SILVANA AIZENBERG

ESCRITOS (1978-2021)

SILVANA AIZENBERG

Escritos (1978-2021)

TRABAJOS DE VIERNES

Fundación Luis Chiozza

1. Aizenberg, S. (1986) “Algunos aspectos de la adopción, un caso clínico”. 24 de Octubre de 1986.
2. Aizenberg, S.; Araujo, C.; Diez, B.; García, R.; Herrera Vidal, P.; Karamanian, I.; Picco de Montaña, P.; Steinberg, P. (1991) “El juego en el psicoanálisis de niños”. 25 de Octubre de 1991.
3. Aizenberg, S.; Araujo, C.; Diez, B.; García, R.; Herrera Vidal, P.; Karamanian, I.; Picco de Montaña, P.; Steinberg, P. (1992) “El juego en el psicoanálisis de niños (Segunda comunicación)”. 11 de Septiembre de 1992.
4. Aizenberg, S. y colaboradores (1993) “El juego en el psicoanálisis de niños (tercera comunicación)”. 16 de Julio de 1993.
5. Aizenberg, S. y Casali, L. (1994) “Algunas consideraciones psicoanalíticas de un niño con una hernia inguino-escrotal”. 30 de Septiembre de 1994.
6. Aizenberg, S. y Casali, L. (1995) “La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños”. 6 de Octubre de 1995.
7. Aizenberg, S. (1997) “Una aproximación a la comprensión psicoanalítica del autismo infantil”. 25 de Julio de 1997.
8. Aizenberg, S. (2003) “El tratamiento psicoanalítico de una niña de seis años”. 22 de Agosto de 2003.
9. Aizenberg, S. (2004) “Revisión de algunos aspectos de la técnica y la teoría de la técnica del psicoanálisis de niños”. 10 de Septiembre de 2004.
10. Aizenberg, S. (2006) “La comprensión psicoanalítica de los bebés que se enferman”. 25 de Agosto de 2006.
11. Aizenberg, S. (2007) “La evolución de los conflictos en la temprana infancia”. 9 de Noviembre de 2007.

12. Aizenberg, S. (2008) Lectura de textos: “Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual. El desarrollo temprano de la conciencia en el niño” de Melanie Klein. 25 de Abril de 2008. Participaciones del Dr. Luis Chiozza y del Dr. Gustavo Chiozza.

13. Aizenberg, S. (2011) Revisión de trabajos: “La comprensión psicoanalítica de los bebés que enferman”. 26 de Agosto de 2011

14. Aizenberg, S. (2012) “Acerca de la infancia y el tratamiento psicoanalítico de niños”. 28 de Septiembre de 2012.

15. Aizenberg, S. (2013) “La teoría de la técnica en el tratamiento psicoanalítico de niños”. 22 de Noviembre de 2013.

16. Aizenberg, S. (2014) “El desarrollo en la infancia, acerca de las identificaciones”. 14 de Noviembre de 2014.

17. Aizenberg, S. (2015) “Acerca del trastorno generalizado del desarrollo”. 30 de Octubre de 2015.

18. Aizenberg, S. (2016) “Reflexiones sobre la anorexia nerviosa”. 15 de Julio de 2016.

19. Aizenberg. S. (2017) “Reflexiones acerca de la amnesia de la temprana infancia”. 25 de Agosto de 2017.

20. Aizenberg, S. (2020) “La participación de los padres en el tratamiento psicoanalítico de niños”. 30 de Octubre de 2020.

21. Aizenberg, S. (2021) “Acerca del desarrollo de la identidad en la infancia”. 12 de noviembre de 2021.

MESAS REDONDAS

Fundación Luis Chiozza

1. Aizenberg, S. (1981) Participación en Mesa redonda: “¿La desaparición del síntoma es el objetivo del psicoanálisis de niños?”. 22 de Mayo de 1981.
2. Aizenberg, S.; Lanfri, E. (1990) Diálogo: **“**Fundamentos teóricos de la interpretación de los dibujos en el análisis de niños”. 30 de noviembre de 1990.
3. Aizenberg, S. (1992) Participación en Mesa redonda: “La comunicación y la interpretación en el análisis de los niños”. 24 de Julio de 1992.
4. Aizenberg, S. (1999) Participación en Mesa redonda: “Las identificaciones en el desarrollo temprano”. 30 de Abril de 1999.
5. Aizenberg, S. (2006) Participación en Mesa redonda: “Patobiografía de niños”. 10 de Septiembre de 2006.

TRABAJOS DE SIMPOSIO

Fundación Luis Chiozza

1. Aizenberg, S. y Ferder, Luisa (1978) “Sobre la dermatitis del pañal”. Simposio 9º. Enero 1978.
2. Rosmaryn, A. (coordinadora); Aizenberg, S.; Aracama, H.; Ini, C.; Trincavelli, G. (1979) “Motivo latente de consulta de los padres”. Simposio 10º. Enero de 1979.
3. Aizenberg, S.; Trincavelli, G. (1980) “Sobre un aspecto del desencuentro entre padres e hijos”. Simposio 11º. Enero de1980.
4. Aizenberg, S. y Trincavelli, G. (1981) “Acerca de una experiencia clínica con una beba de ocho meses”. Simposio 12º, Eidon 14. Enero 1981.
5. Aizenberg, S. (1983) “Reflexiones acerca de la influencia que las características sexuales de los padres ejercen sobre el desarrollo psicosexual de los niños”. Simposio 14º. Enero de 1983.
6. Aizenberg, S. y Lanfri, E. (1991) “Un caso de diabetes infantil”. Simposio 21º. Enero de 1991.
7. Aizenberg, S.; Araujo, C.; García, R.; Karamanian, I.; Picco, P.; Steinberg, P. (1992) “La comunicación en la sesión psicoanalítica de una niña de 3 años”. 22º Simposio. Enero de 1992.
8. Aizenberg, S.; Gross, N.; Lekerman, E.; Obstfeld, D. (1994) “Algunas características de la transferencia–contratransferencia en el análisis de niños”. 24º Simposio. Enero de 1994.
9. Aizenberg, S. y Casali, L. (1995) “El material en el análisis de niños”. Simposio 25º. Enero de 1995.
10. Aizenberg, S.; Salzman, R. (1998) “Un caso de narcolepsia infantil” Simposio 28º. Enero de 1998.
11. Aizenberg, S. y Obstfeld, E. (1999) “Diabetes infantil”. Simposio 29º. Enero de 1999.
12. Aizenberg, S. y Casali, L. (2001) “Acerca de la fimosis”. Simposio 31º. Enero de 2001.
13. Aizenberg, S. y Grus, R. (2002) “Una nefroesclerosis infantil”. Simposio 32º. Enero de 2002.
14. Aizenberg, S. (2003) "Algunas reflexiones psicoanalíticas acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad impulsividad”. Simposio 33º. Enero de 2003.
15. Aizenberg, S. (2004) "Algunas reflexiones acerca del resentimiento y el remordimiento”. Simposio 34º. Enero de 2004.

16. Aizenberg, S.; Casali, L. (2021) “Reflexiones acerca del autismo infantil”. Simposio 51º. Marzo 2021.

CICLOS DE CINE Y PSICOANÁLISIS

Fundación Luis Chiozza

1. Aizenberg, S. (1993) y colaboradores. Introducción al debate de la película: “Los Simpson”. 21 de Mayo de 1993.
2. Aizenberg, S. (1994) Introducción al debate de la película: “Siempre hay otra oportunidad (Family Picture)”. 20 de Mayo de 1994.
3. Aizenberg, S. (1996) Introducción al debate de la película: “Una luz en el infierno”. 21 de Junio de 1996.
4. Aizenberg, S. (1998) Introducción al debate de la película: “Kolya”. 25 de Septiembre de 1998.
5. Aizenberg, S. (2000) Introducción al debate de la película: “Niños del cielo”. 28 de Abril de 2000.
6. Aizenberg, S. (2002) Introducción al debate de la película: “La lengua de las mariposas”. 3 de Mayo de 2002.
7. Aizenberg, S. (2003) Introducción al debate de la película: “Estación Central”. 3 de Octubre de 2003.
8. Aizenberg, S. (2005) Introducción al debate de la película: “Un casamiento inolvidable”. 29 de Abril de 2005.
9. Aizenberg, S. (2009) Introducción al debate de la película: “Las horas del verano”. 8 de Mayo de 2009.
10. Aizenberg, S. (2010) Introducción al debate de la película: “El encanto del erizo”. 5 de Noviembre de 2010.
11. Aizenberg, S. (2014) Introducción al debate de la película: "Un día en familia". 4 de Julio de 2014.
12. Aizenberg, S. (2019) Introducción al debate de la película: “Coco”. 1 de Noviembre de 2019.

EIDÓN

1. Rosmaryn, A. (coordinadora); Aizenberg, S.; Aracama, H.; Ini, C.; Trincavelli, G. (1980) “Percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres”. Eidón n12. Año 7. Marzo 1980.

CONFERENCIAS

1. Aizenberg, S. (1987) Conferencia: “El rol del padre en el crecimiento del niño”. Colegio Martín Buber.
2. Aizenberg, S. (1992) Conferencia: “El desarrollo psicosexual de niños entre 10 y 11 años”. Colegio Medinath Israel. 17 de Noviembre de 1992.
3. Aizenberg, S. (1993) Conferencia: “La educación y los límites en la temprana infancia”. Jardín Mundo niño. 9 de Septiembre de 1993.
4. Aizenberg, S. (1994) Conferencia: “A qué llamamos trastorno de conducta”. Jardín Mundo niño. 13 de Octubre de 1994.
5. Aizenberg, S. (1996) Conferencia: “Teoría y técnica del psicoanálisis de niños”. CEAP. 17 de Octubre de 1996.
6. Aizenberg, S. (1997) Conferencia: “Los padres y los hijos en nuestros días”. Club de campo Hacoaj. 19 de Abril de 1997.
7. Aizenberg, S. (2000) Conferencia: “La infancia y sus dificultades en nuestros días”. Municipalidad de 9 de Julio. 12 de Mayo de 2000.
8. Aizenberg, S. (2006) Conferencia: “El psicoanálisis de niños (desde bebés). Teoría y Técnica”. CEAP. 24 de Noviembre de 2006.
9. Aizenberg, S. (2018) Conferencia: “El psicoanálisis de niños”. 23 de Noviembre de 2018. Fundación Luis Chiozza.
10. Aizenberg, S. (2019) Conferencia: “Entre padres e hijos”. 28 de Junio de 2019. Fundación Luis Chiozza.
11. Aizenberg, S. (2020) Conferencia: "La participación de los padres en el tratamiento psicoanalítico de niños". 30 de Noviembre de 2020. Fundación Luis Chiozza.

CONGRESOS Y ENCUENTROS

1. Aizenberg, S. (1993) Ponencia. Juegos, juguetes y Jugadores. XII Jornada Nacional. “El juego en el psicoanálisis de niños”. 17 de Septiembre de 1993.
2. Aizenberg, S. (1996) "El autismo desde el psicoanálisis". Presentado en el Primer Congreso de Autismo. Universidad de RIO IV. Córdoba. Septiembre de 1996.
3. Aizenberg, S. (2011) Participación en el VII Encuentro Internacional “El drama en el alma, la enfermedad en el cuerpo”. Mesa redonda: El método patobiográfico. 30 de Octubre de 2011.

TRABAJOS PUBLICADOS EN CHIOZZA OBRAS COMPLETAS

1. Chiozza, L. y Aizenberg, S. (1992d) Por qué se enferman los niños en *Luis Chiozza Obras completas*, Tomo VI, Libros del Zorzal, Buenos aires, 2008.
2. Chiozza, L. y Aizenberg, S. (1995n) La patobiografía de un niño con leucemia linfoblástica aguda en *Luis Chiozza Obras completas*, Tomo XII, Libros del Zorzal, Buenos aires, 2008.

ESCRITOS DE DIVULGACIÓN

1. Aizenberg, S. (2005) “Por qué es tan difícil tolerar el llanto de un hijo”. Publicación Cuidad Internet. 5 de Enero de 2005.
2. Aizenberg, S. (2005) “Qué comunican los niños con sus dificultades de aprendizaje”. Nota Infobae. 20 de junio de 2020.
3. Aizenberg, S. (2020) “Entre padres e hijos”. Nota Infobae. Julio 2020.
4. Aizenberg, S. (2020) Publicaciones en Instagram.

TRABAJOS DE VIERNES

Fundación Luis Chiozza

SILVANA OBSTFELD DE AIZENBERG

ALGUNOS ASPECTOS DE LA ADOPCIÓN
UN CASO CLÍNICO

C. I .M. P.
24 de octubre de 1986

I. Introducción

Las circunstancias que rodean la adopción de un niño pueden ser muy diferentes. Cada una de ellas posee particularidades y vicisitudes que le son propias.

Debido a la amplitud del tema, restringiremos nuestro enfoque a aquellos casos de adopción decididos a raíz del diagnóstico clínico de esterilidad de la pareja (*). A partir de este punto, intentaremos abordar la comprensión de algunos aspectos que perturban el establecimiento de un vínculo de adopción adecuado.

El material clínico que presentamos corresponde a los elementos esenciales de lo ocurrido en dos consultas, realizadas por los problemas que presentaba una niña adoptada.

II. La primera consulta

Julia tenía dos años y siete meses cuando sus padres hicieron esta consulta. Deseaban ser asesorados acerca de la manera más adecuada de informarle a la niña que era adoptada.

A pesar de que durante los primeros ocho años de matrimonio habían llevado a cabo numerosos estudios y tratamientos clínicos, no lograron conocer las causas de la esterilidad de aquella época. Cuando recibieron la indicación de realizar una laparotomía exploradora, suspendieron la búsqueda del embarazo Y decidieron adoptar.

(*) El concepto de "adopción" puede aplicarse a diversos órdenes de la vida, así como a distintos tipos de relaciones interpersonales. Ejemplos de ello son la asunción de una ideología, el vínculo entre padres e hijos, sean estos carnales o no, o algunos aspectos de la relación entre paciente y analista. (E. Obstfeld y colab., 1974)

Relataron que cuando Julia tenía un año y medio, habían logrado en forma inesperada un embarazo, del cual nació su segunda hija, Elena, quien, en esos momentos, tenía cuatro meses.

Explicaron que también consultaban, aunque en forma secundaria, porque Julia no hablaba. Sólo pronunciaba pocas palabras y su modo habitual de expresarse era por medio de gestos y de señas.

La adopción

Fueron a buscarla ocho días después del nacimiento. Los vincularon con una joven soltera, perteneciente a una familia modesta, quien había sido madre por tercera vez.

Cuando llegaron a buscarla, la nena estaba mamando. Fue prácticamente "arrancada" de los brazos de su madre, sin que pudiera completarse la mamada. Los padres adoptivos contaron que le dieron a la joven la oportunidad de reflexionar acerca de la entrega de la nena, aunque al mismo tiempo trataron de convencerla sobre lo adecuado del desprendimiento. Le aclararon además que "no se la venían a robar". En el auto, al volver a su casa, le cambiaron toda la ropita por otra que ellos habían llevado.

Así fue como Julia ingresó como primera hija, nieta y sobrina en una familia de alrededor de cuarenta miembros. El día de la adopción estaban todos reunidos para recibirla y conocerla, dispuestos a "darle lo mejor".

Algunos aspectos de la crianza

Durante las tres primeras semanas, Julia rechazaba la mamadera y lloraba mucho. Se fue adaptando después de muchos esfuerzos. Realizó un buen desarrollo motriz y comenzó a caminar al año de edad. No tuvo enfermedades físicas, salvo en el segundo mes, en que padeció un eczema atópico, localizado en

la cara interna de las articulaciones de los brazos y las piernas, que curó pronto, de manera espontánea .
Poco tiempo antes de la consulta, había dejado la mamadera. Usaba todavía el chupete y el control de esfínteres no era aún muy estable. Sufría también de algunas dificultades para dormir y, aunque tenía su habitación propia desde el primer mes, sus padres le permitían que durmiera con ellos muchas noches.
Su juego preferido era el rompecabezas. Poseía una marcada habilidad manual que se manifestaba, entre otras cosas, en la realización de "tareas domésticas como cebar mate o cocinar, a pesar de su corta edad.

La madre la describió como una nena de carácter dominante, terca, caprichosa, un poco brusca o agresiva, "nada fina" en sus movimientos y actitudes y que no aceptaba límites fácilmente. Al mismo tiempo, explicó que a ellos les costaba ponérselos de manera adecuada. Contó también que Julia seducía al padre "poniéndole caritas".

Cuando tenía dos meses, la madre volvió al trabajo, una vez terminada su licencia por maternidad y comenzó a estar ausente durante mas de ocho horas diarias. El padre, por su parte, tenía dos trabajos, uno de ellos con horario rotativo. Por tal motivo, además de permanecer fuera de su casa durante casi todo el día, su presencia no era regular. La crianza de Julia estuvo repartida entonces entre la abuela paterna, las tías maternas y el personal de servicio.

Los padres dijeron que habitualmente le hablaban mucho, le daban explicaciones y frecuentemente le expresaban cuánto la querían. Todos los días le traían golosinas o "regalitos".

Contaron que la niña recibió bien la noticia del embarazo, pero que, sin embargo, a partir de entonces "se puso muy pe-

gote" de la madre y cuando nació Elena no quería que los padres la tocaran.

La madre

Tenía veintinueve años y era la menor de cuatro hermanos. Era pronunciadamente obesa y manifestó reiteradamente, con lágrimas en los ojos, que estaba muy preocupada por el bienestar de sus hijas, por las cuales sentía mucho amor.

Dijo que no tenía muchos recuerdos de su infancia, salvo que había sido buena, tranquila y muy apegada a su madre. Había sido la "muñeca mimada" y una vecina, que no tenía hijos, "estaba loca" por ella, la "sacaba" a pasear y le hacía tortas.

Contó también que sus hermanas le reprochaban haber gozado de las preferencias familiares. Nunca fue buena estudiante y actualmente trabajaba como empleada de comercio.

El padre

Tenía treinta y un años, y se desempeñaba como técnico en un laboratorio. Manifestó también, como su esposa, su preocupación por el bienestar de las hijas. Se expresó en un tono sereno y con un lenguaje intelectualizado, que revelaba cierta inautenticidad. Se extendió ampliamente, dando detalles acerca de lo feliz que había sido su infancia: sus padres, especialmente su madre, eran sumamente cariñosos y comprensivos, lo habían apoyado y alentado siempre en todas sus decisiones e iniciativas y sentían por él mucha admiración.

El matrimonio

Durante el noviazgo, que duró cuatro años, tuvieron muchas peleas, que trataban de disimular ante los demás, "haciendo la farsa" de que salían juntos, y luego "cada uno se iba por su lado".

Tenían la impresión de que su convivencia actual "no escapaba" a lo que ellos creían normal. A partir de la adopción de Julia se propusieron tener conductas de buena convivencia, que respetaban y cumplían.

Manifestaron que, por distintos motivos, la sexualidad entre ellos fue siempre escasa e insatisfactoria.

La hora de juego

Julia llegó al consultorio en brazos de su madre. Impresionaba el contraste entre el color oscuro de su piel y el blanco de la de su madre. No aceptó separarse de ella y la hora de juego se realizó, entonces, con las dos juntas.

Si bien es común, en niños de esa edad, ofrecer cierta resistencia para quedarse solos con la analista, su actitud decidida y firme de no separarse de su madre mostraba, desde el comienzo, uno de sus problemas.

Cuando comenzó la sesión, la madre, al dirigirse a Julia, empleó un tono imperativo: "¡Vas a jugar, mami!" Durante los primeros momentos, la niña se desvivió por atenderla y por ser solícita con ella, con una actitud exageradamente tierna y cariñosa. Le ofreció té, cucharitas, azúcar, etc.

La expresión "¡Vas a jugar, mami!" correspondería a una exigencia latente de la madre por cambiarlos roles. Julia debía sentirse colocada, entonces, ante una situación en la que ella tenía que ser la "mami" de su propia mamá y conformarla.

El despliegue de actividad que hizo para atenderla correspondía probablemente a un sentimiento de intranquilidad. Parecía querer calmar el posible enojo de su madre.

La niña señaló algunos juguetes y le propuso que jugaran. La madre parecía no entender sus pedidos y no respondía. Cuan-

do intervenía, con un tono de voz impostado o de calidez exagerada, lo hacía como poniendo a prueba a Julia, para que ofreciera a la analista elementos que sirvieran para evaluar su nivel de inteligencia y sus dificultades de lenguaje. Julia trataba de satisfacerla, pero se distraía con los juguetes que llamaban su atención. Tomó un teléfono, puso el tubo en su oído y, alzando su voz casi hasta gritar, llamó alternativamente a "mamá" y a "papá".

La elección del teléfono expresaba su necesidad de acercamiento y la búsqueda de comprensión. Era evidente que entre ella, su madre y su padre, la comunicación fallaba. Su conmovedor llamado a "mamá" o a "papá" despertó también las inevitables preguntas: ¿A qué padres estaría llamando? ¿Creería que otros la podrían entender mejor?

Julia tomó luego un bebé y una mamadera y pidió a su madre que lo alimentara. Esta se negó y le ofreció, en cambio, que fuera ella misma la que le diera de comer al bebé. Ante esta actitud, la niña desistió.

Creemos que Julia manifestaba el deseo de ser alimentada por su madre. La leche, probablemente, representaba la consanguineidad tan necesitada. Deseaba establecer un vínculo sólido, cariñoso y duradero, que le permitiera crecer y desarrollarse con más tranquilidad. Tal vez, al desistir de su pedido, intentaba evitar el dolor y el desánimo que sentía.

Jugó después con cubos haciendo torres cada vez más altas, e interrumpía ese juego para insistirle a la madre que alimentara al bebe, a un oso o a algún otro animal. Sus pedidos seguían siendo desoídos, a pesar de que exclamaba, casi gritando: "¡Eh, mamá!" "¡Mamá, nena!" "¡Eh, mama!" Trató también de que su madre sostuviera al oso. Tomándolo de las orejas, lo colocó sobre la falda de ésta y le enseñó con gestos cómo lo debía sostener.

Con el juego de apilar cubos, probablemente mostraba que se sentía exigida o apurada a ser grande. Esta era una de las formas en que se comportaba habitualmente. Al mismo tiempo, con sus pedidos de alimentación, expresaba su voluntad de no

renunciar a que su madre se ocupara de ella. Parecía que su desesperación iba en aumento. Con sus exclamaciones, mostraba su sentimiento de que tal vez sólo gritando la podrían escuchar o entender. Pero, además, a través de su insistencia y de su modo imperativo, parecía querer forzar a su madre a que asumiera su función y eso quizás, podría irritarla.

En un momento de la sesión, cuando la madre se encontró sosteniendo en sus manos una tacita junto con un oso, exclamó: "¿Qué hago con los dos?" "¿Con quién me quedo?" Ante esta expresión, Julia, angustiada e impotente, comenzó a patear las sillas y a toser.
Estas manifestaciones de la madre, que aludían a lo incapacitada que se sentía para hacerse cargo de dos hijas, angustiaba a Julia. Su "pataleta" caprichosa posiblemente respondía a su sentimiento de rabia y desesperación. También sería expresión de la rabia que sentía, por tener que compartir a su madre con la hermana. La tos era una manifestación somática del mismo conflicto.

Julia intentó otra vez, ahora con un perrito. La madre le dijo que el "bebé perrito" no quería más leche y que, en cambio, quería que Julia lo llevara a pasear.
Creemos que la niña se sentía "mandada a pasear", como si fuera el perrito, o como si quisieran "sacársela de encima".

Al final de la hora, Julia tomó al bebé, lo acostó en el diván y señaló que tomaba la leche solo.
Nos identificamos con su ofensa y desolación. El bebé en el diván representaría la forma en que ella intentaba elaborar su situación, "arreglándoselas sola".

La devolución a la niña (*)

En este segundo encuentro, Julia aceptó quedarse sola con la analista.

Comenzamos explicándole que ella tenía muchos deseos de que la quisieran y que también sentía mucho miedo de que la abandonaran. Le dijimos que, cuando ella era más chica, antes de que naciera su hermana, se sentía más tranquila. (*)Agregamos que, a veces creía que todo volvería a ser igual que antes si se mantenía chiquita, como los bebes que no hablan. También interpretamos la angustia que sentía cuando de su boca salían las palabras, como si las mismas fueran su mamá, a quien podía perder para siempre. Le explicamos que los padres acostumbraban hablarle y contarle muchas cosas, pero que a ella eso no le gustaba. Prefería que hablaran muy poco, como lo hacía ella.

También añadimos que, aunque su mamá y su papá le decían que la querían mucho y le traían regalos, a veces ella sentía que eso no era verdad. Se le aclaró que cuando se enojaba, después se quedaba asustada porque nadie en la casa lo hacía de esa manera y, entonces, temía que creyeran que ella era "mala". Necesitaba mostrarse buena, haciendo cosas útiles o importantes, y a veces hasta portándose como si ella fuese la mamá.

(*) El lenguaje que empleamos durante las devoluciones no es el mismo que el que utilizamos para esta presentación.

(*) Julia contaba con la experiencia primaria de que no la dejaron convivir, bajo el mismo techo, con el resto de sus hermanas.

Hacer todo eso le daba mucho trabajo y no podía dejar de tener miedo y de pensar que podían querer sacársela de encima. Le explicamos que a veces ella intentaba imponerse por medio de "pataletas" o caprichos, pero que no lo lograba, y que se "rompía la cabeza" pensando cómo hacer para que la entendieran.
También le señalamos su dificultad para aceptar a su hermana, a quien sentía como a una extraña que le había venido a quitar su lugar.

Antes de terminar la devolución, Julia cambió de lugar la mesa y la sillita y puso almohadones en el piso, como si quisiera disponer el ambiente de un modo más amplio y confortable.
Probablemente quería expresar sus deseos: que en su casa hubiera suficiente lugar y bienestar para albergar a todos los miembros de la familia. Por otra parte, quizás expresaba también la necesidad de reubicar los roles familiares.

La devolución a los padres

Les dijimos que el deseo de ser asesorados sobre la manera de informar a Julia que era adoptada, estaba relacionado con la dificultad que la nena tenía para hablar. Julia estaba ansiosa y, con su silenció, mostraba el deseo de que ellos también callaran. Les aclaramos que, teniendo en cuenta su corta edad y el reciente nacimiento de la hermana, no parecía ser ese el momento más conveniente para decirle que era adoptada. Se les explicó que ella podría sentirlo como un abandono y angustiarse mucho.

Tratamos de poner en claro cuáles podrían ser los motivos inconscientes que los llevaban precisamente en ese momento, a la necesidad de decirle "la verdad".
Les dijimos que, quizás, el nacimiento de Elena había activado los conflictos que les creaba la adopción de Julia que, hasta hacía poco tiempo, habían intentado negar. Los padres

plantearon su preocupación y su sentimiento de culpa por la forma en que habían realizado la adopción: "Como si la hubiéramos robado". Sentían que contar y decir "la verdad" era un acto por el cual hacían justicia y se deshacían del sentimiento de culpa.

También les señalamos que habitual mente ellos se sobre exigían en su comportamiento con Julia, lo que les representaba un gran esfuerzo y entonces delegaban demasiado su crianza. Les señalamos que otro motivo importante de angustia o sobrecarga provenía de la idea de que debían querer y tratar a ambas hijas por igual. Surgió entonces, en los padres, el comentario del remordimiento por sus sentimientos ambivalentes hacia Julia. Verbalizamos la situación diciendo que ellos podrían pensar: "¡Si lo hubiéramos sabido antes!"

Interpretamos algunas de sus dificultades para desenvolverse como padres: La dificultad de la madre implicaba, quizás, que dejaba de ser ella misma la "nena mimada". Para el padre, la admiración de Julia y la seducción de su sonrisa, le hacían revivir posiblemente el apego hacia su propia madre.
Les indicamos que iniciaran tratamientos psicoanalíticos individuales y que trajeran a Julia al cabo de dos meses.

III, Segunda consulta

Volvieron un año y cinco meses más tarde, cuando Julia tenía cuatro. Contaron que, poco tiempo después de la primera consulta, la nena comenzó a hablar correctamente y controló definitivamente los esfínteres. Sin embargo, desde hacía un año, la niña había comenzado con "problemas bronquiales": tenía tos, ahogos y agitación. Hacía poco tiempo, cerca de la fecha de su cumpleaños, había tenido un acceso intenso, que condujo al diagnóstico de asma bronquial. 01timamente estaba muy cansada, caminaba poco y se la veía asustada. No podía correr porque se agitaba y pedía que la alzaran. Esta situa-

ción les molestaba y angustiaba mucho. También se despertaba por las noches e iba a acostarse con ellos.

Disculpándose por no haber seguido la indicación de comenzar un tratamiento psicoanalítico, contaron que unos cinco meses después de la primera consulta y poco antes de que Julia cumpliera los tres años, la madre sintió, a pesar de que recordaba lo que se les había dicho en la consulta anterior, que no podía retener por más tiempo "la información acerca de su origen".
La explicación que le dio fue que ella no había estado en su “panza” y que "había sido una hija del corazón". Recordó que Julia pareció no escucharla, y que por la noche les dijo: "Yo en la panza de mamá". En ese momento, ambos padres le reiteraron la misma información y agregaron que, gracias a todo el amor que ella les había dado, pudieron después tener a Elena.

Vida matrimonial

La relación entre ellos era más distante. Se veían poco, el ritmo de trabajo había aumentado y la sexualidad de la pareja era casi nula. Aclararon que, de todas maneras, eso no les impedía fantasear muchas veces con la posibilidad de tener un nuevo hijo.

La hora de juego

En este nuevo encuentro Julia aceptó quedarse sola, en el consultorio. Comenzó su juego ofreciendo a la analista una tacita de café. Inmediatamente, se tapó la boca con la mano.

Con el ofrecimiento de café, Julia parecía invitar a un reencuentro. Su gesto de taparse la boca recordaba sus anteriores dificultades para hablar y nos hizo pensar en el hecho de que fue a través de la boca de su madre que ella recibió la información de la adopción. Por otro lado, el taparse la boca podría estar aludiendo a su trastorno pulmonar, a la manera

en que ella sentía cerrados sus pulmones cuando no podía respirar.

Jugó con plastilina y con papel glacé, imprimiendo a su tarea un ritmo acelerado. De manera intempestiva y discordante con la actividad que estaba realizando, miró hacia la puerta por la que había salido su madre y exclamó en forma enérgica y como enojada: "¡Esa es mi hija!. ¡Eh!
Expresaba así un fuerte reclamo, el de que fuera su madre quien dijera eso.

Tomó la "Plasticola" y se irritó porque el pegamento no salía en la cantidad que ella deseaba. Trató de pintar con marcadores de colores. Todo su juego era un trabajo esforzado y poco satisfactorio. Se detuvo, miró a la terapeuta y exclamó:"Me voy a sentar, porque estoy muy cansada."
Dramatizaba su esfuerzo y su disconformidad. Parecía que las cosas en su vida no "salían" en forma fluida. El pegamento "escaso" aludía a la relación con su madre, de quien Julia sentía que no recibía toda la unión que necesitaba. Al pintar con marcadores, mostró que a veces intentaba conformarse, pero al sentarse y hablar de su cansancio, expresó su depresión y sus pocas esperanzas.

Tomó una hoja y dijo que quería escribir. Lloriqueando mostró que hacia letras, mientras con sus hombros volvía a hacer un gesto de desaliento y cansancio.
De ese modo manifestó su desesperanza ante sus intentos de "inscribir" su nombre y apellido, de estructurar su pertenencia al conjunto familiar. Quizás también intentaba encontrar nuevas palabras para poder expresar sus sentimientos.

Tomó después un oso y explicó que la gallina era su madre. Después tomó diferentes animales y les asignó a cada uno una madre sin que coincidieran en la especie.

Creemos que intentaba legitimar la posibilidad de que no necesariamente debería ser una hija (oso) de la misma especie que la madre (gallina). Tal vez, al agregar animales, intentaba generalizar el problema y negar su propia realidad, imaginando que a todos los niños les ocurría algo similar.

Se interesó por la plastilina, dijo que conocía todos los colores y que iba a hacer un teatro. Después, con el mismo material hizo un puente y aclaró que se trataba de un puente por donde pasaban los autos.
Al decir que ella conocía el nombre de todos los colores, expresaba que sabía toda la verdad sobre su origen, pero que al mismo tiempo prefería "hacer teatro" y crear una ficción, porque esto la hacía sufrir menos. Tal vez, una de sus fantasías fuera que de tanto "hacer teatro", algún día ella se convertiría en hija "de verdad", tal como sucedió en el juego, en que el teatro de plastilina se convirtió en un puente, símbolo del canal de parto.

Tomó una muñeca y expresó que estaba enferma, que tenía tos. Cuando la analista le preguntó si sabía por qué la muñeca tenía tos, explicó que era porque la muñeca estaba llorando y también porque era "un poquito mala". Tomó plastilina e intentó sacar pedacitos de la misma, ayudándose con una cucharita.
Al explicar la enfermedad de la muñeca, Julia evidenciaba poseer el conocimiento de su propia enfermedad. "Sabía" que su tos era la expresión de su llanto contenido y de su sentimiento de culpa. Mediante el juego de la extracción de pedacitos de plastilina, mostró sus fantasías de querer quitar a la madre los bebés que pudiera tener.

La devolución a la niña

Julia llegó trayendo una gran muñeca que le resultaba difícil tener en brazos. Comenzamos explicándole que, al estar más grande sentía mucho miedo de que un día sus padres no pudie-

ran ocuparse más de ella. Le dijimos que, con el crecimiento, se notaban más las diferencias entre ella y Elena, y entonces, temía que la prefirieran a Elena y eso la hacía sentir celosa.
A veces también pensaba que sus padres querrían tener otro bebé y por eso, por las noches, iba a la cama de ellos para controlar qué hacían cuando estaban juntos.

Le dijimos que un día, hacía ya un año, su mamá le contó que ella no había estado en su "panza". Agregamos que eso le dolió mucho y la puso verdaderamente mal; que ella prefería no haberlo escuchado nunca y que le hubiera tapado la boca a su mamá para que no hablara.
Le explicamos que, entonces, se había llenado de rabia y que, a veces, trataba de calmarse pensando que a todos los chicos les pasaba lo mismo.

