en este caso coincidió con la realidad. Simbolizó, además, la erección de su pene frente a la escena primaria —viborita que se alarga— y los deseos de volver a dar vida a su padre destruido, motivo por el cual eligió un juego en el que debía construir —hacer viboritas— como antítesis del destruir. Pero la torpeza y dificultad con que trabajaba pusieron de manifiesto el intenso conflicto entre su amor y su odio.

El mencionar abiertamente en mis interpretaciones la muerte del padre, no repitiendo la actitud de la madre ni de sus familiares, permitió tener a Jorge la primera vivencia de rectificación de la situación, interna y externa, a través del análisis. Cuando le anuncié el fin de esta hora manifestó deseos de volver nuevamente.

A esta primera sesión siguió un período en el que Jorge realizó, salvo pequeñas variantes, un mismo juego que él llamó "hacer pruebas difíciles". Colocaba los muebles de la habitación uno encima del otro, trepando por ellos y haciendo desde arriba toda clase de piruetas, exponiéndose continuamente a una caída. Yo debía contemplarlo entusiasmada y romper en aplausos cada vez que concluía una prueba con éxito.

Además de interpretar la conducta masoquística de Jorge, tomé siempre las medidas necesarias para evitar que se golpease seriamente⁶, pero era tan arriesgado que a veces, a pesar de mis intervenciones, llegaba a caerse. Me decía entonces, conteniendo las lágrimas: —"No me duele nada"— o —"no me duele porque soy tan fuerte"— o —"los hombres no lloran."

⁶ Cf. capítulo V.

Hablaba frecuentemente de ser "grande y fuerte" —el padre—, a la vez que me trataba como si yo fuese "chiquita" —él mismo o el hermano, según las circunstancias y el rol que me adjudicaba—, asumiendo una actitud verdaderamente paternal frente a mí. Coincidió esta conducta mostrada en análisis con una de la casa, donde su juego preferido era ponerse los zapatos del padre, diciendo que él era el padre.

Otras veces no se limitaba a realizar las pruebas descriptas, sino que trepaba hasta lo más alto de los muebles tratando de llegar a tocar el cielorraso con la mano —alcanzar al padre en el cielo—. El padre había sido un hombre fuerte y amante de los deportes. Los domingos solía concurrir con Jorge a un club donde practicaba una serie de deportes —pruebas— que despertaban la admiración del niño. A través de estos juegos Jorge expresaba su necesidad de identificarse introyectivamente con su padre deportista, sinónimo de padre vivo y fuerte, para negar tanto la pérdida del objeto amado como su propio temor a la muerte, a la vez que su culpa lo impulsaba a seguir el destino del padre, exponiéndose él mismo a la muerte mediante las caídas —pequeños suicidios—. ⁶

Contenía el llanto para poder ser como el padre —los hombres no lloran— y también porque llorarlo suponía aceptar la muerte de éste. Cuando al hacer las pruebas tenía que recurrir a mí para que lo ayudase a levantar o arrastrar algún mueble demasiado pesado se ponía furioso. El fracaso de la defensa maníaca impuesto por el juicio de realidad —no tenía fuerza como el padre— lo enfrentaba una vez más con su culpa, de la que ahora se defendía transformándola en agresión —furia—.

El tener que ocupar el lugar del padre, que aparentemente lo complacía por suponer la satisfacción de sus deseos edípicos, le producía en el fondo una gran angustia en cuanto era una imposición de su superyó, que, dada su edad y su situación real, no se encontraba en condiciones de cumplir.⁷ Este juego, según el contexto general de la sesión en que aparecía, fue utilizado por Jorge para simbolizar, además de los aspectos interpretados, su deseo de conquistarme a través del éxito de sus pruebas

⁶ "...La tendencia en los niños a quejarse y el hábito de caerse, golpearse y hacerse daño deben ser considerados como expresiones de diversos miedos y sentimientos de culpa. El análisis de niños nos ha convencido de que tales repetidos accidentes —y algunas veces otros más serios— son sustituciones de autodestrucciones más graves y pueden simbolizar intentos de suicidio con medios insuficientes. En muchos chicos, especialmente varones, una extremada sensibilidad al dolor es reemplazada tempranamente por una exagerada indiferencia que, he visto, no es más que una defensa elaborada contra la ansiedad y una modificación de la misma."

MELANIE KLEIN: *El psicoanálisis de niños*, parte I, cap: VI, "Neurosis en los niños", pág. 114. Ed. por la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1948, traducido por Arminda Aberastury de Pichon Riviére.

⁷ Cuando murió su marido, la madre llevó a Jorge, que hasta entonces había dormido solo, a compartir con ella la cama matrimonial. Este hecho, aparte de sobreestimar al niño, reforzó aun más su mandato impuesto por el superyó: ocupar el lugar del padre.

difíciles —potencia—. Empleaba este mismo juego tanto para expresar fantasías edípicas como para mostrar su necesidad masoquística de destruirse, y no era extraño que así ocurriese, como se demostró en el transcurso ulterior de su análisis, pues para Jorge las relaciones sexuales estaban frecuentemente ligadas con la muerte del hombre.

Lo traumático que fue para Jorge el carácter repentino de la muerte de su padre, además del hecho en sí, fue simbolizado por él durante varias sesiones a través de un juego realizado con la persiana de la habitación. Consistía en ir bajando lentamente mientras me decía: "Te veo poco, ahora te veo menos, ahora ya no te veo" y —a veces añadía—: "¿Dónde estás?", y después de haber llegado a una completa oscuridad la volvía a subir.

El núcleo central de este juego, que demostró ser análogo al del carretel descrito por Freud⁸, era el hacer desaparecer y reaparecer activamente el objeto, lo que para el inconsciente del niño correspondía a perderlo y recuperarlo. Pero en este juego, al lado de la necesidad de seguir negando la muerte a través del sentir en sí mismo la capacidad de resucitar al objeto —hacer la luz—, aparecía el primer indicio de aceptación de la muerte —oscuridad—. Jorge empezaba a elaborar más normalmente el duelo al aceptar, valiéndose de la situación transferencial, la pérdida —analista-padre que desaparecía con la oscuridad— pero poco a poco y no de golpe como había ocurrido en la realidad.

Frecuentemente aparecía en el material dado por Jorge la vivencia de que sus impulsos destructivos, nacidos de la situación edípica, habían destruido a su padre, lo que determinó la necesidad de reprimirlos y ésta pudo ser interpretada cuando la revivió a través de la situación transferencial.

A menudo solíamos jugar a las carreras de autitos o de aviones. Entre sus juguetes tenía un autito amarillo, que lo representaba a él y al que siempre le adjudicaba la carrera, aunque llegase segundo, y otro plateado que me representaba a mí. En nuestro juego empleábamos como pista el diván, relacionado con la cama de sus padres y la escena primaria. Jorge se colocaba en la cabecera —punto de largada— y yo debía esperar la llegada de los autitos a los pies —meta final—, evitando que éstos al correr se salieran del diván. Debíamos limitar la pista y los coches en la misma forma en que él intentaba limitar ciertos impulsos suyos por temor a su desenfreno.

Durante una de las carreras empujó con gran violencia mi autito, que generalmente resultaba ganador, desviándolo de su ruta y cayendo al suelo. "Qué desastre", exclamó, y a partir de ese momento tan sólo demostró entusiasmo cuando su coche y el mío llegaban a empatar. Interpreté

⁸ FREUD, SIGMUND: "Más allá del principio del placer", tomo II, *Una teoría sexual y otros ensayos*, pág. 285.

entonces "El autito amarillo" —Jorge— quería ganar al autito plateado —analista-papá— y, como no pudo, quiso que el autito-papá tuviese un "desastre". "Cuando tu papá murió de verdad, te asustaste mucho del desastre. No te gustaría que eso volviera a ocurrir conmigo, por eso quieres que nuestros autitos empaten, así no pasa nada."

A veces, cuando no conseguía hacer empatar a los coches, me obligaba a mí a determinar cuál había sido el ganador. De este modo, al no nombrar Jorge al triunfador, evitaba mágicamente el desastre —muerte del padre rival—, a la vez que descargaba la responsabilidad de sus actos en mí.

Este historial será seguido por el del segundo análisis de Jorge, que fue determinado por los siguientes motivos. Con el tiempo la madre, que se había vuelto a casar, se embarazó por tercera vez. Cuando en esta oportunidad llegó a fines del sexto mes, época de su embarazo anterior que había coincidido con la muerte de su primer marido, Jorge presentó nuevamente una serie de síntomas que hicieron necesario el tratamiento.⁹ En el material que sigue veremos cómo el niño, durante su primer análisis, asociaba la muerte de su padre a la escena primaria y a sus consecuencias, el embarazo.

Toda la primera época del análisis de Jorge se caracterizó por la aparición, a través de distintos juegos, de su sentimiento de culpa por la muerte de su padre. La interpretación reiterada de aquella trajo, además de su disminución y alivio, la aparición de una fantasía sumamente angustiante para el niño y largo tiempo reprimida, su madre había matado al padre. Mostraré a continuación cómo un error mío, el no interpretar a tiempo este problema con la madre, llevó a Jorge a faltar a cinco sesiones consecutivas.

Dentro del consultorio había un cajón con juguetes distinto de los demás. Refiriéndose a éste, Jorge me dijo un día: —"Yo sé que a ese nene le elegiste tú el cajón." Basándome en material anterior, que permitía suponerlo, y como se había quejado, además, de que yo no le compraba tizas, relacionó las dos situaciones e interpreté: "Conmigo te pasa como en tu casa. Temes que yo dé más a otros niños que a ti, como antes temías que tu mamá diese más a tu papá y ahora a tu hermano..." Me interrumpió diciéndome: "Yo no pienso en nenes, pienso en mi papá que está muerto." A través de su contestación me mostró su necesidad de negar el embarazo de la madre —yo no pienso en nenes—, pues temía que

⁹ En esta circunstancia tan traumática, la madre recurrió a Arminda Aberastury, la misma analista que orientó el tratamiento de su hijo la primera vez. Esta le señaló que, al estar en el mismo mes de embarazo en que se encontraba cuando murió su primer marido, temía que al segundo pudiera ocurrirle lo mismo y que ese mismo miedo era el que en el niño provocaba la aparición de nuevos síntomas. Esto la decidió a hacer analizar nuevamente a su hijo, al mismo tiempo que ella entraba en un grupo de orientación de madres.

éste hubiese causado la muerte del padre. Dentro de esta sesión el punto de máxima urgencia a interpretar hubiese sido el temor de que la terapeuta-madre elegiría el cajón —ataúd—, es decir, que mataba. Es evidente que no haberle señalado oportunamente la proyección en la analista de la figura de la madre que mata, llevó a Jorge a defenderse mediante la disociación de la imago materna, poniendo en su madre real todo lo bueno y en mí todo lo malo y peligroso. Seguramente una interpretación de estas fantasías y temores hecha a tiempo hubiese evitado que faltara a su tratamiento durante cinco sesiones consecutivas.¹⁰

Pasados esos días, Jorge regresó a su análisis y de entrada me explicó que había dejado de venir porque, según él, yo siempre le decía que “las mujeres tienen pito”. Manifestó que en esta ocasión había decidido volver porque su madre le había “prometido que yo no le diría más esas porque-rías”. Resultó claro que para poder enfrentarse con la madre peligrosa, proyectada en mí en ese momento, se vio obligado a buscar el apoyo —promesa— de la madre buena, representada en este caso por la madre real. Mostró luego gran preocupación en averiguar si su llave estaría aún dentro del candado que cerraba su cajón de juguetes. Trataba de saber qué había hecho yo-madre, con su pene-llave que él había puesto en mi vagina-candado y el temor de no encontrarla estaba íntimamente relacionado con la fantasía de la madre fálica. “Las mujeres con pito” representaban a la analista-madre que se lo había quitado al padre durante el coito, y en parte también a él, a través de la circuncisión.

Evidentemente en Jorge, como en todo niño, la peligrosidad de las relaciones sexuales y del embarazo estaba en parte dada por la proyección de sentimientos de rabia y envidia, nacidos frente a la escena primaria, pero el hecho de que su madre estuviese embarazada al morir su padre lo llevó a reforzar su vieja imago de la madre mala que destruye y que en la realidad correspondía con la madre que lo amamantó deficientemente. Como agravante de la situación recordemos que su circuncisión coincidió con la época en que el niño recibió poca leche.

Cuando a través de las interpretaciones formuladas en los términos señalados, las relaciones sexuales y el embarazo como causa de muerte del varón perdieron su peligrosidad, surgió simbolizada a través de diversos juegos la fantasía edípica de hacer niños conmigo. Jugábamos a hacer juntos moldecitos de arena —niños— o a mezclar con témpera dos colores primarios para obtener un nuevo color —hijo—. Ya anteriormente en las sesiones había aparecido mucho material del contenido edípico, pero recién en esa época, y a través de los ejemplos mencionados, demostró no sólo sus fantasías sexuales hacia la analista-madre, sino también sus deseos de

¹⁰ Cuando un niño se resiste a venir a las sesiones puede y debe pedirse la ayuda de los padres para traerlo, pero no se puede contar incondicionalmente con esa ayuda. Es necesario que la interpretación resuelva la resistencia. Cf. *El psicoanálisis de niños* de Melanie Klein.

hacer niños con ella. Esto denotaba que Jorge había podido rectificar su concepción de que el coito, y sobre todo aquel que engendraba hijos, era mortal, pudiendo entonces aceptar su propia potencia y deseo de convertirse en hombre.

El hecho de que el análisis fuese interrumpido cuando se había elaborado la muerte del padre, pero no totalmente sus conflictos en relación con la madre, explica que al presentarse una situación similar a la traumática originaria desarrollase Jorge nuevos síntomas. Corroborando esto, uno de los síntomas que no desapareció con su primer análisis fue su alergia a los alimentos lácteos, relacionada con sus problemas frente al pecho. La mala elaboración del primitivo duelo por el pecho sentó la base de sus dificultades para elaborar la pérdida ulterior del padre¹¹, a la que se unieron ciertas circunstancias externas, sobre todo las mentiras de la madre, que le hicieron perder su fe en ella en un momento en que hubiese necesitado su máximo apoyo.

¹¹ KLEIN, MELANIE: “El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos”. *Rev. de Psicoanálisis*, tomo VII, Nº 3, pág. 415.

Por SUSANA L. DE FERRER

Jorge retomó su análisis cinco años después de haber interrumpido su primer tratamiento. Su anterior analista se había ausentado del país, razón por la cual yo me hice cargo de su atención. En el tiempo que distaba entre la terminación del primer tratamiento y la iniciación del segundo habían acontecido hechos muy importantes en la vida del niño. Al haber podido elaborar el duelo por la muerte de su padre en la forma señalada por su anterior analista, Jorge retomó su actividad lúdica, volvió a concurrir a su colegio y mostró una actitud mucho más desenvuelta en la vida.

A los cinco años Jorge comenzó a padecer, sin embargo, de una leve asma bronquial y se acentuó su alergia, ya manifiesta después del primer año de edad, relacionada esencialmente con la ingestión de productos lácteos. De esto ya se habló en el primer historial, a través del cual podemos comprender que, por la interrupción prematura del análisis, no se llegaron a resolver estos trastornos. Concomitantemente, se insinuó la existencia de parásitos intestinales, que traían serias molestias al niño. La madre no pensó que esta sintomatología somática pudiera estar relacionada con los conflictos emocionales de su hijo, por lo cual acudió a un pediatra, quien combatía periódicamente con medicamentos las somatizaciones de Jorge. Es de interés señalar que el padre había sido una persona alérgica, que presentaba reiteradamente accesos asmáticos y que la identificación con el objeto perdido le hacía presentar estos síntomas. Teniendo Jorge 9 años, la madre volvió a casarse. Esto permitió a nuestro paciente sustituir la figura de un tío, quien se ocupó mucho de él después de la muerte del padre, y del cual se habla en el primer historial, por la de un padre que podía hacerse cargo en forma completa de él, siendo además de padre, compañero de la madre y permitiendo así a Jorge renunciar a la exigencia superyoica que sentía en cumplir este papel para el cual, por supuesto, no estaba en condiciones.

Estando la madre en el sexto mes de su tercer embarazo, fruto de sus segundas nupcias, hizo eclosión en el niño una crisis de mal asmático imposible de ser yugulada. Después del fracaso de la medicación, reiteradamente ensayada, y después de haberse hecho uso de hormonas en dosis excesivas, Jorge fue remitido a mí, su segunda analista. Quiero destacar aquí la diferencia que existe entre el asma bronquial y el mal asmático, siendo que el segundo es refiere a accesos bruscos y muy intensivos de disnea, que ponen en peligro la vida del paciente. A través de éstos,

* Fragmento del trabajo leído en la Sociedad de Psicología Médica, Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, en el año 1958, bajo el título "Reelaboración del duelo en un niño de 10 años".



FIGURA 1



FIGURA 3



FIGURA 4

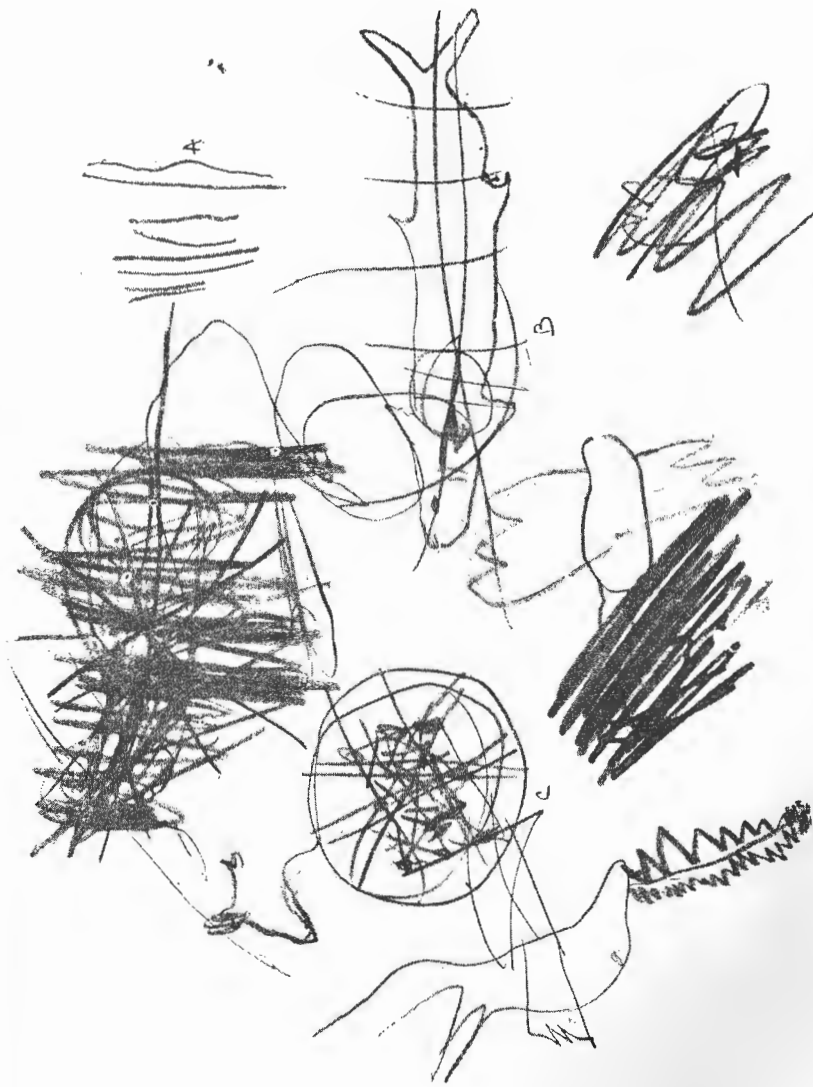


FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8



FIGURA 9



FIGURA 10

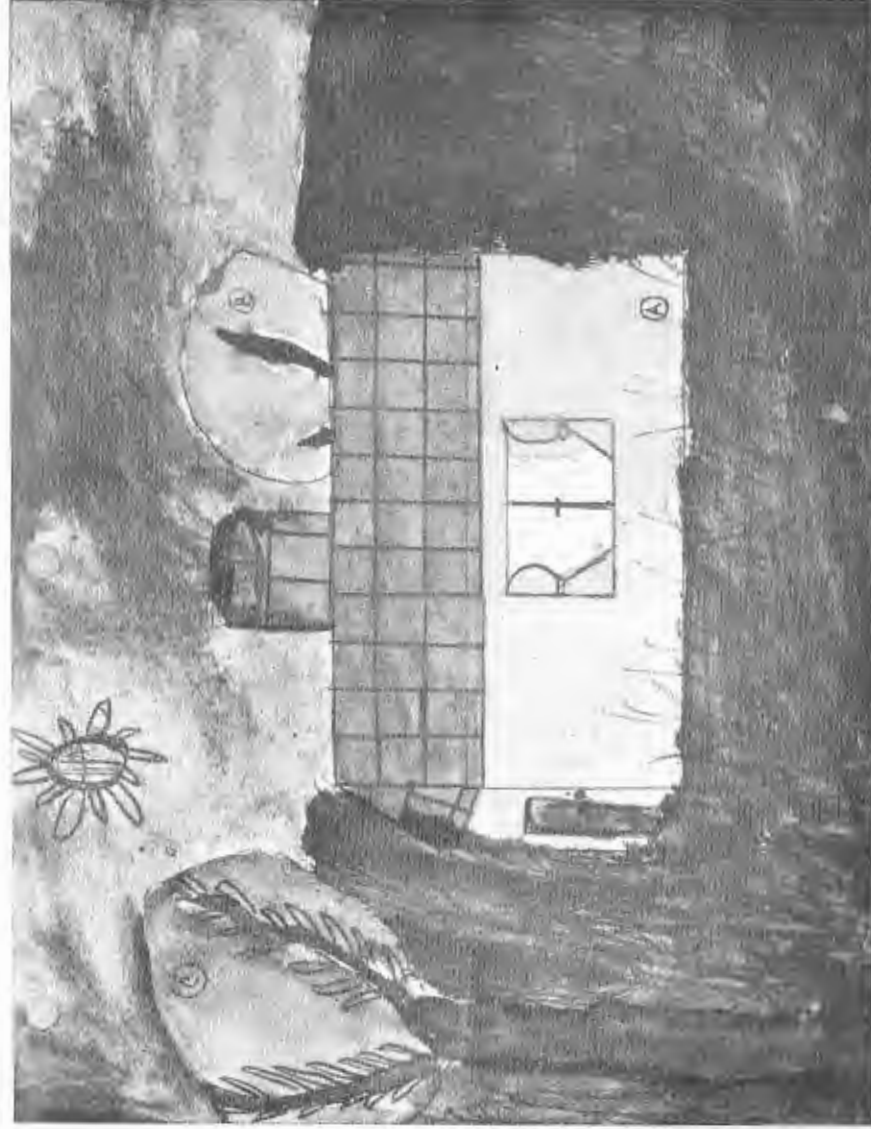


FIGURA 11



FIGURA 12

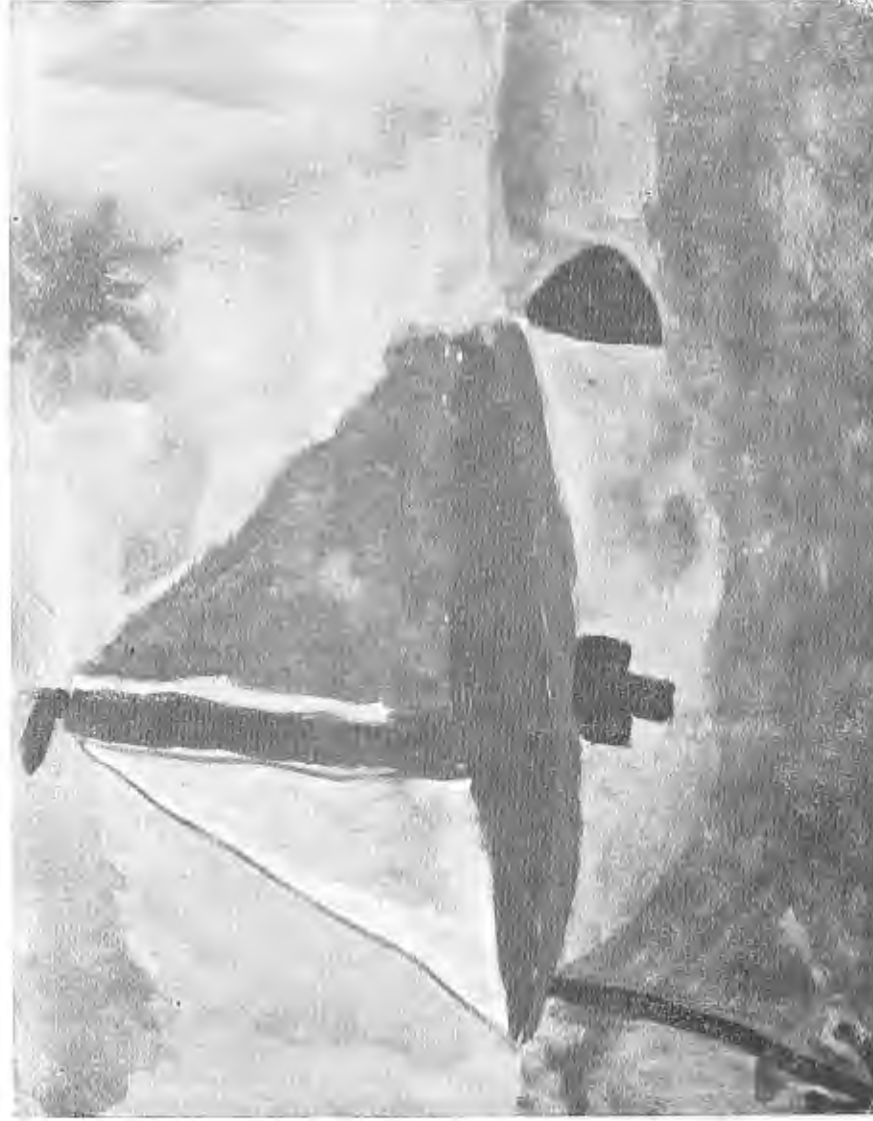
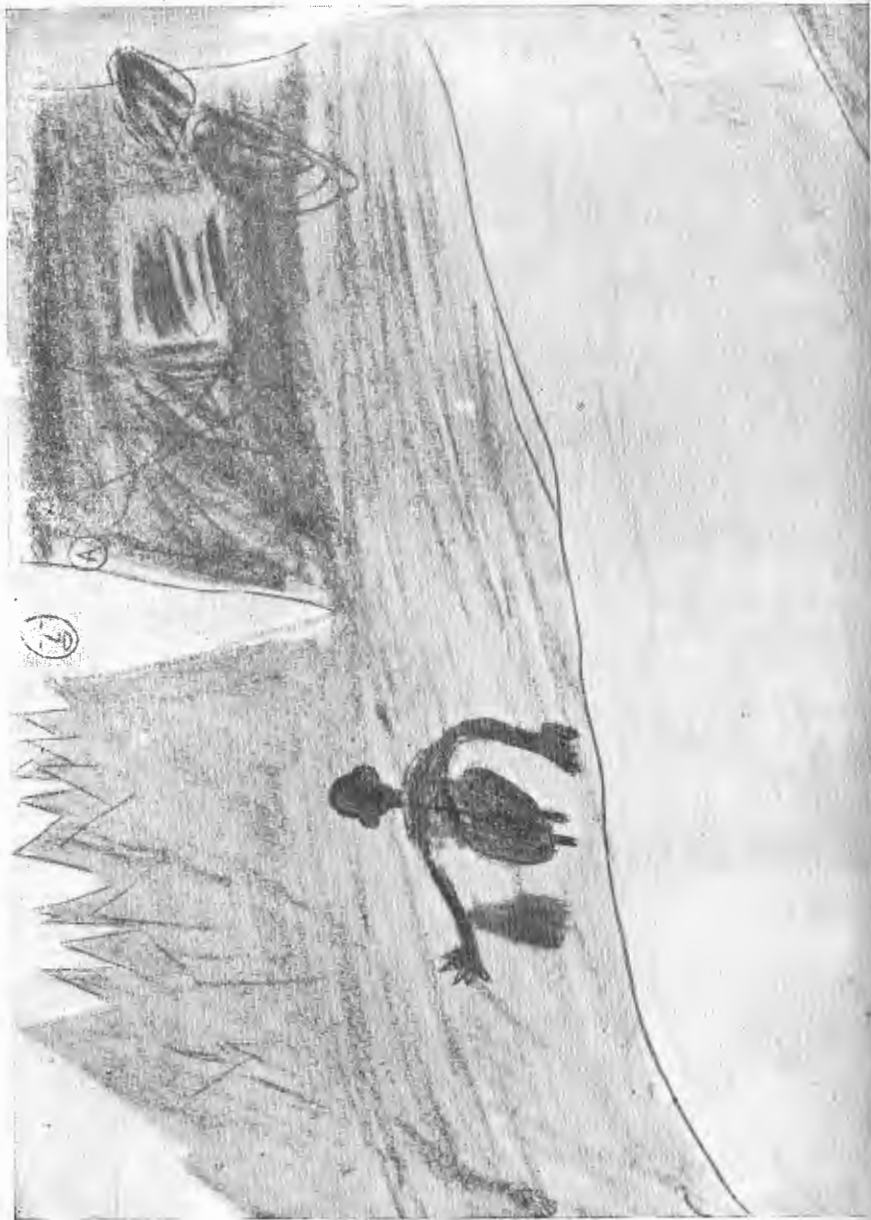


FIGURA 13



Jorge expresaba la exigencia que inconscientemente sentía de tener que seguir el destino del padre muerto.

Ya en la primera entrevista con la madre pudimos darnos cuenta de que la iniciación del mal estado de Jorge coincidía con la época en la cual en el embarazo anterior (seis meses) había fallecido bruscamente el padre. Comprendimos que era la ansiedad frente a la reviviscencia de la tan traumática situación, como también el temor de que esto volviera a ocurrir ahora, lo que llevó al niño a la presentación de la crisis. Resolvimos una rápida e intensiva reiniciación de su tratamiento psicoanalítico, con cuatro sesiones semanales.

Jorge tenía 10 años y cursaba el cuarto grado en el colegio primario. Era un niño de talla mediana, con una expresión un tanto triste, pero despierto y de agradable presencia. Al entrevistarse por primera vez conmigo conocía la finalidad de nuestro encuentro. Grande fue su asombro, sin embargo, y a pesar de haber sido prevenido, cuando se encontró conmigo y no con su anterior analista, de la misma manera en que se encontraba actualmente con un padre que no era el mismo que aquel que vivía durante la primera parte del segundo embarazo de la madre. Comprendimos más tarde, a través del material del niño, que esta situación le hacía inferir dos hechos contradictorios al mismo tiempo. Por una parte, como en este nuevo embarazo y parto de la madre, todo sería distinto de lo que fue en la anterior oportunidad, o sea que ni el padre ni él debían volver a morir. Al mismo tiempo, la evidencia de la ausencia de su primer analista le hacía identificar su destino con el del padre muerto, lo cual reavivaba su dolor.

Su primera hora de juego, que fue al mismo tiempo su primera sesión de análisis, se desarrolló en un solemne silencio que hablaba del contenido latente de aquella. Tomó posesión del cajón de juguetes que le fue adjudicado, según la técnica habitual de juegos. Este contenía los juguetes que se acostumbra incluir para un niño de diez años, habiéndose incluido, además, una pistola, una escopeta, abundantes lápices, témperas y plastilina, por distinguir la madre estos elementos entre sus juguetes preferidos. Frente al cajón abierto por mí delante de él, Jorge mostró una gran desconfianza. Quiero aclarar, a pesar de transcurridos cinco años desde el primer tratamiento, que procedí a abrir el cajón y no a acomodar los juguetes sobre la mesa del consultorio, como lo haría habitualmente en una primera sesión de un niño sin experiencia psicoanalítica. Inconscientemente debe haber actuado en mí, al conocer la historia de Jorge, la convicción de la importancia de esta actitud.

Jorge permaneció sentado en una silla con los codos apoyados en la mesa y me miraba. Al cabo de cierto tiempo le interpreté que los contenidos del cajón, al representar sus propios contenidos internos, pensamientos, fantasías y sentimientos, despertaban en él mucho temor por la

posibilidad de reencontrar recuerdos muy tristes y dolorosos. Sin contestarme, se levantó y dirigiéndose al cajón de los juguetes, tomó posesión de la caja de plastilina, sin tomar en cuenta los demás elementos en él contenidos; reclinó la tapa del cajón como quien no quiere saber nada del resto y comenzó a trabajar con agilidad y decisión; hizo la cara de un hombre al que agregó una barba. Paulatinamente fue agregándole un torso, brazos y piernas, configurando el cuerpo de modo muy rígido al utilizar los ya preformados bastones de plastilina, tales como se presentaban en la caja original.

Fue intensísimo el impacto contratransferencial que esta actividad lúdica tuvo sobre mí, al observar la creación de una figura que sin duda representaba al anterior viejo padre —la barba— para referirse no a su padre actual y vivo, sino a aquel ya muerto, que revivía dentro de él en estas circunstancias tan especiales de su vida. Me abstuve de la interpretación por sentir que aún no era el momento útil para formularla. Aproximándose la hora en que debía terminar la sesión, le señalé que ésta estaba finalizando. Jorge tuvo entonces el impulso de guardar los restos de plastilina dentro del cajón, cosa que efectivamente realizó. Vaciló, sin embargo, frente a la figura de plastilina con una expresión dramática y conmovedora en la cara, como si me preguntara tácitamente: si tendría que volver o no al cajón del cual él lo había sacado simbólicamente; terminó por envolverlo en un papel que sacó del cajón de juguetes —mortaja— y colocó el muñeco así envuelto en éste. Al querer cerrarlo con llave, como es habitual, fue presa, sin embargo, de una gran crisis de pánico, me miró con temor y sus ojos se llenaron de lágrimas. Me dijo: "Me lo llevo." Antes de que yo pudiera formularle la interpretación correspondiente, salió corriendo del consultorio hacia la sala de espera, donde la madre lo aguardaba. Le sacó compulsivamente la cartera, la abrió y colocó dentro el muñequito de plastilina, diciéndole: "Guárdamelo" y "vamos".

Creo que es importante señalar la forma en la cual el niño expresó su latente dolor durante esta primera sesión, que cobró una tan llamativa dramática. Creo que podría haberse interpretado ya en este momento del análisis la necesidad del niño de volver a dar vida a su padre muerto y de negarse a alojarlo en un frío cajón de madera, donde en realidad sabía que ya estaba alojado, y no poder dejarlo solo y tender más bien a encomendar su cuidado a la madre, quien debía alojarlo en la cartera, así como había alojado a sus niños en su vientre, preservándolos de acontecimientos dramáticos y dolorosos.

En la próxima sesión, a la que concurrió con toda puntualidad, trajo el muñeco, siempre envuelto en papel, pero al sacarlo del bolsillo se le desprendió la cabeza. Me miró muy asustado. Le dije entonces que me parecía que él había resuelto ver conmigo lo que pasaba con su padre muerto, ahora, cuando las circunstancias se asemejaban tanto a la oportunidad en que había acontecido la desgracia. Recuérdese que en la

primera sesión de su primer análisis había simbolizado la muerte del padre y el cúmulo de afectos que esto había despertado en él a través de un cisne con la cabeza rota. Aquí conmigo había usado una expresión muy similar para traducirme igual situación y los efectos concomitantes. Dejó desarmado el muñeco y sacó papel, lápiz y témpera, y empezó a dibujar (figura 1).

En esta lámina me mostraba en la parte izquierda tres huertas cerradas (A, B, y C) en paulatino aumento. En la parte derecha aparecen tres árboles (D, E y F) que se suceden en tamaño decreciente. En el fondo de la lámina aparece una casa frente a la cual se encuentran dos molinos de agua, uno totalmente ubicado en la tierra y el otro mitad en tierra y mitad en el cielo; al lado de esta casa vemos otra más pequeña, a la cual está atado un perro que da la espalda a la huerta. El cielo es una estrecha franja celeste que se distingue en el horizonte.

Las huertas cerradas de creciente tamaño representan los tres embarazos de la madre y también el actual embarazo, ya que Jorge podía observar muy bien el paulatino crecimiento del vientre de la madre durante éste. Se reavivaba en él la ansiedad del embarazo anterior, lo que se manifestaba a través del cielo tan estrecho que hablaba de su dificultad respiratoria. El estaba representado por el perrito que daba la espalda a la huerta A (el embarazo más chico o actual de la madre) pero no podía dejar de ver los tres árboles sin hojas D, E y F, que representaban a su madre, a él y a su hermano, así como habían quedado después de la muerte del padre. En el fondo, la casa con los dos molinos de agua representaba a la madre con sus dos esposos en tanto que él, excluido, y representándose como un perrito, se veía atado a una cucha muy chiquita, como aislado de los demás. Obsérvese que los dos molinos de agua se sitúan el uno con su rueda propia, ocupando totalmente el fondo verde, símbolo de vida, en tanto que el otro carece de rueda —otra vez la decapitación evidenciada a través de la cabeza rota del cisne y del muñeco roto de plastilina— y está situado mitad en tierra y mitad en el cielo, donde primitivamente se le hizo creer a Jorge que se encontraba su padre muerto.

La insistencia de Jorge en localizar el trauma en la cabeza, nos llevó a revisar los datos anamnésicos obtenidos, antes de iniciar el primer tratamiento como también antes de iniciar el segundo. La madre había señalado en ambas oportunidades que el padre había fallecido bruscamente de un síncope cardíaco. Pudimos comprobar que esto constituía un modo de expresión para traducir una muerte brusca, en tanto que en la realidad se había producido un ictus con una hemorragia cerebral fulminante¹².

¹² Es una confirmación más de que los niños perciben todo cuanto pasa a su alrededor. La madre había hablado de un ataque cardíaco, pero en el material del niño la lesión mortal era en la cabeza, lo que fue luego confirmado por el médico.

La contestación a las interpretaciones formuladas durante esta sesión fue el dibujo realizado en la segunda (figura 2). En esta lámina se representa un campo. En el centro una figura masculina, que representa un segador con una hoz en su mano derecha. A la derecha del mismo una parte de un montículo de paja (A) atado y cortado. A su izquierda un montículo de paja aparentemente no concluido y sin atar. El cielo es mucho más amplio que en la lámina anterior.

Pudimos interpretar en esta lámina la figura del padre dividida en dos partes. La derecha con la hoz —guadaña— simbolizando la muerte —padre muerto— y la izquierda, mucho más débil y finita que la primera, representando a su padre actual. Ambas figuras habían retomado vigor en él y podía ocuparse de ellas, ubicado como estaba entre sus dos análisis, representados por los dos montículos de paja, el A, interrumpido pero concluido y atado. El B, recién iniciado. El cielo se mostraba ya mucho más amplio que en la primera lámina, hecho que coincidía con la realidad de la disminución de sus accesos asmáticos —se había suspendido toda medicación—.

Su análisis prosiguió con la elaboración del duelo de su padre real muerto, y en la medida en que hacía consciente la ansiedad que en él despertaba el embarazo de la madre y la revivencia de la situación traumática, la sintomatología asmática desapareció totalmente. Diez días antes de la fecha anunciada para el parto de la madre, o sea casi tres meses después de iniciado el tratamiento conmigo, Jorge hizo el siguiente dibujo (figura 3). En él vemos un edificio de seis pisos que está en llamas (A), al lado otro edificio de seis pisos apenas insinuado (B) y del otro lado de A, un negocio, sombrerería, que contiene dos vidrieras y una imagen femenina en el centro (C). Un sol bastante radiante ilumina esta parte del dibujo. La calle (D) se ve transitada por una ambulancia (E) y un camión de bomberos (F), que acuden ambos hacia el edificio en llamas.

A través de esta lámina se puede comprender que el edificio de seis pisos representa los seis meses del embarazo de la madre, momento en el que se produjo la fijación a la situación traumática, la muerte del padre. El edificio estaba en llamas hablándonos de la inminencia del próximo parto, que en efecto aconteció al día siguiente, diez días antes de lo esperado. Frente a la alarmante circunstancia, Jorge hacía acudir la ambulancia de la cruz roja y el camión de bomberos. La escala de éstos coincidía también con la escalera que Jorge trataba de obtener en su anterior tratamiento cuando, colocando sillas sobre la mesa trataba de tomar el cielorraso, expresando su deseo de llegar hasta el cielo, donde creía que se alojaba su padre. En la parte del dibujo en la que arde el edificio, el cielo es nuevamente estrecho, manifestando su ansiedad respiratoria. No así en la mitad ocupada por la sombrerería —tratamiento psicoanalítico—. Muy a menudo el sombrerero o la sombrerera, como el

peluquero o la peluquera, simbolizan en sueños y juegos al psicoanalista, ya que éstos también se ocupan de la cabeza. Las vidrieras, así como los montículos de paja de la figura 2, representaban sus dos tratamientos psicoanalíticos, el de la derecha cortado, el de la izquierda pegado a su actual situación, la inminencia del parto. Ambos realizados por analistas mujeres, como lo pone de manifiesto la figura femenina del centro, mirando al pasado —su anterior tratamiento—. El cielo en esta parte del dibujo, aunque sombrío, lleva un gran sol que representaría el calor transferencial que en estos momentos siente en relación conmigo, pues al analizar sus ansiedades de muerte lo estoy ayudando a obtener un espacio de aire más amplio o sea una mayor capacidad respiratoria, así como ocurrió en su tratamiento anterior.

Un día después de la realización de este dibujo la madre dio a luz. Nació una niña que fue bien acogida por Jorge, quien no respondió con síntoma orgánico alguno al trascendental acontecimiento. Tal como se señaló en el anterior historial, Jorge seguía, sin embargo, susceptible a la leche, frente a la cual reaccionaba con alergia y cuya ingestión le era totalmente prohibida. Reforzada por la lactancia de la hermana, esta situación empezó a movilizarse cuando muy poco tiempo después del nacimiento de ésta hizo el siguiente dibujo (figura 4).

En esta lámina vemos una sucesión de montañas, verdes en sus valles y áridas y desnudas en sus picos. El cielo sombrío y nuevamente bastante estrecho alberga un sol triste y apagado. A través de las asociaciones que Jorge daba al dibujar esta lámina, contándome las horas en que lloraba y mamaba su hermana, de la forma en que lo hacía, del modo en que la madre la tenía, y de las suposiciones que él hacía en relación con su propia lactancia en que, según él, no habría habido succión de un pecho sino que más bien habría tomado directamente con la cuchara y la taza, pude comprender que las montañas representaban los pechos de la madre, los que se brindaban actualmente a su hermana. El revivía sin embargo su propia lactancia como una vivencia muy frustrante, expresada a través de las cimas áridas —Jorge había mamado solamente tres meses, y lo había hecho mal, ya que no podía satisfacer su hambre por tener la madre muy poca leche—. Además el color de esas cimas demostraba que su fantasía inconsciente era que esos pechos estaban llenos de caca y por ello eran tan tóxicos para él. Esto explicaba su persistente alergia a la leche. El sol, aunque pálido y sombrío, demostraba la esperanza de que el análisis modificara esta vivencia íntima.

Interpretada la situación en los términos más arriba mencionados, modificó la actividad lúdica y el dibujo fue reemplazado por juegos con agua, engrudo y otros elementos líquidos y pegajosos.

El análisis de Jorge continuó en forma muy satisfactoria, y se vio que lentamente el significado de los juegos que tendían a representar la leche materna expresaban también la ansiedad frente a sus propios cambios

corporales, a su masturbación, a su pene y a sus fantasías genitales. La fantasía de que pronto podría fluir leche de su propio cuerpo, de su pene, y que de esa manera reemplazaría la vivencia frustrante de su más temprana infancia en relación con la lactancia, parecía tranquilizarlo. Al año de iniciado su tratamiento, libre de asma y alergia, habiendo aumentado más de seis kilogramos de peso, y suministrándosele una dieta sin restricción, Jorge empezó a dibujar del modo que ilustran las figuras 5, 6, 7 y 8.

En ellas aparecían claramente elementos que representaban los caracteres genitales. En la figura 5, los palos (A), el pescado (B) —típico símbolo fálico— cruzado de rayas, que igualmente aparecen en el círculo (C) y el dibujo (D) de esta misma lámina.

En la figura 6, las serpientes (A y B) símbolos del pene con su lengua sacada o sea con el glande descubierto, como también el caracol (C) con sus dos casillas simbolizando los dos testículos y el cuerpo emergido como el pene capaz de cambiar de tamaño, y la golondrina (D), tienen idéntico significado. También aparecen rayas entrecruzadas en diferentes partes del dibujo, representando la fantasía de los incipientes pelos que constituían su barba y su vello pubiano.

En estas figuras se aprecia claramente la preocupación de Jorge por la aparición de sus caracteres sexuales secundarios: cambio de voz, crecimiento del pene, aparición de esperma, de la barba, del vello axilar y pubiano. Jorge tenía 11 años.

En la figura 7 se repiten en los sectores A y B los puntos y las rayas, con igual simbolismo que en las figuras anteriores, pero se agrega el uso de las acuarelas, elemento líquido que representa su anhelada y al mismo tiempo temida leche. En el sector C de la lámina expresa la ambivalencia frente a la permisividad de estos cambios, a través de las palabras "MALBIENMABIEN", expresando la duda de que si estaba mal o bien que él tuviese estos cambios, y al mismo tiempo preguntándonos si le era permitido elaborar su dolor de no haber recibido bastante leche, a través de tenerla ahora en su propio organismo.

La figura 8 muestra, como las anteriores, elementos que podrían muy bien representar una simbiosis de los pechos de la madre (A y B) con la imagen de su propio pene emergiendo del vello pubiano (C). Una magnífica ilustración de los vestigios de la fase genital previa.

Las dudas con respecto a la permisividad de ser hombre culminaron su expresión gráfica en la figura 9. En ésta representa a un soldado (A) con su uniforme y "adornos" (B) provisto de un sable (C) que le pende de la cintura. Esta figura está cruzada en la parte inferior del cuerpo por el calco de una pistola (D) cuya punta no llegó a entrar en el marco del papel —pene circunciso—. El niño designó al personaje dibujado, verbalmente, con el nombre de Napoleón Bonaparte, a pesar de lo cual indicó con una larga flecha (E) el nombre de "Napoleón Malaparte", mostrando a través de este acto fallido que censuraba esta parte del dibujo, la mala

parte, la parte izquierda, con tan manifiesto contenido fálico —sable, pistola, flecha—.

En el dorso de esta lámina (figura 10) dibujó caras sin barba (A) y con barba (B), lo mismo que golondrinas grandes (C) y golondrinas chicas (D), dibujos que hablan de sus ansiedades frente a las fantasías de cambios en el esquema corporal.

Este material fue explícitamente interpretado, y una lámina resultante del efecto de las interpretaciones y su concomitante elaboración de los conflictos es la figura 11. En ella vemos una casa (A) muy diferente a la cucha del perro de la figura 1 que allí lo representaba. Un cielo amplio, signo de libertad respiratoria, ventanas transparentes aunque cerradas y bien ubicadas, y lo más significativo, una chimenea que despedía humo, demostraban su mayor equilibrio y capacidad de comunicación con el mundo exterior, tanto a través de la comunicación verbal como respiratoria. Nuevamente el sol representaba su situación transferencial conmigo. Los dos árboles (B y C) representaban al padre muerto (el árbol B) cuya figura solamente se dibuja en el cielo, y su padre actual (el árbol C). También los dos árboles representaban los dos tratamientos psicoanalíticos: el primero (B) ya pasado, y el segundo (C) actual.

Siguieron sesiones que ponían de manifiesto el alivio de las ansiedades de Jorge. Así lo muestra la figura 12. El cielo amplio, un sol luminoso, ubicado entre dos nubes blancas, con paisaje de montañas y agua en el que cada elemento ocupaba el lugar que le correspondía, así lo demostraban.

Acallada la sintomatología orgánica y encaminado el niño hacia una escolaridad satisfactoria, buen contacto con los amigos, etc., la madre creyó nuevamente conveniente la interrupción del tratamiento después de un año y medio de análisis, así como había ocurrido también prematuramente en el tratamiento anterior. Al enterarse Jorge de esta decisión, fue presa de una gran ansiedad. En una ilustración expresó su conflicto y la forma en que pensaba solucionarlo, al hallarse incapaz de cambiar el rumbo de la decisión implacable de la madre (figura 13).

El velero lo representa con sus velas, o sea sus dos tratamientos psicoanalíticos. El mástil es su pene erguido, signo de su potencia y equilibrio, el ancla demuestra, sin embargo, que la brusquedad de la interrupción lo llevó a quedar amarrado a mí, porque su vínculo transferencial no ha sido suficientemente resuelto como para permitir un buen desprendimiento. Jorge enfrentó a la madre, la cual repetía en la interrupción de ambos tratamientos la brusquedad con que había acontecido la muerte del padre, pero al no poder obtener la prosecución de sus sesiones él mismo convino en mantenerse en contacto periódico conmigo, y me exigió que mantuviese su cajón de juego en igual estado en que él lo dejaba al separarse de mí.

Un año después de interrumpido el tratamiento y sin que volvieran a aparecer los síntomas que motivaron su iniciación, Jorge me llamó por teléfono, pidiendo una entrevista. En su transcurso dibujó y coloreó la

figura 14. Estaba frente a la duda con respecto al colegio en el que debía rendir su examen de ingreso para entrar en el ciclo secundario. En el fondo del dibujo, como tantas veces, sus dos tratamientos psicoanalíticos; entre ambos, un sol apagado por la prohibición de continuar en sus relaciones conmigo. El, representado por la figura humana del dibujo con un aspecto muy afeminado y dos grandes manos, una de las cuales, aparentemente amarrada y en actitud de detener, se hallaba frente a un agua infranqueable con un aspecto de gran desesperanza. Según pudimos comprender a través de las asociaciones, expresaba la molestia por la interrupción de su análisis y el dolor que le provocaba sentir que de alguna manera al acercarse a la enseñanza secundaria dejaba de ser un niño y debía aceptar su mayor separación de la madre, para poder hacerse cargo de los atributos masculinos propios de la adolescencia. En las asociaciones que daba, en la medida que fue dibujando, al hablarme de sus estudios, del cambio de colegio, de su análisis conmigo, al que consideraba verde todavía, como lo indica el montículo (A) con el árbol (B) apenas insinuado en su raíz, pudimos comprender que él como yo considerábamos el tratamiento prematuramente interrumpido, seguramente por situaciones inconscientes de la madre, que no pudimos llegar a comprender; es llamativo que en ambos tratamientos el niño fue retirado al año y medio de haberse iniciado éstos.

De todos modos, pienso que Jorge ha conseguido a través de su segundo tratamiento psicoanalítico un pasaje a una etapa mucho más madura de evolución y que en el momento de su interrupción privaron las ansiedades depresivas sobre las ansiedades paranoides, como lo podemos ver en el último dibujo (figura 14).

Quisimos hacer lo más gráfica posible la exposición de este caso clínico, en el que pasamos de la reelaboración del duelo a la resolución de su sintomatología orgánica tan angustiosa —alergia y asma— y a una aceptación de la pubertad y por consiguiente a una relación mucho más integrada con el mundo exterior e interior. Los éxitos escolares se mantuvieron estables y las crisis asmáticas no se repitieron. Esto fue comprobado por el material suministrado por la madre en un “grupo de orientación de madres” en el que se encontraba. Se hizo evidente también qué difícil le resultaba aceptar las mejorías del hijo. Era frecuente —por ejemplo— que iniciase las sesiones señalando que su hijo estaba igual, y si las otras integrantes del grupo o la terapeuta la interrogaban sobre los síntomas, solía contestar: “Bueno, igual no, pero ayer estornudó”. Si la presionaban para que explicase por qué negaba la mejoría, repetía a veces: “Asma no ha vuelto a tener, y está mejor, pero en cuanto tose una vez me parece que le vuelven los síntomas”.

Uno de los conflictos que planteó fue su dificultad en aceptar la virilidad y el crecimiento de su hijo, y pienso que no pudo ser casual que interrumpiera el tratamiento alegando dificultades económicas, en momentos en que las tendencias genitales de su hijo se afianzaban.

XI. Fragmentos de historiales

Marta

Los padres de Marta, de 4 años, consultaron a una analista¹ a causa de la enuresis y de los trastornos del carácter que presentaba su hija. Señalaron que era muy desobediente, que no toleraba frustraciones y no podía soportar a las personas desconocidas, escondiéndose de ellas o manifestándoles su agresión. Tenía tendencia a comportarse como un bebé exigiendo que su madre la trasladara en brazos de un lugar a otro. Tenía además excesivo pudor en mostrar sus pies y sus genitales. Por todos estos motivos se decidió someterla a un tratamiento.

Durante los primeros meses no quiso separarse de su madre y se tuvo que interpretar mientras la niña permanecía sentada en la falda de ésta, dándole la espalda al terapeuta. Como no hablaba ni jugaba las interpretaciones se basaron solamente en los movimientos y cambios de posición, y Marta reaccionaba enroscándose e inmovilizándose progresivamente hasta terminar en una actitud fetal. El síntoma principal —su rechazo del mundo— se hizo evidente en su rechazo del terapeuta y a sus interpretaciones y se defendía frente a éstas acurrucándose en el regazo de su madre, adoptando la posición de feto.

Al mes de tratamiento cuando ésta entró en el consultorio anunció a la terapeuta que había hecho un pacto con su hija y que la niña había prometido entrar sola en las próximas sesiones. Inmediatamente después de este comentario de la madre, Marta se acercó a ella, apoyándose en sus brazos, con la cabeza y oscilando hacia abajo como si fuera a dar con ella contra el suelo. Se le interpretó este movimiento como una fantasía de nacimiento, de desprendimiento, de separación de la madre.

Entrar sola en el consultorio equivalía a perderla como al nacer. Mientras escuchaba la voz de la terapeuta se acurrucó nuevamente en la madre. Se le interpretó entonces que la voz era algo del mundo exterior que la ponía en la realidad que ella tanto temía. No podía soportar separarse de la madre y volvía por eso a introducirse en ella; aceptar la voz humana hubiera sido aceptar la existencia de un mundo exterior.

Esta misma situación se repitió con algunas variantes. Por ejemplo: dio algunos pasos por el consultorio buscando tocar las cosas con los pies, e intentando por momentos un contacto con la terapeuta dirigiéndolos

¹ Mercedes G. de Garbarino.

hacia ella. Cuando le interpretó su deseo de conectarse, volvió a subirse a la falda de su madre y se acurrucó como al principio.

Durante un mes más, no obstante las interpretaciones señaladas y el propósito consciente de entrar sin su madre en el consultorio, Marta no pudo hacerlo. Frente a este hecho la terapeuta decidió adoptar la técnica de forzarla a entrar sola en el consultorio sabiendo que provocaría un monto de ansiedad equivalente al del nacimiento, cortando de este modo el cordón que la unía a la madre². Esta medida, tal como lo hemos señalado, fue anunciada a la madre y a la hija, advirtiéndoles que se cumpliría en la próxima sesión.

Describiremos ahora la reacción de Marta frente al anuncio de la separación y luego como actuó frente a la separación misma.

Cuando la terapeuta le señaló que en la próxima sesión debía entrar sola en el consultorio, la niña reaccionó con gran angustia. Repitió entonces los movimientos realizados cuando la madre comunicó que Marta había aceptado entrar sin ella.

La analista comprendió que durante esos dos meses previos ella, la paciente y la madre habían eludido afrontar la angustia del nacimiento. Actuando en cambio activamente, separando a Marta de la madre y llevándola sola al consultorio —mundo— cortaba bruscamente el cordón repitiendo la maniobra del partero, que había actuado así cuando hizo nacer a Marta. Esta había nacido con una doble circular de cordón alrededor del cuello y por debajo de los brazos, por lo cual debió cortarse el cordón antes de salir la niña totalmente al exterior. Este corte, al imponerle el mundo antes de estar biológicamente preparada para ello, contribuyó a sus dificultades en la adaptación a la vida postnatal.

Relataremos ahora cómo dramatizó su nacimiento al anunciar el terapeuta la medida técnica señalada. Desde la posición ya descripta, hecha un ovillo en la falda de la madre, sacó lentamente un pie y extendiendo la pierna lo llevó hasta el suelo, y luego hizo lo mismo con la otra. Dejó caer lentamente su cuerpo quedando sólo su cabeza sostenida entre las piernas de la madre, succionando y chupándose sus ropas. Mientras Marta realizaba con mucha lentitud este movimiento la terapeuta interpretó paso a paso su nuevo nacimiento y que ahora su primer contacto lo efectuaba con los pies, buscando con ellos acercarse a la terapeuta, y que esta forma de vinculación por los pies y no por la boca le permitía seguir unida a la madre. Basó esta interpretación en la actitud que Marta había tenido con su madre durante todo ese primer período en el cual mientras permanecía sentada y acurrucada en su falda, se chupaba o mordía los dedos, o dos prendas de su madre: un botón —el ombligo— o el extremo del cinturón —el cordón umbilical—. Manteniéndose por la boca el vínculo con la madre podía buscar y explorar el mundo exterior a través de otras

² Cf. capítulo VIII.

zonas. En el momento en que terminó la interpretación y la voz del terapeuta desapareció, Marta se incorporó y se ubicó otra vez en la falda de su madre. Al interpretar nuevamente, reapareciendo así la voz, la paciente reinició el movimiento descripto. Se le interpretó que estimulada así por el anuncio de la separación mostraba a la terapeuta que necesitaba una ayuda más directa para lograrla, y que la voz debía realizar el trabajo de un partero y también asegurarle el alimento incondicional —voz leche— que necesitaba recibir para desprenderse de la madre. El permanecer colgada de ésta por la cabeza, posición que se volvió a dar con más claridad en sesiones posteriores, le fue interpretado en dos sentidos: quedar unida a ella y repetir lo que sintió cuando, a pesar de empujar, no pudo salir del vientre, sintiéndose de ese modo retenida por el cordón. En la sesión siguiente, ya separada de la madre, Marta se colgó del respaldo de un sillón, sosteniéndose con sus brazos y balanceándose sin llegar a desprenderse, simbolizando otra vez lo que vivió cuando el cordón la oprimía, impidiéndole separarse de la madre-sillón.

En la segunda sesión y después del corte simbólico, permaneció pegada a la puerta mientras gritaba, lloraba, se chupaba y mordía los dedos, babeándose como un bebé. La mucosidad que le salía de la nariz y que dejaba caer hasta su ropa y dedos, sin intentar desprenderse de ella, hizo que terminase la sesión envuelta en una mezcla de saliva, mocos y lágrimas que cubrían sus vestidos, manos y cara. Parecía querer así recuperar todas las sustancias que la habían envuelto dentro de la madre.

Se interpretó que la terapeuta cortando el cordón la había sacado del vientre de la madre, como cuando estaba dentro de ella, y que en un desesperado intento de negar esa separación se aferraba a la puerta del consultorio como si ésta fuese su madre.

En la sesión siguiente, habiendo ya disminuido la ansiedad, Marta intentó darse vuelta y mirar a la terapeuta. No pudo hacerlo. La miró sólo de reojo, volviéndose hacia la puerta y tratando de abrirla. Se le señaló su dificultad de mirar a la terapeuta y a todo lo que la rodeaba, porque se sentía como una recién nacida que teme lo desconocido.

En el consultorio hay un pequeño umbral de mármol junto a la puerta, siendo el resto del piso de madera. Marta colocó un pie sobre el pequeño mármol, lo tuvo allí un largo rato y luego puso el otro, alterando el contacto de cada uno de ellos con el mármol hasta llegar a colocar uno delante del otro, única forma en que los dos podían pisarlo al mismo tiempo. Haciendo estos movimientos, aunque seguía pegada a la puerta —madre—, se enfrentaba con el consultorio —mundo exterior—. Sacó luego uno de sus pies y rozó apenas el piso de madera, volviendo a colocarlo sobre el mármol y después de varios intentos, apoyó totalmente el pie en la madera. Se le interpretó que estaba tanteando al mundo exterior y a su terapeuta y que necesitaba hacerlo de a poco porque tenía mucho miedo. El frío del mundo exterior estaba simbolizado por la frialdad del

mármol. En la realidad este mundo exterior fue poco acogedor con Marta por las características del parto que hemos señalado y porque los primeros contactos con su madre fueron malos. Después de interpretárselo se puso de pie, apoyó contra la puerta la cabeza y miró hacia el techo, recorriendo lentamente con la vista la parte alta de las paredes y el cielorraso.

Trataremos de expresar lo que era para Marta la fantasía inconsciente de enfermedad y cómo había condicionado su síntoma: el retraimiento del mundo. A causa del trauma de nacimiento y de sus primeras experiencias negativas con el mundo, todo cuanto significase nacimiento provocaba en ella miedo al rechazo y a lo desconocido.

La madre recordó en esa época que nunca había tomado a Marta entre sus brazos. Solía dejarla llorar y en una oportunidad, cuando tenía ocho días, permitió que su hija llorara toda una noche sin acudir a calmarla. Recordó también que la lactancia se prolongó hasta los 18 meses y que al nacer su hermano, Marta fue destetada y sacada del dormitorio de sus padres. En ese período empezó a caminar y tenía tendencia a caerse. Sufrió además de pérdidas del conocimiento a las que nunca se encontró una causa orgánica.

Durante el tratamiento repitió con la terapeuta todas estas dificultades, pero como al exponer este material me interesaba mostrar en especial la forma en que Marta simbolizó el trauma de su nacimiento, me he limitado a relatar los fragmentos de sesiones en los que éste se hizo más evidente. Quiero, sin embargo, destacar que en el material posterior se vio que la situación inicial de chupar el botón —ombligo— y el cinturón —cordón— de su madre, era mantener con ella un vínculo oral y con la terapeuta uno genital, disociando la imagen de la madre en una madre —pecho— la madre real y una madre genital —la terapeuta—. El pie simbolizaba el genital masculino fantaseado mediante el cual buscaba unirse a la madre genital —terapeuta—.

Esto nos permitió comprender uno de los síntomas señalados por los padres, el excesivo pudor frente a sus genitales y sus pies.

Daniel

Daniel, de cuatro años y diez meses, fue traído al tratamiento³ por sus trastornos de conducta y pavor nocturnos. Tenía tendencia a somatizar y al año y medio, durante un episodio febril, tuvo convulsiones acompañadas de ausencias. A la entrevista inicial vinieron ambos padres; dijeron que fue un hijo deseado pero que la madre estuvo muy ansiosa durante los nueve meses y temió no poder engendrar un hijo sano. Nació con fórceps después de un parto con anestesia prolongada y complicado con una circular de cordón. Lo pusieron al pecho a las 48 horas. Se-

³ Con Jorge Rovatti.

ñalaron que el niño estaba ávido de mamar, pero como la madre tenía muy poca leche le tuvieron que completar la alimentación con mamadera.

La dentición fue a los 7 meses y medio, a los 11 comenzó a caminar mostrando en un principio tendencia a caerse.

Al año y 8 meses había logrado el control de orina y materia fecal pero recién a los 2 años y 5 meses consiguió el nocturno de materia fecal.

Cuando tenía un año los padres hicieron un viaje de un mes al extranjero no comunicárselo a Daniel por considerarlo demasiado pequeño. En esa época articuló su primera palabra, que fue su propio nombre.

Al año y medio lo anotaron en un jardín de infantes, pero no pudo concurrir porque se enfermó. Cuando tenía tres años sufrió una caída que le produjo la rotura de dos dientes y esto coincidió con un nuevo embarazo de la madre, surgiendo en esa época dos episodios de sonambulismo que se sumaron a sus pavor nocturnos.

Después de la primera entrevista con los padres se decidió el tratamiento psicoanalítico a razón de cuatro sesiones semanales.

En este caso también nos limitaremos a exponer parte del material de una sesión en el que apareció como tema central el trauma de nacimiento.

Previamente sus juegos se habían centrado alrededor de sus fantasías frente a la escena primaria y al embarazo. Después de la interpretación de toda esta situación, Daniel se dirigió hacia un placard del consultorio que habitualmente se mantiene cerrado, y expresó sus deseos de abrirlo. El terapeuta, comprendiendo la necesidad del niño de incluirlo en su juego como elemento de simbolización, aceptó abrirlo. Entonces Daniel entró en el placard y le pidió primero que cerrase la puerta de éste y luego la abriese.

Al hacerlo lo encontró sentado, con los ojos cerrados, en cuclillas y con los brazos cruzados sobre el pecho, en posición fetal. Le interpretó entonces, basándose en material anterior que no transcribimos por las razones ya expuestas, que frente a todos los peligros y miedos que sentía, necesitaba volver al interior del terapeuta-madre-placard como cuando había estado dentro de mamá antes de nacer, pero pudiendo ahora ordenar que la puerta se abriese y cerrase de acuerdo con sus deseos. Intentaba así elaborar la situación traumática circular de cordón y fórceps.

A continuación Daniel tomó un ovillo de hilo que había dentro del placard y preguntó si podía usarlo. Se le interpretó que necesitaba volver a establecer con el terapeuta el vínculo que lo había unido a su madre mediante el cordón umbilical-ovillo de hilo. Pidió entonces que el analista cerrase nuevamente la puerta del placard, pero cuando éste empezó a hacerlo, Daniel tuvo una crisis de ansiedad y dijo: "A ver si después no podés abrir" —agregando— "cuando es la hora, ¿puedo salir?"

Tomó luego una sartencita de lata —placenta— y retorció el mango —cordón— de tal modo, que le dio el aspecto que toma el cordón umbilical después del nacimiento.

Siguió retorciendo el mango y dijo: “cuando todo esté retorcido es la hora y que no se vea nada de luz”. Se le interpretó que en el momento en que estaba por salir de la barriga de su madre el cordón se retorció —circular de cordón— y no lo dejó nacer —no ver la luz—. Después de señalado esto Daniel tomó el ovillo de hilo y dijo: “Este era, ¿me atás?”, y el terapeuta interpretó que necesitaba ahora recuperar ese cordoncito, pero sin repetir la situación traumática originaria —circular de cordón— y la retención consecuente, rectificándola así a través de su análisis.

En la próxima sesión Daniel volvió a simbolizar el cordón umbilical pero a través de un nuevo elemento. Utilizó un chicle que estiró y retorció de un modo similar al mango de la sartén, después de lo cual se lo comió. Por medio de este acto expresó su necesidad de separarse de la madre cortando el cordón con los dientes —comerlo— y a la vez mostró su necesidad de introyectarla para poder separarse de ella en la realidad.

Diego

Diego es un niño de 9 años y aspecto agradable; hijo del medio de un matrimonio joven, aparentemente bien avenido, nació en el octavo mes de embarazo, y el parto fue rápido. Los padres no recordaban cuánto tiempo después se prendió al pecho y dijeron que la lactancia materna duró hasta los siete meses, con la ayuda de una mamadera. Al principio se resistió a la alimentación sólida, aceptándola luego sin mayores problemas.

Comenzó a caminar a los 17 meses, mostrando dificultades en la coordinación de los movimientos y recién a los tres años su marcha fue normal. También habló muy tarde, pronunciando las primeras palabras a los cuatro años. Cuando tenía 6, siendo su rendimiento intelectual muy bajo, me consultaron para ver si confirmaba el diagnóstico de oligofrenia que se le había hecho. Luego de una prolija exploración del niño, lo descarté y aconsejé un tratamiento psicoanalítico que se inició inmediatamente. Duró un año y medio, a cinco sesiones semanales, viéndose forzado a una interrupción porque el terapeuta se ausentó a otro país.⁴ Los progresos en este primer análisis fueron muy notables, no así en los dos siguientes, que se interrumpieron por distintos motivos y durante los cuales se mantuvieron, sin embargo, los logros del primer tratamiento. Poco antes de iniciarse este último análisis, del que expondré algunos fragmentos donde se simbolizaba el trauma de nacimiento, los padres me consultaron nuevamente. Habían anunciado a Diego que se irían al extranjero por dos meses y desde este momento comenzó a retroceder tanto en su aprendizaje escolar como en la adaptación al medio. Los fragmentos que

⁴ Emilio Rodríguez.

transcribiremos corresponden a las dos primeras sesiones del cuarto tratamiento, que se inició inmediatamente después de la entrevista que tuvieron conmigo, en la que comprendieron que Diego había ligado el viaje de su primer terapeuta —que fue un abandono definitivo— con el que ellos iban a realizar en ese momento. Les recordé también que cuando se interrumpió el primer análisis se dijo al niño que el terapeuta volvería, aceptando los tratamientos que le siguieron en forma transitoria, y que cuando la ausencia fue definitiva nadie se la esclareció. Esto explicaba su temor actual a que el lapso de dos meses anunciado se transformase también en una ausencia definitiva.

Me señaló el terapeuta⁵ que en la primera sesión Diego evidenció un gran rechazo a establecer una nueva relación transferencial; la desconfianza habitual al comienzo de cualquier tratamiento se vio reforzada en él por las sucesivas pérdidas y fracasos. Habiéndole señalado todo esto con el máximo detalle, así como su angustia ante el próximo viaje de los padres, en la segunda sesión Diego expresó que aceptaba separarse de sus padres y reprodujo el trauma de nacimiento. Dijo que en una playa, de la que ya había hablado al comienzo de la sesión, iba bajando en bicicleta y el vehículo comenzó a descender vertiginosamente no pudiendo frenarlo; las ruedas giraban muy ligero y tuvo que esquivar unas plantas que había en el camino, dando algunas vueltas, para finalmente caerse sobre el pavimento. Mientras relataba esto último movió primero su cabeza y luego el cuerpo, haciéndolo girar con movimientos rotatorios sobre sí mismo. Recordemos que Diego nació en el octavo mes del embarazo, que el trabajo de parto fue muy rápido; el partero —según versión de la madre— le dijo que: “Casi el chico se le cae al suelo.” El material asociativo de la sesión y la acotación histórica justificaron ampliamente la interpretación del terapeuta: Diego expresaba su nacimiento vertiginoso que vivió como una caída desenfrenada y terminó en un golpe. La rotación dentro del canal del parto la simbolizó en la descripción de las vueltas que daba con la bicicleta, mientras la dificultad para pasar entre las plantas simbolizaba el pase entre el vello pubiano materno. El vértigo producido en el feto al rotar dentro del canal del parto lo expresó cuando dijo cómo giraban las ruedas de la bicicleta. Se le interpretó también, de acuerdo con el material inicial, que él atribuía en parte su debilidad mental a la forma en que había nacido. El terapeuta completó esta interpretación diciéndole que temía la repetición de estas situaciones en su nueva experiencia analítica, y el niño, con una expresión inteligente y aliviada, respondió que sí.