Le aclaramos que cuando se ahogaba y no podía respirar, era porque trataba de guardarse el aire "adentro" de ella, y que el aire era como su mamá, a la que quería mucho, pero para ella sola, y que por eso la quería tener "adentro". También le gustaría haber estado adentro de la "panza" de su mamá, como estuvo Elena. Por ese motivo, tampoco quería caminar, porque se angustiaba de solo pensar en la posibilidad de alejarse o de una separación. También pedía que la alzaran para demostrarles a sus padres cuánto los necesitaba.
Le explicamos que se sentía cansada y confundida y no sabía cómo hacerse entender. Muchas veces tenía ganas de llorar pero prefería no hacerlo y aguantarse, porque pensaba que de otra manera serla peor.
Cuando la madre la vino a buscar, Julia le dijo que se sentía muy bien y, antes de cerrar la puerta del consultorio, se volvió para darle un beso a la analista.

La devolución a los padres

Les dijimos que, probablemente, habían dejado transcurrir tanto tiempo entre la primera y la segunda consulta porque no se habían sentido comprendidos en la necesidad que tenían de decirle a Julia que era adoptada. Se encontraban sobrecargados por tener que contener la información. Más tarde, no se habían animado a volver por temor a ser reprochados.
Hablamos de su angustia y de sus sentimientos de culpa por verla a Julia enferma.

Les señalamos que Julia temía no poder ocupar bien su lugar de hija y lo relacionamos con el sentimiento de ellos de no poder cumplir bien con su función de padres.
Aclaramos que su actitud era tratar de hacer como si nada pasara pero que, a raíz del diagnóstico de asma y del problema de la nena para caminar, las dificultades se hacían cada vez más evidentes y no se podían negar más.
Agregamos que con el crecimiento de Julia había aumentado el malestar que sentían por tener dos hijas de aspecto tan diferente y que, probablemente, el no poder enfrentarse con ese angustioso problema, los llevaba a distanciarse entre ellos, empeorando su situación matrimonial.
Les reiteramos la indicación de tratamiento psicoanalítico para ambos y agregamos que Julia también lo necesitaba.

IV. **Síntesis**

Las observaciones y conclusiones que podemos extraer del estudio de la relación entre la niña y sus padres, coinciden en muchos aspectos con los realizados por los autores que se han ocupado del tema de la adopción. (*)

Los padres

Falta de continencia

Ambos adolecían de una marcada inmadurez afectiva, que se manifestaba en sus conductas infantiles y narcisistas. Dicha inmadurez probablemente estuvo presente ya en sus dificultades para constituir una pareja fértil, así como en la modalidad reactiva que tuvo la adopción. (H .Saimovici, 1973) (E.

Obstfeld y colab., 1974). Podemos pensar que la gran reunión familiar con que se recibió a Julia el día de la adopción era una expresión de alegría y satisfacción, pero reflejaba, además, la necesidad de unirse, apoyarse y fortalecerse mutuamente para enfrentar las ansiedades y fantasías persecutorias puestas en juego en ese momento. Creemos que sus dificultades para ser continentes y hacerse cargo de su hija se manifestaron al delegar demasiado la responsabilidad de la crianza de Julia en familiares y niñeras. Incluso, llegaron muchas veces a invertir los roles familiares, comportándose como si ellos fueran los hijos de su propia hija. Tenemos la impresión de que la necesidad compulsiva de decirle -"la verdad" a la niña era otra expresión de su falta de continencia. El carácter compulsivo que adquirió esa intención parecía responder más que nada a sus propias necesidades. (D. W. Winnicott, 1954)

Sentimiento de culpa ante la fantasía de robo

Los intensos sentimientos de culpa por tener una hija ajena, y por la fantasía de haberla robado expresada en las características que tuvo el trámite de adopción dificultaba a los padres hacer de Julia su hija. (*)(E. Obstfeld y colab., 1974) (A. Rosmaryn, 1979).

(*) La existencia de una amplia bibliografía acerca del tema, así como la extensión de este trabajo, nos lleva a incluir como NOTAS las reseñas de las observaciones mencionadas.

(*) M. Klein (1932) describe las tempranas fantasías de los niños de robar los contenidos internos de la madre, sacarle los hijos del interior de su cuerpo y el sentimiento de culpa consecuente.

(**) Tanto los padres como los hijos adoptivos, a través de diferentes conductas, tratan de "forzar" el parecido físico o caracterológico entre ellos para ocultar consciente o inconscientemente la adopción.

El cambiarle la ropita originaria en forma apresurada, durante el viaje de regreso a su casa, evidenciaba la intensa necesidad de "borrar" mágicamente todo aquello que diera cuenta de su origen. Tal vez actuaron así guiados por la fantasía de asemejarla lo más posible a ellos, para no ser descubiertos. (**)Por otra parte, la delegación de la crianza de Julia en familiares, obedecía también a la necesidad de calmar sus sentimientos de culpa frente a lo que no sentían propio.

Negación de los sentimientos de carencia y de fracaso por la esterilidad

Durante el primer año y medio, los padres actuaron manteniendo una atmósfera de negación de la adopción. Pensamos que trataban de sentirse potentes y seguros, evitando así la angustia o la de presión que podía surgirles frente al hecho de que por no lograr la concepción se habían visto "obligados" a adoptar. (H. Saimovici, 1973) (M. Videla y M. Maldonado, 1981).

La presencia de la hija les permitía negar los sentimientos de fracaso y de carencia frente a la esterilidad. Proyectaban sobre ella la realización de aquellos aspectos yoicos que no habían podido desarrollar. (L. Bleger, 1966).

La situación interna de los padres posiblemente comenzó a cambiar a raíz del embarazo inesperado, del que más tarde nació Elena. Podemos suponer que el sentimiento de injuria narcisista y de fracaso había disminuido, surgiendo entonces en ellos el deseo de contar "la verdad", ya que se sentían más fuertes para enfrentarla.

Idealización de la paternidad "biológica"

Parecería que la idealización de la capacidad de engendrar hijos les impedía desarrollar sus propias condiciones paternales. (M. Videla y M. Maldonado, 1981) Quizás se sentían "sin derecho" para constituirse en buenos modelos de identificación. (E. Obstfeld y colab., 1984) (A. Hagelin, 1982) (E.

Garma y colab., 1985). Como consecuencia, probablemente intentaban superar la distancia entre lo que creían que debían ser como padres ideales y lo que sentían que podían hacer. Creaban, de tal modo, un mundo "como si" (A. Hagelin, 1982) que parecía ser la continuación del carácter inauténtico que habían tenido sus relaciones ya desde el noviazgo. La creación de ese mundo ficticio se evidenciaba en sus actitudes permisivas y de sobreprotección, que perjudicaban el desarrollo normal de Julia.

Creemos que esa situación encontraba su complemento en la niña, que también actuaba como si fuera una hija ideal, asumiendo modalidades que no correspondían a su edad. Ello contribuía a su proceso de maduración "como si", forzado y ficticio. (*)

El sentimiento frente a "lo ajeno"

Pensamos que el embarazo y el nacimiento de Elena, como "encarnación de lo propio", agudizaron el sentimiento de rechazo hacia lo ajeno", representado por Julia.

No sólo había diferencias entre una y otra hija en relación con el embarazo y el parto, sino que, además, esas diferencias se evidenciaban aún más en el color de la piel y del cabello.

(*) Es frecuente que los padres adoptivos, a veces más que los padres naturales, necesiten que sus hijos tengan desarrollos "muy logrados", probablemente para contrarrestar la ansiedad despertada ante la falta de confianza en el eficaz desarrollo de sus funciones. (M.Videla y M.Maldonado, 1981).

La situación exigía de los padres un arduo esfuerzo de aceptación e integración, que probablemente se veía perturbado por una especie de mandato interno de tener que querer a sus dos hijas por igual, que los hacía sentirse perseguidos y culpables si no lo lograban. La dificultad para unirse sexualmente, puede ser interpretada como expresión de un excesivo "apego" a lo propio, representado por sus respectivas familias o sus historias primarias. Pensamos que Julia por su parte, enfrentaba dificultades parecidas, que se expresaban a través de sus trastornos de conducta y de su asma. Deseaba incorporar a su madre, intentando establecer con ella un vínculo de características simbióticas, poco discriminado, como si fuera una parte de sí misma. (N. Canteros, 1975).

La hija

Las identificaciones

Entre las dificultades que la adopción le plantea a un niño se encuentra la tarea de compatibilizar las identificaciones prenatales con las postnatales (A. Hagelin, 1982) (E. Garma y colab., 1985) y la elaboración del duelo por la pérdida de los padres originales, así como la elaboración del sentimiento de culpa y de traición por la incorporación-asimi1ación de las identificaciones con los padres adoptivos. (E. Obstfeld y colab., 1974) (A. Rosmaryn, 1979).

En el caso de Julia, pensamos que la ruptura brusca de su vínculo primario, unida a la inmadurez afectiva de sus padres adoptivos, no ayudó a cubrir el hiato entre las identificaciones prenatales y postnatales: dificultó el proceso de duelo y una mejor integración de la niña a su nuevo ambiente.

Dadas esas circunstancias familiares, consideramos que su constelación edipica, constituida en relación con una madre infantil y exigente y con un padre infantil y seductor que, entre otras cosas, le permitían compartir el lecho conyugal, debía crearle a Julia intensas ansiedades persecutorias y depresivas, dificultándole el establecimiento de identificaciones adecuadas.

Temor a la separación y al abandono

La niña se sentía muy insegura con respecto a la estabilidad de los vínculos familiares. Si una vez había sido separada de su madre, esto podría volver a suceder.

Junto a sus intentos de adaptación, configurados en su conducta "como si", intentaba reasegurarse de la permanencia de sus padres a través de su carácter dominante y "caprichoso" (*) Al sentir que eso no era suficiente, intentó controlar la situación por medio de los trastornos de su desarrollo y, más tarde, mediante la enfermedad somática (**).

Así fue que Julia no podía hablar, y comenzó a tener "pataletas" y a gritar.

Quería restablecer tal vez, un momento anterior, cuando aún no hablaba y su hermana no había nacido todavía. Según Klein (1959) "por gratificador que sea, en el curso de la vida futura, comunicar los propios pensamientos y sentimientos a alguien con quien se congenia, subsiste el anhelo insatisfecho de una comprensión sin palabras, en última instancia, de algo similar a la primitiva relación que se tenía con la madre. Dicho anhelo contribuye al sentimiento de soledad y deriva de la vivencia depresiva de haber sufrido una pérdida irreparable".

(*) Probablemente intentaba también "forzar" conductas de características ideales en sus padres.

(**) Como antecedente recordemos que a los dos meses de edad, coincidiendo con el momento en que su madre retomó su trabajo, Julia sufrió de un eczema atópico. Este síntoma resignificaba probablemente en forma parcial su precoz experiencia de separación, así como sus deseos de caricias teñidas del temor a ser abandonada.

Los trastornos del dormir y la necesidad de acudir por las noches a la habitación de sus padres indicaban sus intentos de reasegurarse de su presencia, y de ejercer control sobre sus actividades sexuales, con la fantasía de evitar la posibilidad de gestación de nuevos bebés, que la colocarían otra vez ante el peligro de la separación.
Cuando a los tres años Julia recibió, finalmente, la información de que había sido adoptada (*), desarrolló su asma y apareció también su dificultad para caminar.
El haber hecho consciente la adopción implicó el levantamiento de una represión, lo cual dio lugar a la emergencia de contenidos inconscientes más angustiosos, (L. Chiozza, 1986) que intentó resolver a través de sus trastornos.
La dificultad para caminar ponía de manifiesto que ella no poseía la madurez y la suficiente seguridad interna como para alejarse y separarse de su madre.
Con el asma (**) que implicaba una desestructuración de sus afectos (L. Chiozza, 1976), expresaba una "angustia catastrófica", como resignificación del trauma de nacimiento (***) y de la vivencia de desamparo (E. Lanfri, 1986) frente a la amenaza de pérdida de su madre actual.

El intercambio afectivo con los objetos de su ambiente estaba perturbado. Julia necesitaba cariño y seguridad, pero sentía que no podía lograrlo. Esto le provocaba un profundo "desánimo" (E. Obstfeld y colab., 1975, 1983). El trastorno bronquial estaría expresando también una forma vicariante de llorar (Chiozza y colab., 1968). Con su "pataleta bronquial", con su llorar "para adentro", era como si intentara conservar de una manera terca y caprichosa (M. Canteros, 1975) a su madre, simbolizada por la retención del aire. Recreaba así, una relación simbiótica de características prenatales.

(*) Pensamos que la información acerca de la adopción era la expresión manifiesta de los conflictos familiares.
(**) La amplitud de la bibliografía, así como la extensión de este trabajo, nos lleva a incluir como NOTAS las reseñas acerca de las fantasías específicas pulmonares y del trastorno asmático.
(***)E. Garma y colab. (1985) consideran que el "trauma de nacimiento" en los niños adoptados es más profundo y deja como "impronta" una mayor disposición al desarrollo de la angustia, porque la experiencia de desamparo extrauterino es más marcada y continua.

V. **Conclusiones**

No podemos atribuir al hecho de la adopción todos los trastornos que presentan los niños adoptados, ni tampoco los que surgen en una familia "adoptante". A veces las dificultades dependen délos conflictos propios de cada uno de los integrantes.

La actitud de negar las diferencias que existen entre la paternidad natural y la adopción crea una distorsión de la realidad y aleja la posibilidad de una mejor ubicación frente al problema.

Por otra parte, aunque podemos encontrar coincidencias o semejanzas entre los conflictos que aparecen en las familias de adopción y en los que se observan en aquellas con vínculos carnales, en el primer caso, dichos conflictos se presentan muchas veces en forma más manifiesta, tanto por su frecuencia como por su intensidad. Así, por ejemplo, tanto padres como hijos necesitan atenuar la intensidad de la injuria narcisista, provocada por la carencia de "lo propio". Las fantasías de robo o de traición provocan grandes sentimientos de culpa o de "falta de derecho" para ocupar o asumir el rol correspondiente. El niño se enfrenta con la elaboración del duelo por la pérdida de los padres originales y con la necesidad de superar el hiato existente entre las identificaciones prenatales y postnatales. Los padres sufren por la idealización de la paternidad "biológica" y por el sentimiento de incapacidad para ofrecer modelos útiles y adecuados de identificación.

Sin dejar de lado las dificultades que entraña, queremos destacar que la adopción, generalmente, reviste un carácter reparatorio y positivo. Permite, tanto a los padres como a los hijos, ser y brindar aquello que, de otra manera, no podrían. De aquí que la importancia de la fertilidad no radique solamente en la capacidad biológica para engendrar hijos, sino en la posibilidad de desarrollar un vinculo

fértil: los padres pueden adecuarse al ejercicio de sus funciones parentales, brindando suficiente "sustancia común" (E. Garma y colab., 1985) ara el establecimiento de ese vínculo y los hijos pueden, a su vez, “adoptar" a sus padres, (E. Obstfeld y colab. 1974) integrándose a la nueva relación y facilitándoles la práctica de sus funciones.

Para poder establecer un vínculo que evolucione y crezca, es necesario que padres e hijos realicen un intercambio mutuo, una unión y, en cierto modo, una "mezcla". Para lograrlo, es necesario enfrentar el duelo que representa la resignación de una parte de "lo propio" para poder aceptar e incorporar "lo ajeno". Esta unión, a veces, es vivida como una herida narcisista, como un ataque a la propia individualidad. (*) (**)

NOTAS

Reseña de algunas observaciones psicoanalíticas acerca de la adopción

S. Freud (1909) dice que son frecuentes las oportunidades en las cuales el niño se ve menospreciado por sus padres y siente qué no recibe el pleno amor de ellos o bien lamenta tener que compartirlo con hermanos o hermanas. Otras veces, es castigado por sus padres para corregirle sus hábitos sexuales y le surgen fantasías vengativas.

(*) N. Canteros (1978) refiriéndose al trastorno asmático, destaca que el sentimiento de "extrañeza", queda representado a veces como sentimiento de asco u odio frente a lo de "otra sangre".

(**) L. Chiozza (1985) basándose en la distinción entre lo "propio" y lo "ajeno" establecido por la biología, expresa que aquello que denominamos o que sentimos ajeno o extraño no es desconocido, sino que es algo "familiar" que ha sido reprimido.

Frente a estas vivencias, el niño se desahoga con la idea de ser un hijastro o un hijo adoptivo y se dedica, en su imaginación, a la tarea de liberarse de los padres y a reemplazarlos generalmente por otros de categoría social más elevada. Señala Freud que todas las fantasías hostiles en el fondo conservan el primitivo afecto del niño por sus padres. Expresa que la infidelidad y la ingratitud son sólo aparentes, y se advierte que los nuevos padres, a quienes se les otorga atributos aristocráticos tienen las características derivadas exclusivamente de recuerdos reales de los verdaderos y "humildes" padres, de modo que, en realidad, el niño no elimina al padre, sino que lo exalta.

D. Winnicott (1954), estudiando los peligros de la adopción, señaló que las sociedades de adopción deberían impedir que el niño sea entregado a una mujer neurótica. Así se desecharía la errónea creencia, por parte del médico o de alguna otra persona, de que si esa mujer tuviera un hijo que cuidar se curaría.

L. Bleger (1966) plantea que la presencia de un hijo en la pareja estéril representa un campo intermedio que permite un equilibrio en el interjuego de las idendificaciones proyectivas e introyectivas. El hijo posibilitaría la externalización de partes yoicas que pueden quedar detenidas o enquistadas si no se logran canalizar en otras tareas reparatorias. El hijo funcionaría también como un control frente a las ansiedades psicóticas y ofrecería la posibilidad de resolver y reparar conflictos.

H. Saimovici (1973), estudiando la esterilidad en un paciente masculino, planteó -que uno de los significados de la adopción puede ser el de una "prótesis". Dice que, así como el uso de las prótesis físicas puede interferir la percepción de la carencia al reemplazar las funciones normales que se han perdido, el tener "hijos ortopédicos" podría detener las fantasías reparatorias maduras, al actuar como -una reparación de características maníacas. Sostiene que la adopción puede ser -un proceso mucho más difícil de elaborar que el embarazo

y el parto, ya que implica tanto reconocer y asimilar que el hijo adoptado no es un hijo propio, como soportar el rechazo al hijo extraño.

E. Obstfeld y colaboradores (1974) plantean que, para los padres, el deseo de tener un hijo puede implicar varios fines: uno de ellos es la necesidad narcisista de continuar el propio Yo a través de los hijos.

Plantean que la esterilidad en la pareja indicaría la existencia de complejos incestuosos y narcisistas intensos, frente a los cuales se pueden asumir actitudes reactivas y adoptar un niño sin haber resuelto la conflictiva básica de la "esterilidad” o "infertilidad".

Destacan la importancia de que los padres posean buenas identificaciones y tengan bien establecidos sus propios aspectos maternales y paternales, para poder ofrecerse como modelos de identificación frente a sus hijos. Plantean que el hijo también "adopta", es decir, desea y acepta a sus padres. Se produce así un proceso interrelacionado. Agregan que el hijo, por su propia conflictiva edipica, tendería a negar su situación imaginando otros padres, ideales. En relación con el tema de si se debe o no dar información a los niños adoptivos acerca de su origen, los autores plantean que la compulsión tanto a revelar como a negar "la verdad" estaría basada en conflictos neuróticos de la pareja frente a la adopción. Señalan que frente a la posibilidad de tener hijos, sean estos carnales o no, las fantasías que suelen presentarse en las parejas de padres resultan ser siempre semejantes: culpa y castigo, temores basados en el horror al incesto, al robo y a la pérdida del Yo ideal.

A. Rosmaryn (1979) describe la importancia que adquiría el sentimiento de culpa en una niña adoptada: Sentía que gozaba del cariño de los padres adoptivos "gracias" a la esterilidad de los mismos, así como también "gracias" a la incapacidad de criar que tuvieron sus padres biológicos. Con respecto a estos últimos, sentía que los traicionaba si se unía a los pa-

dres adoptivos. Destaca que este sentimiento de culpa llevaba a esta niña adoptada a "esterilizar" algunas de sus capacidades, como se observaba en sus dificultades de aprendizaje, caracterizadas por la falta de "retención". La autora dice que, por el mismo motivo, la niña tenía la actitud de aceptar pasivamente las separaciones con sus nuevos padres, como un destino que debía repetirse una y otra vez. Agrega, además que, en los padres operaba un sentimiento de culpa análogo. Aún queriendo a su hija, se sentían obligados a perderla, sometiéndose también a su "destino" de esterilidad.

M. Videla y M. Maldonado (1981) observan en la madre adoptiva el establecimiento de una relación de competencia entre ella y la biológica, asumiendo la primera el sentimiento de ser "la buena" e imaginando que la otra es "la mala". Dicen, también, que muchas veces las madres adoptivas intentan superar a las biológicas mediante el recurso de gratificar al niño en todo, tratando de contrarrestar así la idealización que tienen de los padres biológicos.

Señalan que es frecuente el malentendido que consiste en equiparar la falta de embarazo biológico con la ausencia de "lo instintivo" para hacerse cargo del hijo, ya que, aunque en nuestra cultura existe una gran idealización del instinto maternal, el ser madre depende del querer serlo, que sólo se pone en ejercicio con un niño en los brazos.

Plantean que a veces, el motivo que lleva a algunas parejas a tener hijos naturales o adoptivos, corresponde a la necesidad de comprobar y reasegurarse su "buen funcionamiento" como hombre y mujer y no tanto al genuino deseo de formar una familia.

A. Hageliífc (1982) destaca que en su práctica clínica ha encontrado un predominio de procesos de adopción patológicos. Observa que una de las características de -las familias adoptivas es que se encuentran estructuradas en una especie de mundo "como si", impregnando el ámbito familiar de falsedad y pseudoamor. Al describir el perfil psicológico de los componentes del "triángulo de la adopción", ubica en uno de los

vértices al adoptante fértil para quien el hijo adoptivo suele transformarse en el "hijo de otro". Describe en él una fuerte violencia edipica. Señala que todo hijo genético, por ser el producto del plasma germinal, es la inmortalidad "más tangible" del ser humano. S. Lebovici y M. Soulé (1973) sostienen una idea similar cuando señalan que en el inconsciente de todo ser humano existe una ecuación simbólica entre tener un hijo y no morir. El padre fértil, entonces, suele vivir la adopción como una condena para su propia fantasía de inmortalidad, y así se origina en él un fuerte odio inconsciente hacia su hijo adoptivo, odio que se manifiesta en múltiples actitudes hostiles, aunque estas actitudes, a veces, aparecen encubiertas como formaciones reactivas, por sobreprotección, cuidado extremo, etc.

En otro vértice del triángulo coloca al adoptante estéril, quien lucha contra el sentimiento de robo a los padres genéticos y el sentimiento de culpa con su cónyuge fértil, a quien siente que "confinó" a no engendrar sus hijos genéticos. Señala que, para él, la adopción es siempre un intento, válido o no, exitoso o no, de superar un extremo sentimiento de castración.

En el tercer vértice se encuentra el hijo adoptado. De éste dice que la incongruencia o heterología de las protoidentificaciones ulteriores le produce un sentimiento de extrañeza, como si fuera un "extraterrestre". La incompatibilidad entre las identificaciones prenatales y postnatales crea un serio escollo en todo proceso de adopción.

E. Garma y colaboradores realizaron varios trabajos sobre el tema. En uno de ellos (E. Garma y colab., 1983) plantean que la ausencia real de la madre genética crea la imagen de una figura terrorífica, que requeriría del Yo incipiente del niño la realización de un esfuerzo de sobreadaptación. Dicen que la existencia de dos triángulos edípicos, constituido uno con el padre y la madre adoptantes y el otro con el padre y la

madre biológicos, dificulta la metabolización del conflicto y que, debido a ello, la escisión yoica es muy pronunciada.

En otro trabajo (E. Garma y colab., 1985) afirman que el niño adoptado es el protagonista de una novela familiar específica. No es sólo el hijo genético el que fantasea haber sido adoptado, sino también el adoptado el que fantasea ser el hijo de los adoptantes.

En cuanto a la constitución del Superyó, plantean la existencia de dos imagos, la de los padres biológicos y la de los padres adoptantes.

La imagen del padre original, debido a su ausencia real actual se acercaría a la mítica imagen del protopadre filogenético, caracterizado por su hostilidad y agresión. Al mismo tiempo, la dificultosa relación con el padre adoptante, al impedir las experiencias con sus aspectos bondadosos, perturba la mitigación de la ansiedad persecutoria.

Los autores dicen que el complejo de Edipo en el niño adoptivo evoluciona en forma sumamente dificultosa. Señalan que, en general, la madre se caracteriza por conductas de excesiva estimulación sexual y el padre por una actitud sumamente permisiva. De esta dinámica, infieren que el niño padece de una marcada dificultad" para abandonar las cargas de objeto y reemplazarlas por identificaciones. Queda, entonces, con una intensa fijación inconsciente a los objetos eróticos y, paralelamente, con un incremento de liberación tanática.

Agregan que, para el niño adoptivo, el 'trauma de nacimiento" es más profundo, ya que la experiencia de desamparo extrauterino es más marcada y continuada, y deja como impronta una mayor disposición al desarrollo de la angustia.

Plantean que, muchas veces, el niño adoptivo puede funcionar como un "fetiche" para el psiquismo de los padres, pues vendría a resolver su angustia de castración, tramitándola a través de la desmentida.

Pero al mismo tiempo, se erige en un "monumento recordatorio" de la castración y de la falta de inmortalidad.

Expresan que en la constelación psicológica de los padres adoptantes existe una marcada ambivalencia, una intensa frustración de fantasías narcisistas y de inmortalidad y, también, un fuerte sentimiento de ajenidad frente al niño que no es de ellos. Estos sentimientos, dicen, actúan perturbando la identificación que los padres adoptivos pueden realizar con los hijos adoptivos, así como también la dificultad de brindarse como modelos de identificación para ellos. Señalan que en su experiencia es común observar agresiones manifestadas a través de sobre exigencias, abandonos y malos tratos.

Concluyen diciendo que el bebé debe enfrentarse a tempranas situaciones de exigencia de adaptación, porque no encuentra, en el medio suficiente "sustancia común" que se correlacione con el repertorio de aptitudes disposicionales que trae, ni con la historia genética de la que es portador.

Reseña de la interpretación psicoanalítica del trastorno asmático

Al ponerse en funciones en el momento del nacimiento la respiración pulmonar, representa, junto con la percepción de la luz (A. Garma, 1970), el primer contacto directo con el mundo externo. Al mismo, tiempo, el carácter que posee la función pulmonar la hace apropiada para- que se convierta en símbolo de la separación, la independencia y la autonomía del infante con respecto a su madre. Posee, por lo tanto, un papel preponderante en el complejo conjunto de sensaciones y vivencias, que conocemos, a partir de S. Freud (1900, 1926), con el nombre de "trauma de nacimiento", el cual posee una íntima relación con el desarrollo de la angustia.

La coincidencia de que tanto la angustia infantil como la del nacimiento reconozcan como condición la separación de la madre, dice S. Freud (1926), se explica por hecho de que ésta que primero había satisfecho todas las necesidades del feto, mediante los dispositivos de su propio cuerpo, después del nacimiento prosigue realizando esa misma función, ahora a través del amamantamiento y de los cuidados propios de la crianza.

Al estudiar las relaciones existentes entre la angustia y la angina de pecho, L. Chiozza y colaboradores (1982) retoman lo planteado por S. Freud (1926), cuando afirman que la angustia "contiene" la historia del trauma de nacimiento, de la misma manera que el síntoma histérico contiene la historia de un suceso traumático infantil.
Los autores agregan, además, que la palabra "angustia", que posee en su origen el significado de "angostura" y "opresión" no ha sido elegida al azar para nombrar ese estado afectivo. Es "(...) un derivado apropiado para arrogarse la representación de una estructura compleja de ideas inconscientes, ligada a un conjunto de vivencias prototípicas de ato-

lladero estrecho y anoxia, arcaicas y heredadas, que se renuevan una y otra vez en el instante magno de cada nacimiento a la vida extrauterina".
Plantean, por último, que en los accesos de angina de pecho, en lugar de aparecer como "señal", la angustia posee las características de la "angustia catastrófica, que reedita el trauma de nacimiento como rotura de un vínculo simbiótico-umbilical.

E. Obstfeld y colaboradores (1974), al investigar las fantasías específicas propias de la respiración pulmonar, plantean que la función de intercambio gaseoso con el medio ambiente físico, que en lo biológico es cumplida por la respiración normal, posee un correlato psíquico "pulmonar", expresado en un buen intercambio afectivo y comunicativo con los objetos del medio ambiente social. Los autores consideran también la posibilidad de concebir un "momento" de primacía del funcionamiento pulmonar como zona erógena, vinculada con lo perinatal. De un modo análogo con lo que se describe para las restantes zonas erógenas, es factible pensar entonces que las vicisitudes del desarrollo tánato-libidinoso durante esta primacía permitirían comprenderla como punto de fijación, al cual se recurre o se regresa cuando el individuo experimenta una situación de desamparo, con amenaza para su integridad.
La armonía en los vínculos interpersonales, correlato psíquico del buen funcionamiento pulmonar, correspondería al trato amable, basado en el predominio de Eros, y estaría representada por el "ser cariñoso", como rasgo de carácter principal.

Al ocuparse de los trastornos pulmonares, E. Obstfeld y colaboradores (1974), plantean que todos ellos poseerían, como rasgo esencial y común, el ser expresión de un conflicto en la convivencia, caracterizada por la permanencia de una profunda enemistad con los objetos y asociada a una tendencia al aislamiento y a le marginalidad frente al mundo social. Estas actitudes quedarían a veces en cubiertas por formaciones

reactivas, como la amabilidad exagerada o la sociabilidad compulsiva y artificial.

En otro trabajo, E. Obstfeld y colaboradores (1983), expresan que lo que caracteriza a los enfermos pulmonares es la tendencia al aislamiento y a la marginalidad. Esto se debería a que se sienten apocados y sin experiencia en el trato social. Plantean, citando a L. Chiozza (1963), que la identificación resultante de la unión entre "idea" y "materia" es "animada" por la función respiratoria, participante -esencial de los intercambios metabólicos; señalan que el establecimiento de buenas identificaciones es una condición indispensable y fundamental para lograr una integración adecuada en la vida social.
La dificultad en constituir identificaciones sólidas sería, en parte, causa y, en parte, consecuencia de las mencionadas situaciones de aislamiento y de marginalidad. En forma subyacente, estos pacientes padecen de una profunda vivencia de "des-ánimo", se sienten "anonadados". El trastorno respiratorio somático se haría presente, "tomando" el lugar de estas vivencias de desánimo y anonadamiento, cuando las mismas no pueden hacerse conscientes.

A. Garma (1962) destaca que el ataque asmático, tiene el significado de un grito -angustioso hacia la madre, inhibido en la garganta y que, como sustitución, provoca una excitación en la musculatura inferior del tracto respiratorio. Garma menciona el significado etimológico de "opresión" y "asfixia" que posee el término "angustia". También manifiesta su acuerdo con dichos autores, cuando expresan que el acceso de asma es el equivalente a un ataque de angustia, desencadenado por sucesos externos o bien por motivos internos, cuando está en juego el anhelo de una satisfacción sexual o agresiva.
La severa educación recibida, represora de las manifestaciones instintivas, contendría también, como condición o como resultado, la exigencia o el afán excesivo de tener una con-

ducta independiente. Todo esto daría como resultado que el paciente, asustado, no podría llevar a cabo la reacción normal de pedir ayuda o apoyo, desencadenaría en su lugar el ataque de asma.

L. Chiozza y colaboradores (1968), en su investigación acerca de la efusión de lágrimas, mencionan a distintos autores (Weizsaecker, 1946; Ferrari Hardoy, 1948; Saúl y Bernstein, 1941; Wolf, 1966) para quienes el llanto reprimido, que no es vertido por los ojos, puede aparecer bajo la forma de diferentes exudados, como ocurre en la urticaria, la coriza, o el catarro de diversos órganos, y establecen también vinculaciones entre el llanto reprimido que surge como reacción angustiosa ante el temor de perder el cariño y la protección materna y la urticaria, la rinitis espasmódica, el resfrío y el asma. Para L. Chiozza y colaboradores dichos trastornos bronquiales, nasales o cutáneos configuran "vías patológicas", vicariantes de las lágrimas, que se valen de la activación de una "fantasía general exudativa", común a todas ellas.

N. Canteros (1975), basándose en las ideas de Chiozza (1970) acerca de la enfermedad somática y en los trabajos de E. Obstfeld y colaboradores (1974) y de L. Chiozza y colaboradores (1968), que acabamos de reseñar, plantea que el asmático, en su ataque y en su disnea espiratoria, se niega tercamente a realizar la situación de intercambio con los objetos y, mediante la retención del aire, intenta cumplir un deseo de conservación de un vínculo simbiótico de características prenatales.

Plantea, asimismo, que el paciente asmático, debido a la intensidad de la injuria narcisista puesta en juego, intenta reprimir el sentimiento de soledad inherente al proceso de individuación, así como la necesidad de suministros provenientes "del "objeto. En el ataque, entonces, estaría expresando su resentimiento y su rencor por sentirse solo, desprotegido y traicionado. Terco y caprichoso, lloraría "para

adentro", en una especie de "pataleta" bronquial, con Va que intenta aislarse del objeto que lo ha injuriado.

Según lo expresado por Canteros, la comprensión de los significados del ataque asmático se vería completada, teniendo en cuenta que el mismo no representaría solamente la reedición de la vivencia de desamparo propia del nacimiento, sino que, además, el ataque expresaría que el sujeto está identificado con la imago de una madre esfinge, retentiva, que impide "dar nacimiento" al objeto como externo al yo. Intentaría, de tal modo, mantenerlo como objeto "interno", ideal y simbiótico.

Señala, por último, que además de la terquedad y del capricho, entre los rasgos pertenecientes al "carácter asmático", se contarían también el aislamiento, bajo la forma de "autosuficiencia" y la susceptibilidad ante la ofensa.

Bibliografía:

Bleger, L. (1966) La presencia del hijo en la pareja estéril. Presentado en APA – Buenos Aires, 1966.

Canteros, N (1975) Una aproximación al significado del asma y el carácter asmático. Encuentro argentino-brasileño. Ed. CIMO – Kargieman, 1975

(1978) "Acerca del rechazo de la extraño". Trabajo de circulación interna del CIMP. 1978

Chiozza, L. (1968) Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Una idea de la lágrima - Biblioteca den Centro de Consulta Weizsaecker. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1980.

(1976) Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. La enfermedad de los afectos. Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker Editorial Paidós, Buenos Aires, 1980.

(1982) Psicoanálisis, Presente y Futuro – Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia. – Biblioteca de Consulta Médica Weizsaecker. – Centro de Investigación – de Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. – Buenos Aires, 1983

(1985) Medicina Psicosomática y Psicoanálisis – Conferencia. CIMP, Buenos Aires, 1985.

(1986) Comunicación Personal.