Tomó luego un autito cuya marca dijo desconocer, comentó que no había asientos pero que, sin embargo, debería tenerlos y que, por lo tanto, no lo habían terminado de hacer. Simbolizó así su vivencia de que le faltaban cosas, que no estaba terminado, pues dentro del vientre de la ma-

⁵ Eduardo Salas.

dre algo había quedado sin hacer. El terapeuta interpretó esto agregando que necesitaba rehacer esa experiencia con él para completarse, completando también los tratamientos que habían quedado truncos, así como también su embarazo que no había llegado a término. Esto lo simbolizó en sesiones posteriores en forma más evidente, sentándose en el regazo o pegando cabezazos al vientre del terapeuta.

Como respuesta a esta interpretación, toma con su mano derecha un sacapuntas y en la izquierda un lápiz con la punta rota. No obstante tener en su mano el sacapuntas le pide uno al terapeuta, lo que éste interpreta comunicándole que percibe que están en sus manos las posibilidades de curarse —el sacapuntas—, pero que solo no puede hacerlo y pide ayuda. Diego utiliza el sacapuntas con tan poca habilidad que no consigue realizar la acción que se propone, y el terapeuta le señala entonces que se siente frenado para utilizar sus capacidades. En este momento un imperceptible movimiento del brazo del analista hace que Diego se aparte muy atemorizado y con cara de sufrimiento diga: "Me corté el dedo", fantasía que no se justificaba de ninguna manera en ese momento de la sesión. Este niño fue circuncidado al decimoquinto día de su nacimiento y el terapeuta interpretó que también pensaba que este trauma había influido en su padecimiento —le faltaba algo en el pito-lápiz—. En sesiones posteriores, en que repitió la acción mencionada con el sacapuntas, le interpretó la necesidad de rehacer con él la situación originaria para recuperar el prepucio perdido, y que la reacción de temor que mostró al terapeuta se debía al temor a que éste repitiese todos los acontecimientos dolorosos que habían ocasionado su enfermedad. Asoció el desprendimiento del prepucio con el desprendimiento de su primer analista y con el temor a que se repitiesen en ese nuevo tratamiento todas las pérdidas mencionadas.

Silvia y Graciela

La madre de mellizas de 5 años, Silvia y Graciela, entró en un grupo de orientación⁶ porque sus hijas todavía se chupaban el pulgar. Quería que se le aconsejara el modo de corregir este hábito, único síntoma de las niñas que la preocupaba. Se le explicó que en el grupo no se daban consejos, sino que se trataba de comprender el por qué de los trastornos. Si ella nos hablaba de los síntomas, veríamos paulatinamente cómo se habían originado y cómo evolucionarían en la medida en que los comprendiésemos.

Pronto se aclaró, sin embargo, que el verdadero motivo de su entrada en el grupo era la necesidad de elaborar el "terrible impacto" que significó para ella haber tenido mellizas sin haber sido previamente advertida por el partero. Al principio negaba toda la angustia que esto le provocó, así

⁶ Con Arminda Aberastury como terapeuta.

como el gran esfuerzo que hizo para criarlas, adaptarse a la situación de tener dos hijas, satisfacerlas por igual, darles el pecho hasta los nueve meses y realizar al mismo tiempo todo el trabajo de la casa. Recordó luego que en el cuarto mes de su embarazo el médico le había preguntado si en su familia se habían dado casos de mellizos. Aunque ella respondió afirmativamente, el partero no le señaló ni siquiera la posibilidad de tenerlos.

Se le interpretó que ella aquí ya había negado el conocimiento de lo que tenía en su vientre, pues la pregunta del médico era en sí un alerta sobre esa posibilidad. Rechazó la interpretación contestando que, cuando al mes siguiente preguntó a su médico si podrían ser mellizos y éste le dijo que no, se sintió muy desilusionada. Todavía dos días antes del parto le habían anunciado que tendría un hijo varón y muy grande; nacieron en cambio dos niñas, primero Silvia y diez minutos más tarde Graciela. Permanecieron en incubadora cinco días, mientras la madre estuvo en el sanatorio, y desde entonces las crió dándoles el pecho hasta que al iniciarse el sexto mes se ayudó con una mamadera; el destete se efectuó a los nueve meses. No les dio chupete y comenzaron ambas el hábito de chuparse el pulgar desde el primer mes de vida.

Pudo verse en el grupo su decepción por no haber tenido un varón, y el rechazo inicial a sus hijas que había reprimido completamente. El tema con el que más trabajé en las interpretaciones fue la prohibición que sentía en aceptar que había sido una buena madre; tenía una tendencia a desvalorizar todo cuanto hacía, considerándose siempre culpable del rechazo inicial, de los cinco primeros días de falta de contacto y de la restricción en la succión. No podía reconocer su bondad y cariño, negando todo lo que les daba a sus hijas. Por todo cuanto contaba de ellas, se veía que Silvia era emprendedora, mandona, y en cambio Graciela, que nació segunda, era apocada y tendía a desvalorizarse. Pudimos comprender que la madre apoyaba los rasgos de carácter de Silvia, repitiendo la diferencia inicial de privilegio creada el día del nacimiento. Cuando se modificó su conducta empezaron a apreciarse notables cambios, pues los papeles antes tan rígidamente marcados se iban intercambiando. Mejoró también el hábito del chupeteo del pulgar, limitándose al momento de dormir.

En una sesión, después de esta mejoría, relató la madre que había acontecido algo raro en el jardín de infantes, algo que ella relacionaba con la forma en que nacieron sus hijas. Durante la fiesta de fin de año —fiesta de nacimiento— fueron elegidas para representar el papel de muñecas, para lo cual fueron vestidas como tales y puestas dentro de una caja. En un momento dado de la representación, Pinocho les daba cuerda a ambas y enseguida un hada, al son de una música, les tocaba la cabeza con su varita para que ellas salieran caminando; es decir, las hacía nacer. Mientras Pinocho les daba cuerda, Silvia esperaba pacientemente quieta en su caja y Graciela se asomaba continuamente para ver "qué pasaba

afuera". Cuando el hada las tocó con su varita, Silvia salió inmediatamente de su caja, pero Graciela permaneció indecisa y no se animó a salir sino después de algunos instantes. Con esta actuación repitieron la forma en que ocurrió su nacimiento.

Estos hechos resultaron más notables cuando a la semana siguiente la madre relató que después de la representación las mellizas habían amanecido con fiebre y un sarpullido que fue intenso en Graciela, la nacida en segundo lugar, y muy leve en Silvia. Este síntoma era similar al que habían sufrido cuando al finalizar el quinto mes se inició el destete y recibieron la primera mamadera; también en ese momento había sido más intenso en Graciela que en Silvia.

Lo que estaba reprimido en la madre, y que provocaba una culpa tan intensa, fue su rechazo inicial, motivado sobre todo por la decepción al no nacer un varón. Este conflicto la hizo favorecer en Silvia los rasgos que ella consideraba masculinos y, además de apoyarla, preferirla. Al hacer consciente su culpabilidad, su conducta se hizo más libre y permitió a sus hijas que se independizaran de ella, notándose, además de este cambio, la desaparición del hábito de chuparse el pulgar durante el día, recurriendo a él sólo a veces antes de dormir.

Los papeles que fueron tan rígidos entre ellas se hicieron más permeables y dejaron de ser dos niñas que formaban una sola para ser cada una de ellas una niña que también tenía rasgos de la otra. Fue en esa época de su evolución, luego de un año de tratamiento de la madre, cuando se produjo el hecho que hemos relatado, durante la representación en el jardín de infantes.

Con él las niñas reprodujeron las dos separaciones de la madre: el nacimiento y el comienzo del destete. Gracias a las modificaciones ocurridas en la madre pudieron repetir las experiencias de nacimiento y de destete, porque las condiciones más favorables para seguir progresando en el proceso de independización eran volver a nacer y volver a comenzar el destete. Necesitaban revivir estas situaciones traumáticas para modificarlas y conseguir así establecer una nueva relación con su madre.

XII. Surgimiento de ansiedades analsadomasoquísticas enquistadas, por fracasos en la latencia *.

POR ELIZABETH G. DE GARMA

Con cierta frecuencia, niños que han llegado a presentar un cuadro psíquico aparente de normalidad o relativa normalidad, con buenas realizaciones, fracasan rotundamente en un momento dado frente a una exigencia de la vida un poco mayor de lo común, por ejemplo, la iniciación de asistencia al colegio o al enfrentarse con un ambiente nuevo. En estos momentos de fracaso parece derrumbarse completamente parte de la personalidad de estos niños y la buena adaptación psíquica que aparentemente habían logrado se viene abajo.

Llamamos una buena adaptación psíquica el haber superado los estadios pregenitales sin restos neuróticos y el haber vivido y elaborado una posición edípica positiva. Otros niños llegan a hacer una adaptación parcial a la realidad, que les permite desarrollarse relativamente bien, aunque tengan algunos rasgos neuróticos fuertes. Cuando llega el momento de fracaso pierden toda posibilidad de seguir en la relativa adaptación que habían logrado.

En el análisis de estos niños descubrimos que la estructura psíquica no es sólida, como parecía ser por su actuación anterior, sino que existían serias ansiedades pregenitales enucleadas, de las que habían buscado escapar por medio de una progresión a la genitalidad. Dicho núcleo reprimido de ansiedades analsadomasoquísticas es percibido por el niño como un centro de destructividad, sumamente potente, que debe ser aislado y reprimido a toda costa, ya que de otro modo lo destruiría a él y a sus objetos. Más inconscientemente el niño fantasea que contiene en su interior un núcleo de excrementos sucios y explosivos.

Generalmente la huida a la genitalidad está favorecida por el ambiente propicio, que aplaude al varoncito tan varonil o a la mujercita tan femenina, con manifestaciones edípicas claras. Pero si ocurren represiones o trastornos en las primeras manifestaciones de las tendencias edípicas se reactiva o condiciona una fijación mucho mayor en las fantasías y ansiedades analsadomasoquísticas previas, dificultando un establecimiento adecuado posterior de la organización genital.

Expondré material de dos casos, en los cuales el análisis de las ansiedades pregenitales, sobre todo anales, permitió el desarrollo de la organización genital sana. Brevemente también expondré el caso de otro niño,

* Este trabajo fue presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina el día 29 de abril de 1958.

cuyo ambiente no permitió siquiera la huida progresiva a la genitalidad y que permaneció fijado en las etapas anteriores.

El curso del análisis de estos tres casos fue idéntico en cuanto a la técnica y a su respuesta a dicha técnica, por estar los tres niños en el período de latencia y por haber hecho los tres el mismo mecanismo de aislar y reprimir un núcleo de su instintividad percibido como destructivo y peligroso. Sin embargo, el tercer caso no pudo hacer la huida progresiva a la genitalidad y lograr una posición genital ficticia, como lo hicieron los dos primeros.

Son casos en los que hubo un enquistamiento de un complejo pregenital dentro de la analidad. Su contenido era fantaseado inconscientemente como una masa destructiva y sucia en el interior del cuerpo. En estos casos dicho enquistamiento pasa inadvertido hasta que llega una situación en la vida que trae consigo un fracaso en la posición genital ficticia y, por lo tanto, obliga a la regresión.

Como durante el análisis se hacen conscientes estos contenidos se produce una sensación análoga a cuando se abre un absceso purulento, cuya eliminación angustia en un primer momento, pero que alivia rápidamente al individuo.

Estos casos son muy demostrativos de lo que describe M. Klein acerca del cambio brusco de juego como consecuencia de la interpretación acertada, justamente por el surgimiento brusco de los contenidos terroríficos enquistados que obligó a los niños a buscar una nueva actividad para expresarse. También al quedar analizados estos contenidos en cada caso hubo un nuevo cambio brusco de juego, no regresivo como cuando surgieron los contenidos terroríficos, sino en un nivel libidinal progresivo genital, ya sobre una base sólida y sana.

Expresado esquemáticamente, el transcurso del análisis de estos casos consistió primeramente en destapar el complejo anal, mediante interpretaciones dirigidas contra los contenidos y las defensas que habían llevado al aislamiento y enquistamiento de dicho complejo. En segundo lugar, satisfacer en cierto grado y parcialmente las fantasías que surgen de este complejo mediante la expresión progresiva de ellos en juegos, dibujos o expresiones verbales paralelamente al análisis sistemático y completo de ellas en la transferencia.

Para esta satisfacción es necesario que la analista haga sentir al niño que no sólo tolera, sino que participa y está identificada con él en la expresión de sus fantasías. Tuve a veces que suspender la interpretación cuando el niño, por su ansiedad y sentimiento de culpa, las sintió, por más cuidadosamente que se formularon, como una prohibición o un rechazo de su necesidad de ensuciar, producir malos olores, hacer explosiones, etc. Esto es algo que en un momento dado ocurrió en estos

Concluidas estas dos etapas se operó el progreso de la organización

anal a la organización genital, pero esta vez sobre bases más firmes. Al entrar en la organización genital los niños buscaron aclaraciones sexuales acercándose a sus padres para ello. En ningún caso hice aclaraciones sexuales en el análisis, ya que considero esto contraindicado, sino que me limité a analizar los comentarios acerca de asuntos sexuales que los niños me presentaban.

Es interesante notar que, aunque los padres de estos niños les habían dado explicaciones sexuales mucho antes del análisis, solamente al llegar a esta altura de su análisis se permitieron interesarse por estos conocimientos y aceptarlos sin deformaciones analsadomasoquísticas.

Huelga señalar la enorme importancia de interpretar siempre en relación con la transferencia, ya que fracasaría el análisis si material tan angustioso se escapara prematuramente de la transferencia a los objetos reales.

Caso 1

Ernesto, de 9 años, era un niño que había llegado a hacer una adaptación bastante buena a la realidad. Su escolaridad fue satisfactoria y era brillante en sus estudios musicales. Fue cuando tuvo que esforzarse para un curso especial que fracasó su adaptación y presentó el siguiente cuadro neurótico.

Tuvo fuertes rasgos paranoides. La madre decía de él que estaba "siempre en la luna". Tenía una conducta desatinada en el colegio con sus compañeros, lo que provocaba las risas y burlas constantes de ellos. Esto lo amargaba y lo hacía sufrir intensamente, llevándolo a huir de la realidad y encerrarse dentro de su mundo interior. Con frecuencia se lo veía ensimismado, haciendo algún pequeño movimiento o caminando de un lado a otro compulsivamente y hablando en voz alta, pero de un modo incomprensible, a sí mismo. Debido a estos trastornos su rendimiento intelectual se volvió sumamente irregular.

Logró reprimir sus angustias y encubrirlas con conductas sea de pelearse con sus compañeros o de hacer bromas, pero al comenzar el análisis surgieron de nuevo sus ansiedades con claridad.

Su posición edípica, según su madre, se manifestó antes en forma normal y clara. Aun al comenzar el análisis provocaba al padre constantemente frente a la madre, consiguiendo que ésta lo apoyara y causando así discusiones constantes entre padre y madre. También rivalizaba con su hermano por conseguir la atención de la madre.

De niño había sufrido una leve criptorquidia, que desapareció espontáneamente a los 8 años y tuvo mucha importancia en su ansiedad de castración y en su represión genital encubierta.

También sufría ataques periódicos de asma y, además, era sumamente difícil para los alimentos, manifestando desconfianza extrema frente a co-

midas nuevas. Comía verduras, pastas, arroz y dulces, rechazando con asco el queso, manteca, leche y carne.

Cuando tuvo dos años, es decir, en plena fase anal, le nació un hermanito, que resultó ser sumamente delicado, requiriendo desde un principio la atención y cuidado constantes de los padres. Fue el factor desencadenante de la neurosis de Ernesto. Además de sentir entonces la pérdida no sólo de la madre, sino también del padre, entraron en juego fuertes sentimientos de culpa por sus fantasías sadicoanales, provenientes de sus celos por el embarazo de la madre y por el nacimiento del hermanito. Siguiendo los pensamientos de la doctora Arminda Aberastury de Pichon Rivière, el segundo embarazo de la madre ocurrió en la época más angustiosa para Ernesto, ya que correspondería a su primera estructuración genital.

El estado delicado del hermano menor confirmaba a Ernesto la efectividad de sus impulsos y fantasías sádicoanales y el alcance de su capacidad de destrucción interior. Ello intervenía en el origen de su terror a lo que él imaginaba los contenidos de su cuerpo y, por proyección, los de la madre. Fue el motivo principal de su actitud paranoide frente a la comida y el centro de fantasías que lo dominaban cada vez más, que lo aislaban del mundo y que lo convertían en objeto de burla de sus compañeros. También intervenía en la génesis de su asma, de la que no me ocuparé en este trabajo.

Todos estos aspectos de su personalidad pudieron analizarse a través de juegos con un equipo de química, lo que le ocupó unas 30 sesiones y que veremos con detalle.

En las primeras dos o tres sesiones de análisis Ernesto me explicó sus conflictos en el colegio, quejándose amargamente de la injusticia que sentía le hacían los demás y pidiendo mi ayuda para modificarlo. "A los chicos les parece gracioso lo que digo y hago y se ríen —decía—, pero siempre soy yo el que paga el pato. Siempre me ponen en penitencia a mí."

Esta actitud paranoide se repitió en la construcción de una casa¹ que, debido a sus dudas y cambios de parecer constantes, tardó dos sesiones en completar. La casa era de una planta, con mucha división interior. Su mayor preocupación estaba centrada en las puertas de entrada y atrás. Se preocupó también y tuvo muchas dudas acerca de si debería mantener el frente simétrico o incluir un vestíbulo falso, que haría de trampa para ladrones. Finalmente decidió quedarse con lo último, agregando otros detalles de seguridad, como la construcción de una terraza balcón, encima de la puerta de atrás, "para poder vigilar quién salía".

Sus dudas intensas, que lo inhibían en el proseguimiento de la construcción, su compulsión a la simetría, sus tendencias a derramar, ensuciar

o borrar, junto con su ansiedad al ver que había ensuciado, eran indicios claros de una neurosis obsesiva incipiente que constituía una defensa contra sus enormes ansiedades depresivas y sobre todo paranoides tempranas.

La interpretación de las ansiedades que le producían sus preocupaciones por el interior de su cuerpo, de cómo funcionaba y cómo eran las cosas que entraban y salían de él, de si eran buenas o peligrosas, de la supuesta criminalidad de su interior, dio lugar a que se volcara de lleno en el juego. Dijo que un amigo tenía un equipo de química y que con eso se podían hacer experimentos interesantes y preguntó si él podría hacer experimentos químicos en sus sesiones.

Al ver el equipo de química que le proporcioné, separó enseguida dos elementos —cloruro de potasio y sulfato de potasio— y me los entregó para que los guardara en un lugar muy seguro, ya que según él eran explosivos muy peligrosos, es decir, la parte criminal incontrolable suya.

Empezó luego a hacer sus experimentos de mezclar sin discriminación distintas sustancias químicas, algunas veces hirviendo la mezcla, y que siempre resultaba en lo mismo: un líquido negro que, según él, era un gran invento suyo, un explosivo potentísimo, mucho más potente que la bomba atómica o de hidrógeno o que cualquier otro explosivo actual.

Saltaba de alegría cuando consideraba logrado su experimento y al finalizar la sesión debíamos guardar el tubo de ensayo con mucho cuidado, para que no explotara en su ausencia. Lo primero que hacía al volver a su próxima sesión era buscar su explosivo, para ver si estaba igual. Le surgía ansiedad si durante su ausencia se había evaporado algo del líquido.

Se pudo ver cómo a través de esta serie de experimentos buscaba transferencialmente asegurarse de que podía dominar su destructividad interior y que él no era culpable de haber destruido el interior de su madre, ni a su hermanito tan delicado.

En esa época yo representaba su madre y su hermanito y, además, un superyó capaz y protector, del cual se valía para ir fortaleciendo su yo en el manejo de su agresividad. Es decir, yo debía guardar los explosivos muy peligrosos, sostener el tubo de ensayo sobre la llama, encender los fósforos, etc., lo que le aterraba. Pero poco a poco, a medida que disminuían sus ansiedades que surgían de sus fantasías sadicoanales de destrucción con explosivos, pudo llegar a hacerlo él solo con toda tranquilidad.

El alivio y la alegría que sentía al fantasear que el explosivo, que inventó, era muy superior a cualquier otro, representa el alivio que significaba el fantasear que él podía dominar con sus fuerzas superiores la ansiedad que le producía su concepto del coito entre los padres. Estaba

¹ ABERASTURY, ARMINDA: *El juego de construir casas. Su interpretación y valor diagnóstico*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.

completamente reprimido en la época del juego, pero inconscientemente percibía el coito como ataques, explosión y destrucción mutua entre ellos. Los padres eran simbolizados no solamente por la bomba atómica o de hidrógeno, sino también por la fusión de los dos elementos químicos, según él tan peligrosos, que me dio a guardar. Es decir, el coito de los padres estaba simbolizado de una forma totalmente anal.

Siguió con el juego de química, pero ahora lo que más le interesaba era inventar líquidos que echaran gases. Mezclaba elementos con un poco de agua en un tubo de ensayo, lo agitaba y escuchaba el ruido de la efervescencia con mezcla de angustia e inmenso placer. Yo también debía escuchar y confirmar que en realidad había fabricado un "gas potente", como decía él. Era su arma, con el significado de su pene en regresión anal.

Este aspecto de su juego de experimentos químicos representaba, por un lado, la repetición de su vivencia auditiva temprana del coito de los padres y de sus fantasías edípicas reprimidas. También representaba sus propios gases intestinales. Cuando él los podía controlar se sentía omnipotente y cuando, al contrario, no lo podía, sentía que lo dominaban. Surgía entonces en él un terror a los contenidos del interior de su cuerpo. El ruido de los "gases" eran los ruidos que provenían de la habitación de los padres y que él escuchaba angustiado. (Fue alrededor de sus dos años cuando según su madre dormía mal y cuando empezaron a manifestarse sus síntomas.)

El "gas potente", que le daba tanto placer, era su fantasía omnipotente de vencer al padre y ocupar su lugar frente a la madre. Es decir, que de la posición de franco terror, frente a las fantasías de explosión y destrucción mutua en el coito, había pasado a la fantasía omnipotente de superar su angustia, teniendo él más potencia y éxito que el padre, primero con el explosivo superior y luego con el gas tan potente.

Su concepto sádico de la genitalidad, cargado de cualidades de estados anteriores, más la criptorquidia que sufrió hasta los 8 años, reforzada por la impaciencia e irritabilidad de su padre en la realidad (era ulceroso), intensificaron el complejo de castración del niño y lo llevaron a buscar una identificación con la madre. Por ejemplo, inconscientemente imitaba sus gestos, fantaseaba con seguir la misma profesión de ella y su conducta con su padre era la de provocarla masoquísticamente para conseguir la atención constante de él, aunque en forma de gritos y retos.

Pero su identificación femenina le aumentó su ansiedad de castración, causando la regresión al nivel analsádico, donde ya estaba fuertemente fijado. Además, por su situación de fracaso, la imposibilidad, debido a sus enormes ansiedades, de aceptar sus tendencias genitales y sus fantasías edípicas, tanto negativas como positivas, lo llevaban a un retraimiento narcisístico, que originó su actitud de rechazo a sus compañeros y su ten-

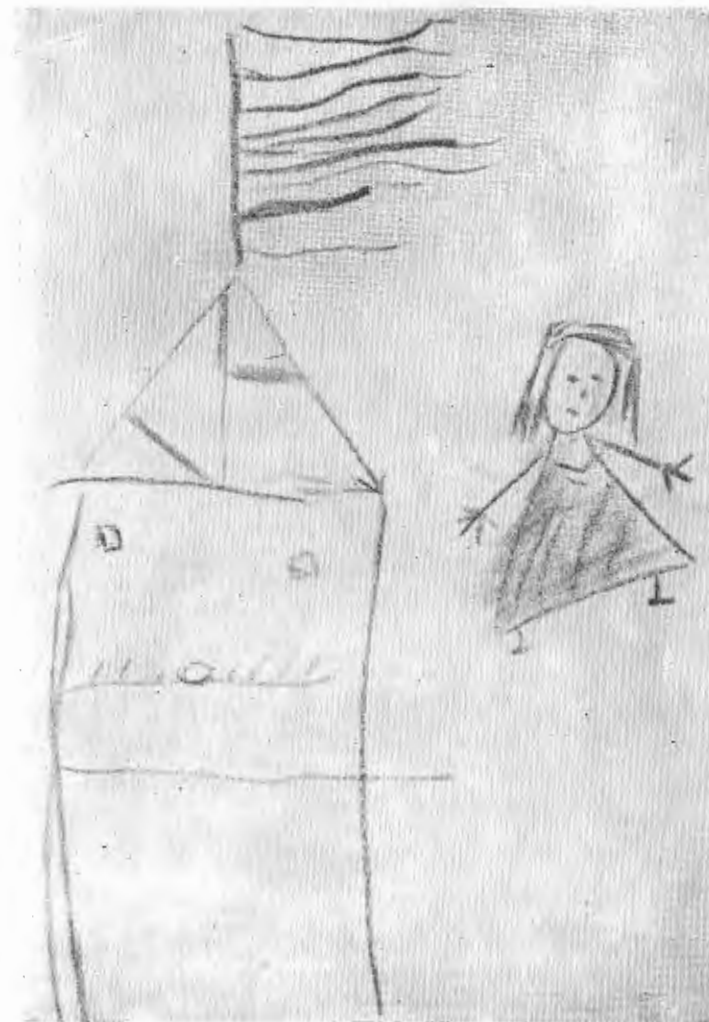


FIGURA 1



FIGURA 4



FIGURA 5

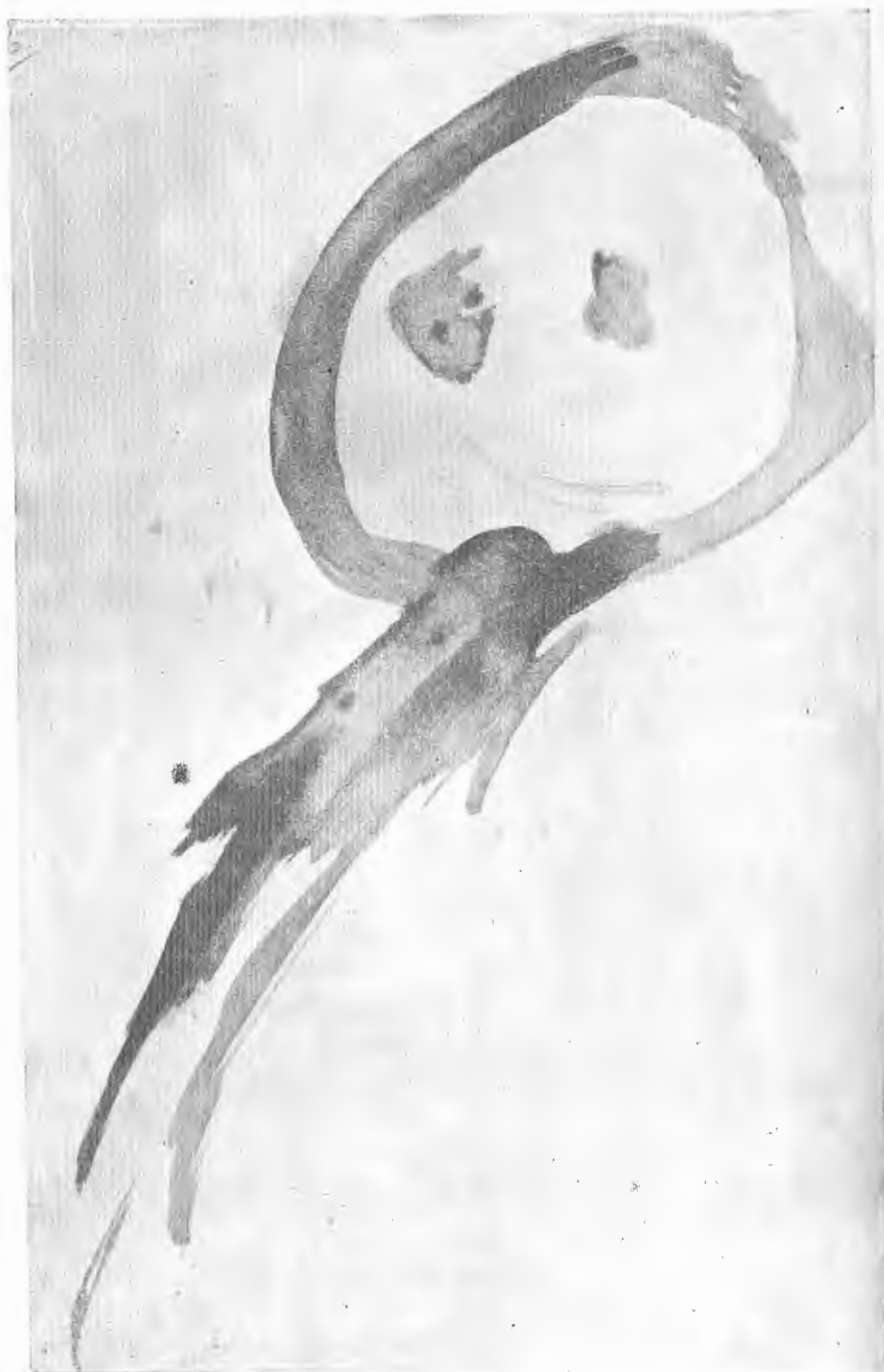


FIGURA 6



FIGURA 7





Figura 10

dencia a aislarse y encerrarse en sí mismo. Eran tendencias que se habían manifestado ya antes de los 3 años, cuando asistió al jardín de infantes, donde se negaba a juntarse con los otros niños y se pasaba el día arrinconado, solo y dibujando.

También se evidenció desde muy temprano en Ernesto una intensa movilidad difusa, que Melanie Klein² considera precursora o sustitutiva del tic, en el que intervienen también concepciones regresivas analsádicas del coito. Por ejemplo, si tenía que esperar unos minutos para su sesión, caminaba de un lado a otro, daba saltitos, tiraba su gorra al aire y en sus sesiones constantemente se movía, se golpeaba el pie, la mano, etc. Ello disminuyó durante el análisis del juego de química.

A medida que analizamos sus fantasías relacionadas con la escena primaria se hizo menor también su angustia del pene terrorífico y destructor del padre, pudiendo identificarse ya con él. Se le disminuyó así su angustia de castración y se permitió una fantasía ulterior con los experimentos químicos que consistía en el invento de "una goma de pegar fantástica", o sea de coito, que insistió en llevar a su casa para ponerla a prueba. Fue una tentativa mágica (omnipotente constructora) de reparar o construir, basada en aceptar la idea de la unión genital de los padres.

La goma de pegar fantástica unía a los padres. El niño comenzaba a salir sanamente de su fijación anal. Siguiendo sus fantasías en este nivel, me pidió el cloruro de potasio y el sulfato de potasio que en un primer momento debí guardar tan cuidadosamente, y con ellos fabricó "petardos". Con mucho placer los hizo explotar y luego declaró que "hacían ruido, pero que en realidad no eran peligrosos". Expresaba así que el coito no era tan peligroso como creyó antes, ni tampoco lo era el hermanito, que fue el producto de ello.

Lo que permitió surgir las fantasías edípicas de Ernesto fue la interpretación sistemática de las fantasías anales, sádicas y masoquísticas de los terrores paranoides correspondientes. El análisis de todas estas fantasías constituyó el punto central de las interpretaciones y efectuó la liberación de los síntomas molestos del niño. Le desaparecieron los conflictos en el colegio, mejoraron sus relaciones en el hogar, como también el asma y aceptó comidas nuevas.

El que las fantasías dramatizadas en el juego de química eran predominantemente anales o analdigestivas y que intervenían mucho menos las oraldigestivas se confirmaba no sólo por el hecho de que siempre resultaba negro el líquido inventado y era importante el olor que podía tener, sino que lo derramaba en su juego ensuciando la mesa, el piso, las paredes y sus manos, piernas y a veces sus ropas. Esto último lo angus-

² KLEIN, MELANIE: "A contribution to the psychogenesis of tics" (1925). *Contributions to psycho-analysis*, pág. 134, The Hogarth Press, Londres, 1951.

tiaba y debía lavarse prolijamente antes de irse a casa. Además, siempre durante las sesiones de este juego pedía ir al baño a defecar.

Ernesto vertía un poco de agua en un tubo de ensayo y agregaba con gran expectativa una sustancia química tras otra. "Cuidado —me advertía—, cuando le echo esto, quién sabe lo que va a pasar." Seguía agregando con cierta ansiedad y luego lo agitaba y escuchaba "el gas". El tubo de ensayo era él mismo que se sentía lleno de suciedad, explosivos y gases y la expectativa ansiosa era la que lo dominaba constantemente al ingerir alimentos y al defecar, como también al introyectar y proyectar psíquicamente objetos, palabras, pensamientos, etc. Como señala Melanie Klein, "la ansiedad paranoide, de que los objetos destruidos sádicamente sean en sí una fuente de veneno y peligro dentro del cuerpo del sujeto, hace que desconfíe profundamente de los objetos, a pesar de seguir incorporándolos".³

Al agregar nuevos elementos químicos a su mezcla en el tubo de ensayo y al escuchar "el ruido del gas" fantaseaba con la trayectoria que los alimentos o aire ingeridos hacían por sus tubos digestivo y respiratorio. Se preguntaba dónde se colocarían y harían dentro de él, creyendo que los ruidos se debían a las luchas y destrucción dentro de él.

Su desconfianza y su terror de lo que ocurría en su interior eran temores por la seguridad de su yo, el que peligraba cada vez que introyectaba objetos sospechosos para él y temía su incapacidad de albergar objetos íntegros y buenos. Al proseguir su juego de química, junto con la interpretación de estas ansiedades paranoides, pudo abandonar sus fantasías terroríficas y surgió una curiosidad por los contenidos reales del cuerpo, asesorándose acerca de las funciones de todos los órganos.

Es decir, su cuerpo ya no contenía una serie de objetos desconocidos y peligrosos, sino que contenía órganos buenos, que lo hacían funcionar bien. Fue al finalizar esta parte de su análisis que Ernesto concluyó su juego con el equipo de química con el invento de la "goma de pegar fantástica" y la fabricación y explosión placentera de los petardos.

El análisis siguió con un juego de batallas, lo que significaba ya un progreso claro a la posición genital. Ernesto repartía en partes iguales entre él y yo soldaditos, armamentos y cubitos para construir las defensas, que debíamos colocar a lo largo de las fronteras que nos correspondían. Luego debíamos bombardearlos e ir conquistando terreno. Fue un juego mediante el cual pudo elaborar sus tendencias y deseos edípicos positivos y su ansiedad de castración. Esto último surgió con claridad porque ya había superado parcialmente su represión de la genitalidad, consecutiva a su fracaso.

En las primeras sesiones de este juego Ernesto tardaba tanto proyec-

tando las fortificaciones de defensa y construyéndolas que no le quedaba tiempo para la batalla en sí. O sea que la intensidad de sus angustias de castración le hacían titubear y aumentar sus defensas, antes de arriesgarse en la lucha edípica contra el padre. Fantaseaba con tener defensas tan fuertes que no perdería un solo soldado.

Esta defensa excesiva ocultaba su sentimiento de culpa y temor al castigo del padre y el hermano, por desear tener a la madre exclusivamente para él, sin compartirla con otro. En esta época del análisis se volvió muy celoso conmigo, enfureciéndose si veía entrar o salir de mi casa otro niño o retando al chofer, si lo traía unos minutos tarde a la sesión.

En el juego de batallas pude ver muy pronto que mis terrenos representaban a la madre y los tres fuertes que yo debía construir; uno grande central y dos pequeños laterales simbolizaban a su padre, su hermano y él mismo compartiendo a la madre, o sea el terreno. La interpretación de su conflicto genital frente a su padre, con sus temores de destruir y ser destruido genitalmente disminuyó su ansiedad, de modo que, en su juego y fantasía, pudo ya emprender la lucha contra su padre y su hermano por la posesión de su madre.

Se volvió entonces más agresivo en sus bombardeos y más audaz en sus avances dentro de mi terreno y, aunque al comienzo le angustiaba el bombardeo enemigo, pronto empezó a atacar mis fuertes con más eficacia y más puntería. Luego pudo hacer conquistas totales, sin que esto le provocara ansiedad, ni buscar simbólicamente la represión de deseos genitales. Al conquistar todos mis terrenos, satisfacía sus fantasías de conservación de la madre, ya que pasaban a ser "protectorados" suyos. En esta forma cumplía sus fantasías de sustituir a su padre frente a la madre con un mínimo de culpabilidad, pues él había vencido heroicamente, defendiéndome con valentía de los ataques del padre dentro del terreno materno y esperaba como recompensa que sus nuevos protectorados, o sea la madre, se convertirían en aliados y, a su vez, lo protegerían a él de sus rivales. También al conquistar todos los terrenos finalmente integraba a la madre, que ya no debía compartir con el padre y el hermano (los tres fuertes con batallones que yo debía erigir como defensas), sino que quedaba enteramente para él.

Estas fantasías de reparación e integración hicieron que tolerase más sus fantasías genitales y que surgiese claramente a su conciencia su curiosidad genital reprimida hasta entonces.

Así, en los días subsiguientes a este juego fue exigiendo a sus padres una aclaración sexual completa, tema que jamás había tocado antes, comentándome en las sesiones los resultados de sus conversaciones con ellos.

³ KLEIN, MELANIE: "Psychoanalysis of maniac depressive states". *Contributions to psycho-analysis*, pág. 284, The Hogarth Press, Londres, 1951.

Caso 2

El mismo proceso de regresión a una fijación analsadomasoquística enquistada, por abandono de una posición genital como consecuencia de un fracaso, dio lugar al síntoma de no hablar en el colegio, de una niña de 6 años. Era una niña que se permitía expresiones de genitalidad edípica positiva, sintiendo que sus padres veían esto con simpatía. Pero tenía una fijación reprimida a aspectos pregenitales de la sexualidad. Sus fantasías inconscientes eran con excrementos y, sustitutivamente, con "malas" palabras, y otras fálicas de una gran envidia del pene. Todas ellas la llenaban de un gran sentimiento de culpa, por sentirlos muy sucios y prohibidos por sus padres. Como el anterior, también en este caso se logró la normalidad con la asistencia en las interpretaciones de los conflictos analsadomasoquísticos.

Mónica fue traída al análisis porque desde que había ingresado en el colegio, unos 5 meses antes, se había negado a hablar allí. No tenía ninguna dificultad de aprendizaje, pero su inhibición la llevaba a un fracaso escolar seguro, ya que ni abría la boca para saludar a su maestra y a sus compañeras y mucho menos para leer o contestar preguntas.

Fuera del colegio, aparentemente seguía en el nivel genital. Era una niña de conducta normal, inteligente y muy conversadora. En todas partes, incluso en el mismo colegio, la querían y la mimaban, llamándola "princesita" por su gracia y belleza. Pero al transcurrir el año escolar la niña se angustiaba cada vez más a causa de su inhibición, que no pudo superar a pesar de la preocupación cariñosa y la comprensión de sus padres y maestras.

Casi la totalidad de su corto análisis (duró unas 30 sesiones) fue empleado en dibujar y pintar. He seleccionado material gráfico que nos permite ver cuáles eran las ansiedades que la llevaron al síntoma escolar.

En la primera sesión está algo cohibida, pero dibuja "una nena que va al colegio" (fig. 1). Es su problema actual; evidentemente el ir al colegio fue el factor desencadenante de su neurosis, no solamente porque era la primera actividad seria y de responsabilidad de su vida, donde debía hacerse valer por sus propios méritos, sino porque el colegio y las maestras eran objetos propicios para proyectar sus objetos terroríficos y perseguidores reprimidos hasta entonces. El comienzo de su vida escolar le significó un esfuerzo que debilitó momentáneamente su yo, haciendo fracasar la represión e irrumpiendo así las ansiedades reprimidas.

La nena en el dibujo está bastante completa, con cierta insistencia en el vestido, detalle que surgirá más adelante, y al cual daba mucha importancia. Ella era muy bonita y coqueta y la admiración que así provocaba le servía para contrarrestar el terror que tenía de ser sucia y fea por dentro. El colegio en el dibujo parece más bien una cara gro-

tesca, con una boca severa y llena de dientes. Aunque no ha tenido motivo real para ello, Mónica percibe al colegio y a la maestra (la cara) como algo hostil hacia ella, frente a los cuales debe defenderse y no manifestar nada que le puedan criticar o de lo cual podrían culparla.

En la sesión siguiente repite el mismo tema del primer dibujo, pero modificado (Fig. 2). El colegio ya no es una cara hostil, aunque todavía es considerado peligroso y agresivo, ya que está pintado con trazos fuertes rojos. Pero ha perdido su hostilidad, porque la nena, Mónica, ha encontrado la solución de su conflicto: si "no tiene boca" nada sucio o feo podrá escapar de su interior y la seguirán viendo graciosa y bonita como siempre. La falta de manos en esta versión nos indica, por su simbolismo corriente en dibujos de niños, que uno de sus comportamientos que considera feos en ella es la masturbación y, por supuesto, las fantasías relacionadas con ella.

Como respuesta a las interpretaciones de estos dos dibujos primeros, hace un tercero que nos señala cuál es la representación genital que influyó en la regresión a las fantasías y tendencias analsadomasoquísticas y que otros factores intervinieron en la regresión y en la manifestación del mutismo oral al comenzar su asistencia al colegio.

En el dibujo "mamá, Mónica y papá" las figuras femeninas están representadas por un círculo (la cabeza) y una línea vertical que lo sostiene (el cuerpo), mientras que el padre está bastante completo, vestido y provisto de un gran pene. Evidentemente opera en ella una gran envidia del pene y vive con mucha culpa su deseo de poseer uno como el de su primo, con el cual ha tenido juegos sexuales. Siente que las mujeres de la casa, ella y su madre, son pobres e incompletas comparadas con papá a pesar de toda la admiración que le tienen sus padres, y los demás, por sus encantos femeninos.

Posiblemente el acento que pusieron los padres sobre la femineidad de Mónica, el placer que experimentaban al verla tan mujercita, inhibió la manifestación normal en la época adecuada de sus tendencias viriles. Entonces reprimió estos deseos y tendencias, considerándolos malos y feos y el conflicto siguiente siguió operando en su inconsciente.

Además, en la época anterior al comienzo de las clases, la niña estaba luchando por superar el complejo de Edipo. También reprimía sus deseos edípicos positivos de tener el pene bueno de su padre dentro de ella. Todo esto favoreció una regresión libidinosa y la llevó a una acentuación de la omnipotencia de sus excrementos, lo que está íntimamente ligado a mecanismos paranoides. Dice Melanie Klein:⁴ "Hasta donde he podido ver, la vida sexual de la niña y su yo son influidos más fuerte y permanentemente en su desarrollo que la del varón por

⁴ KLEIN, MELANIE: *El psicoanálisis de niños*, pág. 217.

este sentimiento de omnipotencia de las funciones de los intestinos y vejiga."

Además, en el desencadenamiento de su mutismo tuvo importancia un juego sexual llamado "Juanita cagada", que consistía en meterse en cama debajo de las cobijas con su primo y gritar "Juanita cagada", lo cual le daba enorme placer. Este juego fue iniciado pocos meses antes del comienzo del año escolar, y me enteré de él por el primo que se analizaba conmigo entonces. Incrementó la envidia de pene de Mónica e intensificó sus sentimientos de culpa. Esto, más el carácter mismo del juego, donde el primo tenía el pene que envidiaba ella y ella era la "cagada", la llevó a reprimir aun más sus impulsos fálicos, facilitando la regresión e intensificando la fijación anal, con todas las fantasías sadomasoquísticas y los mecanismos paranoides de este nivel del desarrollo libidinal.

Estas fantasías y terrores consiguientes empezaron a manifestarse en las figuras 3 y 4, "Mi cuarto" y "Lluvia sobre la tierra". En la primera pintó una silla, luego la radio y luego la cama que borró (tapó) porque le "salió una porquería", "era todo una porquería". O sea que ella sentía que todo su interior era una porquería debido a su intensa culpa por los juegos sexuales anales con el primo, su compulsión a tratar de espiar la vida íntima de los padres, su masturbación con fantasías sadicoanales y uretrales relacionadas con el coito de los padres y su curiosidad sexual. Todo esto encontró expresión en sus cuadros que iremos viendo sucesivamente. Si bien Mónica había llegado a una posición genital, ésta era en realidad ficticia, aunque le daba apariencia de normalidad. Todo lo genital lo sentía en términos fálicos y anales que le creaban mucha culpa. Por ejemplo, del análisis de la figura 4, "Lluvia sobre la tierra", resultó que representaba a ella en una identificación masculina fálica frente a su madre, pero viviendo el coito como un ataque con chorros de orina y excremento.

Se vio en el análisis que su terror de los contenidos malos de su propio cuerpo era lo que más intervenía en el fracaso parcial de una de las sublimaciones más tempranas, el hablar. Otros factores eran el desplazamiento a la maestra de la imagen materna mala, más terrorífica debido a su regresión y el que Mónica sintiera tan malos y prohibidos su envidia y deseo de tener un pene. También su ida al colegio, que era un ambiente femenino puramente, la separaba de su primo, con quien satisfacía su envidia de pene a través de juegos sexuales con él, fantaseando que ella poseía el pene de su primo. Ir al colegio significaba su separación del pene que fantaseaba como suyo y en el cual se apoyaba y, por lo tanto, el fracaso de su fantasía fálica satisfactoria.

Según M. Klein, el hablar y el placer en el movimiento siempre tienen cargas libidinales de naturaleza genital simbólica. Se lleva a cabo por medio de la identificación temprana del pene o vagina con el pie, la mano, la lengua, la cabeza y el cuerpo. De ahí que la actividad de estos

miembros adquiriera el significado de coito.⁵ La contribución que hace el componente femenino a la sublimación probablemente siempre será la de la receptividad y de comprensión que es una parte importante de toda actividad. Sin embargo, la parte ejecutiva, que es la que constituye realmente toda actividad, encuentra su origen en la sublimación de la potencia masculina.⁶ Para Mónica, su lengua le simbolizaba su pene, cuya actividad ella consideraba prohibida y sucia. Lo que se intensificó más aún por el rechazo que ella suponía de parte de sus padres de su deseo de tener un pene como el primo.

El conflicto actual de Mónica con el componente masculino de su genitalidad repercutió regresivamente en lo que era una forma temprana de sublimación, la palabra, y le inhibió parcialmente la parte activa, es decir, el hablar en la situación angustiosa que para ella representaba la necesidad de expresar su pensamiento a la maestra, imago materna mala y perseguidora.

Los dibujos siguientes constituyeron una serie hecha sobre papel negro. El primero representa sus fantasías de los padres en coito y su excitación y masturbación con gran sentimiento de culpa, considerándolos sumamente sucios y que debe ocultar, tapar. Con esta pintura Mónica asocia: "es un circo - no un cuadro. Tiene que estar todo tapado. Fui al circo de noche". Es de noche (papel negro) cuando surgen con más intensidad sus impulsos y fantasías genitales que considera porquerías. También es de noche cuando supone que los padres hacen las mismas "porquerías".

Seguidamente y también en papel negro pintó unos palotes, los borroneó y dijo: "Son árboles caídos; un agente los tiró." En estas fantasías hace una identificación masculina y se siente castrada por falta de pene (los árboles tirados). El agente simboliza a sus padres y sustitutos, como a la niñera y a mí misma, que ella supone que le prohíben su fantasía de tener pene.

La interpretación de sus impulsos masculinos, que regresivamente eran porquerías tan grandes, dio lugar a que hiciese una serie de cuadros que representaban lugares y situaciones reales, que para ella eran fuentes de curiosidad y excitación sexual. Así un "perro mamarracho" aludiendo a las prácticas excrementicias y genitales de los perros en la calle; "La plaza"; "El cine"; "El zoológico".

Seguidamente pinta un "Elefante". Asocia riendo: "Tiene la trompa en la cola". Aquí ya vemos su curiosidad y fantasía con respecto al pene grande del padre, ya desde su posición femenina frente a él, que también

⁵ KLEIN, MELANIE: "Infant analysis". *Contributions to psycho-analysis*, pág. 114.

⁶ KLEIN, MELANIE: "The role of the school in the libidinal development", *Contributions to psycho-analysis*, pág. 83. The Hogarth Press, Londres. Traducido en la *Revista de Psicoanálisis*, vol. V, N° 2, pág. 480.

debe reprimir en el colegio. Pero enseguida borra el elefante y dice: "Hay que tapar para que quede lindo".

Otro factor importante de su conducta anterior era que en la escuela debía tapar sus hermosos vestidos con el delantal blanco, lo que para ella significaba reprimir aun más su instintividad. Sus vestidos bonitos representaban una manifestación de su posición edípica femenina, que ella sentía que le permitían en su casa, pero que debía reprimir en el colegio. Es decir, ella debe tapar y borrar toda su excitación y sus fantasías sexuales, sobre todo en el colegio, para quedar limpia y bonita como su mamá, aunque ésta también hace sus porquerías con la "trompa de elefante de papá".

Al interpretar todo este material, cambia bruscamente de actividad, dejando la pintura y buscando plastilina, lo que es una conducta típica en los niños, cuando la interpretación es certera.

El juego con plastilina le ocupa unas 10 sesiones. Dice que hará la comida. Hace largos rollos y los corta en pedacitos que, según ella, parecen "caquitas", lo que le da sumo placer. Luego le da nombres a las "caquitas": Machina y Matada. Repite estos nombres con mucha insistencia, riéndose y exigiendo que yo también los repita. La elección de estos dos nombres se debe a que condensan una serie de pensamientos prohibidos para ella, pero que ahora ya puede expresar. Ella se ha sentido "cochina" por sus juegos e impulsos sexuales y también era ella la "Juanita cagada", que jugaba en una cama con su primo "bien tapada". Yo le había aceptado sus fantasías acerca de la vida íntima de su mamá; la mamá se metía en la cama con el papá y jugaba con el pene de él. Entonces mamá también era "cochina y cagada", y el poder expresar este pensamiento, tan terrible para ella, le dio el alivio que manifestó en la alegría y la risa al repetir estas palabras.

Satisfechas y analizadas estas fantasías, en las sesiones siguientes junta los pedacitos de plastilina y los convierte en una regadera, que llena de agua y pasa largos ratos regando el cuarto de juegos, para "limpiar y hacer crecer las plantas". Debemos guardar cuidadosamente la regadera de una sesión a otra. Es un juego en el que satisface fantasías fálicas uretrales en forma positiva; ya no son chorros de orina destructivos como los chorros de la lámina de la lluvia en la tierra, sino que son consecuencia de una genitalidad sublimada.

Vuelve a la pintura, nuevamente en papel blanco. Pinta a "su primo" en forma de perro, con algo así como un falo que le sale por entre las patas delanteras; su cara ya tiene boca. Es decir, tolera ya la sexualidad libre en el primo, como la de los perros en la calle y su sublimación en el hablar.

Luego dos pinturas seguidas: "Un piano", que hace como si lo tocara, y "Matada" (figura 5), que la representa a ella y que también tiene boca. Es decir, que ahora no teme confiarme sus impulsos de masturbación (tocar

el piano), aunque todavía se considera sucia por ello. Continúa diciéndome: "Ahora te pinto una cigüeña... no!... un perro... no...", titubea y se ruboriza. Después de la irrupción de la analidad pueden surgir, y me los confía ahora, sus conocimientos y fantasías genitales. Este animal también tiene boca, es decir, ella también se permite expresar ahora su curiosidad acerca del origen de los niños, aunque le da vergüenza. Se ruboriza, también, porque aunque ella está perfectamente enterada del origen real de los niños y la intimidad genital, simbolizada por "perro", a veces duda de si no le convendría aceptar la mentira de la cigüeña y negar así la genitalidad, que le ha causado conflictos. Debemos recordar también que la niña ya había entrado en el período de latencia y la idea de la cigüeña es más aceptable en esa etapa.

Luego, en la figura 6, pinta "Una nena", pero dice que le salió mal; es una cara con un chorro sucio saliendo de la parte inferior o la boca. Me está confirmando que éste era el terror que no le permitía hablar, se decir, el terror de que al abrir la boca le saliese un chorro de porquería. Esto nos recuerda el cuento de Grimm de las dos hermanas, la "buena" y la "mala". La buena se encuentra con una anciana pobre y la trata muy bien, ayudándola con paciencia y hablándole cariñosamente. La anciana resulta ser un hada disfrazada, que compensa a la niña buena, haciendo que cada vez que hable caigan perlas y joyas de su boca. Al contrario, la hermana mala trata mal a la anciana y como castigo el hada la condena a que cuando hable caigan de su boca sapos, víboras y porquerías.

A su última pintura la titula "Cascuela". Resume: "En la escuela pensarían que soy una caca." Era su terror a lo que pensasen y dijese de ella, su terror a ser vista como una caca (su interior) y no como una princesita (su aspecto exterior genital ficticio), lo que la llevó a elegir el síntoma de no abrir la boca en el colegio.

Caso 3

Jaime fue criado casi exclusivamente por su abuela materna, ya que su madre trabajaba fuera de casa y su padre viajaba continuamente y, además, tenía poco contacto personal con el niño. La abuela fue severa con él respecto del control de esfínteres y del aseo personal y no fomentaba el contacto con otros niños. Como, por otro lado, su lactancia había sido bastante buena, a los 5 años presentaba el cuadro de un niño sumiso, solitario, con trastornos intestinales y con el ideal de una madre que lo amamantase.

En esa época de los 5 años, su padre sufrió una lesión en el ano y la madre le hacía las curaciones. Jaime proyectó su propia situación interior en el padre, convencido de que eran las materias fecales al salir las que habían lesionado a su padre. Hizo entonces un dibujo de una gran explosión causando víctimas y mucha sangre y un auto de bomberos que

acudía para apagar el incendio. Estas fantasías persistían muy incrementadas cuando comenzó su análisis a los 10 años.

También a los 5 años de Jaime se embarazó su madre por segunda vez. Durante el embarazo falleció la abuela materna y, poco después de dar a luz, la madre desarrolló una psicosis, debiendo ser internada.

Con estas situaciones, tan traumáticas, las débiles fantasías edípicas, que pudo haber tenido Jaime, fueron abandonadas por ser demasiado peligrosas. El niño optó por refugiarse, no en la genitalidad, como en los casos anteriores, sino en fantasías de omnipotencia analsadomasoquísticas y consolarse con dulces y comidas fáciles de digerir, como el puré de papa, que representaban a su madre ideal nutritiva. Pero como, para el niño, era también una madre muy mala, debido a sus ausencias de casa por su trabajo, luego por las repetidas internaciones y, además, por el ambiente terrible que creaba en la casa con su psicosis, el conflicto de Jaime con su madre se manifestó en su obesidad y estreñimiento pertinaz. A pesar de estos síntomas psicósomáticos el niño pudo mantenerse bien conectado con sus compañeros y con una escolaridad también muy buena hasta los 10 años. Se acercaba a la pubertad y sus compañeros hablaban de temas sexuales, que Jaime buscaba reprimir totalmente. Se sentía, además, disminuido frente a ellos, por no poder competir en atletismo debido a su obesidad. Por lo tanto, se separó de sus compañeros y se volvió solitario nuevamente. Al mismo tiempo su madre sufría un nuevo acceso psicótico, que la llevó a una nueva internación y el niño presencié escenas muy violentas y penosas entre los padres. Todo esto contribuyó a que tuviese un derrumbe psíquico, llegando a presentar un cuadro autístico. Cayó en una depresión grave y perdió todo su interés por el colegio. Se pasaba los días durmiendo o tirado en la cama y fantaseando con aventuras de superhombres en el espacio.

Comenzó su análisis expresando estas fantasías por medio de dibujos, por ejemplo, de conquistas de nuevos planetas por hombres del espacio (Fig. 7). Sus ideas fantásticas le fueron interpretadas como una tentativa mágica y omnipotente de lograr un progreso libidinal hacia las conquistas edípicas para huir del complejo regresivo terrorífico dentro de él. En su fantasía hacía lo que no pudo hacer en la realidad, ya que en ningún momento había podido manifestar tendencias edípicas positivas ni negativas; debido a que su genitalidad no solamente estaba muy débilmente desarrollada, sino también reprimida.

Al interpretarle sus fantasías omnipotentes como defensas contra sus angustias conscientes y sus angustias más terroríficas inconscientes, en sus dibujos y pinturas surgieron contenidos completamente distintos, que resultaron ser expresiones gráficas de lo que él suponía contener y de lo que ocurría en su interior. No solamente sentía que había destrucción en su interior, debido a ataques exteriores (Fig. 8), sino que se sentía per-

seguido por su superyó (la policía), y era evidente la depresión libidinal y fuerte (figs. 9 y 10) justamente por estar destruido interiormente.

La figura 8 representa una bomba atómica explotando en medio de una ciudad. Para su inconsciente son los traumatismos recibidos del exterior que, juntamente con sus ansiedades relacionadas con su fijación analsadomasoquística, tienen la capacidad de destruir y disgregarlo interiormente (los edificios que se destruyen en el centro de la ciudad). Es para evitar esta explosión que Jaime recurrió a la solución de enquistar y reprimir este complejo de ansiedades.

Recordemos también la fantasía que había hecho ya a los 5 años, cuando supuso que el excremento había lesionado el ano de su padre y que expresó en su dibujo de explosión e incendio, con el contenido latente del pasaje por el ano de la materia fecal. Esta angustia, que se hizo consciente durante el análisis, tenía mucha importancia en su estreñimiento. Llegó a darse cuenta de que tenía terror a que, si permitía pasar su materia fecal, estallaría en su ano y se lo destruiría, causando también la destrucción de sus objetos y ambiente. Retener sus excrementos era la traducción orgánica de su necesidad psíquica de enquistar sus ansiedades sadomasoquísticas para evitar el aniquilamiento propio y del mundo que le rodeaba.

Pinta a un hombre a quien le han clavado un puñal y que sangra no sólo de la herida en el pecho, sino de todos los orificios de la cara. Además de otros contenidos que no analizo aquí, se ve también la angustia de Jaime de estar todo destruido en su interior, ya que no solamente sangra de la herida del puñal, sino que también del ojo, la nariz y la boca. Ocurre algo así en él como con la bomba atómica de la figura anterior, que si estalla lo hace en todas direcciones y lugares.

La figura 9 muestra un asaltante que lleva su nombre, Jaime (él con su avidez que satisface oralmente y que le crea culpabilidad) perseguido por la policía (su superyó). Expresa, como cicatrices en la cara del asaltante, la destructividad y la destrucción que él supone en su interior. El ácido que hiere representa su jugo gástrico que lo hiere y corroe por dentro, pero que considera que también puede herir su mundo exterior (representado por el rostro del asaltante). Llama la atención el lapsus que comete al escribir "chillo" en lugar de "cuchillo". Se debe a su fantasía de sentir el cilindro de materia fecal, endurecido debido al estreñimiento, como un falo agresivo y cortante, simbolizado por un cuchillo en su "culo". Omite el "cu" para reprimir la fantasía "chillo por el cuchillo de mi culo". Esta fantasía está aun más reprimida debido al temor ante su placer masoquístico femenino que obtenía de su síntoma de estreñimiento. Cada vez que perdía a su madre, y transferencialmente, a mí, hacía su identificación masoquística con el objeto perdido y se intensificaba su estreñimiento, pasando hasta 10 días sin mover el intestino. Los colores que

eligió para su pintura indican una vez más su fijación anal, ya que son los colores de excrementos.

En el análisis se atrevió a liberar estos contenidos terroríficos que antes sentía que podía dominar mejor enquistándolos y reprimiéndolos.

La figura 10 representa un muchacho arrollado por una avalancha de rocas y piedras y la muerte que se le viene encima. Es él destruido por su materia fecal retenida, que representa sus ansiedades terroríficas pregenitales enquistadas y reprimidas, que ya no puede dominar, que se desencadena como una avalancha dentro de él y por lo cual lo persigue la muerte. En el dibujo se ven claramente las masas de los excrementos aplastándolo y haciéndolo sangrar.

Cuando ya había hecho conscientes estas fantasías, mediante un análisis sistemático de todos los contenidos pregenitales sadomasoquísticos enquistados y cuando estuvo plenamente seguro de que al hacer consciente y permitir la salida de los contenidos que lo aterraban, no se destruía, ni me destruía a mí, como representante transferencial de su mundo y sus objetos externos, entonces cambió bruscamente de actitud y de juego. Su conducta de niño cansado y pasivo se transformó en más activa y, como Ernesto, el niño del primer caso, me pidió un equipo de química.

En líneas generales el análisis de Jaime siguió entonces más o menos el mismo curso que el de Ernesto. Su preocupación mayor era la de hacer mezclas para producir "gases potentes" y luego escuchaba los ruiditos que producían al escapar de los tubitos de ensayo. Luego se ocupó de aclarar cómo funcionaba el cuerpo y cuáles eran sus contenidos interiores reales. Paralelamente pudo empezar a analizar sus relaciones con sus objetos exteriores, sobre todo con su madre, a través del análisis transferencial de su relación conmigo. Después empezaron a surgir curiosidades y temas genitales que jamás había abordado antes, aunque su padre había querido hacerle aclaraciones en varias oportunidades muy anteriores.

Posteriormente, frente a una situación angustiosa, relacionada con la posible salida de la madre del sanatorio, reaccionó interesándose y aprendiendo juegos de magia y prestidigitación, lo que era un intento omnipotente de manejar y dominar sus ansiedades, pero en forma mucho más sublimada. Vemos en ello, que surge nuevamente su componente femenino, siguiendo su mecanismo de identificación con la madre frente a un conflicto con ella, ya que se ocupa maternalmente de su hermano y de los niños del barrio, haciendo sesiones de magia para entretenerlos.

Muchos niños aparentemente normales o con una adaptación ambiental bastante buena, consiguen solamente una posición genital ficticia debido a ansiedades anal-sadomasoquísticas contra las cuales se han defendido mediante su enquistamiento. Este complejo enquistado pasa inadvertido hasta que situaciones exteriores que exigen a dichos niños un esfuerzo mayor, les provocan el fracaso de su organización genital ficticia. Se les derrumba

entonces su adaptación ambiental como consecuencia de una intensificación regresiva de sus ansiedades enquistadas.

Son casos distintos de las neurosis corrientes que se van desarrollando gradualmente. La técnica de su tratamiento es la interpretación sistemática y activa, dirigida contra el enquistamiento de sus ansiedades sadicoanales. Con ello los niños, después de elaborar psicoanalíticamente y además de satisfacer parcialmente estas tendencias, lo que en el análisis de adultos constituiría una especie de *acting out* dentro de las sesiones analíticas, se liberan de sus ansiedades y progresan sanamente a su organización genital.

Profilaxis de la neurosis infantil

Mi idea de realizar grupos de orientación de madres surgió de la convicción de que únicamente podría mejorarse su vínculo con el hijo haciéndoles comprender, mediante la interpretación, cuáles eran los conflictos que dificultaban esa relación. La comprensión y satisfacción de las necesidades del bebe en su primer año de vida es la mejor profilaxis de la enfermedad mental.

XIII. Grupos de orientación de madres

Desde que inicié mi trabajo con niños me preocupó la búsqueda de un método que fuese eficaz para la orientación psicoanalítica del lactante. Me consultaron madres cuyo deseo consciente era seguir mis indicaciones y realizaban esfuerzos para hacerlo, pero sus conflictos o limitaciones afectivas no les permitían dar a sus hijos todo el cariño que genuinamente sentían.

Mis primeros intentos de ayudarlas orientando la educación del niño con consejos fracasaron relativamente; mientras duraba mi influencia sobre ellas y si me veían con frecuencia, modificaban su conducta, pero nada de lo que aceptaban sólo en un plano consciente llegaba a ser genuino en ellas. Comprendí que si su situación interna frente a la maternidad no se modificaba previamente por la comprensión o interpretación del conflicto, todo consejo era eficaz transitoriamente.

Dos hechos me parecieron evidentes: necesitaban verme con frecuencia y no era el consejo lo que las hacía mejores madres, sino el apoyo que de mí recibían; pero descubrí el peligro de esta relación cuando comprobé que me idealizaban y vivían en una extrema dependencia de mí, soportaban mal las frustraciones y surgían así inesperados resentimientos y la tendencia a sentirse perseguidas por la terapeuta.

Era necesario elaborar una técnica en la que pudiesen consultar regularmente y con frecuencia, en la que fuese posible interpretar y usar la transferencia tanto positiva como negativa, y analizar los conflictos con los hijos en vez de dar consejos, sugiriendo sólo excepcionalmente alguna indicación para la vida diaria. La terapia de grupo me ofreció las condiciones ideales para elaborarlas.

Comencé con el primer grupo de madres en 1958, grupo que con algunos cambios sigue funcionando hasta hoy; el segundo en 1959 y el tercero en 1960. El material que expondré se referirá a los tres grupos. Con el primero comprendí sobre todo que era necesario trabajar sistemáticamente con la interpretación del sentimiento de culpa, si quería liberar el amor reprimido de una madre por su hijo. El hecho de que una de las integrantes del grupo se viera forzada a hacer un aborto, cuando recién se iniciaba el grupo, las enfrentó súbitamente con el conflicto entre el amor y el odio, dar vida y quitarla, que en ese caso era manifiesto, pero fue apareciendo en el contenido latente de muchos de los conflictos

diarios. Los otros grupos me fueron más útiles para perfeccionar la técnica y manejar las situaciones prácticas orientándolas de modo de evitar en lo posible el consejo, y si lo daba se seguía de una observación detallada de las reacciones de la madre y el hijo durante el intervalo entre una sesión y otra, para interpretárselas inmediatamente. Comprendí que algunas normas básicas, manejadas por las integrantes del grupo, iban haciendo cada vez más innecesario mi consejo:

En la primera sesión doy lo que considero la regla fundamental; les digo que es un grupo dirigido, que nos ocuparemos de la relación de cada una de ellas con sus hijos y que traten de plantear los problemas o conflictos con el máximo de detalles, y yo orientaré y encauzaré al grupo mediante la interpretación o la indicación que juzgue necesarias. Hemos dicho que el consejo de los padres tiene un límite, que es su propia neurosis. Un consejo podría ser efectivo si el padre o la madre estuviesen en condiciones internas de aceptarlo y cumplirlo, pero no acontece así. Por ejemplo, si un padre necesita castigar a su hijo y deja de hacerlo por consejo del terapeuta, si no ha solucionado o comprendido los móviles de su conducta, volverá a hacerlo en cualquier momento, aumentando su culpa no sólo frente al hijo sino también frente al terapeuta. Este sentimiento de culpa lo impulsará a su vez a actuar peor, buscando más castigo. Comprobé que si la madre cumplía una indicación, pero sus actos no concordaban con sus afectos, el niño percibía lo inauténtico de su actitud. Aunque sus afectos estén enmascarados por una conducta o una verbalización que expresa lo opuesto, ellos captan el auténtico estado subyacente y según mi experiencia esto es así tanto para el odio como para el amor. Corroboré, además, que perciben todas las situaciones que los adultos consciente o inconscientemente tratan de ocultarles. A través del análisis de niños lo había comprobado en muchos casos, pero la experiencia con los grupos de madres me llevó más allá de mis primeras conclusiones.

Relataré como Ana¹, niña de 18 meses, percibió una situación que sus padres pensaban ocultarle. Como no hablaba todavía, la expresó con gestos y ayudándose con un cuadro que representaba su conflicto. Su madre integraba el tercero de los grupos ya mencionados, y había ingresado en él cuando estaba ya formado. Era una joven profesional, atrayente aunque muy descuidada en su aspecto. Dijo que su primera hija, Ana, se había desarrollado bien y no solía darle ningún trabajo, y que esperaba que tampoco se lo daría el segundo hijo, que iba a nacer pocos meses después. Comentó que venía al grupo sólo para ver cómo era, porque le habían hablado mucho de lo que allí se hacía, pero no porque tuviese ningún problema.

Le interpreté su reacción inicial de desconfianza y temor. Se vio

¹ Se trata de la misma niña cuya primera hora de juego está relatada en el capítulo VII.

por su respuesta hasta qué punto se sentía rechazada por el grupo y por mí, a quien veía fría y distante. Dijo que el grupo estaba ya formado y ella sería una extraña. Interpreté que revivía conmigo y con el grupo situaciones en las que debió sentirse muy rechazada por sus padres y familiares. Negó enérgicamente haber tenido ningún conflicto en su infancia y pareció muy disgustada.