Freíd, S. (1900) La interpretación de los sueños – Tomo V – Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1979.

(1909) La novela familiar del neurótico. Tomo IX – Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979

(1926) Inhibición, síntoma y angustia. Tomo XX – Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1979

Garma, A. (1962) El psicoanálisis, toería, clínica y técnica. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1962.

(1970) Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños. Edit. Paidós, Buenos Aires 1970

Garma, E. de y colab. (1983) El desarrollo de Yo y el complejo de Edipo en el niño adoptivo. Revista de Psicoanálisis. Tomo XL Nº1 – Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina, 1983.

(1985) Más allá de la adopción. Ed. Epsilon, Buenos Aires, 1985.

(1985) Acerca de la identificación y la adopción. –Rev. De psicoanálisis. Tomo XLII, Nº5, Ed. Asociación psicoanalítica Argentina, 1985.

Hagelin, A. (1982) Psicología y psicopatológia de la adopción con especial referencia al desarrollo temprano y al complejo de Edipo. Revista de Investigación Psicoanalítica. Vol. I, Buenos Aires, 1982.

Klein, M.	(1932)	El psicoanálisis de niños – Cap. Efectos de las situaciones tempranas de ansiedad sobre el desarrollo sexual del niño. Ed. Paidós – Hormé, Buenos Aires, 1980
	(1959)	El sentimiento de soledad. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1982.
Lanfri, E.	(1986)	Sentimiento de desamparo y función materna – Trabajo presentado en el CIMO, Buenos Aires, 1986
Lebovici, S. y Soule, M.	(1986)	El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica, México, 1973.
Obstfeld, E. y colab.	(1974)	La adopción en la relación entre padres e hijos. EIDON, Año 1, Nº 2. Ed. CIMP - Paidós, 1974
	(1975)	Comprensión psicoanalítica del trastorno pulmonar. En “Órgano social”. EIDON, año 2, Nº4 Ed. CIMP – Paidós, 1974
	(1983)	Lo respiratorio en la literatura. Simposio – XIV – CIMP, Buenos Aires, 1973
Rosmaryn, A de	(1979)	La culpa del niño adoptivo, 10º Simposio CIMP. Buenos Aires, 1979.
Saimovici, H de	(1973)	Acerca de la esterilidad masculina y de la adopción. Revista de Psicoanálisis. Tomo XXX, Nº 1, Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina, 1973
Videla M. y Maldonado, M	(1981)	Hemos adoptado un hijo, Edit. Trieb, Buenos Aires, 1981.
Winnicott, D.	(1954)	El niño y el mundo externo. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1980

EL JUEGO EN EL PSICOANALISIS DE NIÑOS

Lic. Silvana O. de Aizenberg (Coordinadora)

Lic. Carmen Araujo

Dra. Beatriz Diez

Lic. Rubén García

Lic. Inés Karamanian

Lic. Paula Picco

Lic. Paula Steinberg

Dr. Pedro Herrera Vidal

CENTRO DE CONSULTA MEDICA WEIZSAECKER

- 25 de octubre de 1991 -

Observar y compartir el juego de un niño despierta emociones y recuerdos que por su intensidad conmueven. Miradas, gestos, acciones y actitudes, alcanzan los sentidos y dan forma a una experiencia enriquecedora que va más allá de las palabras. Esto enigmático y misterioso que el juego encierra pide sentido. Genera una curiosidad irresistible que -al modo de una aventura- invita a ingresar en el mundo de la fantasía.

Comprender, en el encuentro terapéutico, lo que un niño siente o desea a través del significado de su juego, es una experiencia apasionante. Una experiencia que, precisamente porque tiene más de "juego" que de palabra, se hace difícil de transmitir.

Partiendo de los desarrollos teóricos del psicoanálisis, nos proponemos, destacar la importancia y el valor comunicativo del juego como medio que permite acceder a la comprensión de los conflictos inconcientes infantiles y, describir conceptos básicos de la teoría y de la técnica del psicoanálisis de niños.

LA CONCEPCIÓN DEL JUEGO EN EL PROCESO CULTURAL

El juego se halla presente desde los orígenes de la historia de la humanidad, y ha desempeñado una función primaria en todas las formas de actividad social que configuran el campo de la cultura.

La lucha por la vida -el accionar fundamental del hombre- estaba impregnada de un elemento lúdico eficaz y fecundo.

Según Huizinga (1938) el juego pre-existe a la cultura, ya que ella misma se desarrolla en el juego y como juego.

La comunidad expresaba en el juego su interpretación de la vida y del mundo: su espiritualidad.

En las formas de la cultura arcaica puede reconocerse impulso de la actividad lúdica; el culto se despliega en el juego sacro que, cargado de una función trascendente, le otorga sentido y dirección a la sociedad; la poesía nace jugando; la danza y la música eran juego puro; la sabiduría se expresaba en competiciones sagradas; y el derecho surge de las costumbres de de un juego social (Huizinga, 1938).

En las sociedades arcaicas, las ocupaciones orientadas directamente a la satisfacción de las necesidades de la vida se manifestaban en una forma lúdica. El jugar y el trabajar no estaban discriminados, ni resultaban opuestos. Por ejemplo la caza, conjugaba misteriosamente una ocupación libre con ciertas reglas fijas y obligatorias, que contenía un fin en si misma y estaba acompañada de un sentimiento de tensión y alegría.

En la Antigüedad las tareas laborales no estaban sujetas a un mecanismo inexorable ni medidas por el reloj; de modo que la producción activa no constituía el sentido último de la vida.

Para los Griegos libres, por ejemplo el tiempo era libre en el sentido de ocio. Estaba destinado a la reflexión, a dar respuesta a las preguntas fundamentales, a conectarse con lo esencial de la vida. Todos participaban en festividades y representaciones teatrales que contenían un sentido trascendente.

Según Ortega y Gasset (1949) los antiguos dividían la vida en

dos zonas: una a la que llamaban otium, el ocio, que no era la negación del hacer, sino un hacer dedicado a lo humano del hombre y la otra, llamada nec-otium correspondía al esfuerzo para satisfacer las necesidades elementales, todo lo que hacia posible aquel otium.

Gran parte de la vida medieval era juego, "juego popular desenfrenado", de carácter pagano que, sin la significación sacra, se manifestaba en pura broma (Huizinga, 1938)

En el Renacimiento, el carácter lúdico aparece con nitidez en la perfección y la espiritualidad de la obra de arte. El ideal de la creación plástica y de la invención intelectual era un jugar serio con los ojos puestos en la antigüedad.

El sentido trascendente del jugar va desapareciendo en nuestra Cultura Occidental. Durante la Edad Moderna tiene lugar en Occidente un cambio fundamental en la concepción de la vida y en la vivencia del tiempo. Un dinamismo, que viene condicionado por el naciente individualismo, por nuevas convicciones religiosas por un cambio en la actitud frente al trabajo y por la economía monetaria, irrumpe en el orden estático de la sociedad.

En los comienzos de la época industrial el trabajo se convirtió en una actividad disgregada y monótona, que separaba la cabeza de las manos en su realización; esto hizo imposible que el trabajo se viviera como nacido de una vocación intima, y no dejó espacio alguno para una actitud lúdica de creación (Weber, 1963).

A partir del siglo XIX, el cambio en la concepción de la vida se expresa en un avance del desarrollo de la ciencia moderna, y de la tecnología, mientras que el quehacer cultural no aparece vitalizado por la raíz lúdica de otras épocas.

El juego se fue circunscribiendo a ámbitos especiales y quedo como una actividad del tiempo libre, por oposición al tiempo ocupado en el trabajo. Sin embargo, dentro de esta disociación de un tiempo para el deber y un tiempo para el placer, seguido jugando en un sentido primario y auténtico.

Esta permanencia y el misterio que encierra el juego infantil impulsó la elaboración de diversas teorías - desde la filosofía,

la antropología y la psicología - para encontrarle significado. Se emprende así el camino que lleva a la recuperación de la importancia del juego como expresión de lo esencialmente humano. A partir de la teoría psicoanalítica creada por Freud el juego infantil es admitido como una manifestación del inconciente y, reconocido como una forma de comunicación.

EL JUEGO DESDE EL PSICOANÁLISIS

En la obra de Freud existen numerosas referencias acerca del juego, vinculadas a desarrollos sobre lo inconciente y, el funcionamiento psíquico (Freud,1901,1905a,1905b,1907,1909, 1913,1920,1931).

En "El creador literario y el fantaseo" (1907) afirmó que el juego es la ocupación preferida y más intensa de la niñez, en la que se emplean grandes montos de afecto y que "(...) todo niño que juega se comporta como un poeta pues se crea un mundo propio (...)", un mundo en el que sus vivencias se insertan en un nuevo orden más agradable. El juego adquiere así el carácter rectificador de una realidad insatisfactoria.

También considera que el juego es expresión del deseo infantil de ser grande y de poder obrar como los adultos.

En "El chiste y su relación con lo inconciente" (1905) dice que: " El juego (...) aflora en el niño mientras aprende a emplear palabras y a urdir pensamientos.”

En "Más allá del principio del placer" (1920) analizó las motivaciones del juego a partir de la observación de un niño de dieciocho meses y lo relacionó con la más importante función cultural de la infancia: la renuncia a la satisfacción pulsional directa, que permite el acceso al simbolismo.

Para Freud (1920) la insatisfacción impulsa el juego, y este impulso se manifiesta como compulsión a la repetición. Así el niño hace el esfuerzo por procesar psíquicamente algo que impresiona sus sentidos y que intenta elaborar.

El niño puede convertir en juego una vivencia traumática, re-

petir activamente como juego aquello que lo afecta pasivamente, tratando de descargar la impresión y apoderarse de lo desagradable.

Señala que esta repetición está conectada con una ganancia de placer directa que lleva al niño a cultivar el juego: el placer de dominio, que en términos económicos representa una descarga.(1)

La teoría psicoanalítica de Freud fue el punto de partida y el fundamento para la teoría y técnica del psicoanálisis infantil. El interés por comprender la mentalidad del niño dio lugar a que diferentes autores trataran de adaptar la técnica al tratamiento de niños. En el intento de aplicar el método de Freud se presentó una dificultad que parecía insalvable: la imposibilidad de lograr asociaciones verbales.

Hug Hellmuth (1921) observó el juego de sus pacientes mientras jugaba con ellos en su propio ambiente. Morgenstern (1937) estudió los cuentos, sueños y juegos, y centró especialmente su interés en la interpretación del contenido latente de los dibujos. Rambert (1938) propuso una técnica que se instrumentaba mediante el uso de títeres, los que representaban personajes típicos de la vida de los niños.

Anna Freud (1927) realizó el primer intento de sistematizar el método de análisis de niños. Analizó sus sueños, ensueños diurnos, dibujos y juegos. Con respecto al juego, sostiene que no se puede otorgar a cada acto lúdico una significación simbólica como expresión de fantasías inconcientes ya que, el simbolismo lúdico es también una representación de sucesos cotidianos de la vida del niño.

---

1) La actividad muscular comprometida en el juego, que es expresión de la pulsión de apoderamiento, constituye una necesidad de cuya satisfacción el niño extrae placer. Freud (1905a) describe que en la fase sádico-anal la actividad es producida por la pulsión de apoderamiento.

Plantea que falta el instrumento fundamental del análisis, las asociaciones verbales, y que el método sólo puede aplicarse en aquellos niños que ya han adquirido la posibilidad de expresarse verbalmente; además considera indispensable realizar una labor previa con la finalidad de establecer un vínculo positivo para que los niños comprendan el valor del esfuerzo analítico.

La equiparación entre el lenguaje verbal de los pacientes adultos y el juego de los niños sentó las bases para el desarrollo del psicoanálisis infantil.

Fue Klein (1926,1929 ,1932a, 1932b, 1952a, 1953) quien adaptó sistematizó el método analítico a la técnica de juego. Considera a éste como lenguaje del inconciente, y apoyándose en el modelo que Freud elaboró para la interpretación de los sueños, describe el carácter simbólico del mismo. Señala que el simbolismo de un juego puede llegar a alcanzar un alto grado de complejidad y abstracción. La construcción de un juego -sostiene- posee una riqueza simbólica semejante a la que tienen los sueños, y en él se recrean loa símbolos heredados a través de la expresión individual.

Klein (1929) afirma que la experiencia lúdica favorece la liberación de fantasías y el alivio de la ansiedad. Toma como indicador para el diagnóstico de las perturbaciones psíquicas infantiles el modo en que el niño en su juego relaciona mundo interno y realidad.

La técnica de juego se ajusta a los principios teóricos que sustenta el método analítico de adultos, ya que el análisis de la actividad lúdica permite comprender las fantasías inconcientes reprimidas, así como el desarrollo de la transferencia y la resistencia durante el tratamiento.

Para Klein (1927) a diferencia de A. Freud, la única distinción entre el análisis de niños y el de adultos reside en el empleo de una técnica distinta.

Según Aberastury (1962, 1971,1972) el lenguaje no verbal - juegos, dibujos, lenguaje corporal - constituye el medio de comunicación normal en la infancia. Siguiendo los lineamientos de

Klein, plantea que durante el proceso analítico, el niño, no sólo establece de manera inmediata una transferencia positiva y negativa con el analista y una neurosis de transferencia, sino que es capaz de mostrar desde un primer momento, su fantasía inconciente de enfermedad, así como su fantasía de curación.

Sostiene que al jugar el niño revela la actitud con la cual enfrenta sus vivencias: escenifica sus fantasías, ansiedades y deseos inconcientes por medio de gestos, actitudes y el uso que hace de los juguetes. Cuando desplaza y proyecta en objetos sus miedos y angustias, intenta con su accionar alejarse del sufrimiento. También utiliza el juego como medio de preparación para actividades futuras.

Erikson (1960) se ocupo de estudiar la actividad lúdica como expresión del yo. Enuncia que: "El juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales con el si mismo." Lo caracteriza como una actividad autocurativa y de autoenseñanza, como un medio de experimentar y planear, ya que gracias a él el niño puede liberarse de los límites de tiempo y espacio sin perder la noción de realidad.

En Winnicott (1971) el significado del juego adquiere una nueva dimensión a la luz de sus reflexiones sobre los fenómenos transicionales. Sostiene que el juego es una experiencia creadora esencialmente terapéutica, que se desarrolla en un espacio intermedio que no guarda una correspondencia total con el mundo interno, pero que tampoco es realidad exterior. Este espacio intermedio, que denomina "espacio transicional" es producto de "las experiencias de la persona" en el esfuerzo por integrar mundo interno y mundo externo.

Considera que "(...)la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de Juego: la del paciente y la del terapeuta (...)" donde ambos se encuentran en un juego mutuo y cuya creación pone en marcha el proceso analítico.

La evolución del psicoanálisis de niños y la sistematización de su técnica llevó a comprender al ejercicio lúdico como una expresión plena de sentido.

El juego se construye a partir de un suceso recientemente vivido -que como un resto diurno- se conecta con aquello que ha sido importante en el proceso evolutivo de la vida del niño y cuyo móvil es la satisfacción de un deseo inconciente. y la necesidad de elaborar un suceso traumático.

El juego, como producción del inconciente, es una transacción que satisface al mismo tiempo deseos y defensas. (2)

JUEGO Y SIMBOLISMO

Sabemos por Freud (1900) que el simbolismo se manifiesta en las más diversas expresiones, como en los sueños, el folklore, los mitos, los giros y refranes populares, y los chistes. Interpretar dicho simbolismo permite develar el enigma de la elección del símbolo, dado que lo común entre el símbolo y lo genuino que él reemplaza esté oculto.

Lo que hoy está conectado por vía del símbolo -asevera Freud- en tiempos primordiales con probabilidad, estuvo unido por una unidad conceptual y lingüística (1900). El sentido oculto de esta referencia simbólica es de naturaleza genética, se constituye como resto y marca de una identidad antigua que es recreada de continuo en el presente.

Al ocuparse de la comprensión de las acciones sintomáticas en la vida cotidiana, las describe como "quehaceres de juego" que (...) "esconden un significado al que se le deniega otra expresión." Resalta la riqueza de sentido que podemos hallar en acciones que parecen no deliberadas (Freud, 1901).

2) Según Freud, del conflicto entre lo reprimido inconciente y lo conciente -que gobierna la vida anímica- surgen otros productos psíquicos que como el sueño son el resultado de un compromiso (Freud, 1933).

Los recuerdos infantiles de sus pacientes adultos, así como sus observaciones del juego de los niños (1909-1920), lo llevaron a subrayar que la tendencia a la simbolización surge en una época muy temprana de la vida.

Klein (1930) afirma que sobre el simbolismo "(...) se construye también la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general". Sostiene que la actividad simbólica comienza a desarrollarse a partir de la posición depresiva y que la ecuación simbólica, que predomina en la posición esquizo-paranoide, constituye la base de este proceso.

En la posición depresiva la angustia abrumadora y los intensos sentimientos de culpa -por los ataques fantaseados al pecho materno- junto con el interés libidinoso por los objetos, ponen en marcha el mecanismo de identificación.(3) "La angustia por el deseo de destruir los órganos (pene - vagina - pecho) que representan los objetos contribuye a que el bebé equipare dichos órganos con otras cosas que luego se convertirán en objeto de angustia; y así el niño se siente constantemente impulsado a hacer nuevas equiparaciones que constituyen la base de su interés en los nuevos objetos, y del simbolismo." (Klein, 1930) (4) La capacidad del yo para tolerar la angustia, base de la abundante formación de símbolos y de fantasías, brinda un desenlace favorable a la posición depresiva, dando lugar a que el yo pueda desarrollarse adecuadamente.

El juego, por la posibilidad que le ofrece al niño de introyectar y proyectar, es según Klein (1929) el medio por el cual éste puede conocer sus objetos internos. Este mismo proceso participa en la estructuración del aparato mental y en el desarrollo intelectual.

---

3) Según Jones, el principio del placer hace posible la ecuación entre dos cosas distintas por una semejanza de placer o de interés." (Klein, 1930).

4) Klein cita a Ferenczi, para quien la identificación, precursora del simbolismo surgía de las tentativas del niño por reencontrar en todos los objetos sus propios órganos y las funciones de éstos. (Klein, 1930).

Segal (1964) basándose en Klein, afirma que en la posición depresiva, el dolor del duelo y los impulsos reparatorios sirven de base a la creatividad y la sublimación. Ubica la génesis de la formación de símbolos en el momento en que el bebé -para proteger al objeto- inhibe en parte sus instintos y en parte los desplaza sobre sustitutos. El símbolo resulta de una pérdida: "(...) es un trabajo creativo que implica el dolor y todo el trabajo del duelo."

Distingue la ecuación simbólica en la que el símbolo es homologado al objeto original, de la actividad simbólica mas desarrollada, que discrimina al símbolo del objeto y que se da cuando la realidad psíquica es vivenciada y diferenciada de la realidad externa.

Para Segal (1957) el proceso de formación de símbolos es un continuo juntar e integrar lo interior con lo exterior, el sujeto con el objeto y las experiencias más antiguas con las más recientes. Destaca la fundamental importancia que tienen símbolos para la comunicación interior, es decir, para estar conectado con las propias fantasías inconcientes.

Isaacs (1952) comparte las ideas de Klein. Si bien acepta que la actividad simbólica se infiere claramente a partir de la etapa depresiva, sostiene que las fantasías -activas simultáneamente con los impulsos que las originan - intervienen en el más temprano desarrollo del yo y en su relación con la realidad.

Aberastury (1968) ubica el origen del juego en el cuarto mes de vida cuando el niño comienza a controlar sus movimientos y adquiere la posibilidad de simbolizar objetos, momento que coincide con su capacidad de hacer el duelo por el objeto originario.(5)

El desarrollo temprano de la capacidad de juego le posibilita elaborar las ansiedades surgidas durante su crecimiento. En este sentido, postula que en cada etapa del desarrollo psicosexual existen juegos característicos que permiten la descarga de las pulsiones parciales y representan fantasías o temáticas básicas universales.(6)

En la fase del predominio de los impulsos orales, el niño ju-

gando chupa, muerde y explora los objetos con la boca, descubre un mundo a través de ella. En su fantasía lo incorpora y lo aleja en una repetición que lo alivia de la angustia por la pérdida. Juega a las escondidas, desapareciendo y apareciendo tras una sábana, intenta elaborar ansiedades relacionadas con su nacimiento y con las experiencias de pérdida y recuperación de la madre.

El desarrollo de la genitalidad previa lo impulsa a investigar su propio cuerpo y el de los demás, descubriendo la diferencia de sexos y tratando de elaborar las vicisitudes edipicas. Así elegirá para jugar objetos huecos que le permitan meter y sacar cosas y objetos para penetrar y perforar.

Durante la etapa anal, sus juegos se caracterizan por la presencia de elementos como el agua, la arena y la tierra, que son sustitutos permitidos de la orina y las heces. Disfruta con juegos en los que trasvasa sustancias de un lugar a otro, amasa, aplasta, ensucia y desparrama, simbolizando así su funcionamiento corporal en relación al aprendizaje del control de esfínteres; trata de elaborar su ambivalencia con respecto a los deseos de dar y retener los contenidos de su cuerpo.

Aberastury (1968) considera que el juguete es todo aquello que puede facilitar la proyección de fantasías: un objeto material, una persona o parte de ella, el propio cuerpo del niño o una parte del mismo.

La elección del juguete que el niño utilizará para expresarse no es arbitraria. Generalmente éste posee alguna de las características del objeto real, ya sea su tamaño, color, textura o función. Se transforma en un elemento para jugar a raíz del dominio que el niño ejerce sobre el. Puede ser reemplazable y le permite repetir un juego a voluntad. El juguete le facilita la descarga de impulsos agresivos sin hacer peligrar la relación con sus objetos originarios.

---

5) "La tendencia a jugar impulsa al niño a continuas simbolizaciones y personificaciones, para probar en la realidad lo que es interno proyectándolo, repartiéndolo, y repitiéndolo." (Aberastury, 1952)

6) El mirar, la crueldad, el exhibicionismo, la curiosidad, son pulsiones parciales que se manifiestan en las fantasías lúdicas.

Winnicott (1958,1971) ha establecido que la capacidad de la madre para adaptarse a las necesidades del bebe, le permite a éste, la ilusión de una realidad externa que corresponde a su propia capacidad para crear, dándole confianza en que el objeto creado puede ser encontrado. Esta capacidad para la ilusión, o sea para crear un pecho que alimenta, es la capacidad para simbolizar.

Ubica el nacimiento del juego durante el primer trimestre de vida, en el "espacio potencial" que existe entre la madre y el bebé. Considera que el primer juguete es creado por el bebé a partir de su relación con el pecho de la madre y del pecho mágicamente introyectado. Es un objeto transicional, un objeto cargado de representación, que no es ni pura subjetividad porque no lo alucina, ni pura objetividad porque no es el mundo real.

Son las experiencias primitivas de fusión y la presencia del objeto las que luego se simbolizan en el juego, el cual implica, por ende, una separación que simboliza unión.

Chiozza (1974,1978) a partir de sus teorizaciones acerca de la enfermedad somática aborda la problemática de la simbolización desde una nueva perspectiva. Afirma que simbolizar es comunicar. El proceso de simbolización -dice- es un acto creativo en el que "confluyen" la emisión de un mensaje y su interpretación.

A partir de los descubrimientos del psicoanálisis comprende que "(...) el referente al cual el símbolo alude puede ser inconciente." y que (...) el sujeto que construye (en su doble significación de emisor y receptor) el símbolo, es decir, el que ejercita la función simbólica, puede ser también inconciente." (Chiozza, 1978)

Afirma que"(...) la existencia de un psiquismo supone la existencia de significaciones, y la existencia de significaciones supone la existencia de símbolos (...)" (Chiozza, 1978,1985).

La concepción de un psiquismo embrionario-fetal (Rascovsky, 1960) y la afirmación de que la capacidad de significar y simbolizar es inherente a la existencia de un psiquismo (Chiozza, 1985), nos permite caracterizar a la simbolización como un proceso propio de la vida misma.

Podemos pensar entonces, que toda actividad -por rudimentaria que esta sea- configura el ejercicio de una función simbólica.

Si partimos de la idea de que no existe psiquismo sin simbolización, y -que esta capacidad simbólica se genera o nace Junto con la vida, podemos concebir el juego -que es expresión simbólica - como algo dado desde un comienzo. (7)

Ya en el "abrir y cerrar los ojos" del recién nacido hay actividad lúdica; ésta simboliza el intento de elaborar la angustia del nacimiento, la pérdida de la vida prenatal, así como superar el impacto que le producen, a partir del nacimiento bus propias sensaciones y los nuevos estímulos externos.

En el contacto con el pecho de la madre el bebé no sólo satisface la necesidad de recibir alimento o el dar y recibir cariño, sino también su deseo de jugar. La actitud con la que chupetea el pecho, la manera como lo toma y lo deja, expresan una actividad de juego.

Middlemore -citada por Klein (1952b) - sostiene que los lactantes (a los que denomina "somnolientos satisfechos") desarrollan un verdadero hábito de juego en el placer que obtienen en las mamadas desde los primeros días de vida.

Considerar al juego como una manifestación temprana equivale a plantear que el método psicoanalítico seria aplicable ya en los primeros meses de vida.

Las experiencias realizadas con bebés - que presentaban trastornos de conducta o síntomas somáticos - utilizando la técnica de juego, demostraron que es posible comprenderlos y ayudarlos en la resolución de sus conflictos inconcientes. (Aberastury, 1950), (Aizenberg, S. O. de y Trincavelli, 1981).

7) Si bien nos referimos a la vida a partir del momento de la concepción, en este trabajo nos ocupamos del juego como expresión simbólica a partir de la vida postnatal.

El cuestionamiento de la aplicación del psicoanálisis a niños muy pequeños, que aún no han adquirido el dominio de la expresión verbal, se apoya generalmente en el hecho de confundir la ausencia de palabras, con la ausencia de pensamientos y de fantasías.

Dicha confusión tiene sus raíces en la necesidad del adulto de negar -por la angustia que produce- la existencia de deseos y fantasías en la temprana infancia.

Entre los autores psicoanalíticos, Isaacs (1952) se ocupó de demostrar que la comprensión de las palabras antecede a su uso; y que aun sin usar ninguna palabra, el niño puede entender gran parte de lo que se le dice o de lo que se habla en su presencia.

Destaca que los procesos intelectuales se expresan en acciones antes de poder expresarse en palabras y que las fantasías primarias representativas de los primeros impulsos libidinales y agresivos, se manifiestan a través de procesos mentales muy alejados de las palabras; procesos que aun en la vida adulta continúan actuando conjuntamente con la expresión verbal e independientemente de ésta.

LA ACCIÓN DE JUGAR ES LENGUAJE

Sostiene Chiozza (1974) que "(...) la naturaleza primaria del significado debe ser encontrada en los procesos de descarga que constituyen una serie complementaria entre la acción y el afecto."

Según Freud (1911) -cuyas ideas son retomadas y re-elaboradas por Chiozza al referirse a la transformación del afecto en lenguaje - no podemos concebir una acción sin afecto ni un afecto sin acción. Toda acción se acompaña siempre de una cuota de descarga afectiva. A su vez, el proceso de descarga que denominamos afecto sucede siempre con un componente de acción (Chiozza, 1990).

La descarga constituye la función primaria del afecto. Este surge ante el fracaso de la acción eficaz y adquiere la importantísima función secundaria de la comunicación cuando dicha descarga es precibida y comprendida por "otro" (Chiozza, 1974).

Para Chiozza (1974) "Desde el punto de vista genético podemos concebir el origen de la intención de significar en la experiencia que se constituye cuando la descarga primaria del afecto conduce, por vía de la asistencia ajena, a la satisfacción de la necesidad, condicionando de este modo el nacimiento de un proceso de comunicación que configura una acción eficaz y especifica indirecta. Nos encontramos entonces con que Junto a los dos modos primarios de la experiencia, constituidos por la experiencia de satisfacción y la experiencia dolorosa, existe un tercero que también deja huellas: la experiencia de comunicación

que nos coloca frente a la noticia de la existencia del "otro". La posibilidad de otorgar significados permite comprender a ésta acción-afecto como una forma de lenguaje (Chiozza

1974)

Dado que el juego es acción y es descarga afectiva y, si como hemos visto, la descarga afectiva conduce al proceso de comunicación, mediante la interpretación del receptor, el juego adquiere significado.

Podemos decir entonces, que el juego es lenguaje y en este sentido una acción eficaz especifica indirecta y no constituye una acción eficaz propiamente dicha, ya que no produce una modificación directa de la " realidad".

El niño crea un espacio ilusorio (Winnicott, 1971) en el que a través del juego, transforma su no poder en poder. Intenta de este modo cambiar "la realidad". En síntesis: cree en su mundo de ilusión, aunque sabe que está jugando.

Durante su crecimiento va adquiriendo la noción de que el lenguaje verbal es una representación simbólica. Aprende, por ejemplo, a diferenciar la palabra " mamá" de la mamá misma. De igual forma, cuando juega sabe que juega y que su juego es un "como si".

Freud (1907) ya había señalado que el poeta hace lo mismo que el niño que juega: crea un mundo fantástico y lo toma muy en serio: esto es, se siente íntimamente ligado a él, aunque sin dejar de diferenciarlo de la realidad.

Para Chiozza (1977) la transferencia, el teatro y el juego son actividades pertenecientes a una tercera forma de vida en las cuales intervienen, "(...)la percepción de lo que somos y la imagen de lo que deseamos ser,(...) dando lugar al nacimiento de una vivencia de (...) como si lo fuéramos".

A pesar de que comúnmente juego y seriedad aparecen como términos opuestos, sabemos que si un juego no es tomado en serio, no es posible. El juego es serio en el sentido de importancia", de " asunto a considerar". Esta importancia o seriedad la constituyen los afectos puestos en juego, ya que sólo jugamos por aquello que nos importa, que nos afecta.

El juego del niño se desarrolla en un espacio sostenido por reglas que no se expresan manifiestamente; son acuerdos tácitos que hacen posible el "como si" y le permiten protegerse de sus impulsos y fantasías inconcientes, que de llegar a la conciencia interrumpirían su jugar. Compartir el juego, en este sentido, es compartir importancias y reglas. (Freud, 1907, Winnicott, 1971; Bateson, 1953)

El juego se desarrolla en un espacio lúdico en el que el niño ingresa para intentar elaborar aquello que, de acuerdo con su fantasía, sucede, con el fin de expresar deseos, cambiar algún final penoso, realizar simbólicamente lo que siente prohibido o reparar y compensar carencias. Cuando logra la elaboración que intenta mediante ese proceso Indico, sale del juego enriquecido.

El juego no puede ser equiparado al lenguaje verbal ya que es una descarga afectiva menos atemperada. La rica vida instintiva del niño encuentra en el jugar una expresión adecuada.

Podemos afirmar que en la experiencia concreta del psicoanálisis de niños, el juego constituye la parte esencial del proceso y es un medio de comunicación fundamental.

El carácter simbólico y el componente de acción que son propios del juego otorgan al niño no sólo la posibilidad de poner en evidencia su intención conciente de comunicar, a los fines de ser comprendido y ayudado, sino también de transmitir de modo inconciente qué es lo que le sucede y cuáles son sus ansiedades, sus

fantasías inconcientes acerca de su enfermedad y de su curación (Aberastury, 1971).

Como confirmación del carácter a la vez conciente e inconciente de la comunicación infantil, parece oportuno mencionar un ejemplo de Aberastury (1962) quien relata la primera hora de juego de un niño de dos años que padecía de insomnio.

Hernán, el menor de cuatro hermanos, había nacido veinte días antes de lo esperado. El parto había sido inducido ajustando la fecha a la necesidad familiar.

Su juego consistió en formar parejas de diferentes animales; sólo un perrito quedó separado del resto. Lo puso entonces en la mano de la analista, cerrándola con fuerza y pidiéndole que lo hiciera dormir. Manifestaba su intención de comunicar qué le pasaba y su pedido de ayuda, así como el conocimiento que tenia de su fantasía inconciente acerca de su síntoma y del modo en que podría curarse, protegido dentro del vientre materno, para nacer a tiempo y transformarse en un niño que pudiera dormir.

ASPECTOS BÁSICOS DE LA TÉCNICA

La historia del niño cobra vida en el jugar. De acuerdo con los lineamientos desarrollados por Chiozza denominamos material manifiesto a lo que se ofrece a nuestros

sentidos y que, como producto de una primera interpretación, categorizamos como juegos, gestos, expresiones verbales, relatos de sueños, dibujos, síntomas, etc. (8)

Esta primera interpretación -que comprende varias transformaciones- depende de nuestra contratransferencia, nuestro conocimiento teórico, y de la experiencia proveniente de diversos campos del conocimiento (Chiozza, 1975).

El contenido latente de las diferentes expresiones del niño surge de una segunda interpretación, que permite develar fantasías inconcientes de acuerdo con los conocimientos de la teoría psicoanalítica.

En el proceso de conformación del juego, como sucede en los

sueños, intervienen los mecanismos de condensación y desplazamiento, que mediante la combinación y la transferencia de significados producen una nueva creación. En el sueño los deseos inconcientes se "figuran" a través de imágenes visuales. En el juego, en cambio, los mecanismos de condensación y desplazamiento intervienen en la simbolización a través de la acción.

En un juego en el que se desarrolla una escena de robo, una niña se apodera de una hebilla para el pelo, la guarda encerrándola en su mano y la oculta en el bolsillo de su campera. Comprendemos que detrás de la escena que representa un robo, se oculta otra que expresa su necesidad de protección, su deseo de que la tomen y la cuiden así como ella hace con la atractiva hebilla. La hebilla se presta para representar a la niña ya que condensa su sentimiento de pequeñez y sus deseos de gustar y de ser tenida en cuenta.

La asociación libre se manifiesta en la sucesión espontánea de juegos que conservan una estrecha relación inconciente, aunque difieran en su aspecto aparente.

El niño puede construir un avión de papel tratando de hacerlo volar cada vez más alto y continuar su juego cortando trozos pequeños de plastilina que tira al piso y aplasta. La secuencia puede mostrar elementos que aluden, por un lado a sentimientos de fortaleza y omnipotencia y por el otro, a vivencias de frustración, debilidad e impotencia, que forman parte de un mismo conflicto inconciente.

---

8) Dado que la finalidad de este trabajo es destacar la importancia y el valor comunicativo del juego infantil, lo extraemos del contexto general en el que se desarrolla, para ocuparnos mas específicamente de la interpretación del simbolismo lúdico, aunque compartimos con Klein (1931a) que para comprender el simbolismo del juego es necesario tener en cuenta la conducta total del niño, no solo el significado de cada símbolo, sino los mecanismos y las formas de representación del juego.