Sus relatos, a veces dramáticos y a veces simpáticamente humorísticos sobre sí misma, tenían siempre una tónica impersonal y casi diría que cuando hablaba de sí misma parecía hacerlo de un tercero. Relató que no tenía sirvienta en ese momento y que además de su hija Ana debía cuidar de cuatro sobrinos, cuyos padres estaban en el extranjero; que hacía todo en la casa, atendía al marido, a su profesión, pero que lo hacía con gusto y sin gran esfuerzo. Muchas veces me impresionó una marcada desproporción entre la expresión triste y fatigada de su rostro y el tono jocoso o la sonrisa con la que acompañaba el relato. Parecía llevarse muy bien con el marido, habían hecho juntos la carrera y fueron siempre muy compañeros. Agregó que en los últimos tiempos, por cariño a su marido cuidaba del suegro, hombre de edad y achacososo, al que había que prodigar una especial atención. Al cabo de unas cuantas sesiones, anunció al entrar que le habían diagnosticado mellizos. A las objeciones y lamentos de sus compañeras de grupo, respondió que ella se arreglaba muy bien siempre y que no tendría problemas. Dijo luego que quería consultarme por su hija Ana, que la preocupaba porque se manifestaba celosa de todos. Pensaba que la forma en que ella cuidaba a los sobrinos, esforzándose para que no se notasen diferencias ni entre ellos ni con su hija, era penosa para Ana; pero que no se decidía a cambiar porque era necesario "ser justa y buena con los que estaban sin madre".

Interpreté que Ana era ella misma, apenada y quejumbrosa por no recibir la atención especial que tanto necesitaba en ese momento. Quería que se la cuidase muy especialmente y no como a una integrante del grupo, de un modo impersonal. Que no sentía confianza en que pudiese quererla y cuidarla, como no debió sentirse querida y cuidada por la madre. Agregué que temía que el grupo no permitiera que yo hiciese diferencias con ella, o exigiera que fuese justa y buena con todas por igual. Una de las integrantes dijo que se la debía cuidar de un modo especial, y que se lo merecía; interpreté que ella asumía la voz del grupo y que éste permitía que yo hiciese diferencias porque "era necesario y justo hacerlo con los que estaban sin madre", repitiendo así sus propias palabras.

Luego de esta sesión que he relatado, su marido me llamó por teléfono, informándome que se había adelantado el parto faltando días para entrar en el séptimo mes, y habían nacido mellizos. Uno de ellos murió al nacer y el otro sobrevivía penosamente. Me informó de lo que hicieron los médicos del sanatorio: lo pusieron en una incubadora y ordenaron todo lo necesario para que pudiese sobrevivir. Me hablaba porque nece-

sitaba que le aconsejase si debía o no ocultar los hechos a su hija Ana. Ya habían pasado 24 horas del parto, Ana había quedado en la casa con una niñera y con el padre, que estuvo con ella por la noche y varias horas en el día. Le pregunté si no había observado algo distinto en la niña, si sus juegos habían cambiado, si había algún indicio de que sufría el impacto de esta situación tan dramática. Dijo que no había observado nada, que se había seguido la rutina diaria y que él y la niñera se habían esforzado por mostrarse especialmente alegres y animados. Le pedí que me describiera los juegos que había observado en esos días, y recordó entonces algo nuevo en la conducta de su hija.

Relató que en la casa hay un cuadro que representa a la Virgen con el niño en brazos —al que hasta entonces Ana no había prestado atención— y que desde hacía dos días, en cuanto lo veía, lo llevaba de la mano hasta el cuadro y se lo señalaba con la manita al mismo tiempo que con expresión interrogativa le decía “mamá”. El padre comprendió mientras relataba esto que su hija lo estaba interrogando sobre el destino de la madre y el niño. Dijo no comprender por qué no valorizó antes esta actitud de la niña, que era tan llamativa en esos días y que ahora interpretaba. A raíz de esto decidió llevarla al sanatorio y tratar de explicarle la verdad. Cuando me pidió consejo sobre cómo hacerlo, le dije que se dejase llevar por lo que sintió al comprender el juego de Ana, y que actuase por sí mismo.

Llamé por teléfono a la madre de Ana y me pidió que fuese a verla. La encontré tranquila, comiendo, y me habló de lo bueno que era su esposo. La sola referencia que hizo a lo acontecido fue decirme que no podía llorar y que ignoraba la causa.

Pocos días después volvió al grupo. Relató que ya estaba en la casa y que el bebé había quedado en la incubadora al cuidado del personal del sanatorio, que ella no lo veía, pero en cambio se sacaba la leche cada día y la mandaba a la clínica para que lo alimentasen las enfermeras. Parecía tranquila, su expresión seguía siendo alegremente resignada y habló de su bebé como si nada hubiese acontecido con el que falleció y como si el sobreviviente fuese un niño nacido a término y normal. Le interpreté que seguía negando las dificultades y peligros que la rodeaban, que hablaba de su hijo como si se tratara de un bebé nacido normalmente y que era su forma de no enfrentar la realidad para eludir el sufrimiento. Esta interpretación le despertó mucha angustia y una gran hostilidad hacia mí, y dijo que no tenía sentido seguir en el grupo. Interpreté que se sentía triste por la pérdida y por el estado actual del otro hijo, que al señalarle por esa realidad penosa se había sentido acusada por mí y quería abandonar el grupo. Pensaba que yo, como su madre, la censuraría, pero que esta idea encubría la censura que ella me hacía a mí —la madre— y al grupo, por haberle hecho perder a su hijo y tener este otro en condiciones tan difíciles. Que ella había llegado al grupo con un buen embarazo

que no la preocupaba, tenía una hija que había criado sin dificultades, y la entrada en el grupo se había acompañado de una serie de calamidades y yo había provocado todos esos desastres o por lo menos había sido incapaz de remediarlos.

Relató entonces que las enfermeras no le permitían acercarse al hijo, porque podía infectarlo, a lo cual otra compañera le preguntó cómo entonces se acercaban las nurses. Dijo que ellas tenían equipos especiales de asepsia, para no dañar al niño. Le señalé que ella, como profesional, también podía haberlo pedido, y no lo hizo porque se sentía sin derecho a acercarse a su hijo. Interpreté esta actitud como un deseo de preservar al hijo y no como rechazo. Agregué que el haber preferido sacarse la leche y que la nurse se la diera significaba que quería darle lo mejor de ella misma sin peligro de contaminarlo y que también quería irse del grupo para no contaminarnos con su pena.

No se animaba a expresar hasta qué punto temía que fuera su vientre el que había matado al primer niño y enfermado al segundo, pero que lo sentía, ya que ni con un equipo especial de asepsia se atrevía a tocarlo. Esta interpretación la impresionó profundamente, se le escaparon algunas lágrimas, que se secó con fastidio. Su gran ansiedad y la falta de confianza que me inspiraron las normas que, según me dijo, regían en el sanatorio, y quizá mi deseo de ayudarla más, me hicieron indicarle una consulta con una pediatra que había trabajado en Suiza en una sala de niños prematuros². Sabía por mi experiencia con lactantes que el contacto con el cuerpo de la madre es fundamental para el desarrollo del recién nacido, y que en el caso del niño prematuro esta necesidad debía cumplirse aun más estrictamente. También sabía que Marcos recibía grandes dosis de medicamentos y la leche de su madre a los horarios indicados, pero carecía totalmente de un adecuado cuidado maternal o el de una nurse que lo reemplazase.

La madre de Marcos siguió mis indicaciones y ese mismo día pidió la consulta, pero una vez más tuve que aceptar que si los conflictos no estaban elaborados, el consejo o la intervención desde afuera eran inoperantes. Esta madre conscientemente quería cuidar a su hijo y por eso hizo la consulta, pero fue totalmente incapaz de cumplir las indicaciones que se le dieron. La única ventaja para ella fue que al comprobar que no podía hacer lo que conscientemente deseaba, se hizo cargo del conflicto que había en su interior entre el amor y el odio a su hijo, entre el deseo consciente de darle vida y el inconsciente de negársela. Fue este conflicto el determinante del parto prematuro, de la muerte de uno de los mellizos y del destino ulterior del sobreviviente.

Después de relatar la consulta y la lucha de sentimientos que hemos señalado, dijo que era muy penoso ver “ese bracito tan flaco que ni parecía

² Susana L. de Ferrer.

de un niño" y esta vez los afectos que se traducían en su voz y su rostro correspondían a lo que relataba. Describió a su hijo con tantos detalles y tan angustiantes que las otras componentes del grupo no pudieron reprimir un cierto horror ante las imágenes que les presentaba. Al sentir el rechazo del grupo por su hijo —que se hizo cargo así de este sentimiento suyo— surgió en ella el genuino amor que estaba escondido y por primera vez, dijo: "pero tiene una linda carita".

De sesión en sesión podía observarse un lento progreso en su contacto con el hijo, y no obstante las recaídas en conductas de desafecto o rechazo, privaban siempre pequeñas conquistas en su cariño hacia él. Se fue animando, por ejemplo, a tenerlo en sus brazos, a pelear con las enfermeras para que se lo dejaran largo tiempo, aunque todavía no se sentía capaz de darle el pecho —no obstante tener mucha leche— y seguía enviándola cada mañana para que se la diesen las nurses.

Animada por mis interpretaciones y por la intervención de las integrantes del grupo se propuso darle el pecho y también en ese nuevo contacto con el hijo fueron observables los mismos altibajos de permisividad y prohibición. Por ejemplo, si en una sesión decía que debía reconocer que teníamos razón y el bebe gozaba del contacto con el seno, se ponía sonrosado y más bonito, en la siguiente sesión decía que era tan aburrido y esclavizante tener que darle tantas horas el pecho, o decidía de golpe que no le daría sino mamadera.

El conflicto se agravó cuando la autorizaron a llevarlo a su casa. Entonces, aunque conscientemente parecía contenta, y preparó un cuarto especial, aislado y confortable, en el que pudiese estar junto con él, su conducta fue de gran rechazo y desapego. Se la veía descontenta, rehuía el contacto con el niño y seguía negando todo el esfuerzo y la pena que sentía. Su rechazo se incrementó cuando habiendo despedido a la nurse que la acompañó durante los primeros días, debió hacerse cargo totalmente del hijo, y también de Ana. Dijo que la niña estaba insoportable y no sabía qué hacer. Supe luego que en la última sesión del grupo combinó con las otras madres —de modo que yo no la oyera—, que tomaría una nurse a la noche, para poner tener un poco de libertad y salir. Eran sus propios conflictos los que la hacían vivirme como alguien que la acusaba de no ocuparse bien de su hijo.

En esa ocasión había dicho que su hija mayor tuvo miedo en la noche y que durmió muy mal. Siguiendo la técnica habitual en esos casos, le pedí que me relatase cómo había sido el pavor nocturno y pregunté si durante el día pasó algo que pudo haberla asustado; esta pregunta me permitiría valorar la gravedad del síntoma. Recordó con extrañeza que durante el día Ana se asustó mucho cuando vio que ella aplastó con el pie una cucaracha y se quedó aterrada mirando "era cosa blanca que le salía de adentro" y que en la noche, durante el pavor, su cara expresaba el mismo miedo. Interpreté que Ana estaba asustada por la muerte del

hermano, y que ese terror a la muerte de la cucaracha era el desplazamiento del miedo a la muerte del hermano, pensando que él podía haber muerto como una cucaracha. Aunque no incluí en la interpretación el temor a la muerte de Marcos, sentí que este temor debía estar incluido en la fantasía de la niña y que seguramente temía que no sobreviviese.

Esa noche Marcos murió ahogado. Esta vez fue la madre la que telefoneó y me dijo que esa noche, al retirarse la nurse, el bebe quedó dormido luego de tomar la mamadera. Se despertó minutos después y pareció estar molesto. Ella se sintió muy cansada y recordó que le habían dicho que poniendo los bebes boca abajo solían aliviarse y lo acostó así en su cuna. Posiblemente una acomodación inadecuada, a la que se sumó la poca vitalidad del bebe para defenderse de ella, hicieron que muriera asfixiado.

Cuando tuve telefónicamente el relato de este hecho, recordé inmediatamente el alarido de Ana cuando vio la cucaracha aplastada por la madre y el pavor en la noche. Se me hizo evidente que el trastorno de sueño estaba motivado por el miedo a la muerte de Marcos, a la de su otro hermano y a la de sí misma.

Esta niña percibía bien que, no obstante los esfuerzos de su madre por comportarse afectuosamente con el hijo, algo —que sentía como una fuerza ajena a ella y que la asustaba— se lo impedía, y temía sufrir el mismo destino de sus hermanos.

Hemos hecho referencia al material inicial de un grupo, en el que una madre se planteó la angustia por desear al hijo, haberlo concebido y tener que abortarlo. En un plano más enmascarado pero no menos dramático, este episodio mostró ser el resultado de un problema similar. Muchas son las conclusiones que pueden surgir de tal episodio, pero hablaremos primero de la niña y de cómo repercutió en ella.

Relaté cómo en su forma de comunicación preverbal encontró el modo de preguntar a su padre qué pasaba con la mamá y el bebe, mientras los adultos pensaban que Ana ignoraba que su madre estaba en el sanatorio, y más aún, que se planteaba el interrogante de cómo estaban ambos, madre e hijo. Su conducta mostró sin embargo que entendía muy bien por qué la madre no estaba en la casa, y que estaba preocupada. También fue evidente que percibió que el acto de su madre —aparentemente trivial— de matar una cucaracha, encerraba una violencia y una capacidad de matar que vinculó con la muerte de sus hermanos y con la suya propia. Cuando la madre me relató el episodio, hizo mucho énfasis en la expresión de miedo de Ana al mirar el líquido blanco y lechoso que salía de la cucaracha aplastada, detalle que seguramente no fue ajeno a su pavor —el pecho de la madre aplastado y muerto, atacándola y matándola—. Hubo muchos elementos que hacen suponer que Ana temió por su hermano y que pensó que moriría aplastado. Además, en otras ocasiones

el niño fue puesto en esa posición y como dormían en la misma habitación, debió verlo haciendo esfuerzos por no ahogarse y temió por él.

El padre sufría de asma, y más de una vez fue testigo de sus crisis, en las que —como he visto en muchos casos— temió Ana que moriría ahogado. Supe también que el padre discutió con su esposa en presencia de la niña cuando la madre dejaba al bebé en situaciones peligrosas, por ejemplo, en el borde del catrecito o de una mesa, mientras iba a preparar la mamadera. Además de ser testigo de esas discusiones, Ana percibía la situación de peligro en los sentimientos de su madre hacia los hijos.

Después de la muerte del hermano, sus padres pidieron que se le hiciera una hora de juego, para ver cómo elaboraba la pérdida y si su angustia justificaba hacerla analizar. Esta hora de juego reveló que la mayor preocupación en ella era preservar a un bebé poniéndolo en la mano de la terapeuta, simbolizando así su fantasía de que un bebé se salvaría si se lo pusiera otra vez en el vientre de la madre, en el que se supone una ausencia de peligro. Luego mostró que si se le deja caer —el parto prematuro— hay un grave peligro, y participación activa del que deja caer. Durante esa primera hora la temática fue salvar a un bebé, para lo cual había que devolverlo a la madre. Representó el parto prematuro con el dejar caer, y el aborto con el orinar. En toda la sesión el tema fue el miedo a la muerte.

Pasaremos ahora a analizar qué pasó en la pareja y en el grupo después de la muerte de Marcos. Hasta ese momento, la madre solía decir en las sesiones del grupo que iba a abandonar el tratamiento, y siempre surgía como motivo fundamental el hecho de sentirse incómoda conmigo, por mi frialdad y falta de afecto, pero no así con sus compañeras de grupo, que para su inconsciente eran las hermanas que no tuvo y a las que daba vida.

El grupo estaba constituido por una mujer divorciada, vuelta a casar, cuyo marido tenía conflictos con los hijos de su primer matrimonio; una mujer con una hija de 8 meses, nacida de un matrimonio feliz y ansiosa de hacer todo bien con la criatura —propósito que lograba—; la madre de un bebé recién nacido y con dificultades de contacto con el hijo, por lo que se identificaba con nuestra paciente; una mujer con dos hijas, una de 4 años y otra de 11 meses, a la que no se animaba a sacarle el chupete; y una mujer joven con una hija epiléptica y un bebé de 3 meses.

Mi paciente sentía que yo la rechazaba y que además estaba siempre distante con todas; cada vez que en la interpretación incluía sus problemas con la madre, se molestaba mucho y rechazaba mis palabras. Enfrentada con la muerte de sus hijos y con la acusación del marido por haberlos puesto en situaciones de peligro, lloró por primera vez y tuvo un genuino sentimiento de desamparo frente a su madre real. Me pidió amparo a mí y al grupo, y relató la pobreza afectiva en la que transcurrió su infancia. Pidió un terapeuta para ella, porque temía no poder elaborar

sola algo tan doloroso y le resultaba imposible esperar los ocho días que separaban las sesiones. Por primera vez contó que era hija única, que su madre era una mujer muy fría, que nunca la apoyó. Le había contado que después de su nacimiento quedó embarazada y abortó porque consideraba que con ella tenía bastante. Este había sido otro de los motivos del fracaso de su segundo embarazo; le era muy difícil superar a la madre. En todo este episodio había realmente una madre cruel, que dentro de ella le destrozaba un hijo, tal como Ana percibía que podía acontecerle a ella misma.

Podemos enriquecer aun más la comprensión del caso conociendo la situación familiar del padre. Era uno de los tres sobrevivientes de diez hermanos, y en su inconsciente la imago de la madre era la de una asesina —los hermanos muertos— o de alguien que aplasta y ahoga —el asma bronquial—. La muerte de su hijo ahogado le reactivó la situación infantil en la que vio morir a sus hermanos y el temor a seguir el destino de ellos, como consecuencia de los ahogos, y desplazó esta situación a su esposa, acusándola de haber dado muerte a sus hijos.

El análisis de todo este episodio dio a esta mujer un ansia de vivir que no recordaba haber sentido nunca. Fluyeron de ella sentimientos de amor hacia la hija y de felicidad por tenerla consigo. El darle inmediatamente un tratamiento, así como planear el mejor modo de compensarla de la pérdida de los hermanos fue el primer resultado de este sentimiento liberado. Ella y el marido iniciaron un análisis individual porque comprendieron que estaban ahogados por sus conflictos, a pesar de lo cual siguió viniendo al grupo.

Veremos ahora cómo evolucionó éste, luego del episodio que acabamos de relatar. Partiremos de la situación inicial, el parto prematuro y la muerte de uno de los mellizos, la negación del dolor por la muerte del hijo y de los peligros de muerte o enfermedad de un bebé prematuro, que se le señalaron. En este mismo grupo estaba la madre de una niña epiléptica, a la que nos hemos referido muchas veces. Esta mujer entró en el grupo luego de poner en tratamiento individual a su hija y conociendo la gravedad de la enfermedad que ésta padecía; sin embargo, solía plantear como dificultades habituales en un niño lo que en realidad eran síntomas graves. Le interpreté muchas veces que sabía que eran síntomas, pero que le costaba aceptar hasta qué punto estaba enferma su hija, y por eso relataba síntomas como si fuesen caprichos pasajeros y reaccionaba como si su hija fuese una niña malcriada, pero no enferma. Rechazaba de plano esta interpretación y solía preguntar con una expresión muy infantil si “realmente era muy enferma su hija”.

Cuando la madre de Ana habló de su bebé sietemesino y en incubadora, como de un niño nacido en término, fuerte, sano y sin peligros, fue ella la que interpretó que ahora comprendía lo que le pasaba con su hija. En otra persona podía ver claro que se trataba de un niño en peligro y

la madre lo describía como un bebe normal, y con su hija en cambio le había costado mucho aceptarlo. En esa misma sesión, en la que el tema del hijo "tarado" o que puede "tararse" fue el centro de la ansiedad recordó muy asombrada las características del primer embarazo seguido de aborto, que se relatará más adelante.

Recordó también que en el tercer mes del embarazo —del que nació su hija— tuvo pérdidas. El médico aconsejó interrumpirlo, porque si llegaba a término había el peligro de que naciese un hijo "tarado". Siendo pequeña jugaba a las muñecas y su juego predilecto era tener hijas "taradas", que ella cuidaba y curaba. Al pronosticarle el médico el posible destino de su hija, recordó la situación infantil y se prometió que no sería como en su infancia, y que su hija sería sana. Veremos cómo sometida a sus fantasías infantiles contribuyó inconscientemente a enfermarla y cómo empezaba a repetir la misma conducta con su segunda hija, que tenía 3 meses.

Sus asociaciones la llevaron inesperadamente al relato de las molestias que sufría la segunda hija. Resultó que uno de los problemas que quería traer al grupo era el de no saber defender a la más chiquita de las agresiones de la mayor. Estas agresiones incontroladas en las que jugaba con un palo o con lo que tenía en la mano y pegaba eran uno de los llamados "caprichos" a los que la madre se refería. Tal como es la regla en el grupo, le pedí que relatará una situación concreta, si era posible reciente, así veíamos cómo actuaban ella y sus hijas. Dijo que la mayor jugaba con un palo y se acercaba a la cuna del bebe amenazándolo con matarlo, y que ella le dijo muchas veces que no le pegase, pero siguió igual. Lo que más la asustaba era que la mayor podía hacer mal a la pequeña en la cabeza y enfermarla.

Interpreté que su angustia eran tan grande porque sentía que si bien la nena ejecutaba el golpe, era ella quien lo daba a la hija; por eso no frenaba la acción. Reaccionó con mucho rechazo. Alguien del grupo le dijo: "¿Y si no es así, por qué no le sacaste el palo?" Insistí en mi interpretación y agregué que estaba actuando como cuando era chiquita, teniendo muñecas "taradas" a las que luego devolvía la salud. Su dificultad en controlar la agresión de la hija mayor era su propia dificultad de aceptar que esa agresión incontrolada era parte de la enfermedad de la hija y no un capricho, y en segundo lugar que no preservaba a la más chica para padecer otra vez el mismo destino de su infancia —la muñeca "tarada" que curaba—. Relacioné su actitud con la que tuvo en otra ocasión con la más chica. Había planteado en el grupo que ésta tenía muchas dificultades intestinales y que era terriblemente estreñida, y si no le daba laxantes o supositorios no movía el vientre. Como éste había sido uno de los síntomas de la mayor cuando consultó por primera vez, temió que la más pequeña se enfermase de la misma forma. Cuando describió el trastorno intestinal de su hija le señalaron en el grupo que no podía

saber si era estreñida o no, porque había dicho que cada mañana le ponía un supositorio antes de saber si movería o no el vientre. Tuvimos aquí una evidencia más de cómo puede fabricarse el síntoma de un niño. Su conflicto infantil, tan ajeno a su conciencia, la obligaba a repetir la misma situación y fue necesario que hiciese conscientes sus deseos para poder modificar su conducta. Comprendió que sus hijas eran para ella las muñecas de la infancia, que debía curar y que en cambio su función era preservarlas y que no llegasen a "tararse".

Otra de las ventajas del grupo es el hecho de que muchas de las integrantes colaboran en la función terapéutica, por ejemplo, la que le preguntó por qué no le quitó el palo ayudó a que elaborase la interpretación que en un primer momento había rechazado. Otra integrante del grupo, representante de una buena relación con el hijo, también favoreció el anhelo de alcanzarla y mejorar su maternidad identificándose con ella. Lo que ella sintió consigo misma y con la madre de Ana le permitió aclarar el mecanismo por el cual hasta ahora no había aceptado la gravedad de la enfermedad de su hija, sin lo cual no podía resultar operante el grupo para ella, del mismo modo que en un análisis individual, hasta que no se acepta la enfermedad, no se busca la curación. Lo que ella no podía ver en sí misma le resultó evidente en su compañera de grupo; en cambio ésta tardó muchos meses en tomar conciencia de su situación.

En este mismo grupo había una mujer con un bebe recién nacido. Como estaba rodeada de personas en análisis y ella misma se analizaba, conocía en líneas generales cuál era la conducta adecuada en la relación con el hijo, y pudimos ver que también en ese caso el conocimiento consciente no la ayudaba nada, sino que, por el contrario, se transformaba en un superyó acusador que la compulsaba a actuar cada vez peor con su hijo. Por ejemplo, le daba de mamar mirando televisión, sin ningún contacto afectivo con él. El bebe lloraba continuamente y manifestaba una gran inquietud, no obstante tener la madre mucha leche y darle el pecho a intervalos regulares. Relató que le resultaba muy pesado darle el pecho cada tres horas, pero como sabía que era bueno para su hijo y a ella le aburría dárselo, había encontrado una buena transacción y mientras el bebe mamaba veía televisión. Por su falta de contacto no comprendía que, además de estar psicológicamente ausente, los ruidos generalmente estridentes y la música de las audiciones que veía eran estímulos tan malos que contaminaban y estropeaban lo bueno que le daba con la leche. El grupo identificó este rechazo con el de la madre de Marcos. A través de ella y de la madre de Ana pudo aceptar las interpretaciones y hacer consciente el rechazo afectivo hacia su hija, comprender la continua negación a la que recurría para no aceptar la enfermedad. Aceptarla significaba también conocer y aceptar su participación, así como la madre de Ana se sintió causante de la muerte de sus hijos.

Otro grupo se vio obligado a elaborar desde el comienzo el conflicto

entre dar vida y quitarla, a través del aborto de una de las integrantes. Fue el que se integró más rápidamente como grupo y se pudo valorar su progreso cuando un año después elaboró otra situación similar. En la primera ocasión proyectaron masivamente la culpa en mí y me acusaron de haber matado o dejado matar al niño, cuando la finalidad por la que ingresaron en el grupo era precisamente la de recibir mi ayuda para preservar los hijos. En la segunda, cuando se repitió la misma situación de aborto en otra de las integrantes, se vieron los intentos del grupo para evitarlo. Cuando comprendieron que era inevitable, compartieron la culpa entre todas, incluyéndome y haciéndome participar del dolor y la pena que esto les causaba.

En este grupo la elaboración del aborto llevó a que otra de las integrantes hablara de ver por qué después del parto hay una depresión tan intensa, y se refirió al nacimiento de un hijo como a un desprendimiento y pérdida que siempre resulta penoso. Interpreté que ella señalaba el pensamiento del grupo: "Ser madre significa perder la situación de amparo y el papel de hija", y aquí conmigo sentían ese mismo temor a la pérdida. Al ser madres se sentirían separadas de mí. La misma mujer que había dicho por qué había tanta depresión cuando nacía un bebe comentó que su madre le recriminaba todo tipo de actividad que no fuese cuidar del niño y de su casa, reapareciendo la imagen de una madre tradicionalmente burguesa, que enmascaraba la imagen de la madre-pecho, lo opuesto de la madre asesina —madre genital—, que apoyó las relaciones ilegales de la integrante del grupo y la pérdida del hijo en la primera ocasión. Una de las integrantes que llegó al grupo embarazada y que había tenido muchas dificultades para elaborar la relación con su madre dijo que había querido acercarse a mí en una conferencia, pero que había tanta gente a mi alrededor que temió no poder llegar; sin embargo, se impuso un esfuerzo para hacerlo, pero tuvo miedo de rodar por las escaleras si se apuraba y abortar ella también. Mostraba así su conflicto conmigo, sentía que yo no le permitía ser madre y pensaba que era incompatible ser hija y llegar a ser madre, o ser querida por la madre. El grupo llegó a la conclusión de que el mayor problema era el de la pérdida y lo que más costaba aceptar era que un hijo se desprendía de la madre, que no era tanto el aborto lo que las asustaba, sino que eran mujeres grandes que se sentían desamparadas como niños sin madre. Otra integrante del grupo comenzó a hablar de un modo muy frívolo del tema de las sirvientas, de que era terriblemente difícil conseguir las, y pedía y daba direcciones de agencias. Interpreté que había desplazado el temor a la pérdida de la terapeuta-madre a la situación de las sirvientas, por ser éstas tan fácilmente reemplazables. Se sentían esclavizadas y atadas a mí para cuidar de sus hijos, como se sentían esclavizadas y atadas a la madre, sometimiento que les traía dificultades en la relación con sus hijos.

Considero que en el grupo de madres es necesario enfocar inmediata-

mente los conflictos básicos que surgen en la mujer cuando hace consciente su posibilidad de dar vida o de quitarla, teniendo que defenderse de la tendencia que la arrastra a dar muerte a su hijo para no perder a la madre. Estos problemas pueden presentarse abiertamente, como en el caso del aborto o de los sietemesinos que murieron, pero con frecuencia aparecen enmascarados bajo la forma de un pequeño trastorno pasajero o de una dificultad sin importancia en el manejo del niño. Diría que esto es especialmente evidente en los conflictos que le trae a la madre afrontar el destete o la pérdida definitiva del chupete, los trastornos de sueño y el aprendizaje del control de esfínteres. La primera y la última son experiencias de desprendimiento, y el sueño una situación que suele equipararse a la muerte. Daré un ejemplo de alguna de estas situaciones, para luego referirme a la posición de la madre frente a la sexualidad del niño, a las dificultades que tiene para aceptar esa expresión de vida, dificultad que es consecuencia de las limitaciones que ellas mismas se imponen en su amor al hijo.

Me he referido ya a una de las integrantes del grupo que tenía una hija de pocos meses y cuya maternidad era satisfactoria y alegre. Cuando la hija tuvo 15 meses, planteó en el grupo su dificultad para sacarle el chupete, dijo que conscientemente comprendía que hacía rato que debería haberlo hecho, que su hija casi no lo pedía y que incluso la sentía dispuesta a abandonarlo, pero que ella, la madre, se encontraba sorprendida al comprobar que le costaba tanto hacerlo que ni siquiera lo había planteado en el grupo. El grupo respondió acosándola y exigiéndole que cumpliera lo que considerase necesario, ya que ella era la que manejaba bien a su hijo y no le permitirían que se equivocase —idealización que encubría la persecución— y le aconsejaron, recordando otros casos, la forma en la cual debía actuar. Cuando llegó a la sesión siguiente dijo que su hija había estado toda la semana sufriendo una diarrea gomosa y que los medicamentos que le dio el pediatra —porque no se atrevió a llamarme— habían sido totalmente ineficaces. Para relatar el episodio usaré las palabras de la madre, transcribiendo una carta que me dejó cuando pudo solucionar el problema, y luego haré los comentarios. Por el contenido de la carta y por su actitud al traérmela se hizo evidente que no sólo era un regalo, como ella me dijo, sino el chupete mismo que dejaba en mis manos.

"Cuando decidí quitarle el chupete a Lucy tenía ya quince meses y se lo daba solamente para dormir. Le dije que había dejado de ser un bebe, que tendría que acostumbrarse a dormir sin él, que yo la ayudaría mucho, puesto que comprendía que le iba a ser penoso y que estaba segura de poder ayudarla. Desde esa noche, aunque seguía succionando el chupete, empezó a tratarlo en forma agresiva, y durante los días que siguieron rompió tres chupetes, tironeándolos y mordiéndolos. Al día siguiente noté que estaba con colitis, lo que trajo una serie de complicaciones porque se paspó la cola, estuvo de mal humor y yo no sabía cómo enfrentar la

nueva situación. Conscientemente me había propuesto quitarle el chupete, le anuncié que lo haría, pero no lo cumplí. Pasé una semana sin mejorar a pesar de los medicamentos e indicaciones del médico. Fue entonces cuando me interpretaron que la diarrea gomosa expresaba la necesidad de Lucy de eliminar el chupete, y decidí enfrentar el problema. Le recordé todo lo que había hablado la semana anterior, se lo repetí con detalles y como parecía entenderme, cuando la llevé a su dormitorio y la acosté en la cuna, apagué la luz exactamente como todas las noches, con la diferencia de que no le entregué el chupete, que ella no me pidió, lo que me extrañó bastante. Se acurrucó para dormir y comenzó a gemir como nunca la había escuchado: era un lamento como el que sentía en los velatorios, suave y cadencioso, pero desgarrador. Me acerqué a ella y mientras le acariciaba la cabeza le hablaba suavemente diciéndole que comprendía lo que sufría, pero que ya se acostumbraría. Cuando lloró más fuerte la levanté, la tuve en mis brazos, encendí la luz, la saqué de la habitación y la llevé al living, donde ayudada por mi esposo hicimos todo lo posible por distraerla, pero cuando el sueño la vencía se ponía a llorar nuevamente sin consuelo, y terminó durmiéndose en mis brazos; esa noche se despertó varias veces. Al día siguiente la diarrea había desaparecido. Siguió durmiéndose en mis brazos durante varias noches, pero cada vez estaba mejor de día, y de noche dormía. El único inconveniente que tuvo fue un resfrío. Cuando llevé este problema al grupo me interpretaron que lloraba por la nariz. Varias veces en el día durante la primera semana de duelo acunaba su muñeca entre los brazos y lloriqueaba, pero poco a poco dejó de hacerlo. Justamente en la misma fecha en que habíamos eliminado el chupete se rompió su cochecito de paseo y estuvo varios días en arreglo, cuando lo trajeron la vi exageradamente entusiasmada y desde ese día está continuamente al lado de él, permanece sentada en él durante horas y lo muestra a todas las personas que encuentra. La terapeuta me interpretó que Lucy había temido que le pasase lo mismo que con su chupete, que desapareciese para no volver."

Terminaba la carta³ diciéndome que le parecía imposible lo que sentía, que le parecía que Lucy había dejado de golpe de ser un bebé y que ella estaba como entristecida. Fue evidente que la diarrea gomosa era la forma en que Lucy mostró a su madre que su organismo estaba preparado para el desprendimiento y que necesitaba eliminarlo para dejar de ser un bebé, como antes desgarró con sus dientes y destruyó los chupetes. Ella, en cambio, aunque se propuso hacerlo, habló con su hija y la sentía preparada para el desprendimiento e incluso lo veía necesario, no pudo quitarle el chupete. Le interpretamos que lo que ella llamaba "la muerte del chupete", encubría la muerte de su hija como desplazamiento de la

³ Esta carta, que la madre denominó "un regalo", significaba realmente el chupete del cual ella se desprendía por mí.

muerte de ella misma como hija. Ella estaba exageradamente fijada a su madre y era ella la que todavía no se sentía en condiciones de dejar el chupete. Esta madre, que en general había tenido una excelente relación con la hija, que la observaba y dirigía con inteligencia y afecto, me dio una corroboración importante de mi afirmación de que existe una fase genital previa a la organización anal. Observó que Lucy entre los ocho y diez meses se entretenía en introducir los dedos en los orificios de la cara del que tuviera cerca, que si jugaba con algún sonajero, o con el chupete, lo llevaba de la boca a los genitales y de allí nuevamente a la boca. Cuando terminaba de comer se podía encontrar en sus bombachitas restos de todos los alimentos que había ingerido y que también había intentado darle a su vagina. Cuando la bañaba, ponía agua en la boca, se la sacaba de ella y se la pasaba por los genitales, y durante mucho tiempo para dormir en esa época hacía lo mismo con el chupete, se lo sacaba de la boca y se lo ponía en los genitales.

Relataré otras experiencias en las que es muy evidente la comprensión y la capacidad de expresión en niños muy pequeños y cómo puede modificarse la actitud interna de la madre cuando lo comprende.

Cuando Dorita tenía 8 meses, su madre, en general paciente y cariñosa, comenzó a demostrar incapacidad para comprenderla y la retaba con frecuencia. Señaló al mismo tiempo que era notable cómo se movía, gateaba y trepaba por todas partes. Se le interpretó su dificultad en aceptar el crecimiento de la hija que, al moverse por sus propios medios, se separaba de ella. En esa misma época también se mostraba impaciente con la sirvienta, y terminó despidiéndola, aunque razonablemente comprendía que la necesitaba mucho y que Dorita sufriría por esa pérdida. Cuando relató esto en el grupo se le pidió que detallase la actitud y las circunstancias que habían provocado el despido y la respuesta afectiva de Dorita. Contestó que la niña se manifestó muy enojada; ella había hablado muy mal de la sirvienta, sintiéndose muy molesta al comprobar que su hija la quería tanto y la extrañaba. Le interpretamos la relación entre su impaciencia por el crecimiento de Dorita y el haber despedido a la sirvienta, comprendiendo que había desplazado a la sirvienta sus deseos de "echar a la hija", como si dijese: "Ya que quiere irse de mí, que se vaya."

Relató en la siguiente sesión que había quedado impresionada al comprobar cómo una niña de 8 meses comprende todo cuanto se le dice; al volver a casa después de la sesión anterior, habló con Dorita como si fuese una persona mayor. Le dijo que comprendía que había actuado mal echando a Josefa, que ésta no era mala, como había estado diciéndole todos esos días y que iba a llamarla para que volviese. Dorita, luego de escucharla atentamente, le dio un beso y se quedó dormida en sus brazos.

Una vez más comprobamos lo eficaz que resulta la labor en el grupo; esta madre hizo conscientes los motivos de su rechazo a la hija y de su

actuación compulsiva al despedir a la sirvienta; lo que le permitió modificar su actitud. Además, permitió corroborar una vez más cómo un bebé de 8 meses comprende el lenguaje de los adultos.

La misma niña, al tener 15 meses, amaneció una mañana con un fuerte dolor en el cuello y un poco torcida hacia el lado izquierdo. Cuando la madre relató esto en el grupo, le pregunté si por la disposición de las habitaciones era posible que la cabecita de Dora se torciese orientándose hacia la habitación de los padres. La madre dudó y comprobó asombrada que así era y agregó: "Parecía como si hubiese girado el cuello para llegar a nuestro cuarto." Dijo luego que ella y su marido se despertaron muy apenados porque en la noche no habían oído el despertador que siempre sonaba a las 2 de la mañana. Como el grupo no comprendía el motivo de su conducta, le preguntaron por qué ponía el despertador, y ella señaló que como Dorita dormía muy desabrigada se enfriaba, y ellos cada noche se levantaban a taparla. Comprendió pronto que aunque intentaba dar motivos racionales que la justificasen por no ponerle ropa abrigada, las otras integrantes del grupo le rebatían cada argumento, hasta que se vio forzada a pensar por qué la hacía dormir con un camisón escotado, para luego levantarse y abrirla. Interpreté que en esta, como en otras ocasiones, se expresaba su pena de ver crecer a Dorita e independizarse, que también tuvo conflictos con la hija cuando ésta empezó a caminar y a dar signos de independencia. Le señalé que con su conducta en la noche buscaba mantenerla ligada a ella, como cuando era un bebé, y se levantaba de noche para alimentarla. Interpreté el dolor de Dorita y el que hubiera amanecido con el cuello torcido como vinculado al movimiento que debía hacer cuando dormía y esperaba que sus padres llegaran. Como no aparecieron, se movió en dirección a ellos y quedó esperándolos. Luego de esta interpretación, dijo que ahora comprendía algo muy raro que había sentido esa semana. Veía jugar a Dorita tan feliz e independiente lejos de ella y le dio tanta pena que sacó un chupete que tenía guardado desde la época en que ésta era bebé y se lo puso en la boca, quedando embelesada al verla tan bonita con su camisón y el chupete, como cuando era pequeñita. Este recuerdo, asociado a mi interpretación, justificaba plenamente el sentido que yo había dado al dolor de Dorita.

María, madre de un niño de la misma edad, relató entonces el extraño juego que hacía su hijo con las muñecas. Perforándole la zona izquierda de la cabeza la escarbaba, pero esto lo hacía solamente con los muñecos vestidos de varón. Como el padre había sido operado en esa misma zona de la cabeza antes de nacer el niño, le interpreté que éste le mostraba que conocía la operación de su padre y jugando elaboraba la angustia que ésta le causaba. María quedó como aterrada, y dijo que también su hijo hacía últimamente otro juego con los muñecos, que consistía en arrancarles las piernas, también solamente a los vestidos de varón. El padre de

este niño, cuyo nivel mental era muy bueno, había fracasado siempre en la vida por conflictos neuróticos graves y una patológica dependencia de su madre, con la cual vivían. En la sesión anterior, María contó que su marido había emprendido un nuevo trabajo, hacía corretaje de libros, para lo cual debía caminar mucho y llegaba de noche extenuado, diciendo que le parecía tener las piernas rotas de tanto trabajar. A través de este caso vemos que este niño de 15 meses comprendía todo lo que pasaba en su ambiente. Se angustiaba al sentir las quejas del padre, comprendiendo que se veía obligado a hacer un trabajo que lo extenuaba, y que era una consecuencia de la operación de cabeza. Eso hacía con sus muñecos, les operaba la cabeza y luego les amputaba las piernas. También en esta época relató la madre que tenía tendencia a realizar juegos arriesgados, en los que terminaba lastimándose la cabeza, viéndose así como su identificación con el padre lo compulsaba a imponerse la misma mutilación que éste padecía.

En el capítulo IX relatamos el caso de Verónica, niña de 6 años que no hablaba. Pudimos ver que en el origen de su enfermedad estaba una prohibición muy temprana para acercarse a su padre. Dijimos entonces que hasta el momento del tratamiento que relatamos no pudimos descubrir traumas reales que explicasen este conflicto, pero éste existía y era muy intenso. Relataremos ahora cómo una madre se sintió compulsada a separar a su hija de 9 meses de su padre y cómo al hacer consciente esta conducta y lo que significaba, pudo modificarla. Teresa entró en el grupo con un embarazo de 8 meses, y dijo buscar ayuda porque había perdido el primer hijo y tenía mucho miedo de perder el segundo. Relató las dramáticas circunstancias que rodearon su parto y la muerte del hijo. En todo su material asociativo se vio una fuerte prohibición de la madre para que ella misma llegase a serlo y cómo buscaba en mí a una terapeuta que se dedicaba a las madres, que contrarrestase esa imago interna que le prohibía la maternidad.

Al mes y medio nació una hija, a la que crió muy bien, dedicándole la mayor parte de su vida en un cuidado eficaz e inteligente. Inés tenía 9 meses cuando su madre dijo por primera vez que la veía muy difícil de manejar, que dormía mal y había perdido su buena relación con ella. Se preguntaba adónde se había ido su paciencia y la angustia que le causaba el sentir que internamente rechazaba a su hija, aunque en apariencia nada de su conducta había cambiado. Relató luego que por motivos especiales vivía con ella la suegra, a la que había cedido su dormitorio matrimonial para que estuviese más cómoda. Dijo que ahora ésta era buena y cariñosa con ella, pero que al principio se había opuesto mucho al casamiento y que más de una vez había dicho que no descansaría hasta separarlos. Le interpreté que ya no veía en ella a Inés sino a su suegra, separándola del marido, se sometía a ella dejándole la cama matrimonial, pero luego sentía rabia y rechazo por haberse sometido. Dijo luego que el padre, frente al

conflicto que se había creado casi no aparecía en la casa, y que pensaba que el malestar de Inesita era en parte debido a que había perdido a su padre. Esta niña estaba en pleno desarrollo de la fase genital previa y evidenciaba el cariño a su padre viéndose de golpe separada de él y rechazada por su madre. De no haberse modificado la conducta de esta última, de haberse continuado esta situación durante mucho tiempo, el desarrollo de Inés se hubiera visto seriamente perturbado.

Daremos ahora algunas de las normas técnicas que usamos en las distintas situaciones. Hemos señalado ya el uso de la interpretación. Las madres plantean en el grupo lo que llamaríamos situaciones básicas frente al hijo y éstas se interpretan; también consultan sobre problemas diarios. Si piden consejo frente a un problema real, se les pide que lo relaten con el máximo de detalles y se interpreta su conducta. Generalmente las participantes del grupo también hacen observaciones, lo que permite —sin dar directamente un consejo— proponer la observación de los cambios que se producen en la semana, entre una sesión y otra, si ella cambia de conducta. Por ejemplo, si la madre, aunque comprenda conscientemente el significado negativo de su conducta, como poner al niño en su cama, relata que ha reincidido en hacerlo, además de interpretársele se le indica la necesidad de sacarlo de su cama y que analice luego lo que experimenta cuando se ve sometida a esa privación, siguiéndose la observación todo el tiempo que sea necesario. No enjuiciando nunca la conducta, pero sí interpretando la agresión subyacente a una actitud que es aparentemente de gran cariño, como en el caso del chupete.

A veces una madre pide orientación sobre el material de juego o actividades que convienen a su hijo, de acuerdo con las etapas del desarrollo. Con frecuencia ella y el grupo van diciendo normas o sugiriendo actividades, pero en el caso de no conseguirlo, yo como terapeuta, además de interpretar, indico alguna actividad cuyo resultado debe ser observado durante la semana. Con una técnica similar se procede cuando preguntan cómo explicar temas vinculados con lo sexual. Se trata de que todos intervengan y formulen la explicación que darían a su hijo. Esta fue una de las grandes enseñanzas que obtuve de los grupos de madres, porque aunque sabía que los padres tienen dificultades para responder a estas preguntas, pues no aceptan la sexualidad del hijo, no pensé nunca que éstas fueran tan intensas como pude observar. Por ejemplo, cuando diez mujeres —entre 25 y 40 años— se avergonzaban o se angustiaban como un niño frente a su madre cuando les pedía que hablaran libremente sobre cómo explicarían esto a sus hijos; en estos grupos ninguna de las diez respuestas dada por estos adultos correspondía a la realidad.

Mi idea de realizar grupos de orientación de madres surgió de la convicción de que únicamente podría mejorarse su vínculo con el hijo haciéndoles consciente, mediante la interpretación, cuáles eran los conflictos que dificultaban esa relación.

XIV. Nuevas perspectivas en la terapia

Orientación psicoanalítica del lactante

La espera de un hijo reactiva en la mujer las ansiedades que sintió desde pequeña en relación con el interior de su cuerpo¹. El hijo será la prueba de realidad que la certifique de su integridad y plenitud, si nace sano. Los temores, frecuentes en las embarazadas, de tener un hijo defectuoso o de no llevar a buen término el embarazo, son una consecuencia de estas angustias. Por eso también el hijo toma las características de ese desconocido interior tan temido y actúa con él dando pruebas de una ignorancia que va mucho más allá de lo que conscientemente llamaríamos falta de experiencia. Los animales saben cómo alimentar y criar a sus hijos, y consideramos una deformación de la naturaleza a los que matan, abandonan o no saben tratar a su cría. La madre sana debería también saber por sí sola cómo cuidar y atender a su hijo, pero las deformaciones que padecemos los humanos hacen que eso tan genuino deba ser enseñado. El camino por el que hemos llegado a este conocimiento es similar al que nos permitirá transmitirlo, y va de lo patológico a lo normal. Durante el análisis de neuróticos y psicóticos fuimos estudiando los factores patógenos; su comprensión junto a la investigación del desarrollo primitivo nos han llevado a saber lo que es un bebé, cuáles son sus necesidades y en qué forma deben satisfacerse para que pueda evolucionar normalmente. Si bien esto fue un gran progreso para la profilaxis de la neurosis infantil, faltaba encontrar una forma de hacer llegar este conocimiento a las madres, forma que se alcanzó con los grupos de orientación. En ellos vimos que el sentimiento de extrañeza ante el hijo se manifiesta en cada madre en una o varias incompetencias para cumplir la rutina que exige la crianza de un bebé. Esas incompetencias al ser analizadas en los grupos de orientación mostraron tener profundas raíces en situaciones infantiles o en la relación con sus propias madres. Era común a todas la lucha estéril por rescatar un genuino amor por el hijo, que estaba impedido por fuerzas incontrolables y también el sufrimiento en que las sumía esta lucha.

El éxito terapéutico en los grupos no consiste en que la madre conozca al niño y logre aplicar ese conocimiento al hijo, sino en devolverle

¹ Melanie Klein señaló que el complejo de castración femenino es diferente del del varón: consiste sobre todo en el temor de la nena a que la madre haya destruido su interior y robado sus contenidos. Cf. MELANIE KLEIN: "El psicoanálisis de niños", en especial pág. 40 y pág. 101.

una maternidad feliz, fuente de goce para el hijo y para ella, en la que el amor fluya con la misma libertad que la leche del seno que amamanta bien, y en la que la gratificación pueda ser regulada y no obedezca a impulsos o exigencias momentáneas.

Siendo fundamental la forma en que se establece la relación madre-hijo inmediatamente después del nacimiento, es más indicado que una madre entre en el grupo cuando está embarazada. En él conocerá a través de sus compañeras del grupo muchos de los problemas que se le presentarán más tarde, y lo que es más importante aún, habrá aprendido a ser tolerante con sus errores, a conocer la vida de un bebé y a compartir muchos de sus sentimientos. Al nacer su hijo podrá analizar en el grupo sus temores y angustias frente a él y será más eficaz para enfrentar cualquier dificultad que pudiera presentarse.

El parto sin dolor ha liberado a la mujer de gran parte de sus sufrimientos y la ha acercado a vivirlo de un modo natural, y los grupos de orientación de madres, al prepararla para la relación con el hijo mediante el análisis de sus dificultades y el conocimiento de la realidad, cumplen una función similar. Le permiten luchar eficazmente contra hábitos o creencias muy arraigados y que contrarían las necesidades básicas de ambos.

Las mismas limitaciones que tiene la madre para entender lo que su hijo necesita las tienen con frecuencia los adultos que se dedican a niños. Por ejemplo, los que inmediatamente después del parto separan a la madre de su bebé, mandándolo a una nursery o buscando alejarlo de cualquier modo de ella. Obedecen así a la idea consciente de que es necesario que ella descansa y han olvidado en cambio lo que para el bebé y la madre significa la ruptura brusca de una íntima relación que ha durado 9 meses y cuyas características no se volverán a repetir en la vida del sujeto y serán, sin embargo, permanentemente añoradas.

Cuando un bebé nace su yo está empeñado en la complicadísima tarea de elaborar el trauma del nacimiento, y son muchos los autores que han estudiado la trascendencia de la vida intrauterina y del trauma del nacimiento. Entre nosotros Arnaldo Rascovsky² y su grupo han estudiado el psiquismo fetal. Todo este conocimiento nos lleva a pensar que el feto, al ser separado de la madre, necesita restablecer cuanto antes un intenso vínculo con ella y recuperar —aunque sea parcialmente— el contacto con su cuerpo, para lo cual debe permanecer muchas horas junto a ella en los primeros días y adecuarse paulatinamente a la separación.

Las experiencias con lactantes muestran que si bien la boca es la zona más adecuada para que establezca su primer contacto con el mundo —ya que necesita alimentarse para sobrevivir—, no basta la boca, ni el

² RASCOVSKY, ARNALDO: *El psiquismo fetal*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1960.

ser alimentado.³ Lo ayudamos a vencer su angustia de separación si inmediatamente después de nacer lo ponemos en contacto con la madre y favorecemos la iniciación de la succión. En la medida en que el pecho que se ofrece al niño satisface sus necesidades y alivia sus tensiones, el mundo exterior irá significando algo placentero hacia el cual se dirigen sus intereses. También necesita el calor de su madre, su voz, su compañía, su manipuleo, su contacto y el de ropas adecuadas⁴; éstas deben ser cuidadosamente estudiadas para que no tenga ni demasiado calor ni demasiado frío y sea así ayudado en su tarea de termorregulación. Durante muchos años se pensó que el niño no alimentado por la madre tendría graves trastornos en su desarrollo ulterior. Actualmente sabemos que la alimentación artificial, dada con un buen contacto afectivo y en condiciones físicas que se acerquen lo más posible a las del amamantamiento —agujero de la tetina adecuado, tenerlo en brazos y bien sostenido, que su alimentación dure cada vez el mismo tiempo que si hubiera mamado—, el niño se desarrolla normalmente. También sabemos que un seno con suficiente leche puede ser introyectado por el niño como un pecho no tan bueno, si no se acompaña de un contacto emocional suficiente y de un manipuleo suave.

El primer caso del que saqué gran enseñanza fue el de una niña cuya madre la había alimentado hasta los 9 meses y que presentaba, sin embargo, conflictos muy serios vinculados con la alimentación y en su relación global con la madre. Teóricamente, la lactancia fue perfecta, pero supe luego que esta madre —que sufría de un asma muy intensa— alimentó a su hija en un período en el cual los accesos eran casi diarios. Comprendí luego que el pecho que esta niña había introyectado estaba cargado del terror que le inspiró esta madre siempre enferma, ahogada, a la que recordaba en peligro de muerte.

Dijimos antes que no todo es la boca y la gratificación oral en el primer contacto de un niño con su madre, y se verá ahora que no todo es

³ Las experiencias con lactantes, en especial las realizadas en 1944 por M. RIBBLE, según relata en "Infantile experience in relation to personality development" ("Personality and the behavior disorders", vol. II, capítulo 20, Ronald Press Co.), muestran la importancia del contacto afectivo y corporal con la madre o madre sustituta. Demostró que una lactancia artificial realizada con un buen contacto con la madre o madre sustituta era tan buena como la lactancia materna.

En mis experiencias con lactantes pude comprobar lo exacto de sus observaciones y la importancia que tiene la voz de la madre, su estabilidad, su contacto afectivo, el manipuleo, y la comprensión de las necesidades del bebé. Todo esto junto a la satisfacción oral condicionará una buena imago materna, pero la satisfacción oral, aunque buena, no es suficiente para ello. Una reciente experiencia con monos recién nacidos, efectuada por HARRY F. HARLOW y un grupo de investigadores en el laboratorio Primates de la Universidad de Wisconsin (Scientific American, junio 1959, vol. 200, N° 6), demostró la importancia fundamental del contacto corporal con la madre para el buen desarrollo y contacto con el mundo.

⁴ GARMA, ANGEL: "El origen de los vestidos", *Rev. de Psicoanálisis*, tomo VII, N° 2, 1949.

la leche para que un seno sea introyectado como una buena imago por el bebe. Me consultaron por un niño que lloraba continuamente y manifestaba una gran inquietud, no obstante tener la madre mucha leche y darle el pecho a intervalos regulares. Cuando hablé con ella me relató que le resultaba muy pesado darle el pecho cada tres horas, pero como sabía que era bueno para su hijo y a ella le aburría dárselo, había encontrado una buena transacción, y mientras el bebe mamaba veía televisión. Este caso nos ilustra para comprender lo que significa la falta de contacto y las consecuencias que esto acarrea. Este bebe recibía leche de una madre ausente, que le dejaba el seno y psicológicamente se iba. Además, esta falta de contacto le impedía comprender que los ruidos generalmente desagradables y la música, a veces estridente, de las audiciones que veía, eran estímulos tan malsanos que contaminaban y estropeaban lo bueno que le daba con su leche.

Todo lo referente a la primera relación con el hijo es fundamental para su desarrollo ulterior, y volviendo ahora a la situación inicial diremos que cuando separan a una madre de su hijo después del parto algo se pierde definitivamente en el contacto con él. Cuando a las 24 horas le traen el bebe, algo del calor que la unía a él en su vientre ya se ha enfriado. Si, por el contrario, se lo dan enseguida, podrán ambos re-encontrar algo de la íntima unión que tenían a través del cordón umbilical.

Una vez restablecido el contacto con la madre, éste debe repetirse a intervalos regulares. La primera semana debe ser de cuidadosa observación para establecer cuál es el intervalo que cada bebe soporta sin comer y que fluctúa entre dos horas y media y tres horas y media. Luego de la semana ya sabremos cuál es el ritmo que más conviene a sus necesidades; cada bebe, de acuerdo con las condiciones en las que ha nacido, soporta mejor o peor la frustración, y esto debe estudiarse cuidadosamente porque una de las primeras y más difíciles tareas que realiza el yo es enfrentarse con la ansiedad. Si las circunstancias exteriores son buenas, se irá fortaleciendo gradualmente, pero si se incrementa su ansiedad con frustraciones continuas, la lucha del yo se hace más difícil; por eso es tan necesario conocer cuáles son las necesidades del niño en el momento de nacer y cuáles paulatinamente dejarán de ser imperiosas para dar lugar a nuevas necesidades y nuevos estímulos.

Cuando se ha establecido el ritmo de alimentación diurna —en el que hay que considerar, además, de 15 a 20 minutos de succión en cada mamada o mamadera— ya podremos saber si el bebe necesita o no el chupete. Desde ya que no debemos adelantarnos a dárselo antes de saber si es necesario. Si con un intervalo de alimentación de tres horas y media, y disponiendo cada vez del tiempo indicado de succión, manifiesta entre horas ansiedad, malestar o llanto continuado, puede pensarse en la necesidad de dárselo.

Cada niño nace con una determinada situación de necesidad, y puede

serle útil esa succión suplementaria, no para reemplazar la otra, sino para satisfacer el remanente de ansiedad que parece haber quedado. Pero no siempre es por hambre o falta de succión que llora un bebe. Hemos señalado que necesita alimentarse para sobrevivir y que la boca cobra una importancia fundamental en ese período; pero no hay que pensar que es lo único importante. Muchas veces está llorando y descontento y es suficiente hablarle suavemente o levantarlo unos minutos o cambiarlo de posición para que se restablezca su bienestar. Sólo cuando hemos agotado los recursos debe darse el chupete, o cuando por circunstancias de la organización familiar no se dispone realmente del tiempo necesario para estudiar sus necesidades.

El psicoanálisis nos ha familiarizado con el significado de las dificultades de aprendizaje y de las inhibiciones en general. En los grupos vimos que cuando un bebe llora y la madre no comprende lo que necesita, y más aún, se siente incapaz de razonar sobre lo que puede necesitar —tan paralizada está por la angustia—, podemos hablar de la inhibición de una función. Esta inhibición puede alcanzar grados extremos o ser sólo pasajera. Es frecuente, por ejemplo, que cuando un bebe llora la madre piense siempre que lo hace por hambre; cuando se le ofrece comida y ésta no lo calma, actúa como si su hijo fuese sólo una boca que come y no sabe ofrecerle otra cosa. Es frecuente que un bebe que está placidamente instalado succionando el pecho deje bruscamente el pezón y lllore desconsoladamente, ante lo cual la madre suele sentirse tan aterrada como el bebe. Si tiene un buen contacto con su hijo, lo dejará llorar un rato, lo tendrá contra sí, no lo forzará a comer, y esperará a que se calme para ofrecerle otra vez el seno. Si pertenece, en cambio, al otro tipo de madre, o no ha comprendido este conflicto, se empeñará en ponerle nuevamente el pezón en la boca, sin pensar que en ese momento éste puede significar para el niño algo que lo ahoga, o tragar algo aterrador. Con esta actitud puede la madre crear un nuevo problema en el hijo, pues habiéndosele forzado a comer en estas circunstancias, vomitará lo que le han dado.

Todo cuanto se haga acertadamente con un bebe en su primer año de vida es la mejor garantía para su futura independencia y para la de sus padres, pero son variables las necesidades del bebe y las posibilidades de los padres para satisfacerlas.

Vimos que el vínculo estrecho que une al niño con su madre en la vida intrauterina y la satisfacción incondicional de sus necesidades hace necesario que el desprendimiento de esta situación de excepción sea gradual y durante este desprendimiento se le debe ayudar a recibir lo que necesita y aún no sabe conseguir por sí solo. Este cuidado debe siempre adecuarse a lo que cada madre puede hacer; una norma de conducta que se desentendiese de las exigencias reales de la vida de los padres estaría siempre destinada al fracaso. La vida de un hijo no puede anular la de los padres y tan peligroso como el abandono es someter la vida entera a

un cuidado obsesivo y ansioso del bebe. Sólo resentimiento puede resultar de este tipo de relación. Las normas del bebe no deben invadir la vida de los padres sino en una medida razonable y necesaria.

La necesidad de contacto con la madre se irá haciendo paulatinamente menor en la medida en que el desarrollo gradual de las funciones del yo le de nuevas fuentes de goce en su relación con el mundo. Esto coincidirá con el creciente bienestar de la madre y su reconexión gradual con los intereses que perdió durante estos últimos tiempos. Principalmente, la unión con su pareja y a través de ella con todo el mundo del adulto. En la medida en que ambos, madre e hijo, se permiten más contacto inicial y más profundo, más fácilmente se irán separando.

La primera semana en la clínica o el hospital debe ser ampliamente aprovechada para ese íntimo contacto con el hijo y por eso la nursery es tan contraindicada. Un bebe de quince días puede quedar solo algunas horas en el día, pero no puede, sin riesgo de empobrecimiento, quedar solo en una nursery al nacer; ni a las 24 ni a las 48 horas después del nacimiento.

Cuando un niño nace, él y la madre necesitan intimidad, protección y cuidado. Es el peor momento para que una madre se esfuerce en establecer contactos con muchas personas. Si lo hace, gran parte de la carga afectiva que su hijo necesita irá perdiéndose, y cuando se lo traigan el contacto de algún modo estará ya perturbado; más aún si se empeña en darle el pecho o la mamadera rodeada de estímulos que los alejan a ambos.

Un momento difícil para la madre es la llegada a su casa, después de la semana en la clínica. Aunque conscientemente ansía hacerlo, la realidad que encuentra suele desilusionarla. La clínica —sobre todo si se acepta el régimen de visitas de familiares y amigos— se transforma en un lugar ideal, en el que otros se ocupan del bebe, no familiarizándose ella con su cuidado diario y las visitas favorecen un clima maniaco de evasión. La casa la enfrenta con la total responsabilidad del cuidado del hijo, sin las frecuentes oportunidades de huírle; es común que la madre, sobre todo la que no dispone de la ayuda de una nurse, se sienta al principio muy perdida. Si en cambio ha tenido en la clínica un íntimo contacto con su hijo, ha ido poco a poco familiarizándose con él y la llegada a la casa, aunque siempre es difícil, lo es en mucho menor grado.

Es entonces muy importante que tenga en cuenta la hora inicial y el horario del día y de la noche en las comidas y rutina general de la crianza, no sólo porque la ansiedad del bebe se va dominando si se establece la periodicidad, sino porque ella sabe de antemano cuáles serán sus horas libres y también se sentirá más capaz de elaborar el peso de la maternidad. En la medida en que se permite el goce en esa relación, la impresión de esclavitud desaparece, aunque sea muy consciente de la responsabilidad y entrega que le exige.

El pecho es sentido por el recién nacido como fuente de alimento y vida, y el haber formado la unidad prenatal con la madre crea en él el sentimiento innato de que existe un objeto que le dará todo cuanto necesita y desea. Después del trauma del nacimiento todos los esfuerzos y logros del recién nacido serán intentos de rehacer esa unidad prenatal, sin conseguirla. Siente la necesidad de un pecho siempre presente que lo libre de la ansiedad persecutoria, pero éste tampoco existe, y la realidad necesariamente lo frustra; pero puede ayudarlo la imagen de un pecho real que lo satisface a intervalos regulares, aunque desaparezca por algunas horas. Si se actúa así, elabora la pérdida y puede esperar.

Los horarios de sueño también deben ser muy respetados; el bebe está en condiciones de dormir en el cuarto contiguo si ya ha gozado del contacto suficiente con la madre en la clínica y si se ha ido separando gradualmente de ella. Esta necesita dormir, y saber cuántas y cuáles son sus horas de sueño; no sólo es bueno para ella, sino para el bienestar de la pareja.

Un niño bien atendido durante el día puede dormir seis o siete horas sin alimentarse después de la segunda semana. Poco a poco ese intervalo puede llegar a ser de ocho horas —un bebe de un mes puede dormirlas y dejar dormir a sus padres—. En la medida en que se respeta el sueño de la noche, más horas estará despierto durante el día y los estímulos e intereses del mundo le irán facilitando el desprendimiento del vínculo único con la madre.

El cuarto del bebe debe, en lo posible, estar contiguo al de la madre y preferentemente debe dormir solo. Madres muy ansiosas o con grandes exigencias de salidas nocturnas suelen necesitar que una niñera esté con el bebe. La angustia o necesidad de evasión de la madre que delega sus funciones en la niñera no es modificable con consejos.

Muchas madres se preguntan qué hacer con el bebe que llora por la noche. La única posibilidad es atenderlo, pero la forma en que se le atiende es decisiva para la evolución de esta dificultad. Tenemos ya experiencia suficiente a través del material en los grupos, para afirmar que si la madre o el padre acuden al llamado dispuestos a comprender lo que ha pasado, es posible que el llanto cese y no vuelva a despertarse en toda la noche. Cuando se ha decidido atender a un niño que se despierta en la noche, hay que tomar el tiempo necesario; si se pretende solucionar rápidamente el conflicto sólo se conseguirá incrementarlo, provocándole mayor angustia.

Un niño pequeño puede soñar con algo que lo asusta, puede haberse despertado sobresaltado como consecuencia de algo que aconteció en el día, puede sentirse solo y temer estar abandonado. La sola aparición de la madre, sonriéndole o simplemente tranquila, le permite dormirse inmediatamente. Si los llamados prosiguen, no obstante esta actitud tranquila de los padres, hay que pensar que se trata de un síntoma y debe consultarse

para saber cuál es el conflicto que ha producido el trastorno, y solucionarlo.

En los bebés cualquier tipo de medicamento para dormir no sólo está contraindicado, sino que es completamente ineficaz. Si un niño no duerme bien hay algo en su manejo que está equivocado y hay que buscarlo. Puede suceder que la alimentación empiece a ser insuficiente y el niño tenga hambre o que su ritmo de vida no sea el adecuado a su desarrollo. Sólo una paciente observación puede llevarnos a encontrar la causa que es a veces insospechada para la madre. Cuando ésta va al grupo y se le pide el detalle de la vida diaria de su hijo y la descripción de su actitud con él, solemos encontrar el motivo del trastorno de sueño, y su cambio de conducta lo soluciona.

Si el motivo es la alimentación insuficiente, la madre consultará al pediatra, quien le indicará cómo adecuar la alimentación. Es frecuente que el niño que ha mamado rechace las primeras mamaderas porque el olor del seno de la madre le hace menos apetecible el nuevo alimento. Hay madres que pretenden solucionar esto delegando en una niñera su función de alimentar al hijo. Sólo la insistencia paciente de la madre hará que triunfe el deseo de comer y se unan en su mente la representación de la mamadera que le alivia el hambre con los buenos recuerdos que tiene del seno. El niño configura así la imagen del pecho en relación con sus fantasías inconscientes. Estas son anteriores a la realidad, pero posteriormente esta realidad las modifica, existiendo siempre una interacción entre la realidad interna y externa. Es necesario permitirle experiencias totales; si se le interrumpe no puede empezar y terminar la experiencia de acuerdo con sus necesidades. En este como en todos los casos, forzarlo a aceptar algo es contraproducente, y es en cambio la actitud paciente y comprensiva de la madre la única que permite vencer cualquiera de los obstáculos. El paso a la alimentación más sólida o la inclusión de carne en las comidas puede ser difícil al principio, y el rechazo a masticar y tragar —frecuente en los bebés— es índice de un inadecuado manejo de la agresión.

En la relación con el alimento puede suceder que el niño tenga una buena relación con la comida y una mala relación con la madre, o a la inversa. Si la relación con la madre y la comida es buena, hablamos de una buena alimentación. Si es mala la relación con la madre y la comida, hablamos de una mala relación que conduce a la anorexia e inclusive a la anorexia mental. En el rechazo de la comida o en la falta de goce al comer pueden actuar; 1) el miedo a ser envenenado; 2) el rechazo del mundo exterior —negativismo—; 3) la inhibición del sadismo, que lo lleva a no comer para preservar el pecho; lo que explica que un mismo problema —el comer— tenga significados muy distintos y también diferentes soluciones, tal como lo vemos a diario en los grupos.

El movimiento y el juego son necesidades tan básicas como las del alimento. Alrededor de los tres o cuatro meses un bebé juega con sonidos —lalea— y también lo hace con sus sabanitas o con sus manos. Los

mecanismos psicológicos que rigen la aparición de estos juegos son los mismos que hemos señalado en la actividad lúdica de los niños mayores. El primer juego que realiza un niño es el de las escondidas o el laleo, y en ellos se ve claramente la elaboración del perder y el reencontrar. La actividad del juego se hace posible por un proceso mental que acontece en el niño a mediados del tercer mes y es una de las consecuencias de la elaboración de su fase depresiva —la función simbólica—. Si el bebé no tuviese capacidad de simbolizar no podría proyectar en los objetos los símbolos y la actividad de juego no tendría sentido. Es muy llamativo que el primer juguete es en casi todas las civilizaciones el sonajero⁵ que al ser movido produce sonidos que desaparecen para reaparecer. Melanie Klein descubrió fantasías de masturbación subyacente a la actividad lúdica. Pude observar que por debajo de la ansiedad que pone en actividad la capacidad de jugar están las necesidades genitales insatisfechas, que surgen de la fase genital previa, cuando al tener el primer diente el niño debe abandonar su vínculo oral con la madre y busca uno genital. El bebé desea morder antes de que aparezcan las piezas dentarias y su aparición marca una etapa fundamental en el desarrollo; lo que hasta ese momento pudo ser una fantasía de morder y desgarrar, se hace una realidad. La alimentación con sólidos es por eso imprescindible en ese momento, no sólo como alimento, sino para satisfacer su necesidad de morder y canalizarla normalmente. También el movimiento es una necesidad corporal y psicológica que en ese momento le sirve para la exploración y conocimiento del mundo exterior, aliviando de este modo la ansiedad. Cuando el bebé muestra necesidad de movimiento, hace fuerza por incorporarse, intenta tomar los objetos cercanos a él, es necesario satisfacerle esas necesidades. Estas pueden presentarse en un niño antes que en otro, y es la observación afectuosa de sus reacciones la que nos dará la pauta del estímulo que necesita. Ya en la segunda mitad del primer año el niño necesita explorar el mundo y, además, alejarse de la madre, para preservarla de sus impulsos a destruirla con los dientes, uñas y todos los medios que son inherentes a su desarrollo corporal y normales a esa edad. Distribuyendo su agresión, culpa y ansia de reparación en otros objetos, puede guardar su buena relación con la madre. Si no se cumplen estas necesidades, surgen trastornos y el más frecuente es el insomnio.

Otra conquista que le ayuda, aliviando su ansiedad, es la adquisición del lenguaje. También en el final del primer año el bebé adquiere la capacidad de pronunciar las primeras palabras. El laleo significó un juego con sonidos, que le permitió elaborar situaciones de pérdida, y la palabra,

⁵ ALVAREZ DE TOLEDO, LUISA G. DE, y PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE: "La música y los instrumentos musicales". *Rev. de Psicoanálisis*, tomo I, págs. 185-200.

que es al principio la reconstrucción del objeto en su mente, le facilita la elaboración de sucesivas pérdidas.