La conformación de diferentes juegos permiten al niño actualizar con el analista, impulsos, deseos, fantasías y defensas; recreando así en la transferencia-contratransferencia. Su modo de relacionarse con las personas significativas de su vida. (9)

En este proceso, el niño enfrenta y conecta al analista con sus propios vínculos infantiles, con sus propios deseos y fantasías pregenitales reprimidos.

El tipo de organización pulsional que caracteriza la actividad sexual infantil y la menor represión del niño, junto al ritmo que imprime a su accionar -que el adulto considera acelerado- coloca al analista en una posición contratransferencial que lo lleva a veces a utilizar defensas tales como la intelectualización, la inhibición de su participación en el juego o, también lo induce a una participación activa que obstruye muchas veces la comprensión del sentido.

9) "...el psicoanalista en situación de transferencia puede sustituir a la madre, al padre o a otras personas, y también desempeña a veces en la mente del paciente el papel de superyó, y otras veces el del ello o del yo." (Klein, 1952a).

La identificación con la temática que se revive en el vínculo transferencial-contratransferencial, permite al analista acceder al mundo de la fantasía infantil. (10)".

La mayor o menor ansiedad del niño en el vinculo con sus objetos lo impulsa a proyectar sus sentimientos de amor y hostilidad en los juguetes y en el analista, lo cual determina las características de la transferencia positiva y negativa. (11)

El niño puede comunicar su transferencia positiva, su experiencia de un vinculo reparador y cariñoso, por medio de un juego en el que un guardabosque rescata a un animal lastimado, lo cura y se transforman en buenos amigos; o bien demostrar su transferencia negativa y su vivencia de un vinculo amenazador y peligroso con un juego de persecución y ataque entre un soldado y un indio.

Por otra parte, en el encuentro analítico el niño no solo necesita desarrollar vivencias que le son conocidas sino que también desea generar un vinculo diferente y así se verán representadas en su juego las peculiaridades de esta nueva relación. (12)

El analista con su presencia y sus interpretaciones se convierte en un nuevo modelo de identificación para el niño y también influye con sus características personales en la creación de sus juegos.

---

10) Lanfri (1983) en su trabajo "El juego en el psicoanálisis de niños" describe con un ejemplo conmovedor, cómo la experiencia de un juego compartido despierta en el analista recuerdos infantiles. Este "vivenciar diferente"-que necesita ser incluido en la acción terapéutica- permite una identificación más profunda con el niño.

11) "Sólo podemos apreciar plenamente la interconexión entre las transferencias positiva y negativa si exploramos el primer ínterjuego entre el amor y el odio, el circulo vicioso de agresión, angustia, sentimientos de culpa y agresión incrementada, y también los aspectos diversos de los objetos hacia los cuales estas emociones y angustias en conflicto se dirigen (Klein,1952a).

Por otra parte, en el encuentro analítico el niño no solo necesita desarrollar vivencias que le son conocidas sino que también desea generar un vinculo diferente y así se verán representadas en su juego las peculiaridades de esta nueva relación. (12)

El analista con su presencia y sus interpretaciones se convierte en un nuevo modelo de identificación para el niño y también influye con sus características personales en la creación de sus juegos.

La compulsión a la repetición es movilizada por la ansiedad que siente el niño frente a las vivencias traumáticas. En el intento de dominarlas, la compulsión a jugar le brinda una oportunidad para la elaboración. Durante este proceso, obtiene placer por la descarga afectiva que implica su juego, al mismo tiempo que ejercita capacidades, experimenta, descubre y aprende. (13) Esta compulsión es al mismo tiempo y desde otro punto de vista, resistencia.

El niño opone al análisis una resistencia para evitar revivir experiencias penosas angustiantes inconcientes.

Cuando por ejemplo las vivencias primarias de amor y odio, de exclusión, celos o rivalidad, son muy intensas, o las vicisitudes del proceso de identificación, son muy penosas, el niño puede reprimir sus ocurrencias y fantasías, e inhibir sus posibilidades de jugar. Puede además, transformar el juego en una búsqueda de gratificación directa, o armar juegos repetitivos: estereotipados y obsesivos.

---

12) Chiozza (1977) siguiendo ideas de Winnicott, afirma que el proceso transferencial en la relación analítica transcurre en un campo intermedio del "como si", que posibilita la repetición, pero que también es creación.

13) Para Klein (1932a) detráde toda actividad de juego existe un proceso de descarga de fantasías de masturbación que opera como un continuo impulso a jugar y actuando como compulsión de repetición, constituye un mecanismo fundamental en la actividad lúdica.

También puede implementar determinados juegos para interferir en la prosecución del vínculo con el analista, lo cual representa, en ocasiones, un ataque a la asimetría de la relación. El niño intentará que el analista actué. Tratará de adjudicarle roles fijos o desplegará un juego en el que parte de la temática consistirá en agredir o romper objetos del consultorio, así como invadir o transgredir los limites en el contacto físico.

Por otra parte la comprensión de la resistencia, que de diferentes modos desarrolla el niño durante su tratamiento, facilita el acceso a los contenidos inconcientes. Podemos de que el niño en su jugar, al mismo tiempo que muestra, oculta. (14)

La interpretación ayudará a que el paciente elabore y recuerde. Una interpretación adecuada evoca un recuerdo que produce en el niño asombro y conmoción, llevándolo a detener por unos instantes su jugar, para continuar luego modificando algo de su juego anterior o creando otro distinto. Estas nuevas producciones lúdicas pueden ser entonces la expresión del recuerdo. (15)

14) "En los enfermos bajo tratamiento ejercían su acción eficaz dos fuerzas encontradas. Por una parte, su acción conciente de traer a la conciencia lo olvidado, presente en su inconciente y, por la otra la consabida resistencia que se revolvía contra ese devenir conciente de lo reprimido de sus retoños." (Freud, 1909b)

15) "Todo recuerdo de aquello que "ocurrió" es una representación o apariencia de aquello que está ocurriendo actualmente." (Chiozza, 1977)

Para interpretar lo que el juego simboliza recurrimos al conocimiento de los símbolos universales, a las características y cualidades de los símbolos en su uso cotidiano y a la función que cumplen en el contexto en el que se desarrollan.

Un niño puede, por ejemplo, enfrentar a un par de animales entre si, representar una escena de pelea y luego ubicarlos dentro de un corral. Podemos interpretar la pelea como expresión de los impulsos instintivos agresivos y, al corral como una referencia a la noción de límite y contención.

Puede adjudicar a los juguetes, a si mismo y al analista roles que varían dentro de un mismo juego y que representan sus propios aspectos en conflicto.

Un avión, un auto o una muñeca escenifican situaciones particulares diferentes en cada sesión y aun dentro de misma sesión.

Las interpretaciones deben aludir a los juguetes como personajes del juego, al paciente o las personas representativas de su vida. La referencia al analista se mentiene implícita. De la misma manera, como sostiene Chiozza (1977), que en el tratamiento de adultos conviene formular las interpretaciones utilizando los personajes del relato del paciente sin hacer mención al vinculo transferencial.

Cuando un niño juega haciendo circular un camión volcador y un auto pequeño unidos, la interpretación puede circunscribirse a los Juguetes -objetos personificados- mostrando que ambos vehículos necesitan estar juntos o que tienen dificultad para separarse. En otro momento puede, en cambio, dirigirse a señalar que él, representado por el auto pequeño, tiene necesidad de estar unido a su mamá, representada por el camión volcador; destacando asila importancia de ese vinculo de a dos y su temor frente a la ruptura de la simbiosis.

Para facilitar el contacto con el niño empleamos en la conversación las palabras que él utiliza habitualmente. La interpretación debe formularse en un lenguaje claro, simple y acorde con la capacidad del niño, dado que aunque su posibilidad de compren-

der se ve facilitada por una mayor permeabilidad entre conciente e inconciente, también es cierto que se ve dificultada por las características y la intensidad de sus conflictos.

ANÁLISIS DE UNA HORA DE JUEGO

Mariela tiene ocho meses. Sus padres consultan porque desde que nació tiene serias dificultades para dormir, tanto durante el día como por las noches.

Cuentan que últimamente está muy inquieta, se queja, llora y se niega a comer.

Intentan calmarla paseándola y acunándola, pero dicen que le tienen poca paciencia, que se irritan y que en más de una oportunidad le gritan, la zarandean y le pegan.

Desearon el embarazo de Mariela, sin embargo expresan que desde el comienzo se sintieron exigidos y sobrecargados.

Por otra parte la irritación, la intolerancia, los gritos, el maltrato físico y la frustración sexual caracterizan la relación entre ellos.

En su hora de juego Mariela toma rápidamente un teléfono y le pega, luego toma una muñeca a la que arrastra de los pelos. Pone en su boca una mamadera que después golpea contra su propio cuerpo.

En este primer fragmento de juego expresa su enojo y la dificultad de comunicación. Simboliza que el apuro, la impaciencia, los golpes, y el trato familiar hostil, sustituyen el cuidado y el cariño que ella siente que necesita.

Toma una tacita y la golpea repetidas veces contra el piso. Escucha sorprendida y excitada los ruidos que produce. Mira para atrás y se queda pensativa.

Por medio de la repetición de ruidos muestra su irritación. Con el ritmo que marca a voluntad intenta elaborar y controlar el miedo que siente cuando grita, se queja y llora. Nos muestra

también su sentimiento de persecución e intranquilidad, y su deseo de entender qué le pasa.

Toma un osito lo mece y le canta, pero inesperadamente se le cae y se asusta. Trata de hacerlo nuevamente, pero se le vuelve a caer. Se frota los ojos, bosteza y emite sonidos como si fueran gritos ahogados.

Al jugar representa las dificultades que surgen cuando sus padres quieren dormirla y no la pueden calmar, percibe la ansiedad de ellos y comunica su angustia. Siente que le falta el sostén necesario que le permita cerrar los ojos para poder dormir.

Toma una cuchara, se la pone y se la saca de la boca repetidas veces, acompaña esto con gestos como si fuera a escupir, mientras se queja y lloriquea.

Cuenta de esta manera la dificultad que tiene para incorporar aquello que sus padres le dan, su disconformidad y el rechazo a comer.

Balbucea, se incorpora para tocar los zapatos de la analista, quien le extiende los brazos proponiendo un acercamiento Mariela rechaza. Vuelve a frotarse los ojos y se toca las orejas.

En el intento de expresarse con palabras quiere asegurarse de que va a ser comprendida, trata de buscar apoyo y permanencia, pero en la transferencia repite la actitud de rechazo que suelo tener con sus padres. Expresa que su necesidad de estar atenta para controlar todo lo que sucede, no le permite dormir.

Trata de alcanzar unos cubos que se le escapan de las manos, intenta entonces tocarse su propio pie, y acompaña esto con un profundo suspiro. Vuelve a intentar con los cubos, los quiere levantar pero, como no puede, los golpea.

Muestra la dificultad que siente para el encuentro y la permanencia de contacto entre ella y sus padres.

Frente a la desilusión por no poder retener los objetos intenta calmarse sola, pero como no lo logra se desanima, la frustración que sobreviene a su nuevo intento la enoja.

Toca nuevamente el zapato de la analista, frota sus ojos y grita.

Reitera de esta manera su pedido de ayuda y su deseo de transmitir la desesperación que siente cuando no puede dormir.

Toma dos cubos de madera y los golpea entre si. Coloca una vaca al lado de un avión, luego pone la vaca en su boca y el avión en su mano.

Percibe la pelea entre sus padres, juega a que es ella quien los puede controlar haciéndolos pelear primero, uniéndolos luego y separándolos después.

Toma el teléfono y la tacita, los chupa alternadamente durante varios minutos, mientras hace un movimiento de negación con su cabeza. Luego se acerca gateando a una mesa y se golpea,

Representa de este modo el conflicto entre su deseo de incorporar a los padres, aceptarlos y ser aceptada por ellos y, el sentimiento de que no lo merece.

Muestra también su sentimiento de culpa y su necesidad de castigo.

En su hora de juego Mariela comunica su pedido de ayuda, las dificultades que tiene para dormir y comer, así como su deseo de entender qué le pasa.

Expresa su fantasía de enfermedad: su necesidad de estar atenta y despierta para cuidar y controlar el clima familiar hostil, el miedo que siente frente a su enojo, a sus propios gritos, así como a su llanto incontrolable y la angustia que tiene cuando sus padres no la pueden calmar.

Manifiesta su fantasía de curación en el deseo de aceptar y ser aceptada. Sin embargo, muestra el conflicto entre éste deseo y

su sentimiento de que no lo merece.

Comprendemos a través de la entrevista con los padres, de la interpretación del simbolismo lúdico así como del análisis del proceso transferencial-contratransferencial, que tanto Mariela como sus padres comparten intensos sentimientos de culpa que les impide a cada uno ocupar, adecuada y satisfactoriamente, su lugar.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A (1950) “Fobia a los globos de una niña de once meses”. En Rev. de Psicoanálisis, Tomo VII, Nº 4, Bs. AS., 1950.
(1952) “La transferencia en el análisis de niños, en especial en los análisis tempranos”. En Rev. de Psicoanálisis, Tomo IV, Nº 3, Bs. As., 1952
(1962) Teoría y Técnica del psicoanálisis de niños. Ed. Paidos, Bs. As., 1987
(1968) El niño y sus juegos. Ed. Paidos, Bs. As. 1973
(1971) Aportaciones al psicoanálisis de niños. Ed. Paidos, Bs. As.., 1984
(1972) El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Ed. Paidos, Bs. As., 1972.

AIZENBERG, S.O. de y TRINCAVELLI, G. N. C. de (1981) “Acerca de una experiencia clínica con una beba de ocho meses”. En Eidón, año 8, Nº 14, BS. As., 1981

BATERSON, G (1953) Metálogos, Ed. Bs. As. 1982

CHIOZZA, L (1974) “La transformación del afecto en lenguaje”. En trama y figura del enfermar y el psicoanalizar. Biblioteca del CCMW, Ed. Paidos, Bs. As., 1980
(1975) “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática”, en Trama y figura del enfermar y psicoanalizar. Ibidem.
(1977) “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico”. En trama y figura del enfermar y psicoanali-

zar. Ibidem.
(1978) “El problema de la simbolización en la enfermedad somática”, en Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar. Ibidem.
(985) “Sobre la existencia de cultura en la natura”. En Reflexiones sin consenso. Inédito.

CHIOZZA, L.; AIZENBERG, S; BUSCH, D. (1990a) “Cefaleas vasculares y accidentes cerebro-vasculares”. En Los afectos ocultos en..., Ed. Alianza, Bs. As., 1991.

ERIKSON, E. (1960) Infancia y sociedad. Ed. Home, Bs. As., 1983.

FREUD, A. (1927) Psicoanálisis del niño. Ed. Horme, Bs. As., 1986

FREUD, S. (1900)La interpretación de los sueños. O. C., T. IV, Ed. Amorrortu, Bs. As., 1976.
(1901) Psicopatología de la vida cotidiana. T. IV, 1980. Ibidem.
(1905a) Tres ensayos de teoría sexual. T. VIII, 1979. Ibidem.
(1905b) El Chiste y su relación con lo inconciente. Y. VIII, 1979. Ibidem.
(1908[1907]) El creador literario y el fantaseo. T. IX, 1979 Ibidem.
(1909a) Análisis de la fobia de un niño de cinco años. T. X. 1980. Ibidem.
(1910[1909b]) Cinco conferencias sobre el psicoanálisis. T. XI, 1979, Ibidem.
(1911) Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. T. VII,

1980. Ibidem.
(1913[1912-1913] Tótem y tabú. T. XIII, 1980, Ibidem.
(1918[1914]) De la historia de una neurosis infantil. T. XVII, 1979, Ibidem.
(1920) Más allá del principio de placer. T. XVIII, 1979, Ibidem.
(1933[1932]) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, conferencia 29 y 33. T. XXII, 1979. Ibidem.

HUG HELLMTH, H. (1921) “On the technique of child analysis”. Citada por Aberastury en Aportaciones al psicoanálisis de niños, 1971.

HUIZINGA, J. (1938) Homo ludens. Ed. Alianza. Bs. As., 1987.

ISAACS, S. (1952) “naturaleza y función de la fantasía”. En O. C. de M. Klein y otros, Desarrollos en psicoanálisis. Ed. Horme, Bs. As., 1962.

KLEIN, M. (1926) “Principios psicológicos del análisis infantil”. O. C. T. II, Ed. Paidos, Bs. As. 1983.
(1927) “Symposium sobre análisis infantil”. O. c. T. II. Ibidem.
(1929) “La personificación en el juego de los niños”. Ibidem.
(1930) “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”. Ibidem.
(1932a) “Fundamentos psicológicos del análisis del niño”. O. C. T. I. Ed.

Paidos, Bs. As., 1977.
(1932b) “La técnica de análisis tempranos”. Ibidem.
(1952a) “Los orígenes de la transferencia”. O. C. T. II. Ed. Paidos, Bs. As., 1987.
(1952b) “observando la conducta de bebés” Ibidem.
(1953) La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado”. O. C. T. IV, Ed. Paidos, Bs. As., 1976.

LANFRI, E. (1983) El juego en el psicoanálisis de niños. Presentación realizada en el CIMP. 1983.

MORGENSTERN, S. (1937) “Psychanalyse infantile”. Citada por Aberastury en Aportaciones al psicoanálisis de niños, 1971.

ORTEGA Y GASSET, J. (1949) Meditaciones de la técnica. Edic. Revista de occidente, Madrid, 1977.

RAMBERT, M. (1938) “Une nouvelle technique en psychanalyse infantile: le jeu des guignols!. Citada por Aberastury en Aportaciones al psicoanálisis de niños, 1971.

RASCOVSKY, A. y Col. (1960) El psiquismo fetal. Ed. Paidos. Bs. As., 1960.

SEGAL, H. (1957) “Notas sobre la formación de simbolos”. Internacional Journal. Vol XXXVIII, nov. dic. 1957. Londres. (Ficha).

(1964) Introducción a la obra de M. Klein. Ed. Paidos, Barcelona, 1981.

WEBER, E. (1963) El problema del tiempo libre. Ed. Nacional, Madrid. 1969.

WINNICOTT, D. (1958) Escritos de pediatría y psicoanálisis.
[1931-1956]. Ed. Laia, Barcelona, 1979.
(1971) Realidad y juego. Ed. Gedisa, Bs. As., 1982.

EL JUEGO EN EL PSICOANALISIS DE NIÑOS

(SEGUNDA COMUNICACIÓN)

Lic. Silvana O. de Aizenberg (Coordinadora)

Lic. Carmen Araujo

Lic. Rubén Garcia

Dr. Pedro Herrera Vidal

Lic. Inés Karamanian

Lic. Paula Picco

Lic. Paula Steinberg

CENTRO DE CONSULTA MEDICA WEIZSAECKER

- 11 de septiembre de 1992 -

EL SIGNIFICADO DEL JUGAR.

a) Desde la etimología.
b) Desde algunos teorías acerca del juego.
c) Desde el psicoanálisis. Campo de ilusión: elaboración y placer

EL JUEGO EN LA SESIÓN PSICOANALITICA. Comunicación e interpretación.

ASPECTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE LA TÉCNICA.

- Transferencia - contratransferencia.
- Neurosis de transferencia.
- El jugar del paciente y el analista.

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE POR QUE JUEGAN LOS NIÑOS EN LA SESIÓN PSICOANALITICA.

-Un ejemplo clínico.

SÍNTESIS.

EL SIGNIFICADO DEL JUGAR

a) Desde la etimología.

Todos los pueblos Juegan de manera similar y repetida a través del tiempo.

Según Huizinga (1938), aquellos pueblos en los que el Juego se hallaba profundamente ligado a su existencia y a su desarrollo cultural, no poseían un vocablo para referirse al concepto Juego como fenómeno abstracto - tal como aparece en los modernos idiomas europeos - sino que denominaban con diversas expresiones los distintos Juegos.

Los griegos, para referirse al Juego infantil, utilizaban el sufijo "inda" asociado al nombre del objeto con el que Jugaban. Expresaba literalmente "pelota-Juego", "cuerdas-Juego" y "personajes-juego". "Inda" parece ser una denominación específica del Juego, mientras que para abarcar la totalidad del mismo poseían por lo menos dos palabras (literalmente: "cosas de niños" y "niñerías"). Este último grupo de palabras se vincula a la significación de "contento, alegría y despreocupación" .

Los antiguos hindúes también poseían diferentes palabras para designar el concepto Juego; por ejemplo: "kridati" designaba el Juego de niños, de adultos y de animales; también hacia referencia al agitarse del viento y de las olas. "Divyati" designaba el Juego de dados, el Jugar en general, bromear, retozar y burlar. "Lilayati" tenia el sentido del oscilar y del balanceo. Aludía especialmente a lo ligero, alegre, desembarazado e intrascendente. Además "lila" señalaba el "como si", lo aparente, la imitación propia del Juego.

Para los chinos "wan" representaba la idea de juego infantil y encerraba diferentes significados: divertirse, juguetear, alborotar, bromear, examinar, palpar, olfatear y disfrutar de la luna. Con la palabra "tscheng" aludían a los juegos de habilidades, competición y azar.

SI bien en estas culturas aparece tardíamente el concepto de Juego, en tocias ellas se hace referencia - con diferentes palabras - a un campo del Juego en el que coinciden las

significaciones de divergían, broma, burla, alegría y despreocupación; mientras que otro grupo de palabras configura un ámbito distinto con los significados de competición y habilidad.

En el latín clásico existen dos vocablos para referirse al juego: IOCUS y LUDUS.

En nuestro idioma, la palabra juego encuentra sus raíces etimológicas en IOCUS - IOCARI, que tiene el sentido especial de diversión, broma y chanza. Los vocablos LUDUS - LUDERE, en su significación más primaria, se empleaban para expresar "las alegres evoluciones de los peces en el agua", "el revoloteo de los pájaros", movimientos sin intencionalidad aparente y actividades que tenían el sentido de lo "no serio" y del simulacro. Su significado más relevante era el de "tomar la apariencia de algo". Incluía todo el ámbito del juego infantil, el recreo, la competición, la representación litúrgica y teatral y los Juegos de azar.

En la evolución del latín, el vocablo LUDUS, fue restringiendo su uso para referirse a los juegos públicos, en el sentido de competición y a los juegos en la escuela, en el sentido de ejercicio. De esa manera queda asociado principalmente a las actividades de ejercitación y aprendizaje, atenuando el significado de "pura diversión".

Según Huizinga (1938), "Ludus, ludere como concepto general de juego y jugar, no sólo no ha pasado a los idiomas románicos, sino que apenas ha dejado huella alguna. En todas las lenguas románicas, y seguramente muy temprano, los vocablos especiales LOCUS, iocari han ampliado su ámbito significativo al terreno del juego y del jugar, postergando por completo ludus, ludere"

En el español ha subsistido una derivación de ludus en la palabra lúdicro como denominación adjetiva.

Al limitarse el vocablo LUDUS en su uso y significación, el concepto IOCUS ha ido abarcando en su lugar la eran variedad de actividades que Incluyen la práctica, el ensayo y las acciones sin una meta determinada, conservando manifiestamente, sólo el de broma, chanza y diversión.

b) Desde algunas teorías acerca del juego.

Principios del siglo XX comenzaron a desarrollarse teorías biológicas y psicológicas sobre el juego, fundadas en la actitud empírica del positivismo spenceriano.

Spencer (Weber, 1963) **intentó fundamentar fisiológicamente su "teoría del excedente de energía"**. Sostiene que la energía no empleada en la lucha por la existencia es utilizada por el juego, tal como ocurre con "(...) la prole de una serie de mamíferos que no necesitan alimentarse o protegerse porque sus padres se encargan de hacerlo".

Groos (Elkonin, 1978) **apoyó su teoría del juego en la idea de preparación para actividades futuras** que propusiera Spencer. La denominó "Teoría de ejercicio o autoeducación".

Considera el juego como una actividad sin intención conciente, como preparación para la vida posterior y con una dinámica movilizada por el placer de la actividad misma.

Sostiene que todas las actividades motoras que no tienen una finalidad vital, pueden considerarse juegos. Para Groos la posibilidad de jugar depende de la supresión de los sentimientos de miedo y hostilidad.

Otros autores continuaron este desarrollo, sosteniendo la hipótesis de un instinto de juego. Para **Stern**: "Toda tendencia al juego es un albor de instinto serio". **"El Juego es la autoafirmación instintiva de las aptitudes en desarrollo, el ejercicio previo e Inconciente de las funciones serlas de mañana"** (Elkonin, 1978).

Buytendijk (Elkonin, 1978) plantea una nueva tendencia en las teorías acerca del juego, que se relaciona con una modificación en el concepto de instinto. La nueva conceptualización define al instinto come una forma de conocimiento innato que no requiere del ejercicio para que pueda funcionar.

Buytendijk critica la idea de juego como expresión y preparación de instintos. **Considera que el juego es "(...) una manifestación del impulso de autonomía y de vinculación con el mundo que lo rodea".** Los ejercicios preparatorios no constituyen juegos, ya

que el juego es desarrollo y es el camino para el establecimiento de nuevas formas de conducta. Este cambio en la concepción del juego se corresponde con la ruptura epistemológica que impuso la teoría psicoanalítica. En particular tuvo una importante influencia la teoría de las pulsiones.

Freud (1915) **al referirse a la posibilidad de utilizar el concepto de pulsión de juego, desalienta la idea de diversificar las pulsiones**. Destaca la conveniencia de distinguir dos "pulsiones primordiales": pulsión de vida y pulsión de muerte (Freud, 1920).

Bally (1945) analiza el significado y las características del juego en el animal, incluido el hombre. **Considera al juego como "un ir y venir", "un comenzar e interrumpir" o "un avanzar y retroceder", que no representa el logro de una meta**. Agrega que “(...) bajo determinadas circunstancias, puede emplear las metas del instinto como estimulo, pero en gran medida es independiente del logro de estos objetivos”. Afirma que los juegos de los animales no tienen la finalidad de la maduración del instinto.

Partiendo de la observación de la conducta instintiva, considera “(...) que el ser vivo no actúa, sino que es actuado por un poder que no se encuentra ni dentro ni fuera de él, sino que corre a través de él y lo relaciona con su medio ambiente para formar de ambos una unidad dinámica” (Bally, 1945). El animal “juguetón” - dice Bally - se encuentra en una relación abierta con el medio y en un campo donde se le plantean problemas que resuelve por el movimiento del juego y que además los profundiza y enriquece.

Sostiene que son dos las condiciones indispensables para que surja la conducta de juego en el animal:

- Una “relativa satisfacción” (alimentación) y una “relativa protección” contra el enemigo, tal como ocurre con el animal joven que aún pertenece al medio ambiente paterno.
- Una "relativa libertad" con respecto a la protección paterna o materna.

"El mantenimiento del carácter juguetón requiere una relativa

lejanía de los padres. Sólo gozando de esta situación doble de protección y libertad, manteniendo este delicado equilibrio, entre la seguridad y la aventura, arriesgándose hasta los limites entre lo cerrado y lo abierto, se hace posible el Juego (Bally, 1945).

La conducta de juego será más evolucionada cuanto más intensivo sea el cuidado de la cría y cuanto más tiempo dure la época de la juventud. Los animales viejos mantienen su inclinación al juego sólo cuando el hombre se hace cargo de su protección y alimentación.

Sintetizando: se han realizado numerosos intentos para formular una teoría acerca del juego, que lo defina en su esencia. Cada una de estas teorías ha nacido en el seno de una epistemología diferente.

Los autores que se apoyan en el positivismo intentaron una fundamentación científica de la cultura humana y concibieron al juego como expresión del instinto heredado y como preparación de la acción especifica para la adultez del hombre y del animal. El juego tenía la función de ejercitar para el trabajo y para la vida en sociedad.

Desde la psicología de la conciencia, el Jugar contenía la esencia de un ensayo de los instintos, quedó delineada una fisiología del Jugar donde aparecen características como la de ejercicio de habilidades, uso de la energía excedente y placer funcional.

Los autores que se vieron influidos por los desarrollos psicoanalíticos, conciben el Juego como un proceso abierto a la creación de nuevas conductas, que establece una relación más rica con el medio circundante. Describen el Jugar del hombre y del animal con una importante coincidencia de caracteres y destacan, para ambos, una condición esencial: es posible jugar cuando no se experimenta apremio. En el Jugar se expresa lo pulsional, pero no se habla de una pulsión de juego.

c) Desde el psicoanálisis.

Campo de ilusión: elaboración y placer.

Haciendo un recorrido a través de la bibliografía psicoanalítica

encontramos tres características esenciales que definen al juego:

-el ámbito ilusorio en el cual transcurre.

-la posibilidad de elaborar lo traumático.

-el placer que lo acompaña.

El Juego se despliega en un ámbito ilusorio, que corresponde al limite teórico entre lo subjetivo y lo que se percibe objetivamente. Ese espacio no es realidad interna, se encuentra fuera del niño, pero no es el mundo exterior. Le permite, sin alucinar, demostrar una capacidad potencial para "soñar" (Winnicott, 1971). Liberarse de los limites de tiempo, espacio y realidad impuestos a su yo y aún mantener la noción de realidad (Erikson, 1960).

El niño cree en su mundo de ilusión, aunque sabe que se trata de un "como si" fuera de verdad. Juega con la realidad y los efectos de su juego son progresivos ensayos que le permiten crecer y desarrollarse.

La posibilidad de elaboración y el placer son características que se relacionan entre si y remiten al señalamiento de Freud (1920), según el cual, la compulsión a la repetición y la satisfacción pulsional placentera directa se entrelazan en intima comunidad en la génesis del juego.

El juego es el gran logro cultural de la niñez, ya que representa la renuncia a la satisfacción pulsional placentera directa. El niño escenifica - simbólicamente - el cumplimiento de un deseo sofocado en su conducta. Adopta un papel activo, repitiendo aquella experiencia desagradable que vivió pasivamente. Lo traumático se libera a través de la repetición y le permite - de algún modo - dominar la situación que lo perturba, brindándole en ese mismo acto, una ganancia de placer directa pero proveniente de otra fuente (Freud, 1920). Freud (1907) también relacionó el juego con las pulsiones que llevan al niño a ejercitar sus capacidades; dice que es probable que en ese camino, ellos se encuentren con el placer que resulta de la "repetición de lo semejante", del "redescubrimiento de lo consabido". Es el placer el que impulsa al niño a "cultivar el

juego" y a concentrarse en él.

Para Freud las situaciones traumáticas impulsan al niño a jugar en la búsqueda de alivio y dominio que vivencia como placer. Este placer que acompaña a la experiencia lúdica es explicado de acuerdo a la metapsicología. Lo describe económicamente como un gran ahorro de gasto psíquico y lo relaciona, en el caso particular del juego, con la satisfacción que no proviene del éxito de una acción específica sino de una acción realizada en el ámbito simbólico.

Klein (1926), basándose en el desarrollo freudiano, destaca la importancia del juego como forma de dominio y como medio de descarga de las ansiedades primarias. Afirma que el juego es la parte esencial en el modo de expresión infantil; los niños manifiestan simbólicamente sus fantasías, deseos, sentimientos, ansiedades y experiencias.

Detrás de toda forma de actividad de juego - sostiene - yace un proceso de descarga de fantasías de masturbación, operando en la forma de un continuo impulso a jugar y este proceso, que actúa como una compulsión de repetición, constituye el mecanismo fundamental del juego infantil (klein, 1926).

Para Klein el juego es esencialmente elaborativo. El supuesto de la satisfacción y el placer contenido en él, está relacionado con el alivio de la descarga.

Para Erikson (1960), el juego tiene el sentido de la descarga y el alivio de la frustración.

De acuerdo con la concepción freudiana, vincula el juego con la experiencia de vida que el niño intenta repetir, dominar o negar, con el fin de organizar su mundo interior. Afirma que el niño utiliza el Juego para compensar las derrotas, los sufrimientos y las frustraciones.

El placer, en el desarrollo de este autor, queda asociado con el alivio de la descarga, como una actividad libre y despreocupada. Describe que "(...) quien juega debe entremezclarse con las cosas y la gente en una forma igualmente no comprometida y ligera. Debe hacer algo que ha elegido sin estar impulsado por intereses urgentes o por una intensa pasión, debe sentirse

entretenido y libre de todo temor y esperanza de cosas serlas" (Erikson, 1960).

Según Winnicott (1960) el juego es un logro en el desarrollo emocional e individual, que surge como consecuencia de la confianza del bebé y del niño pequeño en su madre. Se origina en la tendencia heredada que impulsa al niño hacia adelante y en el suministro ambiental que contempla su extrema dependencia y satisface sus necesidades básicas.

El placer - que depende del uso de símbolos - es una característica esencial del juego. Este es primordialmente una actividad creadora que le permite al niño adquirir "(...) la capacidad de sentirse real y experimentar que la vida puede ser usada y enriquecida (Winnicott, 1971).

Ademes define al juego como una elaboración imaginativa, en torno de las funciones corporales, relacionada con los objetos y con la angustia. Los niños juegan para controlar ideas e impulsos que llevarían al aumento de la ansiedad si no se los controla.

Confirma el valor del Juego como modo de elaborar la angustia. Destaca la importancia del placer en la actividad lúdica y lo relaciona específicamente con la capacidad de manejar símbolos y con el desarrollo de la creatividad.

Chiozza (1991) plantea que el juego es una acción de ensayo, a pequeña cantidad, que precede a una acción a plena cantidad. Algo así - dice - como un "pensamiento actuado". Esta acción se acompaña de dos características esenciales: el placer que se experimenta mientras se la realiza y la conciencia de que no va en serio. El placer proviene de la ausencia de apremio, ya que es un deseo y no una necesidad la que se quiere satisfacer. La tendencia que se satisface en el Juego puede describirse como un deseo primario.

El juego pierde su carácter de tal si se transforma en una obligación de aprendizaje. Cuando se trata de una experiencia traumática, que se intenta elaborar, se transforma en una actividad comandada por la compulsión repetitiva o el estereotipo.

Destaca que aunque el juego puede ser elaborativo, es sólo en el contexto de la sesión analítica y mediante la interpretación, que adquiere pleno sentido la elaboración.

Teniendo en cuenta loa desarrollos psicoanalíticos de los autores mencionados, consideramos que la característica esencial del Juego – el ámbito de ilusión en el cual transcurre - se funda en la capacidad simbólica e incluye la conciencia del "como si".

El juego entonces se despliega en un campo de ilusión que da lugar tanto a la elaboración como al placer.

Podemos observar que el jugar adquiere predominantemente la función elaborativa cuando se trata - para el niño – de representar aquellas situaciones que le preocupan, lo angustian y quiere resolver.

Por otro lado, el jugar manifiesta placer cuando el motivo no es tanto la ansiedad sino el deseo de disfrutar. La posibilidad de Juego se origina en la ausencia de apremio. Se trata para el niño de una actividad libre y creadora que no conlleva el esfuerzo ni la obligatoriedad del aprendizaje.

EL JUEGO EN LA SESIÓN PSICOANALITICA

Comunicación e interpretación.

Freud (1895) establece una correlación entre el uso lingüístico y los síntomas de la histeria, considerándolos expresiones provenientes de una fuente común. Reconoce la existencia de un lenguaje inconciente que puede expresarse de diferentes maneras, como sucede en el proceso de figuración de los sueños (Freud, 1913).

A partir de estas conceptualizaciones y siguiendo los desarrollos de Chiozza (1977), comprendemos que los significados inconcientes se expresan a través del enorme campo que abarca tanto la palabra, como el gesto, los sintonías, el juego y el dibujo.

La existencia de múltiples lenguajes, que implican diferentes maneras de percibir, organizar y procesar la "realidad", son modos expresivos encuadrados bajo la denominación de lenguaje

verbal y lenguaje no verbal. En el proceso analítico ambos se mezclan en la comunicación.

Chiozza (1978) denomina proceso terciario a esta amalgama de lenguajes de donde surge - dice - la metáfora, el símbolo, el pensamiento creativo y que constituye la fuente del lenguaje, del teatro, del juego y de la transferencia.

También destaca la importancia de la comunicación metalingüística en la sesión y sostiene que el drama, el síntoma, el dibujo o el juego son los que pueden dar cuenta de manera inequívoca de la relación con las fantasías inconcientes y con los cuales - dice - es muy difícil mentir. Todas estas expresiones que trascienden el significado del lenguaje verbal proveen muchas veces "(...) la integración del "dato que faltaba" para que una historia se llene de vida" (Chiozza, 1977).

Cuando un niño llega a una consulta o comienza un tratamiento sicoanalítico intenta comunicarse por medio de juegos, gestos, dibujos, expresiones verbales, síntomas o enfermedades orgánicas.

Aunque los niños son llevados por sus padres a la consulta sicoanalítica, la observación clínica demuestra que aún siendo muy pequeños ***manifiestan concientemente su deseo de comunicación*** y su esperanza de ser comprendidos y ayudados. Entienden que la sesión es un espacio en el que pueden comunicar aquello que les preocupa y por lo que sufren. Pero no siempre cuentan todo lo que saben. Es decir, saben más tanto conciente como inconcientemente. En otras palabras, pueden ocultar o reprimir.

La comunicación que el niño realiza y la adecuada comprensión de la misma, abre un camino para desarrollar la tarea psicoanalítica propiamente dicha: hacer conciente lo inconciente.

El juego es la expresión predominante del niño. Constituye un lenguaje, dado que la descarga afectiva - cuando es percibida y comprendida por "otro" - conduce al proceso de comunicación. Consideramos, de acuerdo a un aporte realizado por Obstfeld (1991), que si bien el modo expresivo que predominantemente

emplea el niño en la sesión es a través de juegos y del uso de juguetes, su actividad no reúne las características que definen al juego, en el sentido habitual del término, como diversión y alegría.

Es necesario distinguir el juego que el niño despliega en la sesión - en el que el simbolismo toma la forma de un relato y cuya finalidad es fundamentalmente comunicativa - del juego despreocupado, cuyas condiciones son afines al conocimiento popular, al significado etimológico de la palabra juego, así como también a la definición que a través de la evolución del lenguaje fue abarcando este concepto.

En la sesión psicoanalítica, a veces el niño puede "Jugar por jugar", pero generalmente su juego, aunque tenga un carácter manifiestamente placentero, esté motivado fundamentalmente por la necesidad de elaborar, de resolver por medio de la compulsión a la repetición alguna situación traumática. El placer que obtiene es a partir de la posibilidad de descarga del aparato psíquico, de ligar representaciones y de elaborar contenidos por medio de la interpretación.

La influencia que el juego, desarrollado en la sesión, ejerce en la evolución y en el crecimiento del niño, consiste esencialmente en el enriquecimiento que proporciona el acceso a la conciencia de los contenidos reprimidos.

Comunicación e interpretación forman parte de un mismo proceso que se configura a partir de la relación bipersonal paciente-analista. El contenido de la comunicación condiciona e influye sobre la interpretación, así como las características de la interpretación promueven el tipo de comunicación que se va a establecer en ese vínculo.

Un aspecto fundamental del psicoanálisis de niños es que el paciente se expresa preferentemente en forma no-verbal, mientras que el analista vehiculiza sus interpretaciones por medio de las palabras. Esta diferencia en el modo de comunicarse no constituye un impedimento para la tarea psicoanalítica, sino que la dificultad radica en que el juego tiene las características de un código particular que necesita ser descifrado por medio de

la comprensión y de la interpretación del simbolismo lúdico, así como por la interpretación del contenido latente de las escenas representadas. En este sentido conviene diferenciar entre las intervenciones que el analista realiza, las que son traducciones de aquello que el niño tiene en la conciencia y no puede comunicar, de las que son interpretaciones de lo inconciente, es decir, de lo que el niño no puede comunicarse a sí mismo porque lo tiene reprimido (Chiozza, 1991). También es necesario distinguir entre la interpretación como comprensión de significados y la verbalización de la misma. La comprensión puede claree aún cuando por diferentes razones no sea oportuna su verbalización.

En la tarea psicoanalítica, no debemos atribuir a la palabra hablada un valor superior al del silencio. Es diferente el silencio interpretativo del analista que sabe y considera apropiado callar y el silencio de aquel que ignora o que ignora lo que sabe (Chiozza, 1977).

Al decir de Racker (1958) "(...) la interpretación debe ser dada cuando el analista sabe lo que el analizado no sabe, necesita saber y es capaz de saber".

No todo lo que tiene significado puede ser dicho y a veces los niños quieren ser comprendidos sin que sean explicitados sus sentimientos. Esta actitud también forma parte de la labor terapéutica.

Una interpretación adecuada evoca un recuerdo que produce en el niño asombro y conmoción, llevándolo a detener por unos instantes su jugar, para continuar luego modificando algo de su juego anterior o creando otro distinto. Estas nuevas producciones lúdicas son entonces la expresión del recuerdo.

Las interpretaciones deben aludir a los juguetes como personajes del juego - objetos personificados - al paciente o a las personas representativas de la vida del niño.

Es conveniente que el analista, al verbalizar las interpretaciones, no se ubique como objeto de las mismas.

Aunque él es el receptor directo del afecto del paciente, explicitarlo puede hacer peligrar la relación analítica, ya que

existe el riesgo de que el niño olvide el carácter transferencial del vinculo (Chiozza, 1977).

Si bien forma parte del proceso analítico vencer los obstáculos que se oponen al logro de la comunicación y el entendimiento, son comunes los desencuentros y los malos entendidos entre paciente y analista.

La observación clínica suele mostrar que frente a distintas interpretaciones e intervenciones, el niño selecciona de manera inconciente aquellas palabras que contienen mayor carga afectiva para él. Así, por ejemplo, frente a la interpretación “sentís una rabia tan fuerte que te da miedo ser malo", un paciente respondió "yo no soy malo". O en otra oportunidad en que la analista le preguntó a un niño acerca de su dibujo “decime, qué hiciste?”, éste contestó sobresaltado "yo no hice nada".

A veces se formulan interpretaciones con el deseo de hacerle sentir al niño que es escuchado, para promover un cambio en su conducta o con la finalidad de exhibir conocimientos intelectuales.

La repetición de una interpretación, así como las intervenciones demasiado frecuentes del analista, pueden "gastar" la importancia de las mismas.

Por otra parte, es observable, la facilidad con la que los niños comprenden y aceptan las interpretaciones, así como la rapidez en sus cambios y sus progresos terapéuticos. No toleran fácilmente un pacto resistencial en el cual no se los analice.

ASPECTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE LA TÉCNICA.

Transferencia - Contratransferencia.

La unidad transferencial-contratransferencial crea la relación interpersonal de la situación analítica y en la medida que puede ser analizada con el paciente, constituye el instrumento privilegiado para la tarea terapéutica (Racker, 1958). Para Chiozza (1974) "(...) hacer conciente la transferencia y la contratransferencia, en sentido amplio y acabado, no sólo significa hacer conciente aquello que el paciente o el analista

"sin saberlo" sienten frente a su copartícipe de la experiencia. Tampoco significa solamente que paciente o analista hagan conciente que lo que vivencian es el producto de un pasado continuamente repetido. Es necesario que el recuerdo les aporte, en un mismo acto de conciencia, el episodio pretendidamente original, el afecto "retenido" y la contemplación de su repetición o reedición presente a partir de un fragmento de la realidad".

Klein (1929), al describir el juego en los niños y particularmente los juegos de personificación, señala que éstos ponen en marcha los mecanismos de disociación y proyección, que producen el debilitamiento del conflicto o su desplazamiento al mundo externo. Explica que el niño al adjudicar al analista, durante su Juego, los roles más variados y contradictorios, activa y revive con él, las distintas imagos y fantasías. Este proceso - afirma - constituye la base del fenómeno transferencial y es la fuerza propulsora del trabajo analítico.

La mayor o menor ansiedad del niño en el vinculo con sus objetos, lo impulsa a proyectar sus sentimientos de amor y hostilidad en la relación analítica, lo que determina las características de la transferencia positiva y negativa.

Cuando la transferencia es negativa, la ***resistencia***, al análisis es intensa y puede manifestarse a través de acciones que buscan una gratificación directa, armando juegos repetitivos y obsesivos, cambiando de juego, inhibiéndolo o con una clara oposición al tratamiento.

Son variadas las actitudes resistenciales que puede asumir un niño durante su tratamiento, para evitar la emergencia de recuerdos inconcientes angustiantes.

Comprender las características de la resistencia y los motivos que la sustentan, permite el acceso a los contenidos inconcientes.

Podemos describir algunas fantasías que subyacen a la inhibición para jugar.

- La fantasía mágica de que al no aludir a un hecho doloroso, desaparecería el contenido del mismo.

- El deseo de que el analista pueda comprenderlo sin ningún esfuerzo y así mantener la ilusión de la existencia de una figura omnipotente protectora.
- La necesidad de evitar malos entendidos que hagan peligrar la aceptación y el amor del analista.
- La creencia de que al retener sus fantasías y no desplegarlas en el juego, evita el sentimiento de carencia o de vacío.
- El temor a perder la conciencia del "como ***s***í".

Racker (1958) define la contratransferencia - en ***s***u aspecto concordante y complementario - como la respuesta interna total del analista a las transferencias del analizado.
Destaca que el autoanalisis de la identificación complementaria, que implica integrar en si mismo el objeto interno disociado, permitirá alcanzar, en otro nivel, una identificación concordante más plena.
En el análisis de niños, el analista se encuentra expuesto al riesgo de una excesiva identificación complementarla. Puede desarrollar una actitud contrarresistencial, cuando identificado con una figura protectora, accede a los pedidos de asistencia directa del niño, así como a la demanda de participación en el Juego, sin discriminar cuando el pedido es adecuado o es expresión de su resistencia.
La posibilidad de Identificarse concordantemente con el paciente, también se ve dificultada porque la organización pregenital en la que se encuentra el niño y la menor represión de sus impulsos, lo enfrenta con sus vínculos infantiles, con sus deseos y fantasías pregenitales reprimidas expresadas en las distintas temáticas universales.
En el encuentro analítico, el niño no sólo necesita desarrollar vivencias que le son conocidas, sino que también tiene la esperanza de generar un vínculo diferente y así se verán representadas en su juego las peculiaridades de esa nueva relación.
El analista con su presencia y sus interpretaciones se convierte en un nuevo modelo de identificación. La manera en que habla,

actúa o sonríe, influye en el desarrollo del vínculo transferencial-contratransferencial.
El cambio transferencial puede lograrse no sólo por la posibilidad de hacer conciente la transferencia, sino por la experiencia emocional transformadora que se le brinda al paciente, por medio de la intervención del analista como personaje inesperado. Este ingresa en la vida real del paciente en una proporción variable pero inevitable (Chiozza, 1977).

Neurosis de Transferencia.

En el proceso analítico, así como el niño establece desde el comienzo una transferencia positiva y negativa, también desarrolla una neurosis de transferencia. La figura del analista recibirá una y otra vez las transferencias del paciente, hasta que el conflicto neurótico se despliegue, en torno a él, con toda su fuerza.
G.T. de Racker (1958) describe que el niño, al iniciar el análisis, encuentra "su" cajón de juguetes como un medio que le ofrece el analista para expresarse. El uso de los mismos y la manera en que los moviliza, constituyen una representación de su mundo interno, de su acervo de fantasías inconcientes y le permiten escenificar sus vivencias actuales.
El juguete es un objeto material sobre el cual el niño plasma una historia. Cada Juguete condensa a través del tiempo una historia colectiva en la que se engarza la actual e individual del niño.
Chiozza (1991) al destacar la importancia del cajón de Juegos, plantea que el Juguete es un objeto material inanimado que recibe una transferencia falso enlace que coincide, a su vez, con la transferencia sobre el analista.
Todo lo que el paciente hace con sus Juguetea simboliza el vínculo que tiene con el analista, en este sentido - aclara Chiozza - tanto el cajón de Juegos como los Juguetes constituyen la neurosis de transferencia, a la que el paciente retorna en cada sesión, para retomar una historia y proseguirla.

El jugar del paciente y del analista.

El juego en la sesión constituye el campo en el que se da el encuentro y el diálogo entre el niño y el terapeuta.

Aunque el analista no siempre participa activamente, su presencia y su actitud observadora influye en el desarrollo del mismo.

Son diversos los Juegos que el niño puede desplegar durante la sesión. El pedido de compartirlos puede estar motivado por:

- La necesidad primaria de Jugar con "otro".
- El deseo de que el analista tome contacto con los juguetes y experimente vivencias semejantes que le garanticen una mejor comprensión de sus fantasías.
- La expectativa de que al representar un personaje le ayude a completar aquello que quiere comunicar.

La necesidad de que la intervención contrarreste el surgimiento de una ansiedad muy intensa.

La evaluación del contexto general en que se desarrolla el proceso analítico y la comprensión de la transferencia-contratransferencia determinarán la oportunidad y el modo de compartir un juego.

Cuando el analista participa, asume los roles y las funciones que el niño le asigna. Se ubica como representante de los aspectos que el paciente no puede asumir y también representa a las personas importantes de su vida. Es el paciente quien debe describir con el mayor detalle posible el papel que el terapeuta desempeñará.

Es necesario diferenciar la participación que forma parte de la labor terapéutica, de aquella intervención contrarresistencial movida por la necesidad de compensar alguna insuficiencia en la comprensión de significados.

Si un paciente manifiesta serias inhibiciones para jugar, la interpretación puede ir acompañada de una propuesta de juego cuya finalidad es lograr la apertura del diálogo analítico.

La atención flotante, como la actitud del analista de liberar su propia actividad inconciente, puede perturbarse o ser anulada cuando su participación en el juego se transforma en una

actuación contrarresistencial.

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE POR QUE JUEGAN LOS NIÑOS EN LA SESION PSICOANALITICA.

El nivel de pensamiento y de conciencia que tienen los niños esté relacionado con la etapa evolutiva y madurativa por la que atraviesan. Su psiquismo se caracteriza por una menor represión, por cierta inestabilidad de las defensas y por una mayor permeabilidad conciente-inconciente.

A medida que crecen, las nociones de tiempo, espacio, objeto y causalidad, se van conformando paulatinamente.

Para el niño todo tiene una dimensión diferente. Ubicado en el espacio que lo circunda, cuando mira desde abajo hacia arriba las cosas son altas, lejanas y distantes. El mundo se le presenta como un "mundo de grandes" adonde tiene que llegar. Cuando mira desde arriba hacia abajo, todo esté cerca y al alcance de la mano.

En la sesión el niño "dice jugando". Aún aquellos que cuentan con la posibilidad de expresarse verbalmente "eligen" el juego como medio de comunicación predominante. Tanto el juego como la palabra le permiten expresar "importancias", sin embargo observamos que no es lo mismo para él jugar que hablar.

Cuando el niño, en lugar de jugar, recurre a la expresión verbal, es porque quiere comunicar con urgencia experiencias impactantes, que lo desbordan, lo desconciertan y que quiere compartir. A través de la "precisión" de la palabra intenta asegurarse la comprensión.

En algunas ocasiones, se siente impulsado a hablar, cuando percibe la expectativa que tienen los adultos de que se exprese verbalmente.

Nos preguntamos por qué si un niño es capaz de hablar, prefiere jugar. Por qué nos cuenta a través de su Juego lo mismo que podría decir con palabras que ya conoce.

- El Juego abarca la mayor parte de la actividad vital del niño, es esencial en su desarrollo y constituye su forma de expresión natural. En este sentido, expresarse jugando le demanda menor

esfuerzo que hacerlo con palabras.
- La expresión verbal le resulta insuficiente para traducir su imaginación y sus fantasías. Siente que al entrar en contacto con las palabras, algo de sus ilusiones cambia y se pierde.
- La posibilidad de concretar fantasías por medio de la acción, tranquiliza al niño en relación a su capacidad creativa y reparadora.
- Al desplegar en un mundo de ilusión la intensidad de sus afectos y sus conflictos, experimenta la vivencia de preservar a quienes quiere y necesita.

Las acciones con juguetes contribuyen a controlar la ansiedad, brindándole la ilusión de que "algo está ocurriendo realmente" y que así lo puede dominar. Le ayudan a desarrollar la capacidad de espera y la tolerancia a cierto grado de frustración.
- El juego le da la oportunidad de volver una y otra vez sobre acciones conocidas, que le permiten sentirse seguro. La repetición le posibilita elaborar e integrar vivencias y contribuye a conformar su identidad.
- Mientras juega cree que puede ocultar ante si mismo y ante loe demás sentimientos que prefiere negar. Teme que al hablar sus emociones y su mundo de fantasías puedan quedar al descubierto y tener efectos sobre la "realidad".

La creación de la técnica de juego - utilizada hasta el ingreso en la pubertad - surge ante la necesidad de adecuarse a las características de la infancia. Si bien el proceso analítico es el mismo tanto en adultos como en niños, el método aplicado en estos últimos reúne algunas particularidades:
- La comunicación en forma de juego requiere la traducción de su simbolismo, que es previa a la interpretación del contenido inconciente.
- La demanda de asistencia directa, propia de la edad del niño, así como la participación de los padres para que se realice el tratamiento, impone condiciones especiales en el encuadre psicoanalítico.
- La verbalización de la interpretación contiene la cualidad de

lo infantil, tiene en cuenta sus vivencias, reconociendo su nivel de pensamiento y la particular estructuración de su aparato psíquico.
Cuando la formulación de la interpretación es simple, directa y adecuada a las expresiones del niño, facilita la comprensión y el acceso al punto de urgencia.

Un ejemplo clínico

Ernesto propone jugar a que él es un hipnotizador. Explica a la analista que ella tiene que ser la hipnotizada y que tiene que cumplir sus órdenes.
Cuando ella le pregunta qué tiene que hacer, responde: "que me alcances cosas". Cuando le pregunta cómo tiene que estar, contesta: "contenta".
Ernesto hace gestos con las manos delante de la analista a quien había pedido que se sentara en el sillón. El se pone de pie y ambos quedan frente a frente. Mueve sus manos para ejercer una actitud sugestiva mientras dice: "tu serás mi esclava, harás todo lo que yo te pida". Intenta chasquear los dedos y no puede. Dice: "no importa, te hipnoticé igual". La analista queda inmóvil en su papel de hipnotizada y Ernesto sonríe con placer. Ordena: "dame ese lápiz, dame el libro verdee, dame la goma" y sus pedidos son respondidos. Junta todos los objetos y habla cada vez con mayor tono imperativo, casi gritando. Luego intenta chasquear los dedos nuevamente, pero no los puede hacer sonar, al final dice: "no importa, ya te despertás, eh?. Cuando la analista se mueve, él agrega: "quién puso todo esto acá?", señalando los objetos, "eh ?".

Intentamos traducir al lenguaje verbal, los contenidos concientes e inconcientes que Ernesto nos comunica a través de su juego.
Aclaramos que si el paciente empleara palabras, no utilizarla nuestras expresiones, sino que baria un relato que, como representación sustitutiva, aludirla a los mismos contenidos. Ernesto espera que la analista desde la vivencia de hipnotizada,

comprenda su padecimiento. Siente que sus deseos y sus sentimientos no son tenidos en cuenta y que en cambio se ve obligado a obedecer y a mostrarse contento.

- Me dicen todo el tiempo qué tengo que hacer, cómo lo tengo que hacer y cuándo. Me tienen de acá para allá. Estoy harto de hacer siempre lo que me mandan, pero no me puedo quejar.

La actitud dominante y segura que despliega como hipnotizador, oculta la angustia que tiene cuando se siente inseguro y manejado.

- Siento que las cosas que hago, no las hago yo, sino que me las hacen hacer, que alguien me empuja, que una fuerza me maneja.

La elección de un juego atractivo y el empleo de la seducción son recursos que el paciente utiliza y que explican el temor que tiene a no ser mirado, querido y escuchado.

- No aguanto cuando no me miran o cuando no me escuchan, pero no lo muestro. Me hago el simpático y el que está contento para que me quieran, pero me pongo muy nervioso.

Crea un mundo en el que los deseos se transforman en órdenes que se cumplen sin postergación. Expresa de esa forma la incapacidad que siente para enfrentar frustraciones.

- Cuando no me dan lo que yo quiero me pongo muy mal, me desespero y siento que no lo voy a aguantar.

Con la dificultad para chasquear los dedos simboliza, corporalmente, la imposibilidad que siente para lograr lo que necesita y para defenderse.

- No puedo pedir lo que quiero. No tengo fuerza para decir que no y al final hago todo lo que me dicen.

Hipnotiza a la analista para que ella no pueda interpretar. Teme que las interpretaciones sean un impacto que él no pueda soportar. En el vínculo transferencial le hace vivir el temor y la debilidad que él experimenta.

- Siempre me pasa lo mismo, no la puedo pasar bien, no se por qué pero tengo mucho miedo.

Cuando le pregunta a la analista "quien puso todo esto acá?", muestra la intranquilidad que siente por desear obtener por la fuerza lo que no le dan.

- Pasan cosas y yo no me doy cuenta cómo pasaron. Me asusto si pienso que fui yo.

Describimos algunos de los motivos por los cuales "eligió" jugar en lugar de hablar.

Cree que la analista no va a poder soportar la sinceridad de sus sentimientos. Teme el enojo y el rechazo. Siente que las palabras le resultan insuficientes para traducir el decurso de su imaginación.

El juego del hipnotizador le permite proyectar su vivencia de sometimiento y experimentar el placer del dominio. A través de la representación de un personaje omnipotente niega por momentos - su debilidad, sus necesidades y su frustración.

Teme que, al verbalizar sus afectos, estos adquieran una intensidad intolerable.

Cree que si habla, sus pensamientos y sus sentimientos quedan al descubierto y que estos pueden tener efecto sobre la "realidad".

SÍNTESIS

En el latín clásico existen dos vocablos para referirse al juego: IOCUS y LUDUS.

Ludus-ludere abarcaban todo el* campo del juego con una rica gama de significaciones. Con la evolución del latín, su uso queda restringido a los Juegos de ejercitación y aprendizaje, locus, toma en su lugar la gran variedad de sentidos del concepto juego, conservando sólo manifiestamente el significado de broma, chanza y diversión.

Desde la psicología de la conciencia el Jugar contiene la

esencia de un ensayo de los instintos. Dentro del marco del pensamiento positivista, el Juego se explica como expresión de un instinto heredado y preparación para una acción futura. Los autores influidos por los desarrollos de la teoría psicoanalítica, describen el Juego como creación de nuevas conductas, que enriquecen la relación con el medio. Se considera que tanto el hombre como el animal juegan y para ambos es válida la misma condición esencial: que no exista apremio.

El ámbito de ilusión en el que se hace posible el juego se funda en la capacidad simbólica e incluye la conciencia del "como si". Este espacio particular da lugar tanto a la elaboración como al placer.
Cuando se trata - para el niño - de representar aquellas situaciones que lo preocupan, lo angustian y quiere resolver, el Juego adquiere predominantemente la función elaborativa.
Cuando lo que motiva al juego no es tanto la ansiedad sino el deseo de disfrutar, el Jugar del niño manifiesta placer. Es una actividad libre, creadora que no conlleva el esfuerzo ni la obligación de aprendizaje y que se funda en la ausencia de apremio.

El juego en la sesión psicoanalítica toma la forma de un relato cuya principal finalidad es la comunicación. Está dirigido por la necesidad de elaborar, de resolver por medio de la compulsión a la repetición alguna situación traumática, por el deseo de dominar la angustia, así como por el impulso de lograr una descarga afectiva.
Tiene la característica de un código particular que necesita ser descifrado por medio de la traducción del simbolismo lúdico, así como por la interpretación del contenido latente.

En el análisis de niños, el analista se encuentra expuesto al riesgo de una excesiva identificación complementaria. Puede desarrollar una actitud contrarresistencial cuando, identificado con una figura protectora, accede a los pedidos de asistencia directa del niño, así como a la demanda de participación en el

juego, sin discriminar cuando el pedido es adecuado o es expresión de su resistencia.
Todo lo que el paciente hace con los juguetes simboliza el vínculo que él tiene con el analista. En este sentido, tanto el cajón de juegos como los juguetes constituyen la neurosis de transferencia a la que el paciente retorna en cada sesión para retomar una historia y proseguirla.

En la sesión psicoanalítica los niños "eligen" el Juego como medio de comunicación predominante. Aún aquellos que cuentan con la posibilidad de expresarse Verbalmente prefieren Jugar en lugar de hablar.
El juego, por ser el modo natural de expresión del niño, le demanda menor esfuerzo que la palabra. El lenguaje verbal le resulta insuficiente para desplegar su imaginación. El Jugar lo tranquiliza en relación a su capacidad creativa y reparadora. Experimenta la vivencia de preservar a quienes quiere y necesita. Le da la oportunidad de repetir una y otra vez lo que siente como penoso. Le permite ocultar ante si y ante los demás sentimientos que prefiere negar. Contribuye a que pueda controlar la ansiedad, a desarrollar la capacidad de espera y a tolerar la frustración.

BIBLIOGRAFÍA.

BALLY, G. **(1945)** El Juego como expresión de libertad**. Ed. Fondo de cultura económica, México, 1986.**

CHIOZZA, L. (1974) "La transformación del afecto en lenguaje". En Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar. Biblioteca del CCMW. Ed. Paidós, Bs. As., 1980.

(1977) "Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico". Ibidem.

(1991) Comentarios en la presentación del trabajo: El Juego en el psicoanálisis de niños. CCMW. 25 de octubre de 1991.

ELKONIN, D. (1978) Psicología del Juego. Ed. Visor, Madrid, 1980.

ERIKSON, E. (1960) Infancia y sociedad. Ed. Hormé, Bs. As., 1983.

FREUD, S. (1893-1895) Historial clínico de Elizabeth Von R. en Estudios sobre la histeria. O. C., tomo II, Ed. Amorrortu, Bs. As., 1985.

(1908 [1907]) El creador literario y el fantaseo. Tomo IX, 1979, Ibidem.

(1913) El interés por el psicoanálisis. Tomo XIII, 1980, ibidem.

(1915) Pulsiones y destinos de pulsión. Tomo XIV, 1984, ibidem.

(1920) Más allá del principio de placer. Tomo XVIII, 1979, ibidem.

HUIZINGA, J. (1938) Homo ludens. Ed. Alianza, Bs. As., 1987.

KLEIN, M. (1926) "Principios psicológicos del análisis infantil". En O. C. tomo II, Ed. Paidós, Bs. As. 1983.

(1929) "La personificación en el Juego de los niños. Ibidem.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. (1968) Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, Be. As., 1981.

OBSTFELD, E. (1991) Comentarios en la presentación del trabajo: El Juego en el psicoanálisis de niños. CCMW. 25 de octubre de 1991.

RACKER, G. T. de (1958) El cajón de Juguetee del niño y el cajón de fantasías del adulto. En Revista de Psicoanálisis, Bs. As. Nº 15, 1958.

RACKER, E. (1958) "Sobre técnica clásica y técnicas actuales del Psicoanálisis". En Estudios sobre técnica psicoanalítica. Ed. Paidós, México, 1990.

WEBER, E. (1963) El problema del tiempo libre. Ed. Nacional, Madrid, 1969.

WINNICOTT, D. (1960) "Notas sobre el Juego". En Exploraciones Psicoanalíticas I. Ed. Paidós, Bs. As., 1991.

(1971) Realidad y Juego. Ed. Gedisa, Bs. As., 1982.

EL JUEGO EN EL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS

(TERCERA COMUNICACION)

LIC. SILVANA AIZENBERG (COORDINADORA)

LIC. CARMEN ARAUJO

LIC. RUBÉN GARCÍA

LIC. INÉS KARAMANIAN

LIC. PAULA PICCO

LIC. PAULA STEINBERG

CENTRO DE CONSULTA MEDICA WEIZ5AECKER

- 16 Julio de 1993 -

¿COMO ES EL NIÑO DEL QUE HABLAMOS EN PSICOANÁLISIS DE NIÑOS?

a) El niño
b) ¿Cómo percibe y como piensa?
c) Los mecanismos de defensa que utiliza
d) Cómo se relaciona consigo mismo y con los otros

ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS

a) Comunicación
b) Lenguaje lúdico y verbal
c) Encuentro entre dos formas de lenguaje
d) La elección del símbolo
e) Encuadre
f) Transferencia-Contratransferencia
g) Interpretación

UN EJEMPLO CLÍNICO

¿COMO ES EL NIÑO DEL QUE HABLAMOS EN PSICOANÁLISIS DE NIÑOS?

Es una creencia ya instalada que entre el psicoanálisis de niños y el de adultos sólo media una diferencia de técnica. El objetivo terapéutico en ambos es hacer conciente lo inconciente, a través de la interpretación del vínculo transferencial.

Las diferencias implementadas en la técnica, que distingue al psicoanálisis para niños, tienen su fundamento en las características de nuestros pequeños pacientes. Ellos se comunican diferente, sienten diferente y entienden diferente. Son niños, seres en desarrollo, con una estructura psíquica particular que merece ser estudiada como un capítulo aparte.

Desde distintas concepciones, muchos autores han desarrollado teorías acerca de la estructura y el funcionamiento del psiquismo infantil (Freud, Klein, Winnicott, Piaget, Aberastury). Sus conclusiones se basaron en la reconstrucción de la vida infantil de pacientes adultos y en experiencias de observación de niños.

Estas teorías acerca del desarrollo psicológico pueden, en algunos casos integrarse y en otros contradecirse. Por lo tanto, el punto nuclear para responder nuestra pregunta acerca del niño del que hablamos en psicoanálisis de niños, se centra en que teorías o que aspectos de una teoría, tomamos en cuenta en nuestra práctica clínica. **La importancia de esta "toma de partido" radica, en que nuestra "creencia" sobre lo que el niño experimenta va a dar forma a nuestras ideas sobre lo que el niño es.** Estas ideas constituyen hipótesis de trabajo sobre la infancia. Nos sirven como modelos que guían nuestros conceptos clínicos sobre la psicopatología y son el fundamento de nuestras decisiones técnicas.

Nos ocuparemos en este trabajo de comentar aquellas características de la vida psíquica del niño que —a nuestro entender- la distinguen de la vida psíquica del adulto.

Para realizar en forma esquemática una descripción de la percepción y el pensamiento del niño pequeño, los mecanismos de defensa que utiliza y los modos de relacionarse consigo mismo y con los otros, consideramos como líneas de desarrollo la evolución del aparato psíquico y de las relaciones objetales junto con el desarrollo de los impulsos.

El niño

A partir de Freud y a medida que se fue profundizando en el estudio del psiquismo, descubrimos que los niños cuentan desde muy temprano con posibilidades antes inimaginadas. Las teorías sobre el psiquismo temprano, así como también las investigaciones acerca del psiquismo prenatal dan cuenta de esta afirmación.

En psicoanálisis podemos hablar de un niño ya a partir del deseo de sus padres, tomando en cuenta sus fantasías concientes e inconcientes acerca de él, sobre la gestación y el nacimiento. Pensamos en un niño que siente y que "hace" mientras se está formando en el interior de su madre. Recibimos —en el momento del nacimiento- a un niño que "trae" historia y que "hace" historia. Que dispone de un bagaje constitucional que lo distingue y que irá desarrollando en contacto con las personas significativas de su vida, en el marco de sus experiencias vitales. Creernos en un niño que ya antes de nacer es "dueño" de un aparato psíquico complejo que se va integrando -en lo prenatal y postnatal- en forma progresiva hasta alcanzar el nivel de maduración de un psiquismo adulto. La disposición instintiva y las relaciones de objeto son los estructurantes de este psiquismo (Freud, Klein, Fodor, Rascovsky, Chiozza).

El desarrollo del niño dibuja una línea que integra lo constitucional a lo adquirido, el ello con el yo, lo subjetivo a lo objetivo, el principio de placer al principio de realidad. El proceso evolutivo da cuenta del progreso a través de perdidas y nuevas adquisiciones. Así, gran parte de la percepción inconciente -natural en los niños— es reprimida para facilitar el proceso de adaptación a la realidad.

Si bien como dijimos, el niño al nacer "trae" consigo posibilidades en potencia, su desarrollo temprano depende en gran medidas de las relaciones que establezca con quienes le rodean. La actitud maternal de sostén, así como un ambiente protector y comprensivo ayudan a convertir sus posibilidades en capacidades. Una buena adaptación mamá-bebé y bebé-mamá, le permitirán continuar el camino de la integración.

Cómo percibe y cómo piensa

El mundo del niño pequeño se reduce -en primera instancia- a lo que le interesa. Distingue lo placentero porque calma su necesidad de contacto, de calor o de alimento, de aquello displacentero que lo deja indefenso, carente y que le provoca angustia. Como una forma primitiva de defenderse se adjudica a si mismo el origen de todo lo placentero, mientras desplaza al exterior todo lo desagradable. El bebé hace "uso" de su madre mientras está, fantasea, y alucina mientras la espera. Las experiencias de satisfacción y frustración le permiten ir configurando de manera más acabada las características de este objeto que lo "nutre", al mismo tiempo que aprende el modo más adecuado para obtener lo que necesita. Las vivencias tempranas van haciendo huella en su psiquismo.