Cuando el niño camina, se mueve libremente y dice ya algunas palabras está en condiciones de elaborar el aprendizaje del control de esfínteres. No es sólo porque este desarrollo lo facilita, sino porque cambia el significado que para él tienen la orina y materias fecales. Hasta ese momento la necesidad de ensuciarse se satisface con las materias fecales y orina, que son para su inconsciente, además, los instrumentos de su omnipotencia sádica destructiva. Otros objetos y actividades irán reemplazándolos lentamente.

En la experiencia de psiquiatras y psicoanalistas de niños, todo niño con enuresis ha tenido un control de esfínteres temprano que: 1) lo priva de una necesidad instintiva; 2) incrementa su noción de maldad interior, y 3) lo angustia por la inseguridad que la postura y el aprendizaje en el orinal exigen de él cuando todavía no tiene un control muscular suficiente.

En líneas generales podemos decir que cuando una madre educa a su hijo trata de desarrollar en él una serie de actos que van en contra de sus necesidades; muchas de estas exigencias son imprescindibles para la adaptación del niño a la realidad, y si se exigen en su momento y se le da tiempo necesario para lograrlas no se producirán trastornos.

Si el aprendizaje del control de esfínteres coincide con la exigencia interna de limpieza —que sólo es posible cuando se instalan las defensas obsesivas— se hará fácilmente, y se elaborará sin dolor.

El primer año de vida, y en especial el período que comprende la segunda mitad de éste y los comienzos del segundo año, se caracteriza por un aprendizaje múltiple y convergente con la adquisición de logros que conducen a un cambio fundamental frente al mundo externo, cambio tan significativo como el de nacer; el niño se pone de pie, camina, habla y se produce el destete.

El destete es la consecuencia de todo un proceso de desprendimiento cuyo motor esencial y último es la intensificación de la ansiedad depresiva, intensificación producida por la aparición de los dientes, instrumentos que hacen posible la realización concreta de las fantasías destructivas.

El destete determina en el niño: 1) la necesidad de separarse de la madre para preservarla, perdiendo en parte la comunicación lograda; 2) la necesidad de buscar nuevas formas de conexión con ella, y 3) promueve la estructuración de una fase genital previa a la anal y a la polimorfa.

Las fantasías de un vínculo genital con el objeto, expresadas como penetrar y ser penetrado, se apoyan en las experiencias orales que le sirven de moldes: surge la fantasía de algo que se introduce y nutre y la de una cavidad que puede recibir ese algo, creándose la equivalencia entre pecho-boca y pene-vagina.

Sus fantasías de unión genital peligrosa con un objeto cargan la imago

de sus padres de una destructividad especial, y ésa es una de las razones de la peligrosidad con que el niño vive la escena primaria de ese período de su vida.

El incremento de las necesidades orales y genitales por el proceso descrito precipitan la necesidad de una organización para expulsar. Termina por estructurarse la primera fase anal que sirve para la conservación del vínculo por un mecanismo similar al que, en la primera relación con la madre, cumple la proyección al actuar junto con la introyección.

Aunque las tendencias orales, anales y genitales actúan ya desde el momento de nacer, se organiza y estructura la fase oral porque es la que permite al niño superar el trauma del nacimiento y así sobrevivir. Pienso que cuando los dientes hacen su aparición y el vínculo oral con el objeto debe ser abandonado, se intenta una recuperación del vínculo con el objeto a través de los órganos genitales.

El lenguaje, al permitir la reconstrucción mágica de los objetos, le sirve para elaborar la ansiedad depresiva intensificada por la dentición. El pronunciar la primera palabra significa para el niño la reparación del objeto amado y odiado, que reconstruye dentro y lanza al mundo exterior. Secundariamente experimenta que la palabra lo pone en contacto con el mundo y que es un medio de comunicación.

Cuando nace el diente el niño experimenta que algo duro y cortante penetra en algo más blando, lo tritura y desgarrar (pecho-alimento sólido). Esta experiencia está en el núcleo de su ansiedad cuando comienza a comer sólidos y en especial la carne.

El niño puede verificar en la realidad su capacidad de destruir con los dientes. El sonajero mordido, la hoja de papel destrozada, la comida sólida que desgarrar, simbolizan partes de él mismo y de la madre. Confronta así los efectos reales de su destructividad y según el grado de ésta se incrementan tanto las ansiedades depresivas como las paranoides.

El desarrollo de la locomoción y el aumento de la capacidad de manipuleo y prensión de los objetos refuerzan, por un lado, sus ansiedades depresivas, pero al mismo tiempo sirven para elaborarlas, y son empleados como la marcha y el lenguaje con el mismo significado y fines.

La bipedestación y la marcha surgen de una necesidad imperiosa del niño de separarse de la madre para no destruirla y estos mismos logros sirven luego a su necesidad de recuperarla.

Resumiendo: la organización genital, al fracasar en su función de reconexión con el objeto, pone en actividad por regresión, como sucedió en la ruptura provocada por el nacimiento, sistemas de comunicación para reestructurar el vínculo con los diferentes objetos parciales, orales, anales y genitales —fase poliforma—. Para poder conservar el vínculo con un objeto bueno se estructura la fase anal primaria de expulsión, manteniéndose los rasgos orales y genitales en actividad.

Estos puntos de vista apoyan los hallazgos de Melanie Klein sobre los estadios tempranos del complejo de Edipo, con la aparición de las tendencias genitales en la segunda mitad del primer año. Yo intento explicar por qué surge la fase genital y el porqué de su fracaso como organización.

El mecanismo de expulsión al servicio de la conservación del objeto es el que sostengo que actúa en el impulso a moverse y caminar. El niño que camina conserva a la madre, alejándose para preservarla y acercándose a ella cuando la necesita.

En estrecha relación con la fase anal, quiero describir una experiencia que aparece en el niño cuando se pone de pie. Mientras está acostado y envuelto en pañales, la materia fecal y la orina forman un todo conjunto con los pañales, constituyendo así una verdadera envoltura. Cuando se pone de pie siente que la materia fecal y la orina se desprenden de su cuerpo, y la experiencia de desprendimiento, de pérdida, vivida en estas circunstancias, contribuye a aumentar la ansiedad de separación —ansiedad depresiva— en que se repite una situación ya vivida por él cuando se desprenden las membranas fetales.

La locomoción y la adquisición de nuevas simbolizaciones, al permitir repartir, desplazar y elaborar estas ansiedades, facilitan las buenas relaciones con la madre.

En este período del desarrollo podría decirse que él mismo se proyecta en el mundo externo, destruyendo la parte mala de sí mismo y de la madre para salvar a la madre y a sí mismo. Cuanto más conciencia adquiere de la capacidad de sus armas destructivas, dientes, músculos, habilidad creciente de los movimientos, más miedo tiene de destruir a la madre como objeto total, y más necesidad de dividir y de descargar sus fantasías sobre objetos del mundo exterior, que representan, por identificación proyectiva, los fragmentos malos de sus objetos (padre y madre).

Los movimientos y los juegos con juguetes utilizados en el aprendizaje de la realidad y de las funciones corporales se hacen indispensables para impedir la acumulación de fantasías destructivas, que podrían dirigirse sobre la figura de la madre si el niño está inmóvil.

Además, las ansiedades paranoides lo llevan a realizar una exploración del mundo exterior a fin de comprobar la realidad de los peligros de que se siente rodeado.

Cuando sus necesidades de movimiento, exploración y juegos no encuentran satisfacción el niño siente aumentar sus impulsos agresivos y esto determina el aumento de las necesidades depresivas y paranoides. En el desarrollo normal el niño siente la ansiedad de desplazar estos efectos y ansiedades sobre objetos cada vez más alejados de sí mismo, y creo que la necesidad de separarse de la madre para no destruirla es lo que lo impulsa a gatear, a trepar, a caminar y a jugar.

La observación clínica de lactantes cuyas madres no comprendían

estas necesidades del hijo y los obligaban a un régimen de inmovilidad y falta de estímulos muestra que invariablemente tenían trastornos neu-róticos.

He estudiado en especial uno de ellos: el insomnio. Un régimen de vida caracterizado por la inmovilidad y falta de estímulos es lo que encontramos en todos los casos. Esto condenaba al niño a matar sus objetos originarios en fantasía, sin haber podido dividir ni repetir las experiencias, y a temer, en consecuencia, la repetición del ataque contra él, inmóvil e indefenso.

El caminar no sólo le sirve para superar la posición depresiva, permitiéndole recuperar o encontrar nuevos objetos, sino que es la realización motriz de una de las técnicas de defensa más características de esta fase, alejarse del objeto de amor. En el desarrollo normal esto es seguido por la restitución de los objetos mediante las palabras, utilizando el mecanismo de reparación para superar la ansiedad.

Pienso que cuando el bebe entra en la fase depresiva lalea como uno de los primeros intentos de vencer la situación depresiva, creando ruidos que simbolizan algo que sale de su cuerpo, suena afuera y tras de lo cual se ocultan fantasías y recuerdos, como más tarde acontece con la palabra en un sentido cada vez más explícito.

La continuidad genética y la identidad originaria entre los sonidos y las palabras parece cada vez más evidente.

La palabra es para el niño la recreación de objetos en su mundo interno, puede guardarlos o lanzarlos al mundo exterior para el establecimiento de un vínculo que comenzó siendo interno y termina por ser externo.

La ansiedad que surge en el niño cuando comienza a hablar es enorme, y se debe a que su mundo se ha enriquecido de un modo desproporcionado a su capacidad de expresión verbal. No está seguro de la eficacia de su nuevo instrumento de reparación.

El pronunciar la primera palabra significa para el niño: 1) la reparación mágica del objeto amado, y 2) experimenta que la palabra lo pone en contacto con el mundo y que es un medio de comunicación. En realidad, es la recreación de un vínculo con el objeto interno que externaliza y reinternaliza durante sus juegos verbales. Ese lenguaje egocéntrico se transforma en un contacto con el mundo exterior y, por el aprendizaje, en un lenguaje social, sirviendo poco a poco al niño para la construcción de sus sistemas de comunicación.

La aparición del objeto nombrado cuando él lo llama, la experiencia de que la palabra lo vincula con el objeto, así como la reacción emocional del ambiente ante sus logros de lenguaje, fortifican y ratifican su creencia en la capacidad mágica de la palabra.

Estas conclusiones teóricas son el resultado de las observaciones reali-

zadas durante el tratamiento analítico de niños y durante los grupos de orientación de madres.

En la medida en que la madre conoce las necesidades de su hijo y las satisface, éste se desarrollará normalmente. La importancia del primer año de vida ha mostrado ser trascendental; sus primeros pasos serán la pauta de sus primeros pasos en el mundo y todas sus primeras experiencias marcarán su desarrollo ulterior.

Un nuevo enfoque de la terapia y de la profilaxis de las neurosis infantiles: los grupos de orientación de madres y el psicoanálisis de niños; su interrelación

He señalado muchas veces que el análisis de niños, como el de adultos, debe ser una relación bipersonal y que en la técnica que expongo no se acuerdan entrevistas a los padres sino en circunstancias especiales y estipulando previamente las condiciones. Señalé también que niños pequeños son capaces de adaptarse al ambiente o cambiarlo, y que consideraba inútil toda técnica que incluyese consejos o cambios ambientales.

Mostraremos a través de un caso cómo el grupo de madres, al permitir, sin interferencia, la acción conjunta sobre el niño y sobre la madre, facilitó el tratamiento y sirvió de profilaxis para el segundo hijo. La madre sufría de una compulsión a destruir para luego reparar, y repetía con su hija menor conductas destructivas que contribuyeron a la enfermedad de la mayor.

Expondremos fragmentos del análisis de una niña de tres años —la hija mayor— y de las sesiones de grupo de su madre, en las que se ve esta interacción y la acción profiláctica del grupo.

Nora llegó a la consulta con diagnóstico de epilepsia en una niña oligofrénica. La terapeuta que la estudió, Susana L. de Ferrer, con las técnicas de la entrevista inicial y observación de horas de juego —que señalan los capítulos V y VII— llegó a la conclusión de que el diagnóstico no era correcto y orientó el tratamiento de acuerdo con su enfoque: aconsejó psicoanalizar a la niña y envió a la madre a un grupo de orientación, suprimiendo radicalmente toda medicación. Las tres terapeutas, la que hizo el diagnóstico, la que trataba individualmente a la niña y yo, que trataba a la madre en grupo, formábamos parte de un grupo de estudio donde comentábamos la evolución, y pudimos confrontar paso a paso el material ofrecido por ambas, madre e hija, y con las primeras observaciones realizadas durante el diagnóstico. Pudimos ver que en este caso se cumplía lo que hemos expuesto sobre la revisión de los datos dados por los padres en la primera entrevista y su confrontación con los que surgen cuando el hijo mejora y la culpa se alivia.

Nora era la hija mayor de un matrimonio joven y, según los datos dados por la madre en la primera entrevista, fue deseada por ambos,

siendo el embarazo, parto y lactancia normales. Como se verá en el transcurso del caso, estos datos eran sólo parcialmente exactos. Según la madre, la niña se desarrolló normalmente hasta los tres meses, en que se hizo evidente una luxación congénita bilateral de cadera. El médico indicó la inmovilización de la parte inferior del cuerpo —pelvis y pierna— en una férula ad hoc, que si bien era removible debía ser mantenida fija el mayor tiempo posible. Esta indicación se mantuvo hasta los nueve meses, pero la madre no pudo —por su angustia— aprovechar la libertad que le acordó el médico y la férula no fue removida en todo ese tiempo. En esa época, debido a la crisis de ansiedad de Nora, se la sedaba con luminaletas, dándole dos y tres por día, lo cual disminuyó manifiestamente sus reacciones vitales sin modificar su angustia ni el trastorno de sueño que se presentó luego. Cuando tenía un año, según informe de la madre en la primera entrevista, y a los 9 meses, según el informe posterior, mientras la bañaba y le lavaba la cabeza Nora perdió el conocimiento durante dos o tres minutos, no empalideció, siguió respirando en forma normal y se observó una ligera desviación de los ojos, recuperándose con una simple fricción de alcohol. Valoramos como importante un antecedente dado por la madre: la niña tuvo siempre una ansiedad exagerada cuando le echaba hacia atrás la cabeza para lavársela, y pudimos luego relacionar esta situación con las circunstancias difíciles de su parto.⁶ Teniendo un año y dos meses repitió el episodio, pero esta vez con mayor gravedad, ya que la pérdida del conocimiento fue más prolongada y se acompañó de una convulsión hemilateral. Este episodio fue relatado por la madre, diciendo que mientras la llevaba alzada se le cayó un paquete y para recogerlo bajó bruscamente a la niña. Fue en ese momento cuando Nora perdió el conocimiento. La llevaron a un sanatorio, donde se realizó una serie de exámenes, entre ellos una punción lumbar, una ventriculografía, un electroencefalograma y un estudio de fondo de ojo. Los resultados fueron negativos y se descartó la sospecha de gran mal, no revelándose hematoma ni lesión traumática alguna, y se le aconsejó repetir el electroencefalograma al año siguiente. Como tratamiento se indicó Epamin y luminaletas diarias en grandes dosis. Al día siguiente de este episodio comenzó una coqueluche que duró mucho más tiempo que lo habitual.

Al año y ocho meses, estando la madre embarazada y habiéndose acentuado en la niña sus síntomas de irritabilidad, anorexia y constipación, la llevaron a un hospital, donde después de una serie de tests se informó a la madre que Nora revelaba un 60 % del nivel mental correspondiente a su edad cronológica y que por su epilepsia sería necesario duplicar las dosis de sedantes y Epamin. También aquí le aconsejaron volver al año y repetir los exámenes.

A los 2 años y 2 meses, al nacer su hermana, el retraso afectivo e

⁶ Mala rotación de cabeza.

intelectual de Nora era evidente: casi no hablaba, babeaba continuamente, rechazaba los alimentos sólidos y sufría de una constipación pertinaz, que se alternaba con enormes deposiciones. Fue evidente, por lo que la madre relató, que Nora reaccionó al nacimiento de su hermana con un incremento de la agresión que fue fuertemente reprimido por su medio. Dijo, por ejemplo, que el día que llegaron al sanatorio con la hermanita pegó a una de sus primas, lo que motivó que la encerraran en un cuarto a oscuras; a la madrugada siguiente, y luego de un llanto prolongado, tiritó, profirió gritos estridentes, quedó luego inmóvil y en las primeras horas de la tarde comenzó a subirle la fiebre, alcanzando a 40°. Durante esta crisis volvía los ojos hacia arriba y se caía hacia atrás gritando: "¡Me caigo!" Pocas horas después presentó un cuadro de rigidez y vómitos. Al despertar a la mañana siguiente intentó varias veces bajar de la cama, cayéndose cada vez. Se inició una etapa de postración somnolienta, acompañada de vómitos de sangre coagulada y de una grave deshidratación, síntomas que motivaron su internación en un servicio hospitalario. Se diagnosticó encefalitis, se hizo una punción lumbar y se comenzó la administración de sueros y medicación específica. Estuvo internada cuatro días y el diagnóstico y tratamiento fue el de encefalitis. La madre observaba que desde hacía tiempo los sedantes, y en especial el Epamín, que le daban a Nora le hacían mucho daño. Insistió en la necesidad de que se hiciese un análisis de orina, que reveló una intoxicación por drogas.⁷ Se suspendieron el Epamín y luminal, observándose una evidente mejoría. Dos meses después de este cuadro, un médico del hospital⁸, a pedido de la madre, la orientó hacia la analista que hemos mencionado. Cuando llegó a la consulta el diagnóstico era: "Epilepsia en una niña oligofrénica", y el tratamiento que se le hacía era el siguiente:

"Rp	Luminaletas	2 con el desayuno
		2 con la cena
	Epamín	0,03 con el desayuno."

Fue la inquietud de la madre sobre el estado de su hija lo que la llevó a consultar con un familiar y exigir el análisis de la niña. Quiero aquí recordarles que cuando esta madre era una niña y jugaba a las muñecas, éstas eran siempre hijos tarados que ella salvaba a último momento. Con Nora repitió siempre la misma situación; cuando todo parecía perdido, su amor por ella le daba la solución para salvarla.

La entrevista con la madre y la observación de una hora de juego diagnóstica revelaron un cuadro más optimista que el que se podía suponer

⁷ Una vez más, cuando todo estaba perdido, surgió en la madre la capacidad para salvar a su hija, orientando a los médicos.

⁸ Eduardo Kalina.

por los antecedentes. Pienso que su aparente gravedad se debió al hecho de haber coartado su motilidad en la segunda mitad del primer año de vida, lo que agregado a las fuertes dosis de sedantes provocó un bloqueo de la agresión, resultando consecuentemente no sólo los síntomas orgánicos, sino también una inhibición en la sublimación. En este como en otros casos, el fracaso en la simbolización da síntomas que pueden confundirse fácilmente con un retardo mental. Se indicó la suspensión de drogas, y se inició enseguida el tratamiento psicoanalítico de la niña, a cuatro horas semanales. La madre ingresó ese mismo día en un grupo de orientación. Los datos sobre el embarazo, parto e inmovilización fueron recordados por ella en una de las sesiones del grupo que he comentado en el capítulo anterior. Veremos luego cómo la confrontación de los dos tratamientos permitió el esclarecimiento del caso y su recuperación relativamente rápida. Lo que conocemos sobre la evolución de un niño nos permitió comprender que si esta inmovilización resultó tan traumática fue porque aconteció entre el tercer y cuarto mes, momento del desarrollo en que el niño pasa de la posición esquizo-paranoide a la etapa depresiva, y que es crucial en su desarrollo. En ese momento se inicia también su necesidad de movimientos libres, que le van a permitir cuando ya camine, separarse de la madre.⁹ La inmovilización, que duró hasta los nueve meses, hizo que la fase genital previa se iniciase en estas condiciones, en las que la masturbación no sólo se vio cortada, sino que fue vivida como prohibida. La madre comprendió el porqué de su conducta, por ejemplo, de inmovilizarla a esa edad y no antes o después; significaba repetir la inmovilización que ella se impuso entre los tres y nueve meses del embarazo, cuando le dijeron que por las pérdidas que había sufrido corría el riesgo de abortar.

Nora empezó su tratamiento cuando tenía 28 meses; era una niña físicamente atractiva, con aspecto agradable, una mirada inquieta e investigadora, en contraste con la parte inferior de su rostro, donde la baba salía continuamente de su boca y le corría hasta la ropa sin que reaccio-

⁹ Cuando leí mi trabajo sobre la dentición, marcha y lenguaje en la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1957, al hablar del significado de la marcha sostuve que la posición depresiva señalada por Melanie Klein debe ser la repetición de una situación similar vivida en la vida intrauterina, y que ambas se siguen de la iniciación de la motilidad. Las afirmaciones de GESELL en su libro *Embriología de la conducta*, Ed. Paidós, 1946, revelan la importancia de ese factor en tal período; dice Gesell en la pág. 104:

"Este mes —el cuarto— resulta ser, en muchos aspectos, el más notable de la embriología de la conducta, pues el feto exhibe (aun cuando todavía no domina) un repertorio extremadamente variado de modos quinéticos elementales..." "...Brazos y piernas exhiben mayor movilidad a nivel de todas sus articulaciones y efectúan incursiones hacia nuevos sectores del espacio."

Confrontar también páginas 65, 66, 101, 105 y 106 de la obra citada.

nase ni tratase de limpiarse. El que lo hiciese fue uno de los primeros indicios de su mejoría.

Entró con la madre y observó todo dentro del cuarto, sin manifestar angustia cuando la madre se fue a la sala de espera. Una vez sola con la terapeuta se acercó a la mesa, en la que estaban los juguetes que contendría su cajón individual. Eran muñequitas, animales, tazas, platos, cubiertos, una pelota, algunos autos, aviones, papel, hilo, tijeras, lápices de colores, plastilina y cubos.

Tomó la plastilina y se la dio a la terapeuta diciendo "tina". Es interesante señalar en relación con su inhibición en la simbolización que su juego en el primer período se realizó sólo con sustancias, plastilina,¹⁰ sin utilizar juguetes como lo hubiera hecho un niño de su edad con un desarrollo normal del yo. En esta primera hora mostró su fantasía inconsciente de enfermedad cuando se señaló una pequeña mancha en el antebrazo a la que llamó "nana", para después golpearse con ese mismo brazo bajo la cabeza. Mostró así que su enfermedad —nana— estaba en la cabeza. Agregó luego una serie de ruidos a los que llamó "radio", con lo que describió lo que sentía dentro de su cabeza. Vinculó su nana con su cabeza y los ruidos dentro de ella. Inició un juego en el que comparaba los dos brazos de la terapeuta; en uno tenía un reloj y en otro una pulsera, siendo los dos objetos muy parecidos y realizados con el mismo material. Nora señalaba así una diferencia entre la terapeuta y la madre. La igualdad y diferencia de los dos objetos que despertaban su ansiedad simbolizaban lo nuevo de la relación terapéutica, así como su desconfianza latente de que la analista repitiese la conducta de su madre. Durante el resto de la hora le pidió que le hiciera una serie de "tetitas" —pelotitas de plastilina— que luego convirtió en una serie de "patitos". Al último de ellos le hizo con un lápiz un agujero debajo de la cola llenándolo de nuevas pelletitas que llamó "caquitas". Queremos recordar que a Nora se le había hecho una punción lumbar después de la convulsión y evacuaba el intestino con el uso diario de supositorios. En el juego expresó esa situación, cómo se sintió agredida y llena de caca hasta enfermarse. En sesiones posteriores dramatizó más claramente la punción lumbar, pidiendo que se le hicieran inyecciones en la columna, después de un juego en que se golpeaba la cabeza y se caía, repitiendo la situación originaria que determinó la internación y que en la transferencia significaba el temor a que también aquí se la tratase como entonces. La hipermotilidad que evidenciaba en las sesiones fue interpretada como movimiento perpetuo para negar, por medio de éste, la paralización, y como defensa ante el temor de que la terapeuta también la inmovilizara. Un índice de la angustia de Nora al recordar el aprisionamiento del tracto inferior de su cuerpo, te-

¹⁰ Cf. los dos casos del capítulo IX.

mido en la situación transferencial como repetición de la situación originaria, se hizo evidente cuando al entrar en las sesiones se sacaba los zapatos y se bajaba la bombacha.

En este tiempo que lleva de tratamiento ha progresado notablemente en su lenguaje; no sólo pronuncia más claramente, sino que formula bien las frases; casi no babea y cuando lo hace trata de controlarlo aspirando y tragando la saliva o secándose la barbilla cuando se la moja. Su constipación ha desaparecido y su alimentación y sueño son normales. La madre señala que actualmente cuando la ve jugar con otros chicos se asombra cada vez de ver su aspecto de normalidad.¹¹

Pensamos que si se ha conseguido una mejoría tan rápida es porque a la interpretación y resolución de los conflictos durante el tratamiento de la niña se sumaron los cambios de conducta de la madre cuando comprendió en qué medida mantenía la enfermedad de la hija. La mejoría, al aliviar el sentimiento de culpa de la madre, le ha permitido hacer consciente la gravedad del cuadro anterior, y recordar fragmentos de la historia de su hija que estaban totalmente reprimidos en la primera entrevista, tal como la hemos relatado, y que eran fundamentales para comprender la génesis de la enfermedad.

Antes del embarazo de Nora, que fue consignado por la madre como el primero, tuvo otro en que abortó espontáneamente al tercer mes. Las características de este aborto hicieron que el médico le señalase que sería muy difícil que pudiera conservar un hijo. Cuando estaba en el tercer mes del segundo embarazo tuvo fuertes pérdidas, aconsejando el médico su interrupción porque no consideraba que hubiera garantías de que llegase a término o que, en el caso de que llegara, naciese un hijo sano. Esta amenaza de un posible hijo enfermo la angustió más profundamente porque era el cumplimiento de una antigua fantasía que ella hace remontar a su infancia, cuando jugaba a las muñecas, en la que estaba condenada a tener hijos "tarados". Quizá por esto, a pesar de que el índice de probabilidades que le dio el médico fue de uno entre cien de que su hija naciera sana, decidió conservar el embarazo, guardando estricto reposo del tercero al noveno mes, tal como en la vida posnatal se inmovilizó a Nora para curarla de una tara congénita.

En las primeras sesiones, aunque conscientemente hacía el relato de la enfermedad de la hija, los actos que ésta realizaba, en los que se ponía en evidencia su enfermedad, eran juzgados por ella como maldades o caprichos. Uno de los problemas que trajo al grupo fue el de su imposibilidad de impedir que Nora pegase a su hermanita, que en ese momento contaba tres meses. Los golpes eran preferentemente en la cabeza, y cada vez que se realizaban le despertaban el temor de que también la segunda hija se "tarara". Hizo consciente que no sólo no sabía detener la agre-

¹¹ La mejoría de la niña se expresaba en el plano psíquico y somático.

sión de Nora, sino que en cierto sentido la utilizaba como instrumento de su propia agresión, del mismo modo que había utilizado a los médicos y sus indicaciones para agredir a Nora, compulsada por su antigua necesidad y temor de que sus hijos primero se "tararan", para luego ella curarlos. La compulsión a transformar la segunda hija también en una enferma se puso de manifiesto cuando no sabía detener los golpes que Nora le daba en la cabeza, y la curaba de un estreñimiento fantaseado poniéndole todas las mañanas supositorios. Hasta que no comprendió el conflicto entre el amor y el odio que la impulsaba a destruir para luego reparar no desapareció el problema de los golpes, y gracias a su evolución su segunda hija se vio libre de supositorios y medicamentos. En una oportunidad en la que volvió a repetir un ataque contra ella, inmovilizándola con un cinturón, éste duró sólo un día porque al comprenderlo reemplazó el cinturón por los brazos para enseñar a caminar a su hija. De no haber comprendido sus conflictos no hubiera comprendido y modificado su conducta tan rápidamente. Este caso nos ilustra sobre las perspectivas que los grupos de madres abren a la terapia de las neurosis infantiles y a la profilaxis de futuros trastornos.

INDICE ANALITICO

- Aberastury, Arminda (ver también: Pichon Rivière, Arminda A. de), 47, 64, 68, 71, 100, 185, 187, 206, 212.
- Adolfo, 113, 115, 118.
- Adulto (s), 15, 26, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 52 a 57, 60 a 63, 73, 87, 88, 96 a 98, 101, 102, 104 a 109, 115, 116, 124, 126, 135, 140, 144, 155, 159, 227, 232, 246, 262.
- Análisis de (ver: Análisis), 32, 34, 37, 56, 60, 73, 98.
- Asociación del, 39.
- Diferencia con niños, 31.
- Neurosis de, 19.
- neurótico, 52.
- Técnica de, 136.
- Tratamiento de, 19, 32, 41.
- Alba, 98, 99.
- Alvarez de Toledo, Luisa G. de, 82, 257.
- Amanda, 36.
- Ana, 116, 117, 232, 233, 234, 236 a 239, 241.
- Análisis, 125, 129, 135, 151, 159, 163, 173, 183, 187, 188, 189, 191 a 195, 197, 198, 204, 209 a 212, 215 a 217, 220, 224 a 226, 232, 239, 241, 249, 262, 264.
- Alcances y límites, 37.
- Consultorio para, 92.
- de adultos, 13, 32, 41, 54 a 56, 60, 73, 98.
- de la fobia de un niño de 5 años, 19, 21 a 24, 27 a 32, 34.
- de niños, 11, 19, 31 a 33, 37, 41, 46, 53, 54, 56, 57, 60, 61, 62, 64, 68, 79, 85, 88, 96, 98, 99, 100, 104, 124, 134 a 136, 139, 142, 147, 149, 185, 186, 262.
- de psicóticos, 53.
- didáctico, 63.
- Técnica del (ver: Técnica), 30.
- tempranos, 124.
- Terminación del, 61, 103.
- Analista (s), 39, 41, 45, 51 a 54, 61, 63, 69, 77, 99, 100, 101, 103, 104, 115, 128, 138, 140, 141, 159, 186, 187, 190, 191, 195, 200, 203, 206, 210, 264.
- de niños, 53, 101, 136, 141.
- Formación del, 63.
- Papel educativo del, 57.
- y misión educadora, 54.
- y rol educativo, 54.
- Angustia, 24 a 28, 35, 36, 38, 42, 43, 45, 58, 60, 71, 78, 85, 101, 115, 119, 120, 123, 139, 140, 142, 149, 152, 155, 156, 158, 165, 168, 185, 200, 206, 214, 215, 225, 234, 237, 249, 251, 253, 255, 258, 263, 266.
- Crisis de, 25, 26, 60.
- de castración, 24, 28, 35, 101, 217.
- de nacimiento, 14.
- de separación, 251.
- de vaciamiento, 85.
- Intensificación de la, 24.
- Objeto de, 26.
- Sueño de, 23, 25.
- Ansiedad, 25, 27 a 29, 34, 42 a 44, 58 a 60, 99, 108, 109, 111, 113, 122, 123, 126, 132, 138, 139, 147, 151, 156, 157, 167, 177, 193, 195, 197, 198, 200, 201, 203, 209, 213, 216, 217, 218, 225, 226, 227, 252, 253, 254, 261, 263, 266.
- Crisis de, 23, 44, 60.
- de castración, 214, 216.
- depresiva, 29, 60, 67, 213, 259, 260.
- Intensificación de la, 28.
- paranoide, 29, 49, 59, 60, 216, 255, 260.
- Situaciones de, 14.
- temprana, 58.
- transferencial, 60.
- Argentina,
- Asociación de Odontología para Niños, 71.
- Asociación Psicoanalítica, 63, 64, 66, 70, 180, 265.
- Psicoanálisis de niños en la, 17, 46, 62, 64, 65, 68, 108.
- Psicoanalistas de niños en la, 65.
- Bamatter, F., 160.
- Beatriz, 127, 128, 129, 135.

- Bianchedi, Elizabeth T. de, 65, 70.
 Bruer, José, 70.
- Cajón individual, 66, 92 a 94, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 109, 116, 117, 149, 151, 153, 158, 170, 171, 187, 191, 192, 266.
 y secreto profesional, 109.
- Campo, Alberto, 65, 70.
 Campo, Vera S. de, 65, 66.
 Carlos, 44.
 Castración, amenaza de, 23 a 28, 32.
 Chaio, José, 66.
- Complejo de Edipo, 14, 15, 20, 32, 51, 59, 68, 83, 121, 133, 219, 260.
- Control de esfínteres, 21, 24, 27, 45, 49, 84, 85, 114, 115, 148, 153, 157, 203, 258.
- Consultorio para análisis de niños, 92, 100, 110, 177, 178, 187, 199, 200, 201, 203.
- Correa, J., 70.
- Culpa, sentimiento de, 37, 40, 44, 59, 60, 78, 83, 122, 125, 126, 134, 136, 137, 147, 180, 183, 187, 210, 217, 218, 220, 230, 257, 267.
- Daniel, 202, 203.
- Dentición, 66, 67, 68, 69, 71, 82 a 84, 91, 157, 168, 203, 259, 265.
 e insomnio, 69.
 Trastornos de la, 68.
 y ansiedad depresiva, 67.
- Despert, L., 70.
- Destete, 49, 61, 82, 84, 114, 156, 207, 208.
 y terminación del análisis, 61.
- Dibujo (s), 32, 34 a 36, 38, 41, 42, 46, 49, 50, 56, 63, 70, 102, 108, 163, 194 a 198, 218, 219, 221, 224 a 226.
 de la figura humana, 46, 47, 49.
 Interpretación de, 41, 42, 50.
 Interrogar sobre, 35.
- Diego, 204 a 206.
- Dientes, 67, 122, 156, 175, 176, 178, 179.
- Dorita, 245, 246.
- Egozcue, María Inés, 68, 71.
- Elena, 90.
- Ema, 124 a 126.
- Emilia, 36.
- Enrique, 36.
- Ensueños, 32, 56, 63, 108.
- Entrevista, 75, 76, 79, 81, 91, 93, 97, 112, 147.
 inicial con los padres, 65, 73, 75, 85, 86, 106, 110, 112, 143, 147, 149, 160, 162, 203, 262.
 posterior, 131.
- Ericson, Milton, 38.
- Ernesto, 211, 212, 215, 226.
- Escardó, Florencio, 70.
- Esquema corporal, 46 a 49, 197.
- Espacio, 46, 48, 174.
- Esteban, 96.
- Estela, 37.
- Euredjian, M., 70.
- Evelson, Elena, 64 a 66.
- Fanny, 142.
- Fantasías, 13, 26, 29, 31, 32, 41, 42, 46, 52, 60, 61, 67, 78, 85, 106, 112, 117, 122, 123, 126, 130, 151, 153, 154, 156, 157, 159, 183, 184, 188, 191, 196, 197, 203, 206, 209, 210, 212, 215, 217, 219, 221, 222, 224, 225, 226, 237, 258, 261, 267.
 agresivas, 42.
 anales, 41.
 de amor, 42.
 de embarazo, 148.
 de feminización, 50.
 de Juanito, 26, 29, 31, 32.
 de juego, 56.
 de masturbación, 257.
 de muerte, 40.
 de nacimiento, 199.
 destructivas, 53, 260.
 de transferencia, 61.
 de vaginización, 142.
 edípicas, 29, 186, 214.
 expresión de, 46.
 genitales, 196.
 inconscientes, 195.
 inconscientes de enfermedad, 202, 266.
 inconscientes de enfermedad y curación, 47, 50, 93, 108, 109, 113, 126, 149, 150.
 infantiles, 78, 240.
 masoquistas, 37.
 originarias, 60.
 preconcientes, 26.
 sádicas, 37.
 sádicoanales, 41.
 sobre el analista malo, 56.
 transferenciales, 60.
- Fase (s)
 anal, 67, 68, 212, 259, 260.
 anal primaria de expulsión, 156, 259.
 depresiva, 173, 261.
 fálica, 32, 68.
 genital, 68, 260, 265.