La decepción frente a la experiencia alucinatoria, que lo mantiene en la insatisfacción, inaugura para el niño la posibilidad de pensar de otra manera. Pensamiento y acción –que estaban indiscriminados en la descarga motriz inmediata a la percepción- comienzan a diferenciarse, lo que era acción se va haciendo pensamiento. El bebé posterga su necesidad para examinar, discriminar y reconocer al objeto. El tiempo y la energía ahorrados por esta postergación sirven a la función del juicio que le permite diferenciar entre realidad exterior y fantasía. Se va afianzando el principio de realidad y con él se va desarrollando la conciencia de si y de los otros (Freud, 1895).

El desarrollo -más intenso en esta etapa- de capacidades como la percepción, la atención y la memoria posibilitan experiencias más complejas que se internalizan como pensamientos y que se traducen como acciones más adecuadas.

Mientras el principio de realidad dirige las pulsiones de autoconservación, el de placer sigue reinando sobre las pulsiones sexuales -que en este período- se satisfacen predominantemente en forma autoerótica. El fantasear, como una clase de actividad del pensar queda escindido, se mantiene apartado del principio de realidad y sólo obedece al principio de placer (Freud, 1911). Podríamos pensar entonces, que la vida anímica del niño se

complejiza en dos aspectos que se influyen mutuamente. Por un lado, observamos todos los aprendizajes nuevos que le permiten al yo manejarse más adecuadamente, contemplando su necesidad con las posibilidades de la realidad. Parece ser el espacio del "ensanchamiento" de su conciencia, de su proceso secundario y coincide con los adelantos evolutivos observables en su conducta. Por otro lado, tomamos noticia de su vida interior, sus impulsos, sus fantasías inconcientes y las defensas frente a ellos.

Caracteriza este aspecto de su vida las leyes que rigen a los procesos inconcientes, el proceso primario.

Es característico de la vida psíquica infantil que el proceso primario predomine sobre el proceso secundario. Al decir de Freud (1911) el principio de realidad es puesto al servicio del principio de placer.

El niño pequeño “aprende” a pensar para asegurarse la supervivencia través del cuidado que le es proveído desde el exterior. Pero aprende más lentamente a controlar los impulsos que, ahora reconoce vienen del interior de si mismo. Se va conectando con las cosas del mundo de modo parcial y fugaz. Recibe infinitos estímulos pero sólo se organiza alrededor de aquello que le interesa. Su interés va cambiando rápidamente de objeto. "Salta" de una cosa a la otra, hace suyas cosas del mundo, mientras le adjudica a éste sus propias fantasías. Su pensamiento comparte en gran medida las características del fantasear y de los procesos inconcientes. Es un pensar en imágenes, podríamos decir, más cercano a lo visual que la palabra (Freud, 1923).

El proceso primario invade muchas veces su intento de pensar en concordancia con la "realidad". Se impone una lógica incoherente para el adulto que no la comprende, es una lógica adecuada exclusivamente a los intereses del niño en la que todo cabe. Las fantasías son hipótesis que se confirman o invalidan de acuerdo a sus deseos.

El adulto puede describir esta actitud como omnipotente, narcisista y egocéntrica, sus deseos como perversos, sus temores como infundados y sus angustias como exageradas. Sin embargo para el pequeño, esa es la forma de ser niño.

Los mecanismos de defensa que utiliza

Desde un comienzo el conflicto está presente en la vida psíquica del niño, sus impulsos y fantasías inevitablemente se enfrentan con un súper-yo temprano. Para salvaguardarse desarrolla mecanismos de defensa que cumplen con un objetivo común: escapar del sentimiento de angustia (Freud, 1909; Klein, 1958).

En psicoanálisis —al describir el psiquismo temprano- se habla de mecanismos de defensa previos a la represión. Así Klein (1953) describe como defensas tempranas la disociación, la proyección y la introyección[1]. Considera la represión como un mecanismo más eficaz, en correspondencia con un yo más integrado a los dos años.

[1]Para Klein (1958) la disociación es la forma más primaria de que dispone el bebé para defenderse y así mismo tiempo constituye un proceso esencial para el desarrollo normal. Es el modo de expresar y elaborar las ansiedades psicóticas tempranas.

La naturaleza de la disociación determina la naturaleza, de la represión. El grado en que se recurre a los procesos de disociación en los primeros meses de vida, influye vitalmente sobre el empleo de la represión en periodos posteriores. Con la represión el yo más altamente organizado se divide con mayor eficacia frente a los pensamientos, impulsos y figuras terroríficas inconcientes.

Según Freud (1937)"... todas las represiones acontecen en la primera infancia, son unas medidas de defensa primitivas del yo

inmaduro, endeble". Estas represiones adquieren un carácter definitivo alrededor de los cinco años, cuando se produce el sepultamiento del complejo de Edipo. Considerando la represión en sentido amplio, como modelo general de la defensa (Aizenberg Sergio, 1979) y tomando en cuenta los desarrollos sobre el psiquismo prenatal, comprendemos que la represión está presente desde el comienzo mismo de la vida (Chiozza, 1970). Afirmar la existencia del psiquismo prenatal supone considerar que una división fundante del aparato psíquico tuvo lugar en esos momentos originarios. En este sentido, la evolución postnatal sintetiza e integra cada una de las instancias.

Los mecanismos que se describen como previos a la represión expresan "formas" o "variantes" que adopta la misma (Aizenberg Sergio, 1979). Las características de cada uno de estos mecanismos dependen de las posibilidades yoicas y del contenido de lo rechazado en cada momento del desarrollo.

Los mecanismos de defensa en la temprana infancia cumplen una función necesaria en la estructuración del aparato psíquico. En este sentido, podemos describirlos como más "frescos", menos comprometidos con la neurosis, aunque al mismo tiempo más peligrosos porque si se estereotipan, definen el camino de la enfermedad.

Cómo se relaciona consigo mismo y con los otros

El nacimiento, como desenlace de un proceso natural de desarrollo, marca el comienzo de un nuevo proceso de integración al que denominamos postnatal. En este periodo se despliegan las relaciones que se establecieron durante la etapa fetal con objetos "reales" y heredados (Fodor, 1949; Chiozza, 1970; Grus, L. y Grus, R., 1992). Si bien el bebé percibe, ya sea en forma inconciente como conciente, objetos totales y distintos a él, dado el nivel de integración que ha alcanzado su yo, se relaciona, con aspectos parciales de estos objetos, que "sabe" enteros. El reconocimiento de sí mismo y de los otros está teñido en gran medida por la intensidad y características de sus impulsos, fantasías y defensas tempranas. El predominio sucesivo de las distintas zonas erógenas

que actúan como "espacios" a través de los cuales el niño aprehende el mundo, marcan las características de lo percibido y de los vínculos que se van estableciendo en cada momento evolutivo. El niño pequeño avanza rápidamente en el reconocimiento de sí mismo y de los otros. Muchas veces nos sorprende su capacidad para percibir sus propios estados afectivos y los de sus padres. Pensamos que al mismo tiempo que recibe la influencia de quienes lo rodean, él participa activamente en su desarrollo y en los vínculos que establece. Desde el comienzo, se halla inserto en la trama edipica universal, a partir de la cual configurará su versión personal. Como protagonista de esta trama irá construyendo identificaciones que condicionarán su forma particular de ser y de enfermar. A partir de la resignación de sus impulsos y tornando como modelo a quienes lo guían, se introduce en el mundo de las normas y los valores culturales.

ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS

Comunicación

En trabajos anteriores (Aizenberg Silvana y col, 1991, 1992) describíamos que el lenguaje adquiere su significación de la transformación del afecto: acción y afecto son procesos de descarga y el lenguaje se halla entre ambos (Chiozza 1974).

El afecto surge como proceso de descarga ante el fracaso lo la acción eficaz. Cuando la descarga primaria del afecto es percibida y comprendida por "otro" adquiere la importantísima función secundaria de la comunicación. El acto de comunicar es una acción eficaz específica indirecta (Freud 1895; Chiozza 1974).

Junto con la experiencia de satisfacción y la experiencia dolorosa, también deja su marca la primera experiencia de comunicación (Chiozza 1974).

Si concebimos al juego como acción y descarga afectiva que conduce a la comunicación, éste tiene para nosotros el sentido de un lenguaje cuyo significado puede ser interpretado.

El descubrimiento de lo inconciente pone de manifiesto, aquello que las diversas formas de comunicar expresan como significado oculto. Se configura, por medio de la capacidad para interpretarlo: un lenguaje del inconciente (Freud, 1900). Dicho de otra manera, los

significados de lo inconciente se expresan a través de diversas formas de lenguaje y el juego es una de ellas. Desde el psicoanálisis la comunicación constituye el proceso que conduce a. los significados. Comunicar es significar (Chiozza, 1974). Específicamente .es el proceso mediante el cual se accede a los contenidos reprimidos. La teoría general de los sistemas, cuyo iniciador es Von Bertalanffy, ha tenido aplicación en el campo de las ciencias sociales. Dentro de esta teoría se ha desarrollado una corriente de tipo matemático llamada cibernética, definida por Wiener como ciencia del control y de la comunicación en el animal y en la máquina. A partir de la cibernética, los estudios sobre los sistemas humanos han tomado estos conceptos para reflexionar sobre la interacción entre los individuos.

Bateson, en 1952 inicia un proyecto de investigación acerca de la naturaleza de la comunicación a partir de la redefinición de "sistema" que hace Von Bertalanffy, quien agrega a la idea de relación, la de interacción de las partes entre si (Bateson, 1972). El concepto de sistema abierto se adapta al estudio de todo organismo viviente y considera que el principio organizador de un organismo está constituido por la información. La comunicación, desde esta teoría, es el proceso que organiza todo sistema viviente.

Define a la comunicación como un proceso de interacción que da origen a una relación significativa entre las personas comprendidas en ella. Afirma que toda conducta en situación de interacción es comunicación, por lo tanto es imposible no comunicar. Acción y palabra forman parte del proceso comunicativo. Para Bateson (1972) el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales las personas se influyen mutuamente. Considera que la existencia de comunicación se funda en la posibilidad de intercambiar mensajes metacomunicativos, o sea, algún mensaje que "hable" de la relación entre los que interactúan. Este intercambio de mensajes metacomunicativos y la comprensión de los mismos hace que los hablantes se conecten con los afectos, más allá de las palabras.

Refiriéndose específicamente al juego dice que este es posible, si

entre los organismos participantes tiene lugar cierto grado de metacomunicación, o sea algún mensaje que contenga el siguiente significado: “esto es juego”. Considera que el juego se halla en lugar de otras acciones que no se están realizando y que su esencia es simbolizarlas. En este sentido dice: "(...) que la evolución del juego debió ser un paso importante en la evolución de la comunicación". El hecho de que el sujeto pueda reconocer los signos como señales marca un hito trascendental en la génesis de la comunicación (Bateson, 1972).

Desde distintos campos conceptuales, tanto la teoría psicoanalítica como la teoría de la comunicación, parecen ubicar en la génesis de la comunicación el nacimiento del lenguaje, en aquel hipotético momento en que el sujeto reconoce los signos como señales. Comunicar implica relacionarse con objetos y constituye el puente entre lo subjetivo y lo objetivo, entre el mundo interno y el mundo externo. Por lo tanto, la comunicación es un aspecto estructurante del psiquismo, es el proceso que conduce al "conocimiento de sí mismo y del otro".

Creemos que tiene particular importancia ocuparnos de la comunicación en el psicoanálisis de niños, dado que nos permite enriquecer nuestra comprensión y posibilita la tarea de hacerlos entrar en contacto con su mundo interno al hacer conciente lo inconciente. Los niños que desarrollan sus posibilidades comunicativas mantienen un canal abierto que facilita el cambio y el crecimiento. Cuando el niño enferma se perturba este canal y tiene dificultades que pueden expresarse en aislamiento, (mutismo), hiperactividad, repetición compulsiva, etc. A pesar de que estos síntomas en la comunicación son resistencias, que el niño manifiesta en el análisis y cuyo significado puede ser interpretado, pensamos que el impulso a comunicar lo lleva a intensificar los mensajes metacomunicativos porque tiene necesidad de ser comprendido.

Winnicott (1942) dice que en el psicoanálisis de niños, el deseo de comunicar encuentra su vía a través del juego y que por ejemplo, el niño de tres años tiene una gran expectativa en nuestra capacidad para comprender. El psicoanalista, se ve en dificultades para estar

a la altura de lo que el niño espera. Señala que los niños pequeños reaccionan con amargura si no son comprendidos e insisten porque tienen esperanza en la capacidad ajena de comprensión.
La situación psicoanalítica inaugura una oportunidad para abrir los canales comunicativos. La tarea de hacer conciente lo inconciente conlleva en si misma una comunicación que restablece la confianza de ser entendido.
Desde el primer encuentro con un niño se manifiesta la intención conciente de comunicar, que se expresa en su actitud, sus dibujos y juegos y en ocasiones en forma explícita: "te quería contar...".

La hora de juego condensa, desplazado en los juguetes, el argumento de una historia que el niño necesita repetir y comunicar. El argumento representa una temática universal que se esconde en su trama y el descubrirlo es un nivel de interpretación. En esta trama se entretejen fantasías inconcientes de enfermedad que, jugadas-expresadas con tal intensidad, nos imponen la convicción de que el "niño sabe", tiene conciencia de enfermedad y al mismo tiempo identificada con ésta, una fantasía de curación (Aberastury, 1945).

Lenguaje lúdico y verbal

En la temprana infancia -alrededor del primer año de vida- el niño no mantiene una definida y constante distinción entre acción y pensamiento. Su juego no es fácilmente discriminado de su pensar y su sentir. Logra comprender el significado de gran parte de las palabras que le dicen, pero se encuentra en una etapa del desarrollo psicomotriz en la que todavía no puede expresarse hablando.
A medida que va creciendo y evolucionando, integra y sintetiza sus experiencias, emociones y pensamientos. Va ampliando sus posibilidades verbales, sin embargo, su lenguaje conserva todavía las cualidades del proceso primario y vivencia sus palabras como el equivalente a la acción.
El acceso a estructuras más complejas de comprensión y expresión junto al progreso del proceso secundario, le facilita la

comunicación verbal: no obstante el juego continúa siendo muy importante para él.

Con la proximidad a la pubertad y el progreso en el desarrollo intelectual, el lenguaje hablado paulatinamente asume la representación de aquellos contenidos, que antes se manifestaban a través del juego.

El juego es el ámbito del "como si", es el espacio de la metáfora en el que el niño, bajo la forma de diversión[2] intenta elaborar sus angustias y sus conflictos. Es una acción de ensayo a pequeña cantidad, que precede a una acción a plena cantidad. Puede ser definido como un "pensamiento actuado" (Chiozza, 1991),

Jugando, el niño se aleja del contacto directo con las personas significativas de su vida y los juguetes asumen su representación.

De esta manera, disminuye el temor a las consecuencias que pueda tener su acción. Transforma en activo aquello que siente que vivió pasivamente y tiene la oportunidad de repetir una y otra vez lo que siente como penoso. El juego es una forma de expresión simbólica, que le posibilita desplegar su frondoso y cambiante mundo de fantasías. Las acciones lúdicas, al estar estrechamente vinculadas con modalidades primitivas del pensamiento, difícilmente puedan ser expresadas hablando.

Tanto el juego como la palabra expresan "importancias", así como también revelan y enmascaran contenidos inconcientes; de todos modos no es lo mismo para el niño jugar que hablar, Isaacs (1952) al referirse a la importancia del juego en la niñez, sostiene que la infancia se caracteriza por un vivir y un fantasear más activo en comparación con el uso de lo verbal.

Enfatiza que las palabras son sólo un medio de referirse a la experiencia real o fantaseada, pero que no son idénticas ni sustituyen los hechos percibidos, imaginados o sentidos.

---

[2](Chiozza, 1991) El placer del juego proviene de la ausencia de apremio, cuando es un deseo y no una necesidad la que se quiere satisfacer.

En la sesión psicoanalítica el niño "dice jugando". En su juego,

"realidad" y fantasía se identifican y se discriminan sucesivamente, dando lugar a un pensamiento lúdico, travieso, que tiene de la omnipotencia más el carácter creador que el mágico controlador. Es imprescindible que su jugar, para poder desarrollarse, tenga suficientes características "reales" y suficiente despliegue de fantasías.

Cuando el niño no consigue mantener una distancia adecuada entre lo que imagina y aquello que para él constituye la "realidad", experimenta su actividad corno una "ecuación simbólica". Su vivencia entonces, se hace intensamente angustiosa y no puede jugar ni hablar.

En el tratamiento de niños, las verbalizaciones y el simbolismo lúdico son asociaciones libres que, aunque difieran en su aspecto aparente conservan una estrecha relación inconciente entre sí. Con respecto a las expresiones verbales, es necesario diferenciar las que utiliza el niño y son parte de su juego: que lo ordena, lo completa, y le da continuidad a una secuencia; de la comunicación verbal que lo interrumpe.

Cuando las palabras forman parte del juego, tienen la función de confirmar el "como sí", entrando en contacto con el terapeuta en un sentido similar al que describe Winnicott (1958), con respecto al bebé que puede jugar a solas siempre y cuando se asegure cada tanto, con la mirada, la presencia de su madre. En este sentido el hablar está al servicio de poder continuar jugando. En las ocasiones en las que el niño se siente desconcertado, desbordado y tiene urgencia por asegurarse la comprensión del analista, suspende su actividad lúdica y recurre a la utilización de mensajes verbales. Realiza el esfuerzo de vencer sus dificultades para hablar y el temor a no ser bien comprendido, porque espera que las palabras -como parte de un código de comunicación común- lo ayuden a comunicarse con más rapidez. El empleo de la comunicación verbal en esas circunstancias, puede ser interpretado como un pedido de "auxilio".

Un niño jugó con un avión, lo hizo volar hacia donde estaban dos soldados combatiendo, los separó y los derribó. Completó la escena diciendo: "se están volviendo locos, llegó a tiempo". Y luego,

interrumpió su juego y expresó: "viste que yo en mi casa tengo la película de Superman?".

El comentario acerca del avión que llegó para separar a los soldados y la referencia al apremio del tiempo, cumplió la función de completar la escena que él representó en su juego. De este modo intentó contribuir con palabras, para facilitar al terapeuta, la comprensión de sus sentimientos y al mismo tiempo mantener el "como sí" del juego. Cuando suspendió su actividad para contar que en su casa tiene la película de Superman, realizó una comunicación que le resultaba imprescindible efectuar. Podemos interpretar que necesitaba transmitir con urgencia su sentimiento de impotencia; frente al temor de que sus padres pelearan y que él no lo pudiera evitar. Su intención de detener la pelea probablemente encubría el deseo de provocarla. Transferencialmente, representaba el esmero que ponía en cada sesión para inhibir su agresión y comportarse "controladamente como si fuera más grande" para preservar el vínculo analítico.

Paciente y analista: el encuentro entre dos formas de lenguaje

La creación de la técnica de juego surge ante la necesidad de aplicar la teoría psicoanalítica a las características de la infancia.

Un aspecto particular del psicoanálisis de niños es la existencia de dos lenguajes diferentes en la comunicación manifiesta, entre paciente y analista. El que utiliza el niño, preferentemente en forma, no verbal y el que emplea el analista cuando vehiculiza sus intervenciones e interpretaciones por medio de las palabras.

El juego es un código particular que necesita ser descifrado. La decodificación de los símbolos exige una labor deliberada por parte del analista. Es una tarea “previa”, una primera interpretación -que configura el material manifiesto- y que posibilita acceder a la comprensión de los contenidos latentes (Chiozza, 1992c). La traducción del lenguaje lúdico al código verbal no implica necesariamente su verbalización.

El niño por su parte, recibe la participación del analista por medio de la palabra y realiza también un esfuerzo de atención para comprender.

Para Chiozza (1980b) la existencia de múltiples lenguajes en la comunicación, implica, diferentes maneras de percibir, organizar y procesar la "realidad". Son modos encuadrados bajo la denominación de lenguaje verbal y lenguaje no verbal. Destaca que en el proceso analítico ambos se mezclan en la comunicación y que aquello que toma el camino de la palabra, tiene la misma fuente que lo que toma el camino del gesto y en esa diferencia de caminos también se expresa un significado inconciente (Chiozza, 1974).

En el tratamiento con niños, el empleo de diferentes estilos comunicativos entre paciente y analista no constituye un impedimento para el análisis. Es en el vínculo transferencial-contratransferencial -que transcurre de modo inconciente— en el que evoluciona el "proceso" y en el que pueden hacerse concientes los significados inconcientes.

Así como la transferencia actúa, en forma pre-verbal sobre el analista, la contratransferencia también actúa, en forma preverbal sobre el paciente. "... el analista "cura' con su contratransferencia "antes" que con su interpretación y por lo tanto todo aquello que pueda hacer “evolucionar” esta contratransferencia es "el verdadero agente terapéutico (Chiozza, 1968). En este sentido podemos afirmar, que aunque el niño no se exprese hablando, puede comprender el significado inconciente de las palabras del analista y que aunque el analista no se comunique jugando, puede hacer conciente el significado inconciente del juego del niño[3].

La elección del símbolo en el juego

Qué "sabiduría" conduce al niño a la elección de un determinado juguete o escenificación de un juego para expresarse? Cómo "sabe" que utilizando un recipiente puede simbolizar lo referente a la contención y a la genitalidad femenina y que empleando un avión representará sentimientos referentes a la potencia y a la genitalidad masculina?

[3] En el tratamiento de niños el analista juega, cuando responde a la solicitud del paciente. Si bien ésta constituye una intervención que puede modificar el vínculo y facilitar el análisis, no la emplea concientemente con la finalidad

interpretativa.

Si bien lo que tienen en común el símbolo elegido y lo simbolizado a veces es manifiesto, ya que el niño puede tomar un muñeco y decir que representa a su papá, generalmente en sus juegos y en su dibujos, dicha elección es enigmática y es utilizada para expresar un conflicto cuyo significado es inconciente.

Para Freud (1900) lo que hoy está conectado por vía del símbolo, en tiempos primordiales estuvo fusionado en una unidad conceptual y lingüística. El sentido de esta referencia simbólica es de naturaleza genética, se constituye como resto y marca una identidad antigua que es recreada de continuo en el presente

Chiozza (1978) al referirse a la relación entre el símbolo y lo simbolizado, sostiene que el referente al cual el símbolo alude puede ser inconciente y también el sujeto que construye el símbolo. Plantea que la selección no es arbitraria, ya que existe un conocimiento inconciente acerca de la relación entre el símbolo y lo simbolizado y que dicha relación sólo se pierde en la conciencia. Afirma que: "... la extrema distancia entre el referente y el símbolo que lo representa, recorrida a través de innumerables intermediarios simbólicos en un creciente proceso de abstracción, explica que hayamos perdido noticia de la vinculación "natural" (mantenida en lo inconciente) entre el referente y el símbolo" (Chiozza, 1984). El simbolismo lúdico se apoya en una "realidad material" que evoca en el psiquismo del niño un ausente. El juguete que el niño utiliza, generalmente posee alguna de las características del objeto, ya sea su tamaño, color, textura o función. Es un símbolo representante de un ausente, pero también es un signo, una parte de aquello a lo que alude y que tiene la capacidad de evocar la presencia completa del objeto que representa.

En sus juegos, el niño representa sus vivencias a través de la creación de símbolos individuales, que se nutren del conocimiento inconciente del significado de los símbolos universales.

El hecho de que los niños elijan juguetes similares o realicen los mismos juegos, para representar temáticas semejantes y expresar los distintos momentos de cambio y evolución a través de juegos

típicos (Aberastury, 1968) , da cuenta de la indisoluble y específica relación inconciente entre el símbolo y lo simbolizado.

Encuadre

Una de las premisas básicas de la técnica analítica consiste en la necesidad de mantener un encuadre adecuado que facilite el desarrollo del proceso transferencial-contratransferencial y que convierta en acto fundamental a la interpretación. Implica crear un ámbito, un tiempo, un lugar de encuentro suficientemente estable para que el paciente pueda expresarse y que al mismo tiempo permita al analista, la comprensión de aquello que se configura como "material". Así, el encuadre puede ser definido como una norma de convivencia, como el conjunto de estipulaciones constantes, explícitas o implícitas, que permiten establecer las reglas del "juego".

Chiozza (1980a) define al encuadre, como una trama o estructura del campo, en la que se dibuja un argumento o una escena. Señala que tiene características "postnatales" ya que se le brinda al paciente una asistencia discontinua, que es vivida inconcientemente, como una frustración a su necesidad "prenatal" de un suministro continuo e incondicional (Chiozza, 1992b).

Bleger (1967) atribuye al encuadre la función de sostén y marco, porque en él se deposita la. "organización mes primitiva e indiferenciada" de la personalidad. Describe que la ruptura, fiel encuadre supone para el paciente, la vivencia de una situación catastrófica, porque experimenta que su "mundo fantasma" queda sin depositario y esto lo obliga a utilizar defensas para inmovilizar o proyectar sus contenidos "psicóticos". Mientras el encuadre se mantiene, funciona de manera inconciente y sólo cuando cambia o se "rompe" se hace conciente.

La regla de abstinencia, como parte del encuadre, establece que el paciente encuentre en el tratamiento el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas de sus síntomas (Laplanche y Pontalis, 1971). Para el analista, esto implica no desempeñar los roles que el paciente tiende a imponerle.

Sostener un encuadre adecuado, adquiere una importancia fundamental en el trabajo analítico con niños. Su estructuración psíquica, la intensidad que en algunos momentos pueden adquirir sus fantasías, así como la naturaleza de su accionar -que lo impulsa muchas veces a la búsqueda de la satisfacción directa- hacen necesario que el analista ejerza una función especialmente "limitante" y "continente".

Es importante distinguir aquellas demandas del niño que son propias de su edad, de las que muchas veces son atribuidas a su falta de madurez y que encubren sus resistencias. En este sentido, el analista puede quedar expuesto -asumiendo una actitud contrarresistencial- a la "tentación" de atender y conceder el pedido de cuidado y contacto corporal[4], a complacer al niño en el deseo de ensuciar, romper o llevarse material de su caja de juguetes. Dicha actitud está motivada por una insuficiencia en la comprensión del mensaje contenido en el intento del paciente de cambiar o alterar el encuadre.

La preservación de las condiciones en las que transcurre la sesión posibilita mantener una actitud flexible en el encuentro con él. El niño para expresarse y el terapeuta para analizar necesitan respetar las condiciones del encuadre.

Aberastury (1952) señala que "...el niño, desde muy temprano 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". En este sentido, el mantenimiento o restablecimiento del encuadre contribuye a que conserve y desarrolle el necesario contacto con la "realidad".

En la experiencia clínica observamos que en los niños coexiste el deseo de curación y el de enfermedad. Así, un encuadre adecuado representa una alianza que facilita y guía, el progreso del proceso de análisis y pone límite a los impulsos que amenazan su continuidad.

[4] La búsqueda de contacto corporal puede representar para el niño, un intento de compensar sus carencias primitivas y una manera de comprobar la aceptación del

analista.

Otra particularidad del psicoanálisis de niños es que los padres están presentes a través de entrevistas, colaboran para llevarlos a las sesiones o para concertar horarios y honorarios. Si bien el encuadre está fundamentalmente en función de llevar a cabo el tratamiento con el paciente, también debe aplicarse a la relación con los padres. Con ellos se desarrolla inevitablemente un proceso transferencial-contratransferencial, cuyas vicisitudes pueden ser integradas como aspectos disociados del niño.

Transferencia—Contratransferencia

La conformación de diferentes juegos en la sesión permite al niño actualizar impulsos, deseos, fantasías y defensas, recreando en el proceso transferencial-contratransferencial el modo de relacionarse con las personas significativas de su vida. Si los niños "eligen" el juego como modo expresivo -y este es predominantemente acción- de qué modo desarrollan la transferencia?

Desde el punto de vista metapsicologico (Chiozza, 1977), la transferencia tiene lugar desde la idea reprimida, representación de cosa, a una representación preconciente, representación de palabra, reciente e insignificante que, si bien tiene elementos que hacen posible el enlace, a la vez es lo suficientemente distinta como para enmascarar la presencia de la primera (Freud, 1900)[5]. La representación inconciente, transfiere su intensidad a una representación preconciente, que puede acceder a la conciencia —como transacción- de múltiples maneras: bajo la forma de lenguaje verbal, acciones, juegos, gestos, etc.

[5] Para Freud (1900) "... la representación inconsciente como tal es del todo incapaz de ingresar en el preconciente, y solo puede exteriorizar ahí un efecto si entra en conexión con una representación inofensiva que ya pertenezca al preconciente, transfiriéndole su intensidad y dejándose encubrir por ella. Este es el hecho de la transferencia, que explica tantos sucesos llamativos de la

vida anímica de los neuróticos."

La capacidad de transferir los contenidos inconcientes es previa a la utilización del lenguaje verbal. Isaacs (1952) señala que la ausencia de palabras no implica la ausencia de pensamientos y de fantasías y que la comprensión de las mismas antecede a su uso. Los procesos intelectuales se expresan en acciones antes de poder expresarse verbalmente y las fantasías primarias, representativas de los primeros impulsos libidinales y agresivos, se manifiestan a través de procesos mentales muy alejados de lo verbal.

En este sentido, el proceso transferencial en los niños es independiente de la adquisición de la palabra.

Desde el punto de vista metahistórico (Chiozza, 1977), las transferencias son reediciones, recreaciones de deseos y fantasías que son revividas como actuales en el vinculo con el analista (Freud, 1901).

La transferencia-contratransferencia trasciende la manifestación lúdica e incluye todo lo que el niño "hace" y "dice" en la sesión y el modo en que emplea los juguetes, en tanto personajes del juego. Los roles que les asigna constituyen una representación de su mundo interno, de su acervo de fantasías y le permiten escenificar sus vivencia "actuales". La manera de relacionarse con los juguetes, simboliza el vínculo que él establece con el analista.

Chiozza (1991), al destacar la importancia de la caja de juegos, plantea que el juguete es un objeto material inanimado, que recibe una transferencia falso enlace, que coincide con la transferencia que el niño realiza sobre el analista.

Klein (1929) señala que el paciente al adjudicar al terapeuta durante su juego, los roles mes variados y contradictorios, activa y revive con él, las distintas imagos y fantasías. Este proceso constituye la base del fenómeno transferencial y es la fuerza propulsora del trabajo analítico.

La mayor o menor ansiedad del niño en el vinculo con los objetos, lo impulsa a proyectar sus sentimientos de amor y hostilidad en la relación analítica, lo que determina las características de la transferencia positiva y negativa (Klein, 1929). Cuando la

transferencia es negativa, son variadas las actitudes resistenciales que puede asumir para evitar la emergencia de recuerdos inconcientes angustiantes. Puede manifestarse a través acciones que buscan una gratificación directa, armando juegos repetitivos u obsesivos, cambiando de juego, inhibiéndolo o con una clara oposición al tratamiento. La compulsión a la repetición que lleva a jugar, al mismo tiempo que es una resistencia, le brinda una oportunidad para elaborar sus conflictos. El niño juega para repetir y para recordar. Oscila entre el impulso a encontrar "más de lo mismo" y el deseo de encontrar "algo diferente", Chiozza (1991) señala, que el modo en que el niño utiliza sus juguetes y su caja de juegos expresa su neurosis de transferencia, a la que retorna en cada sesión para retomar una historia y proseguirla.

La transferencia-contratransferencia que se desarrolla en el tratamiento tiene las particularidades del "modo de ser" de los niños. Por un lado, la identificación concordante se ve dificultada, ya que en la niñez están activos los deseos y fantasías pregenita1 es. Para comprender, el analista necesita vencer sus resistencias y encontrarse con sus propios vínculos infantiles. Por otra parte, el encuentro con los contenidos reprimidos se ve facilitado, porque las características del psiquismo del niño lo acercan a. la esencia de la tarea analítica. La permeabilidad conciente-inconciente y la flexibilidad de los mecanismos de defensa, hacen que las producciones psíquicas aparezcan menos desfiguradas, más transparentes. Las "intenciones de los chicos" se notan con facilidad cuando hay una actitud empática con "lo latente".

En el proceso analítico observamos que generalmente los niños no toleran un pacto resistencial en el cual no suceda "nada"; cuando se sienten comprendidos no oponen una fuerte resistencia y mejoran sus síntomas con rapidez.

Dado que el niño desarrolla las bases de su carácter y sus identificaciones en los primeros años de la vida, el analista, muchas veces puede experimentar una excesiva responsabilidad en el vínculo con él. Puede sentirse exigido a curarlo o sentirse invadido por el temor a dañarlo. Esto lo puede llevar a intentar

reparar a través de actuaciones -acciones o interpretaciones- que evidencian el ingreso en una identificación complementaria, configurándose de este modo una contrarresistencia.

La interpretación

La interpretación psicoana1ítica integra y restituye la coherencia de significados en la vida emocional del paciente. Contribuye al levantamiento de represiones, moviliza afectos, devela el significado oculto de la comunicación y restablece las posibilidades comunicativas.

Los niños manifiestan sus conflictos y sus resistencias de acuerdo a las características propias de su edad. La comprensión de la transferencia—contratransferecia implícita la identificación concordante con su manera de pensar y sentir, con la "realidad" que él se "construye". Implica el reconocimiento de la etapa madurativa en la que se encuentra, así como el grado de desarrollo afectivo y cognitivo alcanzado. La noción de tiempo, el valor simbólico de las palabras, su tendencia a la concreción y a la acción van cambiando con el crecimiento.

La interpretación aproxima a la conciencia del paciente un derivado de los contenidos reprimidos, una versión tolerable acerca de su vida inconciente. Es una representación sustitutiva que atrae las investiduras retenidas.

Para Freud (1900) la inhibición motora es la condición por la cual la excitación puede tomar el camino regrediente, hasta alcanzar el polo perceptual y reactivar las huellas mnémicas recuerdos.

En el tratamiento psicoanalítico de niños no es condición que ellos inhiban la acción. El desarrollo de su actividad motora no constituye un obstáculo para llevar a cabo dicha regresión. Aunque los niños no limiten los componentes motores de su conducta, tienen facilitado el camino para el encuentro con las huellas perceptivas, porque las imágenes a partir de las cuales construyen sus juegos, son predominantemente imágenes visuales.

La interpretación va ligada al conocimiento de aquello que el niño puede y necesita saber. Para Winnicott (1971) el analista tiene que dejar que el analizado desarrolle su capacidad creadora que sólo se

da en el juego, sin arrebatársela tratando de mostrar sus conocimientos en interpretaciones intelectuales. Sostiene: "Si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con inmenso júbilo..."

Es necesario que la formulación de la interpretación considere las particulares características del psiquismo infantil. Por este motivo el contenido de la misma, a veces, toma la forma de una expresión "alejada" de la lógica adulta. La verbalización en un lenguaje simple, en sintonía con la espontaneidad y la expresión directa de los niños, favorece el entendimiento. Cuando recibe la interpretación está particularmente atento a las acciones, gestos, tonos y modalidades de hablar del analista.

También es necesario tener en cuenta que, muchas veces el niño necesita expresarse sin ser interrumpido en su juego y además desea ser comprendido sin que sean explicitados sus sentimientos. El silencio -como respuesta a una interpretación- no implica la ausencia de significados, sino que puede representar el tiempo que el niño necesita para elaborar la riqueza de fantasías y sentimientos movilizados por la intervención analítica. El paciente generalmente selecciona aquellas palabras de la interpretación que poseen para él, mayor carga afectiva. Tiende a "interpretar" las interpretaciones psicoanalíticas de acuerdo a las características de los objetos que transfiere y a los afectos que "pone en juego".

Una interpretación que evoca un recuerdo como presencia y actualidad, se manifiesta en la actividad del niño, bajo la forma de un juego modificado o como una nueva creación lúdica. La experiencia clínica demuestra., que luego de una interpretación, el jugar del paciente puede estar a al servicio de vivenciar en nuevas experiencias de juego, aquello que necesita elaborar. Forma parte de la labor analítica diferenciar entre las intervenciones que el analista realiza, las que son traducciones de aquello que el niño tiene en la conciencia y no puede comunicar, de las que son interpretaciones de lo inconsciente es decir, de lo que el niño no puede comunicarse a si mismo porque lo tiene reprimido (Chiozza, 1992a). De todos modos es necesario destacar, que aquello que el niño tiene en su conciencia, adquiere un nivel de integración más

acabado a partir de la traducción del mensaje. Las palabras del analista confirman sus sentimientos y le aportan nuevas representaciones para nominar sus vivencias.

La interpretación puede aludir a los juguetes como personajes del juego -objetos personificados- al paciente o a las personas representativas de la vida del niño (Aizenberg Silvana y col., 1991, 1992)

Aunque el analista es el receptor directo del afecto del paciente, explicitarlo puede hacer peligrar la relación analítica ya que existe el riesgo de que el niño olvide el carácter transferencial del vinculo (Chiozza, 1977).

Un ejemplo clínico

Hace mucho frió y llueve, Pablo está descalzo en el patio de la escuela y mira como cae la lluvia sobre las baldosas. En los laguitos del piso nadan las hojitas del paraíso. Todavía nadie se dio cuenta.

Lo vino a buscar la maestra. No lo retó, no entiende porque Pablo hace estas cosas, como cuando ella no se dio cuenta y se escapó al jardín, lo buscó por todos lados y Pablo estaba allí sentado en el pasto. Y parece que no entiende que no tiene que irse solo. Cada vez es un problema, no se puede con él! hay que dejar a ios otros chicos para cuidarlo. Por qué Pablo es así? si es tan dulce... por qué siempre es un problema?

Como cuando el Padre se lo llevó para hablarle y Pablo le empezó a dar patadas. En esa escuela nadie le pegó patadas al cura.

Nosotros venimos porque la doctora nos dijo que Ud. podría atenderlo. Dice que Pablo (6 años) tiene una "una depresión" y que hace cosas extravagantes para ocultarlo. Lo vemos sufrir y no podemos ponerle límites. Siempre hace mucho lío en casa y de la escuela siempre nos están llamando. Creemos que no lo van a tener más, que nos van a pedir que lo cambiemos. Ellos tampoco lo pueden manejar, hasta le pusieron una maestra para él solo porque se les escapa.

A veces no sabemos cómo empiezan las peleas, porque "los cuatro" gritan y corren; lo único que nos ha dado algún resultado es ponerlos en penitencia, pero como no alcanzan los lugares, uno va al baño, el otro al cuarto y otros al jardín. Después se calman.

Primera sesión:

Pablo es pequeño y rubio, mira con sus ojos celestes muy abiertos. P: Yo antes jugué con otra doctora, ahora vengo a jugar con vos. A: Me queres contar algo más?

P: Si, que me quiero quedar mucho. (Saca varios juguetes de su caja. Acuesta al burro sobre la mesa) El burro está muerto. (Toma los pollitos y los coloca cada uno con una gallina) Uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, son los indicados. Ay! este lo puse al revés.

(Sonríe y mira a la analista).
A: Cada uno tiene su mamá.
P: Ay! este es un gallo! Los gallos tienen hijos? Me parece que si. Estos pollitos después cuando crecen se vuelven blancos? Acá esta la granjera que los cuida. Ahora, se roban uno. (Saca una gallina con un pollito y los esconde) Kikirikiki (hace cantar al galio y toma a la granjera) ésta no se da cuenta. (Hace cantar nuevamente al gallo y venir a la granjera después del robo. Los robos se repiten, hasta que roban al gallo que como no canta más, la granjera se da cuenta y sale a recuperarlos).
Antes de irse Pablo pega entre sí seis arbolitos con cinco bollos de plastilina y los deja dentro de la caja.
P: Para cuando venga...

Comunicación: En el primer encuentro con la analista comunica verbalmente su temor a no ser aceptado y su deseo de permanecer "mucho" en el tratamiento.
Le advierte acerca de sus dificultades para establecer vincules duraderos, "yo antes jugué con otra doctora". Se siente un niño "problema", que desoye i o que le dicen y no puede cumplir las ordenes que le dan. Cuando coloca el "burro—muerto" sobre la mesa, alude de este modo, a la necesidad que tiene, de ocuparse —en el análisis- de lo que le pasa. También manifiesta su esperanza de cambiar y sentirse más bueno, cuando pregunta: "Estos pollitos después cuando crecen se vuelven blancos?
Lenguaje lúdico y verbal: El paciente comienza la sesión hablando. Necesita asegurarse, de que la analista comprenda rápidamente su temor a un nuevo fracaso en esta experiencia. Su juego lo completa con explicaciones que dan coherencia al mismo y que facilita la comprensión de los contenidos,
Fantasía inconciente de enfermedad: Se siente un hijo poco deseado, cree que sus hermanos "son los indicados" menos el que hasta “al revés". Su deseo es el de "robar" a otros su lugar. Tiene la fantasía de que el tener "poca mamá" (su madre quedó embarazada cuando él tenia tres meses), es un castigo merecido.
Fantasía mágica de curación: Que cada pollito-bebe pueda tener su

propia mamá y que la analista le devuelva a su papa, su presencia y su frunción.

Fantasía adecuada de curación: Elaborar en el análisis sus conflictos. Antes de irse de la sesión deja todos los árboles y la plastilinas pegados, simbolizando de esa manera, su angustia frente a la separación, como también su intención de dejar a cargo de la analista todo el peso de sus problemas, para retomarlo juntos la próxima sesión.

Transferencia: La transferencia manifiesta, expresión de su resistencia, corresponde al deseo de poseer una figura "madre-granjera" que cuide atentamente de él y de toda la familia. La transferencia latente de los contenidos resistidos, es la repetición de su vivencia primaria de abandono. Se siente culpable y cree que no merece un trato cariñoso. Deja "los arbolitos pegados" para cuando vuelva y así asegurarse ante el temor de que la analista lo abandone. También, de manera encubierta, expresa su deseo inconciente de "no ser recibido y atendido".

Mecanismo de defensa: Con su conducta "desobediente" se aísla y se refugia, en su mundo de fantasías, en el que puede imaginar que no existen los límites ni el desamparo. También simboliza la forma en la que él "en secreto", para los demás y para sí mismo, se permite tener todo lo que desea y gozar de la compañía de su mama. Con su comportamiento "trasgresor" llama la atención y logra que se ocupen de él: sin embargo se disgusta cuando se acercan o lo quieren ayudar.

Síntesis

A partir de la reflexión que proponemos acerca del niño del que hablamos en psicoanálisis de niños destacamos algunas de las características del psiquismo infantil. Planteamos que el niño trae consigo -al nacer- posibilidades en potencia, que irá desarrollando a lo largo de su proceso evolutivo. Describirnos cómo percibe y como piensa, los mecanismos de defensa que utiliza y su modo de relacionarse consigo mismo y con los otros. Así como, desde un marco referencial teórico realizamos una descripción evolutiva, desde esta descripción y teniendo en cuenta la elaboración de nuestra experiencia clínica planteamos los siguientes aspectos teórico—técnicos,

- Desde el primer encuentro con un niño podemos observar su impulso a comunicar, que puede ser conciente o inconciente. Los significados de lo inconciente se expresan a través de diversas formas de lenguaje y el juego es una de ellas.
- Tanto el juego como la palabra revelan y enmascaran contenidos inconcientes. Cuando la verbalización forma parte de un juego, ya que lo completa o lo esclarece, entendernos que el niño intenta facilitar la comprensión de lo simbolizado y al mismo tiempo mantener el "como sí" del juego. Cuando la intervención verbal marca la interrupción de un juego, comprendemos que el niño necesita hacer una comunicación que le resulta imprescindible y para la que espera una comprensión inmediata.
- El lenguaje verbal y el no verbal se encuentran y se mezclan en la sesión psicoana1ítica con niños. Aunque el niño no se exprese hablando puede comprender el significado inconciente de las palabras del analista y aunque el analista no se comunique jugando puede hacer conciente el significado inconciente del juego del niño.
- La elección del símbolo en el juego no es arbitraria ya que existe un conocimiento inconciente acerca de la relación entre el símbolo y lo simbolizado. En sus juegos, el niño representa sus vivencias a través de la creación de símbolos individuales que se nutren del conocimiento inconciente del significado de los símbolos

universales.

- Sostener un encuadre adecuado, adquiere una importancia fundamental en el trabajo analítico con niños. 5u estructuración psíquica, la intensidad que en algunos momentos pueden adquirir sus fantasías, así como la naturaleza de su accionar -que lo impulsa muchas veces a la búsqueda de la satisfacción directa-hacen necesario que el analista ejerza una función especialmente "limitante" y "continente".

- El proceso transferencial en los niños es "previo" e independiente a la adquisición de la palabra. El juego, así como todo lo que el niño "hace" y "dice" en la sesión, da cuenta de la transferencia de representaciones inconcientes. La manera en que el niño se relaciona con los juguetes simboliza el vínculo que establece con el analista.

- Para lograr una interpretación adecuada, es necesario identificarse concordantemente con la manera de pensar y sentir del niño, reconocer la etapa de desarrollo en la que se encuentra. La verbalización debe tener en cuenta un lenguaje simple, en sintonía con la espontaneidad y la expresión directa de los niños.

La actividad motora del niño no impide el acceso a los recuerdos reprimidos.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A (1946) "Psicoanálisis de niños" en Aportaciones al psicoanálisis de niños. Ed. Paidos, Es. As., 1984.

(1962) Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Ed. Paidos, Bs. As., 1987.

(1968) El niño y sus juegos. Ed. Paidos, Bs. As., 1968,

AIZENBERG, SERGIO (1979) "Los mecanismos de defensa: "formas" de la represión". En Revista de psicoanálisis, tomo XXXVI, No 5.

AIZENBERG, SILVANA Y COL. (1991) El juego en el psicoanálisis de niños —1era comunicación. Presentado en el CCMW, 1991,

(1992) El juego en el psicoanálisis de niños -2da comunicación. Presentado en el CCMW, 1992.

BATESON, G. (1972) Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Planeta, Bs. As., 1941.

BLEGER, J. (1967) Simbiosis y ambigüedad. Ed. Paidos, Bs. As., 1975.

CHIOZZA, L. (1958) "El que-hacer con el enfermo" en Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Biblioteca del CCMW, Ed. Paidos, Bs. As., 1980.

(1970) Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Edición del CIMP, Bs. As., 1984.

(1974) "La transformación del afecto en lenguaje". En trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Ibidem.

(1977) "Acerca del uso y el valor de i a realidad, i a transferencia, y la historia en el tratamiento psicoanalítico". Ibidem.

(1978) "Ei problema de ia simbolización en la enfermedad somática". Ibidem.

(1980a) "Prefacio" de 37Trama y figura del enfermar y

del psicoanalizar. Ibidem.

(1980b) "Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia". En Psicoanálisis Presente y Futuro. Biblioteca del .CCMW, Bs. As., 1983.

(1984) "El proceso de simbolización en la enfermedad somática. Inédito. Citado por Boari, D. y Corniglio, H. en Acerca del concepto de simbolización en psicoanálisis. Presentado en el CCMW, 1993.

(1991) Comentarios en la presentación de i trabajo: El juego en el psicoanálisis de niños —la comunicación.

(1992a) Comentarios en la presentación del trabajo: La comunicación en una niña de 3 años, Aizenberg, Silvana y col, CCMW, 1992.

(1992b) Seminarios de los días jueves, dictados en el CCMW.

(1992c) Comentarios en la presentación del trabajo: El juego en el psicoanálisis de niños -2da comunicación.

FODOR, N. (1949) The search for the beloved. Hermitage press, New York, 1949.

FREUD, S. (1895) Proyecto de psicología. En O. C, Tomo I, Amorrortu Editores, Bs. As. 19-32.

(1900) La interpretación de los sueños. Ibidem, torno IV, 1984.

(1901) Fragmento de análisis de un caso de histeria. Ibidem, tomo VII, 1983.

(1909) Análisis de la fobia de un niño de cinco años. Ibidem, tomo X, 1980.

(1911) "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico". Ibidem, tomo XII, 1980.

(1923) El yo y el ello. Ibidem, torno XIX, 1984. (1937) "Análisis terminable e interminable". Ibidem, tomo XXIII, 1980.

GRUS, L. Y GRUS, R. (1992) Acerca del psiquismo fetal. Presentado en el CCMW, 1992.

ISAAC5, S. (1952) "Naturaleza y función de la fantasía". En O. C. M. Klein, y otros: en Desarrollos en psicoanálisis, ED. Kormé, Bs. As., 1962.'

KLEIN, M. (1929) "La personificación en el juego de los niños". En O. C., tomo III, Raidos, Bs. As., 1987.

LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, J. (1971) Diccionario de psicoanálisis. Ed. Labor, Barcelona, 1931.

WATZLAWTCK, P. (1971) Teoría de la comunicación humana. Ed. Tiempo contemporáneo, Bs. As., 1976.

WINNICOTT, D. (1942) El niño y el mundo externo. Ed. Raidos, Bs. As., 1980.

(1958) "La capacidad para estar a solas". En el proceso de maduración en el niño. Ed. Laia, Barcelona, 1975,

(1971) Realidad y juego. Ed. Gedisa, Bs. As., 1982.

ALGUNAS CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS SOBRE UN NIÑO CON UNA HERNIA INGUINOESCROTAL

Lic. Silvana O. de Aizenberg

Lic. Liliana G. Casali

Centro de Consulta Médica Weizsaecker

Bs.As. 30 de septiembre de 1994

I INTRODUCCION

II LA HERNIA INGUINOESCROTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO

III ALGUNAS CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS PRELIMINARES SOBRE LA HERNIA INGUINOESCROTAL

IV LA HISTORIA DE JULIAN

Los padres de Julián

Las horas de juego

La entrevista de devolución a los padres

La experiencia psicoanalítica con Julián

V A MODO DE SINTESIS

I INTRODUCCION

Julián tenía tres años y cuatro meses cuando le descubrieron una hernia inguino-escrotal izquierda y un quiste de cordón espermático. Fue examinado por cinco profesionales, tres pediatras y dos jefes de sala de cirugía infantil, y todos coincidieron en la misma indicación: una intervención quirúrgica, que debía realizarse a la brevedad, pues existía el riesgo de que la hernia pudiera estrangularse.

Los padres de Julián, angustiados frente a la inminencia de tener que someter a su hijo a una operación, no sabían cómo afrontar esta circunstancia, y aceptaron la sugerencia de efectuar una consulta psicológica ([1]). Su expectativa era que ellos y el niño recibieran ayuda para aliviar sus miedos, para saber cómo debían responder a las preguntas de éste, y qué debían hacer para que toda la situación resultara lo menos traumática posible. Se les planteó la necesidad de que el niño realizara un tratamiento para comprender el significado de su enfermedad y estar en mejores condiciones para enfrentar la eventual operación.

Debido a los problemas económicos familiares, al hecho de residir en un lugar alejado y a la exigencia horaria del trabajo de los padres, que dificultaban la posibilidad de concurrencia del niño, se decidió realizar una psicoterapia psicoanalítica con dos sesiones semanales, durante un tiempo limitado de alrededor de tres meses.

Para comprender a Julián partimos de los desarrollos de Luis Chiozza, que nos conducen a estudiar las alteraciones físicas del cuerpo junto con las viscisitudes

[1] La consulta consistió en dos entrevistas a los padres para recabar datos familiares y de la historia del paciente, una hora de juego diagnóstica, y dos entrevistas de devolución, una al niño y otra a los padres.

históricas de la vida anímica. De acuerdo con el autor, cada particular y diferente alteración del cuerpo que podamos identificar como típica y universal -sea fisiológica o patológica- configura una fantasía, un "guión" inconciente, a su vez típico y universal, que constituye su propio y particular significado específico (Chiozza, 1993a).

Si bien no disponíamos del conocimiento de las fantasías específicas inherentes a la hernia -como sucede con otras enfermedades orgánicas, que ya han sido investigadas exhaustivamente desde el punto de vista psicoanalítico (Chiozza y col, 1991, 1993)- y tampoco de las vinculadas con la localización particular del quiste, pensamos que las ideas acerca de algunas resignificaciones secundarias de la hernia inguino-escrotal y de la fantasía general ampollar (que comprende también a los quistes), contribuyó a la comprensión de la enfermedad del niño.

La resolución del síntoma orgánico que motivó la consulta ([2]) hizo innecesaria la intervención quirúrgica, y despertó nuestro interés por comunicar algunos aspectos de la experiencia psicoanalítica con Julián.

En primer lugar, sintetizaremos brevemente varios conceptos médicos sobre la hernia inguino-escrotal, luego resumiremos algunos conoeptos psicoanalíticos sobre el significado inconciente de la hernia y de los quistes y, finalmente, nos referiremos a la experiencia con Julián: las entrevistas con los padres, las horas de juego y el desarrollo de su tratamiento.

II LA HERNIA INGUINO-ESCROTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO

[2] Consideramos que la reducción de la hernia fue una modificación sintomática, que no implicó un cambio caracterológico, para el cual hubiera sido necesario un tratamiento psicoanalítico que no se ajustara a un límite temporal.

Se denomina *hernia* a la protrusión de una víscera u otra estructura orgánica a través de una abertura natural o patológica. Su localización es muy variada ([3]) y la más frecuente es la *abdominal*.

El *abdomen* es una "caja" cilíndrica de paredes musculares, que intervienen en el sostén y movimiento de las vísceras (evacuación vesical e intestinal, respiración, etc). Los músculos abdominales, que poseen zonas "débiles" y otras más vigorosas, tienen una acción funcional "antihernia" para evitar que, cuando la "caja" se contrae a impulsos de un esfuerzo, las vísceras puedan escapar por los puntos de menor resistencia o por los resquicios naturales. La acción funcional antihernia consiste en: a) la aplicación recíproca de las paredes anterior y posterior del conducto inguinal, contraponiendo sus zonas resistentes y sus zonas débiles, b) el ajuste del perímetro del orificio profundo sobre el cordón, y c) el ensanchamiento excéntrico del cordón dentro y sobre el orificio profundo, a la manera de un tapón en su gollete (Ortiz y otros, 1993).

Dentro de las hernias abdominales, la *hernia inguinal* es la más común, y puede progresar desde la profundidad del abdomen hasta las bolsas, en cuyo caso se denomina *inguino-escrotal* (o inguino-labial, según haya alcanzado los labios mayores en el caso de la mujer) (Nhyus y Condon, l989; Ortiz y otros, l993).

De acuerdo con su etiología las hernias pueden ser *congénitas* -existen en el momento de nacer y se producen por un defecto parietal o de cierre de las aberturas naturales- o *adquiridas* -surgen con posterioridad al nacimiento y ocurren generalmente a consecuencia de un esfuerzo-. La musculatura abdominal escasa o hipotónica junto con el aumento brusco de la presión abdominal debido a grandes esfuerzos imprevistos, a esfuerzos realizados en posiciones viciosas, o vinculados

---

3 Pueden encontrarse hernias umbilicales, esofágicas, hiatales, discales, pulmonares, cerebrales, ováricas, uterinas, etc. (Dorland, 1988)

con enfermedades que provocan tos, disnea, constipación, etc,, suelen ser los determinantes de las hernias abdominales.

En relación al factor congénito en las hernias, la embriología (Pansky, 1985; Moore, 1988) señala que la comunicación del proceso vaginal -por donde migran los tesículos al escroto en la vida fetal- con la cavidad abdominal, se cierra alrededor del nacimiento. El proceso vaginal abierto constituye el defecto congénito básico y su cierre suele producirse durante el primer año de vida, de allí que la mayor incidencia de hernia inguinal corresponde a niños prematuros y de menos de un año de edad (Morano, 1989).

Las anomalías del cierre del proceso vaginal son frecuentes y pueden estar asociadas o no con problemas de la migración testicular (ectopía, criptorquidia). El cierre incompleto produce *quistes del cordón espermático*, y una falta total de cierre suele provocar una hernia inguinal congénita o un hidrocele.

a) *Embriogénesis*

Resulta interesante consignar que la embriología describe en la formación de los testículos y del intestino medio un proceso que denomina *"herniación fisiológica"*.

A partir del tercer mes de embarazo, los testículos -debido a su necesidad hipocalórica- deben migrar hacia el escroto desde su posición lumbar en la pared abdominal dorsal. Durante su trayecto descendente por el proceso vaginal, los testículos "se hernian" a través de la pared abdominal y pasan por los conductos inguinales. Cuando alcanzan la posición intraescrotal definitiva -cerca del final del octavo mes-, los conductos inguinales se contraen alrededor del cordón espermático.

El intestino medio crece más rápidamente que el abdomen, cuyo espacio continente se ve reducido, además, por el gran crecimiento del hígado y los riñones. Alrededor de la sexta semana se produce una "herniación fisiólogica" o migración del intestino dentro del celoma umbilical**.** Mientras tanto, la cavidad abdominal se expande, hasta que en la décima semana, la hernia "se reduce" espontáneamente y los intestinos regresan con rapidez al abdomen (Pansky, 1985; Moore, 1988).

b) *Terapéutica*

La indicación para las hernias tanto en niños como en adultos suele ser la cirugía. Por lo general la hernioplastía es la operación practicada con más frecuencia por el cirujano infantil.

Según su condición las hernias pueden ser *reductibles*: las que mediante maniobras de taxis o espontáneamente se reintegran a la cavidad abdominal, o *irreductibles*: aquellas en las que esto no ocurre. Cuando no retornan al abdomen, pueden *atascarse* y *extrangularse*, debido a procesos inflamatorios entre el contenido del saco y sus paredes, excesiva adiposidad o aumento súbito del contenido líquido o gaseoso de la víscera introducida, alteraciones del anillo herniógeno, etc.
La *extrangulación*, que es súbita, brusca, constituye la complicación más seria y que mayor mortalidad ocasiona dentro de esta patología. El entorpecimiento o detención del retorno y la irrigación sanguínea en la víscera incarcerada puede provocar edema, tumor, necrosis, obstrucción intestinal, y llegar hasta el estado de shock. El diagnóstico clínico diferencial entre una hernia atascada y una extrangulada puede ser muy dificultoso pero, si ofrece la menor duda, se procede sin demora a la intervención quirúrgica, evitando el riesgo de una peritonitis con elevada mortalidad (Ortiz y otros, 1993).

La mayoría de los autores consultados sostiene que cuando han fracasado las maniobras manuales de reducción, toda hernia diagnosticada en el niño debe ser operada sin que importe la edad, para evitar complicaciones riesgosas: existe siempre el peligro de que un asa de intestino quede atrapada y condicione dolor y

cólico intensos, seguidos rápidamente por falta de irrigación sanguínea y signos de obstrucción intestinal. En el caso de una hernia inguinoescrotal, puede haber también sufrimiento del testículo homolateral (Watson, 1924; Llambías, 1977; Nelson, 1986; Dorland, 1988; Nhyus y Condon, l989; Ortiz y otros, 1993).

Otros autores son más conservadores y consideran que en los niños menores de dos años de edad, el cierre del conducto peritoneovaginal no obliterado ocurre espontáneamente en el 50% al 90% de los casos, y es posible esperar un tiempo. Pero si un niño no curó su hernia espontáneamente alrededor de los dos o tres años, es difícil que pueda hacerlo más tarde y se debe operar (Morano, l989).

III ALGUNAS CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS PRELIMINARES SOBRE LA HERNIA INGUINO-ESCROTAL

Para denominar a la hernia los antiguos solían usar el vocablo latino *Kele*, que significa "tumefacción", y lo combinaban con palabras que designaban el contenido del tumor: "enterocele" (hernia intestinal), "onfalocele" (hernia umbilical), "cistocele"(hernia vesical), etc. (Watson, 1924).

La etimología de la palabra *hernia* remite a dos líneas de significación: a) la mayoría de los diccionarios y de los textos médicos consultados refieren que proviene del latín *hernia*, que significa "quebradura", es decir, "ruptura, hendidura, apertura" (Skeat, l882; RAE, l95O; The Heritage, l973; Blanquez Fraile, 1975; Sainz de Robles, 1979), y b) algunos autores, en cambio, consideran que el vocablo *hernia* deriva de la voz griego *hernos*, que quiere decir "brote o vástago" (Watson, 1924; Diccionario Griego-Español, 1945; Blanquez Fraile, 1975; Nyhus y Condon, l989). Nyhus y Condon (1989) cuestionan la vinculación entre hernia y “quebradura”, que

parece haber provenido de Galeno (200 DC) quien, al no realizar disecciones humanas, creyó que esta enfermedad era producto de la "ruptura" del peritoneo, con estiramiento de las fascias y músculos subyacentes.Las dos acepciones etimológicas apuntan a contenidos que parecen significativos en relación con las hernias. La idea de *quebrar* o romper tiene, por un lado, el sentido de "forzar algo venciendo una dificultad u opresión" y, por el otro, -como en la voz "quebrado o quebrantado"- alude a "ceder, flaquear, estar debilitado, disminuido en sus fuerzas" (RAE, 1950; Salvat, 1972).

Como mencionmos anteriormente, la medicina considera como factores importantes en la producción de las hernias abdominales a los *esfuerzos* excesivos o inadecuados y a la falla o *debilidad* de las paredes musculares. Desde la comprensión psicoanalítica, Scalisi y Spagnuolo (198O) centran el significado inconciente de las hernias alrededor de las ideas de *esfuerzo, fuerza, y debilidad o falta de fuerzas*. Plantean ([4]) que el herniado es un sujeto que *no tolera su sentimiento de debilidad*, y se empecina en hacer *esfuerzos desmedidos* para obtener aquello para lo cual se siente *débil o impotente*. Parece idealizar el esfuerzo, creyendo que sólo *"a la fuerza" o "esforzadamente"* podría lograr resultados eficaces,

Las autoras consideran que quien padece este trastorno tiene dificultades para: 1) discriminar entre la fuerza que es capaz de desarrollar y la que resulta imposible para él (como indica la advertencia: "cuidado, que te podés herniar") ([5]); 2) utilizar el pensamiento como rodeo elaborativo, y la habilidad ("más vale maña que fuerza"),

[5] Del trabajo de Scalisi y Spagnuolo (1980) hemos extraído sólo aquellas ideas que, a nuestro juicio, son centrales para la comprensión del tema.

[5] Esta expresión se usa a veces en un sentido irónico para referirse a la falta de disposición a realizar el esfuerzo necesario para la ocasión.

recurriendo, en cambio, a la fuerza violenta o irreflexiva; y 3) buscar la colaboración de otro que, en un trabajo cooperativo, le ayude a incrementar su propia fuerza ("la unión hace la fuerza").

Chiozza L. y colab (1993b) ([6]) señalan que el esfuerzo no sólo tiene que ver con la fuerza “física” sino también con la fuerza "anímica". Diferencian dos matices del vocablo *esforzar*: uno que se refiere a la acción de "*forzar* algo, forzar a alguien o forzar a algún órgano", y el otro, en su uso reflexivo de *esforzarse*, que significa "obligarse a hacer algo que requiere *mucha fuerza física, o anímica,* es decir, gran inteligencia, voluntad, o cualquier otra facultad". Así, podemos agregar entonces que el enfermo de hernia se *esforzaría* por mostrar, por ejemplo, una “madurez”, o un desarrollo intelectual, o una “fortaleza” yoica, etc., que exceden sus posibilidades o capacidades naturales.

En este sentido, la otra línea de significación derivada de la etimología, que vincula a la hernia con un "brote" o "vástago" ([7]), pone el acento sobre los *aspectos poco desarrollados, inmaduros o ifantiles*, que estos enfermos parecen no poder admitir o tolerar. El término *brote*, del gótico *brut*, quiere decir "pimpollo, hijo pequeño o retoño que empieza a desarrollarse" (Salvat, 1972; Corominas, 1985). En relación a un enfermo con hernia de disco, Badel y Vieira (1992) señalan que, tras su actitud de querer "arreglárselas solo", encubría sus facetas poco desarrolladas e infantiles. El

[6] En la investigación sobre las hemorroides Chiozza L. y colab (1993b) describen cualidades particulares del esfuerzo en relación con fantasías anales. Encuentran en los pacientes con hemorroides: a) una actitud de "forzar" obstinadamente la conciliación imposible de dos deseos: conservar la autonomía en la obtención del placer y conservar el aprecio de los objetos que exigen la renuncia a esa autonomía, y b) la hipervaloración anal del esfuerzo como “mérito” en sí mismo, independientemente de los resultados, cuyas variantes son el esfuerzo "desmesurado" y el esfuerzo "inútil".

[7] *Vástago* deriva del latín *bastum*, palo; significa brote de una planta y, figurativamente, persona descendiente de otra (Salvat, 1972).

paciente se había sentido empujado a ser un hombre por una madre exigente, y no tuvo el tiempo, el sostén y la protección necesarios para poder jugar, ser niño y madurar más armoniosamente.

Como mencionamos anteriormente en relación a las hernias abdominales, la medicina considera que el aumento de la presión abdominal y la debilidad de las paredes musculares o el defecto de cierre de las aberturas naturales, lleva a una víscera a salir total o parcialmente fuera del lugar en el que se aloja normalmente. Nos parece posible pensar que estas representaciones físicas pueden ser comprendidas, desde la perspectiva anímica, como vivencias vinculadas con el *"sentirse fuera de lugar"* o el *"estar fuera de lugar*", "ocupando" un lugar que no es el que el sujeto siente que le corresponde, es decir, asumiendo actitudes, conductas o capacidades que están más allá de sus posibilidades, en el intento de lograr un propósito o de evitar afectos penosos.

En el proceso de herniación fisiológica durante la embriogénesis, la falta de lugar en el abdomen fuerza la migración del intestino hacia otro espacio -el celoma umbilical- donde puede continuar su crecimiento. Resulta plausible pensar que la hernia-enfermedad -a la manera de la herniación fisiológica, que resultó una acción eficaz en la vida embrionario-fetal- podría representar el intento fallido de salir de un "lugar" que se experimenta como un continente insuficiente o inadecuado para algunos desarrollos, y buscar otro "espacio" que aparenta ser más favorable. En este sentido, la falla o debilidad de las paredes abdominales simbolizaría *la debilidad y dificultad de contención de los objetos significativos* para el sujeto -así como la dificultad para contenerse a sí mismo-, mientras que la protrusión de la víscera expresaría las ideas, por un lado, de *"no tener lugar para..."*, y por el otro, de *"salirse de su lugar",* buscando un ámbito diferente.

La localización escrotal de las hernias inguinales nos orienta hacia otros significados, que integrarían el mosaico de fantasías inconcientes comprometidas en esta enfermedad. Los órganos genitales del varón constituyen una zona erógena que se arroga la representación de contenidos vinculados con la sexualidad y con la masculinidad. La tumoración en el escroto, que le da un aspecto hinchado o más abultado que lo normal, parece simbolizar, por un lado, una excitación sexual retenida que no logra descargarse y, por el otro, un intento de "remarcar" o "exagerar" el tamaño de los testículos, para encubrir o negar dificultades que se experimentan con la masculinidad (Casali y Funosas, 1994).

Dado que el tratamiento habitual de las hernias es quirúrgico, conviene recordar aquí que -si bien toda cirugía entraña fantasías vinculadas con el daño, pérdida, mutilación, etc,- las operaciones en la zona genital, que suelen ser vividas como un castigo por los deseos sexuales prohibidos. se prestan para intensificar y concretar las fantasías inconcientes de castración

Acerca de los quistes

En un *Esquema para una interpretación psicoanalítica de las ampollas*, Chiozza, L., Dayen, E. y Grus, R. (l98O) señalan la existencia de un núcleo de significación común para formaciones corporales como las ampollas, quistes, vesículas y vejigas, al que se agrega el matiz particular que corresponde a su localización. En una síntesis apretada mencionaremos que, de acuerdo con los autores, los quistes representarían: a) una *intención pretenciosa*, que puede manifestarse como una actitud de *ampulosidad o fanfarronería*, b) una excitación acumulada, que se experimenta como *"ganas ardientes" que no pueden descargarse*, y c) un

sentimiento de *descontento*, en su doble sentido de incontinente e insatisfecho, vinculado con una dificultad en la capacidad de espera, necesaria para lograr las condiciones que permitan la satisfacción.

IV LA HISTORIA DE JULIAN

Blanca y Jorge se asustaron mucho cuando descubrieron que el testículo izquierdo de Julián "estaba hinchado". De inmediato comenzaron a hacer consultas con diferentes pediatras y cirujanos de niños. Todos confirmaron el diagnóstico de hernia escrotal y quiste de cordón, y la indicación de realizar una intervención quirúrgica a la mayor brevedad posible fue unánime.

Se sintieron más preocupados todavía, cuando uno de los médicos les informó del peligro de que la hernia se estrangulara si el quiste acompañante se reabsorbía.

Superados por la angustia, Blanca y Jorge no entendían cómo era posible que Julián, un hijo tan querido y cuidado, al que esperaron el tiempo adecuado para tenerlo y nació de un parto "maravilloso", que en su tres años y cuatro meses nunca se había enfermado y parecía tener "un estado de bienestar permanente", tuviera que enfrentar, ahora, esta dificultad.

Se preguntaban qué pensaría Julián acerca de la operación y cómo podían explicarle y ayudarlo, si ellos ni siquiera podían tolerar escuchar o hablar de todo eso.