- genital previa, 30, 67 a 69, 121, 122, 265.
 oral, 156.
 oral de succión, 67, 68.
 oral sádica (canibalística), 67.
 polimorfía, 259.
- Federico, 27.
- Fernando, 126, 127.
- Ferrer, Susana L. de, 64, 68, 70, 71, 78, 116, 190, 235, 262.
- Forti, Lidia S. de, 43, 48.
- Freud, Anna, 14, 17, 24, 34, 37 a 39, 41, 51 a 57, 62, 108, 134.
- Freud, Sigmund, 11, 13, 15 a 17, 19 a 26, 28 a 32, 34, 37, 38, 41, 42, 46, 51, 58, 63, 68, 87, 98, 108 a 110, 115, 133, 158, 169, 185.
- Garbarino, Héctor, 66, 127.
- Garbarino, Mercedes F. de, 66, 199.
- García Reinoso, Diego, 64, 65, 70.
- García Reinoso, Gilberte T. de, 65.
- Gareiso, A., 69.
- Garma, Angel, 11, 38, 63, 64, 68, 71, 101, 115, 251.
- Garma, Elizabeth G. de (ver: Goode, Elizabeth), 11, 64, 65, 68, 81, 93, 99, 114, 209.
- Genital (es), 25, 28, 35, 39, 67, 121, 122, 124, 198, 202, 209, 210, 211, 214, 216, 223, 224, 226, 227, 245, 257, 259.
 Calor en los, 39.
 Conflictos, 217.
 Curiosidad por los, 25 a 27.
 de la madre, 169, 202, 242.
- Desarrollo, 99.
- Deseos, 27.
- Desplazamiento a lo oral, 24.
- Etapa, 67.
- Fase (ver: Fase genital), 67, 265.
- Fantasías (ver: Fantasías genitales).
- Femenino, 44, 154.
- Masculino, 23, 36, 202.
- Nivel, 218.
- Organización, 209.
- Organos, 22, 23, 34, 259.
- Perder el, 30.
- Posición, 210, 216, 217.
- previa, Etapa, 67 a 69, 121, 122, 157, 258, 265.
- Región de los, 36.
- Represión, 211.
- Sensaciones, 30.
- Tendencia, 198, 260.
- Trauma, 21, 196.
- Unión, 121, 215, 258.
- Vínculo, 258.
- Gerardo, 129.
- Gloria, 141.
- Goode, Elizabeth (ver: Garma, Elizabeth G. de), 65.
- Goodenough, Florence, 47, 49, 70.
- Gesell, Arnaldo, 265.
- Graciela, 206 a 208.
- Gradiva, La, 15.
- Grinberg, Rebeca G. de, 64, 66.
- Grupos de orientación, 235.
 de embarazadas, 70.
 de madres, 70, 78, 84, 86, 132, 134, 198, 206, 207, 229, 230, 232, 242, 248, 249, 262, 268.
 de niños, 70.
- Harlow, Harry F., 251.
- Hernando, a (s), 22, 23, 31, 36 a 38, 48, 50, 66, 88, 97, 112, 116, 128, 129, 133, 134, 147, 148, 151, 153, 155, 157, 160, 161, 164, 174, 175, 193, 195, 202, 212, 213, 217, 223, 226, 236 a 239, 263, 264.
 envidia al, 36.
 mellizos, 66.
 Muerte de, 47.
 Nacimiento de, 43, 48, 88.
 Nacimiento de la hermana de Juanito, 22, 23, 27.
- Hernán, 112.
- Heuyer, 34.
- Hoffman, Raquel, 65.
- Homburger, Erik, 64.
- Honorarios
 durante el análisis de niños, 139.
 pago de, 105, 140, 147.
 significado de los, 106.
 y fecha de vacaciones del analista, 140.
- Hospicio de las Mercedes, 11.
- Hug-Hellmuth, H., 14, 34.
- Huizinga, 46.
- Imago, 59, 61, 80, 111, 123, 251, 252.
- Inés, 247, 248.
- Instituto de Psicoanálisis, 63, 64.
- Interpretación (es), 14, 19 a 21, 26, 29 a 32, 35, 38, 39, 40 a 42, 46, 57, 59, 60, 70, 78, 94 a 96, 98, 99, 100, 104, 105, 109, 115, 129, 137, 142, 144, 149, 150, 165, 166, 170, 171, 183, 184, 187, 188, 192, 194, 199, 200, 203, 205, 206, 207, 210, 213, 216, 219, 221, 234, 235, 236, 237, 239, 248.
 Capacidad de, 164.
 Consecuencias de la, 30.
 de dibujos (ver: Dibujos), 41, 42, 47.

de sueños (ver: Sueños), 40, 42.
 en el análisis de niños, 19.
 Formulación de la, 104, 105.
 Intrauterina, vida, 14, 31, 253, 265.

Jaime, 223 a 226.
 Jarast, Elías, 68.
 Jarast, Sara G. de, 40, 66, 68, 124.
 Joaquín, 43.
 Jones, Ernest, 19.
 Jorge, 180 a 191, 193, 195 a 198.
 José, 45.
 Josefa, 245.
 Juan, 44.
 Juanito, 13, 15, 16, 19 a 27, 30 a 32, 34, 51, 68.
 Juego (s), 13, 24, 26, 30, 34, 37, 38, 41 a 46, 50, 56, 57, 59 a 61, 67, 81, 87, 92, 96, 98, 100, 101, 102, 103, 106, 108, 109, 111 a 113, 115 a 118, 120, 122, 124, 126, 128, 137, 142, 143, 148, 149, 151, 153, 156, 159, 163, 169, 170, 173, 174, 176, 182 a 187, 191, 192, 195, 197, 203, 210, 212, 214, 215, 216, 217, 220, 222, 226, 232, 234, 240, 246 a 248, 256, 257, 264, 266.
 a comprar, 45.
 a las escondidas, 43.
 actividad de, 67, 87.
 con fuego, 92, 94, 96, 98.
 con muñecas, 29, 30.
 con títeres, 37, 45, 46.
 de construir casas, 47, 70.
 del analista, 193, 104.
 de restaurar, 43.
 de restitución, 45.
 exhibicionista, 23, 30.
 Función del, 42.
 Hora (s) de, 47, 50, 64, 65, 73, 98, 110, 113 a 117, 126, 238, 264.
 Inhibición de, 35, 118.
 Material de, 92.
 Mecanismo psicológico del, 41.
 Nivel de, 148.
 Personificaciones en el, 58, 59, 61.
 previos al síntoma, 24.
 Primera hora de, 70, 109 a 111.
 Proyecto de, 29.
 sexuales, 36, 44.
 Significado latente del, 22.
 Técnica de (ver: Técnica), 30, 42, 63, 92, 108, 136.
 Teoría traumática del, 13.
 y análisis de niños, 34, 38, 44.
 y experiencias orales, 45.
 y Juanito, 26, 29, 31.

y juguetes, 30.
 y neurosis, 46.
 Julia, 43.

Kalina, Eduardo, 264.
 Kizzer, Manuel, 106, 127.
 Klein, Melanie, 11, 14, 17, 34, 37, 42, 45, 46, 51, 57 a 60, 63, 64, 68, 73, 81, 87, 95, 105, 108, 109, 124, 126, 134, 139, 149, 150, 155, 167, 185, 188, 210, 215, 216, 219, 220, 221, 249, 257, 260, 265.
 Köhler, 47.
 Koremblit, J.; 70.
 Kris, Marianne, 57.

Lamana, Isabel L. de, 64, 66.
 Lenguaje, 66, 67, 68, 81, 82, 90, 101, 104, 108, 116, 139, 147, 148, 153, 155, 156, 158, 168, 174, 257, 259, 261, 265, 267.
 de los sueños, 46.
 espacial, 48.
 Inhibición del, 82, 85, 90.
 preverbal, 19, 20, 32, 98, 101, 104, 105, 108, 116.
 rudimentario, 38.
 Trastornos del, 67, 68.
 verbal, 48.

Leyt, Samuel, 71.
 Lucy, 244, 245.
 Luis, 35.
 Luisa, 117.

Madre (s), 15, 23 a 32, 37, 40 a 42, 44, 48 a 50, 60, 62, 67, 70, 77 a 85, 88, 94, 100, 106, 111 a 116, 118 a 120, 124 a 126, 128, 131, 132, 134, 136, 138, 139, 142, 143, 147 a 160, 163 a 166, 169, 172 a 178, 180 a 183, 185, 187, 188, 190, 192, 194, 196 a 208, 211 a 213, 217, 223 a 225, 230, 232, 234 a 237, 239 a 252, 254 a 256, 258 a 260, 262 a 267.
 abandono de la, 43.
 grupos de orientación de (ver: grupos), 70, 78, 132, 134.
 Marcha, 66 a 68, 82 a 85, 90, 128, 134, 139, 160, 167, 168, 176, 177, 179, 259, 265.
 inhibición de la, 21.
 Marcos, 235, 237, 238, 241.
 María, 36, 246.
 Maribel, 48, 49.
 Mario, 106.
 Marta, 173, 199, 200 a 202.

Masturbación, 23 a 29, 39, 87, 95, 123, 148, 196, 219, 222.
 represión de la, 25.
 lucha con la, 41.
 y consecuencias, 39.
 Angustia por la, 36.

Merleau Ponty, M., 67.
 Método, 34, 35, 37, 38, 46, 47, 50, 51, 57, 84.
 Miguel, 131.
 Mom, Jorge, 70.
 Mom, Teresa N. de, 65, 66.
 Mondolfo, Rodolfo, 165.
 Mónica, 218 a 221.
 Morera, María Esther, 64 a 66.
 Morgenstern, Sophie, 14, 17, 34, 35, 63.

Nacimiento, 22, 27, 30, 31, 71, 79, 80, 156, 157, 200, 208, 239, 254, 264.
 de la hermana, 22, 27, 48.
 de la técnica, 34.
 Trauma del (ver: Trauma), 79.

Neurosis, 20, 26, 30, 70, 90, 147, 213, 227.
 de adultos, 55.
 de Juanito, 25.
 de transferencia, 52, 53, 57.
 Etiología de las, 32.
 familiar, 136.
 Gravedad de la, 47.
 graves, 37.
 infantil, 11, 13, 15, 17, 20, 27, 47, 50, 54, 55, 57, 76, 110, 132, 229, 249, 262, 268.
 Teoría traumática de las, 20.

Nora, 134, 262 a 268.

Padre, 26, 27, 29, 31, 35, 38, 48, 49, 51, 60, 66, 67, 117, 118, 121, 124, 131, 133, 136, 138, 142, 154, 156, 157, 158, 160, 168, 172, 174, 176, 178, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190 a 194, 197, 214, 215, 217, 218, 223, 232, 234, 238, 239, 246, 247, 255, 260.
 de Juanito, 20, 21, 25, 26, 29, 31.
 Observaciones del, 21.

Padres, 14, 15, 23, 25, 26 a 29, 37, 48, 54, 65, 66, 75, 77, 82, 84, 86, 88, 91, 103, 105, 106, 109, 112, 116, 120, 123, 126, 128, 129, 131, 132, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 143, 144, 147, 160, 161, 162, 163, 164, 167, 168, 172, 174, 178, 181, 186, 188, 199, 202, 203, 204, 211 a 215, 218 a 221, 232, 238, 246, 251, 255, 259.

Desadaptación a los, 42.
 Prueba por los, 42.
 Vida sexual de los, 48.
 Patricia, 85, 147 a 149, 153, 155 a 158, 170, 179.
 Paula, 36.
 Pearson, Gerald, 71.
 Pedro, 43, 44, 142.
 Perestrello, Marialzira, 65.
 Pichon Rivière, Arminda A. de (ver: Aberastury, Arminda), 43, 44, 47, 64 a 66, 68, 71, 82, 83, 100, 135, 142, 168, 185, 212, 257.
 Pichon Rivière, Enrique, 11, 49, 63, 65, 69.
 Pinocho, 207.
 Porter, José, 71.
 Psicoanálisis, 13, 14, 19, 21, 26, 51, 57, 64, 108, 149, 221, 253.
 de adultos, 29, 32.
 de niños, 11, 14, 16, 17, 19, 30, 32, 34, 43, 46, 51, 54, 60, 62, 64 a 66, 71, 73, 81, 87, 108, 109, 134, 185, 262.
 Simposium sobre psicoanálisis de niños, 11, 66.
 y labor previa, 38, 52, 56.
 y odontopediatría, 68, 69.
 y pediatría, 68.
 Puget, Janine, 65.

Racker, Enrique, 70.
 Racker, Genevieve T. de, 66.
 Rambert, Madeleine, 37.
 Rank, Otto, 14.
 Rascovsky, Arnaldo, 14, 69, 250.
 Rascovsky, Luis, 69.
 Raúl, 86.
 Raven, J. C., 70.
 Recuerdos encubridores, 26.
 Resnik, Salomón, 65.
 Ribble, Margaret A., 251.
 Roberto, 110.
 Rodolfo, 50.
 Rodríguez, Emilio, 64, 66, 204.
 Rojas Bermúdez, Jaime, 70.
 Rolla, Edgardo H., 66.
 Rorschach, H., 70.
 Rosenthal, Gela H. de, 78.
 Rovatti, Jorge T., 68, 119, 202.

Salas, Eduardo, 68, 205.
 Salzman, J., 69.
 Saz, Carmen, 66.
 Schiaraviglio, Marcelle, 70.
 Schilder, Paul, 47, 64.
 Sclini, Flora, 11, 65.

- Segal, Hanna, 53.
 Sexual (es), 248.
 Aclaración, 211, 217.
 Actividades, 20, 87.
 Caracteres, 196.
 Componentes, 27.
 Curiosidad, 21, 23, 221.
 Esclarecimiento, 28, 87, 140.
 Evolución, 69.
 Excitación, 221.
 Instinto, 15.
 Fantasías, 188.
 Funciones, 22.
 Juegos, 36, 120, 220.
 Libertad, 87.
 Naturaleza, 220.
 Organos, 30, 67, 87, 103, 140.
 Relaciones, 186, 188.
 Rol, 66.
 Símbolo de lo, 49.
 Una teoría, 20.
 Vida, 22, 42, 48, 219.
 Sexualidad, 222, 243.
 consciente, 86.
 inconsciente, 86.
 infantil, 13 a 15, 20, 21, 86.
 Silvia, 206 a 208.
 Souza, Decio de, 66.
 Spira, Marcelle, 65, 66.
 Sueño (s), 26, 31, 38 a 40, 42, 46, 56, 63, 108, 175, 195, 256, 263, 267.
 de adultos, 14, 38.
 de angustia, 23, 25.
 de Juanito, 23, 25, 31, 32.
 de niños, 13, 14, 34, 38, 39, 46, 56, 63, 86, 108.
 diurnos, 38, 41, 42.
 El delirio y los sueños, 15.
 Interpretación de los, 40, 41.
 Lenguaje de los, 46.
 y fantasías, 13 a 15.
 Susana, 97.
 Symposium sobre psicoanálisis de niños, 11, 66.
 Tahier, Julio, 69, 71.
 Técnica, 34, 37, 42, 51, 63, 92, 104, 105, 124, 144, 191, 200, 210, 230.
 de análisis de niños, 11, 14, 32, 33, 51, 63, 69, 71, 105, 108, 134, 139.
 actual, 14, 16, 30, 32, 71, 73, 139.
 anterior, 71, 73, 139.
 Historia de la, 17.
 Horarios, 105 a 107, 147.
 Nacimiento de la, 34.
 Tratados de, 105.
 y teoría, 104.
 de entrevista con los padres (ver: entrevista), 65.
 de juego, 30, 35, 42, 57, 108, 136, 191.
 de Freud, 35, 42, 63, 108, 112.
 Evolución de la, 16.
 y diagnóstico, 108.
 Teodoro, 36
 Test:
 Despert, 70.
 Goodenough, 70.
 psicofonético de M. Schisraviglio, 70.
 Raven, 70.
 Tomás, Pola I. de, 64, 65, 180.
 Tractenberg, Moisés, 99, 119.
 Transferencia, 15, 19 a 21, 32, 41, 51 a 54, 56 a 59, 61, 65, 109, 136, 143, 151, 152, 178, 179, 210, 211.
 doble, 136, 137.
 interpretación de la, 58 a 61.
 Trauma, 23, 44, 49, 143, 206.
 de la fase fálica, 32.
 del nacimiento, 14, 15, 67, 68, 79, 202 a 205, 249, 255, 259.
 desencadenante, 22.
 genital, 21, 23, 49.
 infantil 19.
 operatorio, 29.
 sexual, 32.
 Tiempo (ver: Espacio), 79.
 Traumático (s), 13, 42, 153, 180, 182, 193, 203, 263.
 elemento, 66.
 energía, 26.
 Fuerza, 23, 48.
 Significado, 25.
 Situación, 20, 32, 38, 42, 46, 48, 86, 87, 117, 147, 179, 204, 208, 224.
 Vivencias, 44.
 Vacaciones, 103, 140.
 Vaudelin, Alicia, 34.
 Verónica, 93, 95, 100, 147, 160 a 163, 172, 173, 176 a 179, 247.
 Virginia, 118 a 123.
 Wertheimer, Max, 47.
 Zmud, Frida, 66.

ÍNDICE ALFABETICO DE CASOS

- Adolfo, 113, 115, 118.
 Alba, 98, 99.
 Amanda, 36.
 Ana, 116, 117, 232 a 234, 236 a 239, 241.
 Beatriz, 127, 128, 129, 135.
 Carlos, 44.
 Daniel, 202, 203.
 Diego, 204 a 206.
 Dorita, 245, 246.
 Elena, 90.
 Ema, 124 a 126.
 Emilia, 36.
 Enrique, 36.
 Ernesto, 211, 212, 215, 226.
 Esteban, 96.
 Estela, 37.
 Fanny, 142.
 Fernando, 126, 127.
 Gerardo, 129.
 Gloria, 141.
 Graciela, 206 a 208.
 Hernán, 112.
 Inés, 247, 248.
 Jaime, 223 a 226.
 Joaquín, 43.
 Jorge, 180 a 191, 193, 195 a 198.
 José, 45.
 Josefa, 245.
 Juan, 44.
 Juanito, 13, 15, 16, 19 a 27, 30 a 32, 34, 51, 68.
 Julia, 43.
 Lucy, 244, 245.
 Luis, 35.
 Luisa, 117.
 Marcos, 235, 237, 238, 241.
 María, 36, 246.
 Maribel, 48, 49.
 Mario, 106.
 Marta, 173, 199, 200 a 202.
 Miguel, 131.
 Mónica, 218 a 221.
 Nora, 134, 262 a 268.
 Patricia, 85, 147 a 149, 153, 155 a 158, 170, 179.
 Paula, 36.
 Pedro, 43, 44, 142.
 Raúl, 86.
 Roberto, 110.
 Rodolfo, 50.
 Silvia, 206 a 208.
 Susana, 97.
 Teodoro, 36.
 Verónica, 93, 95, 100, 147, 160 a 163, 172, 173, 176 a 179, 247.
 Virginia, 118 a 123.

BIBLIOGRAFIA

Textos consultados

- ABERASTURY, ARMINDA (véase: Pichon Rivière, Arminda A. de):
El juego de construir casas — Su interpretación y valor diagnóstico.
2ª edición: Editorial Paidós, Buenos Aires, 1961.
La dentición, su significado y sus consecuencias en el desarrollo.
Sección Psicológica del Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños, volumen 3, número 4, 1961.
- ALVAREZ DE TOLEDO, LUISA G. DE Y PICHON RIVIÈRE, ARMINDA ABERASTURY DE:
La música y los instrumentos musicales.
Revista de Psicoanálisis, tomo I, páginas 185 a 200.
- ERICSON, MILTON:
On the possible occurrence of a dream in an eight month-old infant.
The Psychoanalytic Quarterly, vol. X, Nº 3, 1941.
- FREUD, ANNA:
Psicoanálisis del niño (1927).
Editorial Imán, Buenos Aires, 1949.
El yo y los mecanismos de defensa.
Editorial Paidós, Buenos Aires, 1949.
- FREUD, SIGMUND:
Obras Completas.
Ed. Americana, Buenos Aires, 1943.
Obras Completas.
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
Obras Completas.
Ed. Santiago Rueda, Buenos Aires, 1956.
- GARMA, ANGEL:
Psicoanálisis de los sueños.
Ed. Nova, Buenos Aires, 1948.
El origen de los vestidos.
Revista de Psicoanálisis, tomo VII, Nº 2, 1949.
- GESELL, ARNALDO:
Embriología de la conducta.
Ed. Paidós, Buenos Aires, 1946.
- GOODENOUGH, FLORENCE:
Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana.
Ed. Paidós, Buenos Aires, 1951.
- HARLOW, HARRY F.:
Scientific American, vol. 200, Nº 6, junio, 1959.
- HOMBURGUER, ERIK:
Configuraciones en el juego.
Revista de Psicoanálisis, tomo VI, Nº 2, 1948.

- HUC-HELLMUTH, H.:
Zür Technik der Kinder-Analyse.
Int. Zeit. für Psychoanalyse, ed. VII, 1921.
- HUIZINGA:
Homo ludens.
Ed. Emecé, Buenos Aires, 1959.
- JONES, ERNEST:
Vida y obra de Sigmund Freud.
Ed. Nova, Buenos Aires, 1959.
- KLEIN, MELANIE:
El psicoanálisis de niños (1932).
Ed. Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948.
Developments in Psycho-Analysis.
The Hogarth Press Ltd., Londres, 1952.
Contributions to Psycho-Analysis.
The Hogarth Press Ltd., Londres, 1948.
Personification in the play of children.
Int. Journal of Psycho-Analysis, vol. X, 1929.
The origins of transference.
Int. Journal of Psycho-Analysis, vol. 33, 1952.
Traducción francesa: Les origines du transfert, Revue Française de Psychanalyse, tomo XVI, Nº 1 y 2.
El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos.
Revista de Psicoanálisis, tomo VII, Nº 3.
- KRIS, MARIANNE:
The psychoanalytic study of the child.
Tomo XIV, Imago Publishing Co. Ltd., Londres, 1959.
- MERLEAU PONTY, M.:
Fenomenología de la percepción.
Fondo de Cultura Económica, México, 1957.
- MORGENSTERN, SOPHIE:
Psychanalyse infantile.
París, 1937.
Traducido en parte en Revista de Psicoanálisis, tomo V, Nº 3.
- PEARSON, GERALD, H. J.:
Trastornos emocionales de los niños.
Ed. Beta, Buenos Aires, 1953.
Psychoanalysis and the education of the child.
Ed. W. W. Morton and Co. Inc., Nueva York, 1954.
- PICHON RIVIÈRE, ARMINDA A. DE:
(Ver: Aberastury, Arminda).
Indicaciones para el tratamiento analítico de niños — Un caso práctico.
Revista de Psicoanálisis, tomo IV, Nº 3, 1947.
Algunos mecanismos de la enuresis.
Revista de Psicoanálisis, tomo VIII, Nº 2.
La transferencia en el análisis de niños, en especial en los análisis tempranos.
Revista de Psicoanálisis, tomo IX, Nº 3, 1952.
Traducción francesa: Revue Française de Psychanalyse, tomo XVI, Nº 1-2, 1952.
La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1, 1958.
Traducción inglesa: Int. J. of Psycho-Analysis, vol. XXXIX, partes II-IV, Londres, 1958.
Trastornos emocionales en el niño vinculados con la dentición.

- Revista de Odontología, vol. 39, Nº 8, 1951.
Fobia a los globos en una niña de once meses.
Revista de Psicoanálisis, tomo VII, Nº 4, 1950.
La inclusión de los padres en el cuadro de la situación analítica y el manejo de esta situación a través de la interpretación.
Revista de Psicoanálisis, tomo XIV, Nº 1-2.
El juego de construir casas, su interpretación y valor diagnóstico.
Ed. Biblioteca de Psicoanálisis, 1ª edición, Nova, Buenos Aires, 1958.
- RAMBERT, MADELEINE:
Une nouvelle technique en psychanalyse infantile: le jeu des guignols.
Revue Française de Psychanalyse, vol. X, 1938.
- RANK, OTTO:
The trauma of birth.
Ed. Robert Brunner, Nueva York, 1952.
- RASCOVSKY, ARNALDO:
El psiquismo fetal.
Ed. Paidós, Buenos Aires, 1960.
- RIBBLE, MARGARET A.:
Infantile experience in relation to personality development, en "personality and the behaviour disorders", vol. II, capítulo 20, Ronald Press Co.
- SCHILDER, PAUL:
Imagen y apariencia del cuerpo humano.
Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.
- SEGAL, HANNA:
Some aspects of the analysis of a schizophrenic.
Int. Journal of Psycho-Analysis, tomo 31, 1950.

BIBLIOGRAFIA

Textos citados

- CAMPO, ALBERTO J.:
La interpretación y la acción en el análisis de los niños.
Revista de Psicoanálisis, tomo XIV, Nº 1-2.
- CAMPO, VERA:
La interpretación de la entrevista con los padres en el análisis de los niños.
Revista de Psicoanálisis, tomo XIV, Nº 1-2.
La introducción del elemento traumático.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.
- CHAIO, JOSÉ:
Algunos aspectos de la actuación de las interpretaciones en el desarrollo del insight y en la reestructuración mental del niño.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.
- EVELSON, ELENA:
Una experiencia psicoanalítica: análisis simultáneo de hermanos mellizos.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.
- GABBARINO, MERCEDES F. DE:
Dramatización de un ataque epiléptico.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.
- GARCÍA REINOSO, DIEGO:
Reacción de una interpretación incompleta en el análisis de un niño psicótico.
Revista de Psicoanálisis, tomo X, Nº 4.
- GARMA, ELIZABETH G. DE:
(Ver también: Goode, Elizabeth).
La masturbación prohibida y el desarrollo psicológico.
Revista de Psicoanálisis, tomo X, Nº 2.
- GOODE, ELIZABETH:
(Ver también: Garma, Elizabeth G. de).
Aspectos de la interpretación en el psicoanálisis de niños.
Revista de Psicoanálisis, tomo VII, Nº 2.
Un cuento en el análisis de un niño.
Revista de Psicoanálisis, tomo VII, Nº 3.
- GRINBERG, REBECA:
Evolución de la fantasía de enfermedad, a través de la construcción de casas.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.
- JARAST, SARA G. DE:
El duelo en relación con el aprendizaje.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.
- LAMANA, ISABEL L. DE:
La asunción del rol sexual de una melliza univitelina.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.

MORERA, MARÍA ESTHER:

Fantasías heterosexuales subyacentes a una histeria de conversión.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.

PERESTRELLO, MARIALZIRA:

Consideraciones sobre un caso de esquizofrenia infantil.
Revista de Psicoanálisis, tomo VII, Nº 4.

PICHON RIVIÈRE, ARMINDA A. DE:

Cómo repercute en los niños la conducta de los padres con sus animales preferidos.
Revista de Psicoanálisis, tomo VIII, Nº 5.
Una nueva psicología del niño, a la luz de los descubrimientos de Freud.
Revista de Psicoanálisis, tomo XIII, Nº 4.

RACKER, GENEVIEVE T. DE:

El cajón de juguetes del niño y el "cajón" de fantasías del adulto (medios de actuación — juego frente a la realidad angustiosa interna — transferencial).
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.

RASCOVSKY, ARNALDO:

Consideraciones psicosomáticas sobre la evolución sexual del niño.
Revista de Psicoanálisis, tomo I, Nº 2.

RASCOVSKY, ARNALDO,

PICHON RIVIÈRE, ENRIQUE Y

SALZMAN, J.:

Elementos constitutivos del síndrome adiposo prepuberal en el varón.
Archivo Arg. de Pediatría, octubre 1940.

RASCOVSKY, ARNALDO Y

RASCOVSKY, LUIS:

Consideraciones psicoanalíticas sobre la situación actual estimulante en 116 casos de epilepsia infantil.
Revista de Psicoanálisis, tomo II, Nº 4.

RASCOVSKY, ARNALDO Y

SALZMAN, J.:

Estudio de los factores ambientales en el síndrome adiposo genital en el varón.
Archivo Arg. de Pediatría, año XI, tomo XIV, Nº 6.

ROLLA, EDGARDO H.:

Análisis contemporáneo de un padre y un hijo.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.

SAZ, CARMEN:

Comunicación y destrucción.
Revista de Psicoanálisis, tomo XV, Nº 1-2, 1958.

SCOLNI, FLORA:

Psicoanálisis de un niño de 12 años.
Revista de Psicoanálisis, tomo IV, Nº 4.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA

Últimos títulos publicados

165. E. Giacomantone y A. Mejía - *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*
166. J. Rojas-Bermudez - *Teoría y técnica psicodramáticas*
167. R. Sivak y A. Wiater - *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*
168. H. Bleichmar - *Avances en psicoterapia psicoanalítica*
169. E. López Barbera y P. Poblacion Knappe - *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*
170. D. Dutton y S. K. Golant - *El golpeador*
171. D. Glaser y S. Frosh - *Abuso sexual de niños*
172. A. Gesell - *El niño de 1 a 5 años*
173. A. Gesell - *El niño de 5 a 10 años*
174. A. Gesell - *El niño de 10 a 16 años*
175. M. A. Caudill - *Controle el dolor antes de que el dolor le controle a usted*
176. F. Casas - *Infancia: perspectivas psicosociales*
177. E. N. Forman y R. Ekman Ladd - *Dilemas éticos en pediatría*
178. D. Greenberger y C. A. Padesky - *El control de tu estado de ánimo*
179. J. Corominas - *Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico*
180. J. Moizeszowicz - *Psicofarmacología psicodinámica IV*
181. L. Salvarezza (comp.) - *La vejez*
182. A. Ellis - *Una terapia breve más profunda y duradera*
183. M. D. Yapko - *Lo esencial de la hipnosis*
184. W. R. Miller y S. Rollnick - *La entrevista motivacional*
186. S. Rief - *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*
187. E. T. Gendlin - *El focusing en psicoterapia*
188. L. S. Greenberg y S. C. Palvio - *Trabajar con las emociones en psicoterapia*
189. E. H. Erickson - *El ciclo vital completado*
190. A. T. Beck y otros - *Terapia cognitiva de las drogodependencias*
191. E. Joselevich (comp.) - *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD)*
192. S. Heber (comp.) - *Cáncer de mama*
193. H. Waisburg y otros - *Tratamiento psicopedagógico*
194. E. Kalina - *Adicciones*
195. R. O. Benenzon - *Musicoterapia*
196. I. D. Yalom - *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*
197. M. M. Casullo y D. Páez - *Cultura y alexitimia*
198. A. Bentovim - *Sistemas organizados por traumas*
199. R. D'alvia (comp.) - *El dolor*

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA,
PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA

(continuación)

200. G. Rinaldi - *Prevención psicossomática del paciente quirúrgico*
201. J. Freeman y otros - *Terapia narrativa para niños*
202. H. G. Procter (comp.) - *Escritos esenciales de Milton H. Erickson, volumen I*
203. H. G. Procter (comp.) - *Escritos esenciales de Milton H. Erickson, volumen II*
204. B. F. Okun - *Ayudar de forma efectiva (Counselling)*
205. G. A. Kelly - *Psicología de los constructos personales*
206. A. Semerari - *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*
207. Torras De Bea - *Dislexia en el desarrollo psíquico: su psicodinámica*
208. M. Payne - *Terapia narrativa*
209. B. Touzet - *Tartamudez*
210. E. Joselevich (comp.) - *AD/HD: Qué es, qué hacer*
211. C. Botella (comp.) - *Fobia social*
212. J. Corsi (comp.) - *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*
213. S. Velázquez - *Violencia cotidiana, violencia de género*
214. M. M. Linehan - *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*
215. B. L. Duncan y otros - *Psicoterapia con casos "imposibles"*
216. R. D. Friedberg y M. McLure - *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*
217. I. Caro - *Psicoterapias cognitivas*
218. M. Garrido, P. Jaen y A. Álvarez (comps.) - *Ludopatía y relaciones familiares*
219. J. Navarro - *Enfermedad y familia*
220. H. Fernández Álvarez y R. Opazo (comps.) - *La integración en psicoterapia*
221. E. Kuipers, J. Leff y D. Lam - *Esquizofrenia*
222. E. Joselevich - *¿Soy un adulto con AD/HD?*
223. J. Balbi - *La mente narrativa*
224. M. A. Álvarez González y M. Trapaga Ortega - *Principios de neurociencias para psicólogos*
225. E. Dio Bleichmar - *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*
226. J.-A. García Madruga y otros - *Comprensión lectora y memoria operativa*
227. C. F. Newman y otros - *Trastorno bipolar*
228. J. Corsi - *Psicoterapia integrativa multidimensional*
230. M. J. Mahoney - *Psicoterapia cognitiva*
231. A. T. Beck y A. Freeman - *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*
232. K. J. Gergen - *Construir la realidad*
233. B. Bertolino - *Terapia orientada al cambio con adolescentes*

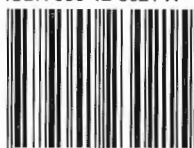
La más alta figura del psicoanálisis infantil en la Argentina, y uno de los mayores valores de Latinoamérica en este campo, puso su saber y su experiencia en una obra que es una actualización del trabajo analítico con niños y de un valor eminentemente orientador y normativo para la práctica clínica.

Se inicia el libro con la historia del primer niño tratado por Freud, sigue el nacimiento de la técnica, las corrientes fundamentales que surgen después y finalmente presenta, en la primera parte de la obra, el psicoanálisis de niños en la Argentina.

"Mi técnica —dice la autora— tuvo sus raíces en la creada por Melanie Klein para el análisis de niños, pero mi propia experiencia me ha permitido hacer una serie de modificaciones que considero trascendentes. 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."

La segunda sección se dedica a la exposición de esa técnica en su momento actual: el consultorio, el material de juego, el cojón individual, los problemas técnicos de su manejo, la entrevista inicial con los padres, la primera hora de juego, la entrevista con los padres durante el tratamiento. Todos estos temas están expuestos de forma clara, viva y concreta. Los capítulos siguientes presentan historiales clínicos, el examen y diagnóstico de las neurosis infantiles y finalmente se explica la técnica terapéutica.

ISBN 950-12-3021-X



9 789501 230215

15021