Jorge recuerda sus propias enfermedades cuando era niño y las experiencias traumáticas con los médicos: "Tuve tres operaciones cruentas, una de una fístula anal al año de vida, otra de fimosis a los cinco y la de las amigdalas a los seis". Las

describe como violentas y con una angustia que el paso del tiempo no ha logrado atemperar. Tal vez por eso, dice Blanca: "el susto de él se lo pone al nene", y la primera vez que lo llevaron al médico Jorge le compró, sin darse cuenta, una ametralladora y un casco de juguete para que se entretenga.
Hasta que Julian cumplió un año, Blanca "lo cuidaba todo el tiempo". Lo amamantó hasta los nueve meses, y a los once salió caminando solito sin gatear. En su crianza todo funcionó bien, "nunca hubo problemas ni necesidad de retroceder con él".

También se quedó conforme cuando Blanca empezó a trabajar y vino Betty, una jovencita que empezó a cuidarlo todos los días. Lo veían contento cuando se quedaba con ella aunque, muchas veces, les parecía que estaba nervioso y excitado.

El cariño de Betty por Julián, los besos y los abrazos entre los dos, eran habituales. A Jorge le gustaba que tuvieran un trato afectuoso, pero a veces no sabía si tenía que permitir tanto acercamiento o si era necesario intervenir, como aquel día que llegó a su casa y la vió a Betty sentada, con la cabeza de Julián entre sus rodillas, mientras él plácidamente se dejaba hacer cosquillas en el cuello.

A veces, en lugar de quedarse en el departamento, Betty lo llevaba a Julián a jugar a su propia casa, donde casi siempre estaban sus padres y sus hermanos. Ellos lo "adoraban", y él se divertia mucho cuando estaba allá. Ultimamente notaron que le decia "papi" al papá de Betty, como lo llamaban los demás. Jorge y Blanca comprenden que a él le guste ir, porque cuando ellos van de visita también la pasan bien. Con la familia de Betty desarrollaron un vínculo cercano y suelen compartir los cumpleaños y algunas reuniones familiares.

Del carácter de Julián los dos cuentan que el trato con él es muy cómodo. Nunca fue llorón, es colaborador, desenvuelto y muchas veces le gusta mandar. Suele decir que él ya está grande, y tiene buen humor, como cuando se levanta a la mañana y los saluda muy sonriente, diciéndoles: "¡Hola chicos, como les va!". O también, cuando imita al personaje de dibujos animados Sam Bigotes, que ve por la televisión, y le dice seductoramente a la madre: "¡Te quiero nena, tus ojos, tus labios...!"

Cuando Jorge ve a Julián jugando no entiende por qué, si muchas veces él se siente un hombre grande, al mismo tiempo también le dan ganas de jugar. A Blanca le parece por momentos, que es como si ella tuviera "dos hijos".

Hace unos meses que Julián ingresó al jardín de infantes y, casi enseguida, notaron que le apareció un bulto en el testículo izquierdo. Sintieron un poco de verguenza durante los tres primeros días de la adaptación escolar, cuando lloró y no quiso que lo dejaran solo en la sala. Les sorprendió su reacción porque siempre era simpático y sociable, y en el veraneo de este año se acercaba y hablaba con la gente sin timidez. Por suerte "se le pasó" rápido y se quedó sin problemas en el jardín.

Blanca y Jorge lo quieren mucho a Julián y siempre desearon darle, como padres, lo mejor. No querían que sufriera, ni que tuviera que pasar las dificultades y la infelicidad que ellos padecieron en su infancia.

Los padres de Julián

Blanca era la primera hija de seis hermanas y desde chica sintió que sobre ella recaía el peso de ser la mayor. Todo había empezado cuando solo teniendo tres meses de edad, su lugar de bebé fue ocupado por un nuevo embarazo. No recuerda

demostraciones de cariño en su familia pero, en cambio, tiene grabado el fastidio que sentía cuando su padre llegaba a la casa, y el miedo que le daba cuando él se descontrolaba y le pegaba a su madre.

Siempre pensó que tenía que crecer rápido, "romper con los códigos familiares", y abrirse camino sola en la vida. Cuando desarrolló su profesión y pudo empezar a trabajar por cuenta propia, le enseñó el trabajo a sus hermanas y les dió una ocupación.

Jorge todavía sufre la distancia afectiva y los problemas de comunicación con su familia. A pesar de todos los esfuerzos que hizo desde que era pequeño para ser un estudiante muy bueno y tener el mejor promedio, siempre se sintió confundido porque a sus padres "no había nada que les viniera bien". La desconexión de su madre - "que nunca podía ubicarse" - y el carácter explosivo de su padre que, cuando se enojaba, pegaba con el puño contra la puerta, le hacían sentir que no podía ocupar el lugar de hijo en su familia. Tener que ser el ejemplo para su hermana menor y sobrellevar el clima hostil de su hogar, muchas veces lo experimentaba como una convivencia "infernal".

Blanca y Jorge cuentan que en su relación matrimonial predomina el compañerismo, y que siempre tratan de ayudarse. Solo ocasionalmente tienen alguna "peleita", pero no dura mucho y enseguida se vuelven a amigar. A Blanca le molesta un poco que Jorge sea tan perfeccionista con el arreglo de la casa, y que le critique su forma de vestir. Sin embargo, logra calmarse rápidamente y puede tener una actitud comprensiva.

Sexualmente es siempre ella la que se acerca y lo busca. A él le gusta y también le asombra su desenvoltura. Ambos dicen que gozan en la intimidad, aunque siempre es eso de que él es el "retraído", el que se mete para adentro y ella la que "la juega de guerrera".

Cuando Julián se puso más grande y ya podía caminar y hablar, decidieron ponerse a "trabajar duro". Querían ahorrar para poder mudarse. Lograron, con mucho esfuerzo, comprar una casa que era accesible por estar abandonada y comenzaron a refaccionarla. Para los dos era importante llevar adelante el proyecto de tener un hogar más confortable, sentir que ambos podían crecer y progresar.

Pero ahora, lo que más los preocupaba era la enfermedad de Julián.

Las horas de juego ([8])

En la primer hora de juego Julián expresó varias temáticas, que luego iría repitiendo y desplegando a lo largo de sus sesiones de análisis.

Con una franca actitud de seducción y comportándose como un "caballerito", ingresó solo al consultorio, sonriendo y ofreciéndole caramelos a la analista. Exhibió con orgullo, como si mostrara que podía "pisar fuerte", las zapatillas nuevas que le había comprado su mamá intentando tal vez, de ese modo, dominar la ansiedad que le generaba este primer encuentro analítico.

[8] De la hora de juego y del tratamiento de Julián seleccionamos sólo algunos fragmentos para ejemplificar los significados que nos parecieron esenciales en relación con su enfermedad.

Julián no podía permitirse tener los miedos de un nene de tres años, y su esfuerzo por comportarse como un chico mayor se ponía de manifiesto en su forma madura de hablar, así como en su trato y sus modales cuidadosos.

La preocupación que evidenció por un avión que no hacía chispas al despegar, fue sustituída rápidamente por la satisfacción que le despertó encontrar un muñeco articulado, con músculos muy desarrollados, de quien dijo que tenía "cuatro pistolas". Expresaba así la intensa necesidad que tenía por sentirse varonil y fuerte para contrarrestar, probablemente, su sensación de debilidad.

Al sentarse en una silla se resbaló y asustado gritó: "¡Ay¡, me caigo!". Representó, de esta forma, la angustia que sentía frente a la falta de sostén y contención de sus padres. Reiteró la misma preocupación, cuando intentó varias veces poner de pie a unos animales grandes sin lograrlo, o cuando jugaba a que los "autos padres" se quedaban "dormidos".

El miedo familiar a las visitas médicas y a la operación, junto con el deseo de ser protegido, parecía ser el sentido de un juego en el que guardó a todos los animales dentro de una caja, al mismo tiempo que decía que así los malos no los podrían atacar, y amenzaba a los supuestos perseguidores exclamando: "¡A ver si los pueden atacar! ¡No atacarán, malditos!".

Mientras sostenía en sus manos algunos animalitos, le explicaba a la analista que ellos querían quedarse con ella: "Se quieren quedar con vos... los animales vivían con vos... tenían ganas. Todos se quieren quedar acá. Este también se quiere quedar acá". Mostraba su deseo de encontrar un lugar para él y para sus padres, donde pudieran sentirse más amparados y seguros.

Insistió varias veces en armar con cubos unas torres muy altas que repetidamente se le caían, aclarando mientras las construía que le faltaba algo para poder hacerlo. Expresaba de ese modo el cotidiano esfuerzo que realizaba para desenvolverse como si fuera más grande de lo que era. Negaba sus necesidades y sus posibilidades de niño pequeño, porque tal vez las confundía con debilidad o falta de potencia.

Cerca del final de la hora de juego, Julián expresó la preocupación por la hernia que comprometía a sus genitales, dibujando con marcador rojo dos círculos de diferente tamaño: uno menor, sin nada adentro, y otro más grande, que contenía un trazo reforzado y un círculo pequeño. De este manera parecía graficar la percepción inconciente de su enfermedad: el agrandamiento del escroto izquierdo correspondiente al lado afectado, la hernia (el asa intestinal), y el quiste (fig 1) ([9]).

Mientras realizaba este dibujo, le decía a la analista: "Eso ¿sabés qué es? Una pelota. La voy a dibujar. Me salió mal la pelota, el bebe chiquitito y el papá grandote, me salió mal. Lo tengo que hacer al revés, el papá grandote y el hijito". De esta forma parecía aludir a una de las fantasías inconcientes acerca de su enfermedad: algo en su testículo y algo en la relación con su papá, que tenía que ver con el ser chico y el ser grande, "le salió mal". También revelaba su fantasía inconciente de curación cuando, al decir que tenia que hacer el dibujo "al revés", invierte el orden: primero el "papá grandote" y luego el "hijito", simbolizando su deseo de que el padre asuma el lugar del "grande", el adulto, para poder ser él entonces el "nene chiquito".

[9] A. Aberastury (1971) considera que la primera hora de juego de un niño tiene carácter diagnóstico y distingue en las expresiones lúdicas y gráficas, aquellas que corresponden a: 1) la percepción inconciente de su enfermedad, 2) las fantasías inconcientes, es decir, los significados y teorías acerca de su enfermedad y 3) sus fantasías inconcientes de curación.

En la segunda hora de juego la analista habló con Julián acerca de los significados que había expresado a través de sus juegos y sus dibujos en el primer encuentro que tuvieron.

La entrevista de devolución a los padres

La entrevista con los padres giró alrededor de la modalidad que tenía Julian de tratar de complacerlos y no decepcionarlos. De su actitud habitual de comportarse como si fuera un chico más grande, esforzándose por hacer demostraciones de capacidad y madurez. La exigencia que él sentía era similar a la que ambos habían experimentado como hijos durante su infancia, y la que aún sentían, en relación con sus deseos de dar lo mejor como padres y de superarse profesional y económicamente.

Julián se portaba bien, tenía buen humor, pero no encontraba espacio para los miedos, la disconformidad o los "berrinches". Ellos se asustaban mucho cuando él se quejaba o lloraba, como sucedió cuando ingresó al jardín, y tal vez tenían la sensación de estar cumpliendo mejor su función de padres si Julián les presentaba pocas dificultades. Por eso buscaban calmarlo enseguida y les costaba tolerar su llanto o su rabia. Del mismo modo que les sucedía a ellos cuando evitaban enojarse, porque temían pelearse y no lograr un acuerdo.

Les resultaba difícil ponerle límites más firmes, ubicarlo cuando daba órdenes o intervenir en el contacto estrecho que tenía con Betty. Tal vez a Jorge le complacía cuando Julián era autoritario, porque deseaba verlo con una firmeza que sentía que a èl le faltaba. A veces también lo "dejaba hacer", pensando que su mujer podía

entenderlo o guiarlo mejor. No se daba cuenta de la necesidad que tenía su hijo de que lo ayudara a despegarse más de la madre y de Betty.

Cuando Blanca y Jorge pudieron comprender qué le pasaba a Julián y relacionarlo con lo que a ellos les sucedía, se sintieron menos angustiados. Decidieron postergar la operación aunque esto les significara tener que contrariar a los médicos que consultaron, para quienes la intervención psicoanalítica podía ser adecuada únicamente después de la cirugía. Aceptaron la indicación de que Julián realizara un tratamiento breve y, para sostenerlo, suspendieron por un tiempo la construcción de la casa nueva.

El tratamiento psicoanalítico de Julián ([10])

A pesar de que Julián tenía que viajar alrededor de una hora y media, y muchas veces se cansaba, venía bien dispuesto y no expresaba fastidio ni descontento.

Durante la mayoría de las sesiones ([11]) solía hacer juegos de lucha con muñecos y animales, a los que comparaba entre si para ver quien era el más fuerte, el más alto o el más grande. A veces, él mismo representaba a uno de los personajes del juego, fantaseando que el rival era alguien peligroso a quien generalmente lograba vencer. Con su insistencia en este tipo de juegos encubría su angustioso sentimiento de

[10] Aunque el tratamiento tenía un tiempo limitado, el encuadre y la comprensión del material a partir de la transferencia-contratransferencia fueron similares a los del tratamiento clásico.

[11] Debido a la permeabilidad entre conciente e inconciente que es característica de los niños pequeños, gran parte del material manifiesto del juego, corresponde al contenido latente poco deformado.

pequeñez y debilidad, y al crear un atacante poderoso que lo enfrentaba invertía la imagen que tenía de su papá, al que muchas veces veía inseguro.

Intentaba elaborar el conflicto que tenía entre su necesidad de que ambos pudieran asumir sus roles y su sentimiento de rivalidad, su pretensión de ser el más grande, el más alto o el más fuerte, negando sus verdaderas posibilidades. Decia: "Mi papá siempre tiró tiro al blanco. Yo no puedo tirar porque soy chiquitito. Cuando sea más grande voy a poder tirar. Los grandes tiran tiro al blanco". Y agregaba luego: " Yo soy más grande, de lo mejor... yo soy el más grande. Yo soy el más alto, ¡voy a matar a ese maldito...!".

También le gustaba jugar con un muñeco al que le hacía realizar demostraciones de fortaleza y habilidad: dar vueltas carnero, tirarse de cabeza al agua, al mismo tiempo que expresaba que no tenía miedo. Eufórico, exclamaba: "¡Este es grande, este es macho!... Los hombres nunca podían tener miedo, nunca, nunca...". Su constante preocupación por ser grande, "macho" y fuerte, no sólo representaba su ambición, sino también su profunda necesidad de crecer para ser su propio sostén y poder contener sus ansiedades de niño pequeño.

En sus juegos también reflejaba la intensidad de sus impulsos edípicos. En una escena en que era de noche y dos tortugas se iban a dormir, le hacía decir a una de ellas: "¡Primero yo, primero yo!... El es el que cuida a la mamá y ¡el hijo también!". Algunas veces quería que la analista le dibujara figuras y las rellenara, pintándolas "bien fuerte" de color rojo. Simbolizaba de ese modo la sobre-excitación que experimentaba, particularmente en el contacto con Betty, la niñera que lo cuidaba.

En una sesión cercana a la mitad del tratamiento le pidió que dibujara un nene y le indicó, especialmente, que no se olvidarse de hacer los genitales. Luego él dibujó al lado, con marcador también rojo, una especie de cilindro del mismo tamaño del nene, que parecía representar un pene en erección, y un círculo irregular debajo, que semejaba un testículo. En el círculo hizo una línea que se introducía en la base del cilindro, y un trazo similar al que representaba a la hernia en el dibujo de la primer hora de juego (fig. 2). Parecía mostrar de esta manera no sólo su intensa excitación, sino también la necesidad de "amplificar" la zona de su cuerpo que le preocupaba, como si llamara la atención sobre ella.

Al final de esta misma sesión la mamá preguntó acerca de la conveniencia de llevar a Julián a realizar un control médico, y acordaron que los padres concurrirían luego para tener otra entrevista con la analista. En el exámen clinico, el pediatra determinó que el quiste del cordón espermático se había reabsorbido espontáneamente.

Recién más adelante pudimos comprender que Julián expresó la percepción inconciente de esta modificación en el dibujo en que amplificó la representación de sus genitales (fig.2). En el círculo que semejaba al testículo hizo una línea "limpia", que parecía simbolizar al cordón espermático normalizado. Había desaparecido el círculo pequeño que correspondía al quiste en el primer dibujo (fig. 1), y se repetía el trazo que representaba la hernia, indicando su persistencia.

Blanca y Jorge estaban sorprendidos por la desaparición del quiste, y relataron que se habían producido algunos cambios en la familia. Notaban a Julián más suelto y expresivo, "más parecido a los otros chicos". Ellos se sentían más tanquilos y firmes con él, no lo dejaban mandar y le ponían limites a la relación tan estrecha que tenía con Betty.

El deseo de Julián de curarse se puso de manifiesto desde el comienzo del tratamiento. En una oportunidad envolvió con plastilina un cubo de madera, diciendo que ya no quedaba "nada abierto". Otra vez realizó lo mismo con un martillo, aclarando: "Tapé en todas partes. Está mejor así". Parecía señalar que la "abertura" que condicionaba la hernia podría cerrarse.

Durante las sesiones posteriores a la entrevista con los padres, Julián realizaba juegos en los que mostraba que la mayor dificultad provenía de la relación con su padre. Se angustiaba porque percibía su debilidad e inmadurez y quería que él cambiara. Tomó un toro y acercándolo a la vaca dijo: "El toro toma la leche como un nene. Es un tonto, es un boludo". Pidió a la analista que lo ayudara a reparar un avión, mientras comentaba: "Este nene maneja muy fuerte y este avión maneja muy despacio".

Jugó a construir casas: una "en otro lugar", mientras decía: "yo hago una casa afuera", otra muy cerrada, por donde "nadie podía pasar", y otra que tenía una pieza "para que el hijito pueda jugar". Manifestaba de ese modo no sólo el intento de elaborar el proyecto familiar de construir un nuevo hogar, sino su necesidad de buscar un ambiente de mayor continencia para sus miedos, sus enojos y su excitación, que le permitiera sentirse más tranquilo siendo un niño.

Alternaba estos juegos con otros en los que también expresaba la mejoría que percibía en sus padres. Solía colocar un indio parado sobre el lomo de los animales, que lo sostenían sin caerse, a diferencia de la primera hora de juego, en la que no lograban mantenerse en pie.

Poco antes de que terminara el tratamiento la mamá comunicó que había llevado a Julián a otro control médico, y que la hernia se había reducido.

En sus últimas sesiones, Julián realizó un dibujo en el que parecía simbolizar claramente a los genitales y mostrar, una vez más, que percibía inconcientemente la evolución de su enfermedad (fig.3). Comprendimos que, junto con la preocupación que aún persistía por su masculinidad, su potencia y su excitación -que se evidenciaba en el gran tamaño de la figura y el color celeste y rojo que empleó para pintarla ([12])- Julián había representado sus testículos con su forma normal y sin ningún trazo adentro.

Cerca del final buscó elaborar la interrupción de su análisis. Jugaba con autos que tomaban diferentes caminos y mientras hacia andar un autito comentaba: "Se va este, se va y no vuelve más... tiene muchas cosas para llevarse...".

Un año después supimos que Julián no había vuelto a tener manifestaciones de su enfermedad.

V A MODO DE SINTESIS

l) El ingreso al jardín representó para Julián el factor eficaz desencadenante de su enfermedad. Su modalidad habitual de comportarse como si fuera mayor lo llevaba a vivir esta circunstancia como una nueva exigencia y esfuerzo que lo alejaba aún más de la posibilidad de satisfacer sus necesidades infantiles. Esa nueva exigencia

[12] El gran tamaño del dibujo parece aludir a la persistencia de su actitud de "agrandarse", mientras que el color rojo representa su excitación y el color azul su deseo de enfriarla, contenidos cuya elaboración sería necesario continuar.

también le hacía temer que, en el nuevo ámbito, no le fuese posible desarrollar las actitudes "fuera de lugar" a las que estaba acostumbrado.

Al mismo tiempo, los padres que siempre se habían sentido exigidos, experimentaban con la construcción de la casa nueva una sobrecarga y la necesidad de un esfuerzo mayor para llevar adelante sus propios deseos de crecimiento.

2) El quiste en el cordón espermático representaba la excitación retenida que Julián no lograba descargar, así como su "pretensión" de ser grande, que se ponía de manifiesto en sus actitudes "fanfarronas". Expresaba también su dificultad para esperar y su sentimiento de descontento.

3) La hernia se caracteriza por la *salida* total o parcial de una víscera u otra parte blanda *fuera del lugar* en el que se aloja normalmente. La medicina considera que el factor *esfuerzo* y la *debilidad o falla* de las paredes musculares son determinantes en la producción de las hernias abdominales, una de cuyas variantes es la hernia inguino-escrotal.

Desde la comprensión psicoanalítica la hernia de Julián parece representar los *esfuerzos* que debía realizar para ser grande y fuerte, más allá de sus propias posibilidades. Muchas de sus actitudes, que no correspondían a las de un niño pequeño, estaban *"fuera de lugar"*; la "madurez" de su conducta era una salida *"forzada"*, con la que intentaba evitar el sentimiento penoso de su *debilidad* y la de sus padres, que no podían contenerlo y limitarlo como él necesitaba.

Julián no podía tolerar en su conciencia la vivencia de que sus padres -ocupados por el esfuerzo que les significaba concretar sus ambiciones de progreso- *no podían ser objetos suficientemente continentes, ni darle el "lugar" que necesitaba para expresar sus necesidades infantiles.* A través de su hernia expresaba también el intento fallido de encontrar mágicamente *"otro espacio o ámbito"* que le permitiera desarrollarse como un niño de su edad, como cuando iba a la casa de Bety y llamaba “papá” al padre de ella.

4) La localización escrotal de la hernia simbolizaba la sobre-excitación de Julián con su madre y con Bety, y la preocupación por su potencia masculina. El escroto abultado representaba el intento de remarcar que era "macho", y encubrir la inquietud por su desarrollo como varón. Su temor estaba vinculado con la inmadurez y los rasgos infantiles que "percibia" en su padre.

La posibilidad de la intervención quirúrgica vehiculizaba su necesidad inconciente de castigo por sus deseos edípicos, y amenazaba concretar las fantasías de castración de Julián.

5) El trabajo de elaboración durante la experiencia psicoanalítica se tradujo en una modificación física y anímica: la reabsorción del quiste y la reducción espontánea de la hernia, junto con el comienzo del proceso de re-ubicación de Julián "en su lugar" de niño, y el cambio de algunas actitudes de sus padres, cuya disposición a ayudarlo se evidenció desde el comienzo en su decisión de suspender la construcción de la casa nueva, para darle "suficiente espacio" a Julián y a su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (I971) *Aportaciones al Psicoanálisis de niños*. Ed Paidós. Bs As. 1971.

Badel, C. y Vieira, R. (1992) Paciente con hernia de disco ¿Sin maña ni fuerza, cómo se talla el destino?. Encuentro Rioplatense: Psicoanálisis de los trastornos orgánicos. Diciembre 1992. Uruguay.

Blanquez Fraile, A. (1975) *Diccionario Latino-Español*. Ed Sopena. Barcelona. 1975.

Casali, L. y Funosas, M. (1994) Ideas sobre el significado del varicocele. Simposio 1994. Centro de Consulta Médica Weizsaecker. Bs As.

Corominas, J. (1985) *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico*. Ed. Gredos. Madrid. 1985.

Chiozza, L., Dayen y Grus (1986) Estudio psicoanalítico de las ampollas. *Por qué enfermamos?*. Ed. Alianza. Bs As. 1986.

Chiozza, L. y col. (1991) *Los afectos ocultos en...psoriasis, asma,trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebrovasculares.* Ed. Alianza. Bs. As. 1991.

Chiozza, L. y col (1993a) Introducción, en *Los sentimientos ocultos en...hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad.* Ed. Alianza. Bs. As.1993.

Chiozza, L. y col (1993b) Fantasías específicas de las várices hemorroidales. *Los sentimientos ocultos en...* Ed. Alianza. Bs As. 1993.

Diccionario Griego-Español (1945) Ed. Bibliográfica Española. Madrid. 1945.

Dorland (1988) Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Ed. Interamenricana McGraw-Hill. Madrid. 1992.

Llambías, M. y otros (1977) Hernia inguinal infantil. Revista de Pediatría. Vol I. Tomo 4. 1977.

Moliner, M. (1986) *Diccionario de uso del español*. Ed. Gredos. Madrid. 1986.

Moore, K. (1988) *Embriología Clínica*. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México. 1990.

Morano, J. (1989) *Pediatría*. Ed. Atlante. Bs As. 1991.

Nelson, W. E. (1986) *Tratado de Pediatría*. Nueva Editorial Interamericana. 1986.

Nhyus, LL. y Condon, R. (1989) *Hernia*. Ed. Médica Panamericana. Bs As. 1991.

Ortiz, F., Moirano, N., Fassi, J. y col (1993) *Cirugía. Semiología, fisiopatología y clínica quirúrgica*. Ed Ateneo. Bs As. 1993.

Pansky, B. (1985) *Embriología Médica*. Ed. Médica Interamericana. Bs As. 1985.

Real Academia Española (1950) *Diccionario de la Lengua Española*. Ed. Espasa-Calpe. Madrid. 1985.

Sainz de Robles, F. (1979) *Diccionario español de sinónimos y antónimos.* Ed. Aguilar. España. 1979.

Salvat Editores (1972) *Enciclopedia Salvat Diccionario*. Ed. Barcelona. 1972.

Scalisi, H. y Spagnuolo, A. M. (1980) Hernia: a falta de fuerza, un esfuerzo. XI Simposio. Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. Bs As. 1980.

Skeat, W. W. (1882) *A Concise Etymological Dictionary of the English Language*. Oxford University Press. London. 1972.

The Heritage Illustrated Dictionary of the Language (1973). American Heritage Publishing Co. Inc. New York. 1973.

Watson, L. (1924) *Hernia.* E. Artetécnica. Bs As. 1992.

LA TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA EN EL PSICOANALISIS DE NIÑOS

Lic. Silvana O. de Aizenberg - Lic. Liliana G. Casali

Buenos Aires
Marzo 1997

"Aquí tal vez baste recordar que nuestro saber

de ciertos hechos encuentra resistencias internas que hacen necesaria la elaboración repetida para que el conocimiento teórico se convierta en real, para que el saber se convierta en vida. Tomen, pues, esta exposición como una invitación a elaborar nuevamente lo que, en principio, ya les es familiar" (Racker, 1957).

I. Introducción

La comprensión de que el juego expresa las fantasías inconcientes del niño y constituye su forma de expresión predominante -sobre todo si se trata de niños pequeños- junto con la idea de que el significado del juego puede ser desentrañado según el modelo de la interpretación de los sueños, sentó las bases para que Melanie Klein elaborara una técnica específica que denominó *técnica del juego*, con la cual hizo posible la práctica del *psicoanálisis de niños.*

Aunque la estructura anímica y corporal del niño difiere en muchos aspectos de la del adulto, compartimos el espíritu de la afirmación de Klein acerca de que la diferencia entre el psicoanálisis de niños y el psicoanálisis de adultos es "*solamente de técnica y no de principios*" (Klein, 1932). Ambos exigen *el análisis sistemático de la transferencia y de las resistencias* (Aberastury, 1961) o, dicho en otros términos, *psicoanalizar tanto a un adulto o como a un niño* [(1)] *implica una forma* particular *del hacer, cuya realización se basa fundamentalmente en el conocimiento del cuerpo de teoría y de teoría de la técnica que caracterizan al psicoanálisis en general* (Chiozza, 1978a) [(2)] [(3)].

A pesar de constituir un aspecto esencial encontramos, en la literatura psicoanalítica que consultamos, referencias dispersas y poco sistematizadas sobre la transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis

---

1 Lo mismo es válido para otras edades o períodos de la vida: adolescencia, tercera edad, etc.

2 Freud (1925d) se refiere en ocasiones al "arte interpretativo" y Chiozza (1978a) desarrolla la idea -contenida pero menos enfatizada en la obra Freudiana- de que psicoanalizar no sólo implica una técnica sino también un arte.

3 En esta comunicación no nos ocupamos de los problemas técnicos particulares que surgen durante el análisis de niños.

de niños, hecho que contribuye a la impresión -más o menos generalizada- sobre la falta de rigor en la conceptualización y aplicación de la técnica cuando se trata del análisis de un niño. La necesidad de volver sobre algunas ideas básicas y esenciales con la finalidad de profundizar nuestra comprensión, motivó el interés por realizar esta comunicación.

II. Sobre la transferencia-contratransferencia en la teoría psicoanalítica

Sin el propósito de hacer una revisión completa o exhaustiva, y guiadas principalmente -entre los numerosos autores que se ocuparon del tema- por las ideas de Freud, Racker y Chiozza, mencionaremos algunos conceptos psicoanalíticos [(4)] que son de conocimiento general acerca de la transferencia-contratransferencia:

1. *La transferencia* [(5)] *es un proceso inconciente normal y universal* (Freud, 1925d). Así, por ejemplo, la posibilidad de conocer la realidad se realiza mediante la transferencia de un significado extraído del conjunto de nuestras experiencias pasadas (Chiozza, 1992).

En el proceder neurótico, la transferencia es un fenómeno anacrónico e inadecuado a la realidad actual. Constituye uno de los tres pilares (los otros son la represión y las pulsiones sexuales) sobre los que descansa la doctrina analítica de las neurosis (Freud, 1926f), y su significación en el proceso terapéutico lleva a que Laplanche y Pontalis (1967) -en el intento de delimitar el uso del concepto en Psicoanálisis- refieran que "la transferencia se reconoce clásicamente como *el terreno en el que se desarrolla la* problemática de la cura

---

4 Sólo nos referiremos suscintamente a aquellas ideas con las que nos sentimos solidarias, sin desconocer que muchas de ellas siguen siendo motivo de controversia en la actualidad en diferentes ámbitos psicoanalíticos, y dan lugar a distintas modalidades en la técnica.

5 La palabra *transferir* significa "trasladar", "trasmitir" y proviene del latín *transferre*, "trasportar", derivado de *ferre*, "llevar" (Corominas, 1967). No pertenece exclusivamente al vocabulario psicoanalítico y posee un sentido muy general aunque, más que un trasporte material de objetos, designa un desplazamiento de valores, derechos o entidades (por ejemplo, transferencia de fondos, de propiedad, etc.) (Laplanche y Pontalis, 1967).

[6]...caracterizada por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia".

2. El progreso en la comprensión teórica modificó la idea inicial de la transferencia como un obstáculo y la convirtió en *el proceso esencial y el instrumento terapéutico básico* del procedimiento psicoanalítico. Constituye tanto para el paciente como para el analista un modo privilegiado de captar como *actualidad, "en vivo*", los elementos del conflicto infantil (Racker, 1960).

3. Freud describe la transferencia desde *dos enfoques* diferentes, que se completan y enriquecen mutuamente (Chiozza, 1977) [7]: a) *en términos metapsicológicos*, constituye el *desplazamiento* de la intensidad de una representación inconciente a una representación preconciente no censurable, en la que exterioriza su efecto y detrás de la cual se oculta (Freud, 1900a), y b) *en términos metahistóricos* ([8]), configura una *re-edición, re-vivencia o re-impresión* de vivencias infantiles. En lugar de recordar, el paciente repite o actualiza afectos contenidos en complejos infantiles que enlaza "equivocadamente" a la figura del médico (Freud, 1895d) [9].

4. De acuerdo con la naturaleza hostil o amorosa de los afectos que se desarrollan, *la transferencia puede ser negativa o positiva*. Dentro de esta última se distinguen las variantes: *erótica, tierna o amistosa*

---

6 Los destacados en el trabajo son nuestros.

7 En una nota al pie de *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900a) Strachey considera que la transferencia "clínica", que Freud descubrió en el trascurso del tratamiento psicoanalítico "es un proceso psicológico distinto aunque conexo" al que describe en la obra mencionada. Para Cesio, Chiozza y otros autores, la idea de dos transferencias, una denominada "endopsíquica" y otra "clínica", introduce una distorsión innecesaria en la comprensión de un proceso que es unitario (Chiozza, 1977).

8 Junto con el modelo físico implícito en la metapsicología configurada mediante una tópica, una dinámica y una economía, Freud construyó otras nociones más vinculadas con el modelo histórico y literario, si bien no las reunió en un cuerpo teórico integrado. A esta segunda organización conceptual Chiozza (1978a) la denominó *metahistoria.*

9 Metapsicológicamente el analista constituye el resto diurno -según el modelo del sueño- o el objeto de la percepción sensorial -de acuerdo con el modelo de los tres referentes básicos del discurso: percepción, sensación y recuerdo- que despierta el deseo-recuerdo inconciente reprimido en el paciente (Cesio, 1966; Chiozza, 1966; 1992).

(coartada en el fin), y *sublimada*. Estas modalidades corresponden a las cuatro funciones o roles básicos que desempeña el analista como *rival,* y como *objeto de amor, auxiliar y modelo* (Chiozza, 1977).

Desde el punto de vista de la evolución del tratamiento, la transferencia hostil y la erótica [(10)] constituyen transferencias negativas, es decir, resistencias al análisis que necesitan ser elaboradas, si bien cuando adquieren un carácter masivo pueden llevar a la interrupción del proceso terapéutico.

5. Transferencia y resistencia[(11)] son los fenómenos centrales del análisis (Racker, 1960). Desde *un punto de vista dinámico la transferencia expresa la resistencia y lo resistido*: su contenido manifiesto, que penetra en la conciencia porque es una parte del complejo reprimido que satisface a la resistencia, alude a un contenido latente que, a su vez, es resistencia de otro más reprimido, y así sucesivamente (Racker, 1960).

6. Es posible distinguir dos formas de transferencia: a) *una transferencia de "falso enlace"* sobre la representación preconciente del analista, desencadenada por su percepción actual, es decir, por el hecho de que es el único objeto presente que posee signos de realidad en el momento de la sesión, y b) *la neurosis de transferencia*, que "contiene la historia de la relación con el analista, como entretejido de falsos enlaces y contactos 'reales', ya que el analista también es, en alguna medida, un personaje real en la vida del paciente...El analista de la neurosis de transferencia funciona, en la sesión, de un modo análogo a aquellos personajes del relato que son objeto de una transferencia intensa y actual" (Chiozza, 1992). Así, los objetos del relato y el analista se encubren y representan mutuamente.

7. El concepto expresado sintéticamente en la frase *"el paciente repite en lugar de recordar* y el analista debe procurar *que recuerde en lugar*

---

10 La transferencia amistosa, que configura la alianza terapéutica con el psicoanalista, puede funcionar también como resistencia, paralizando el campo analítico (Chiozza, 1980).

11 Freud (1926d) describe resistencias provenientes del yo, el ello y el superyó. Considera a la transferencia como una de las tres resistencias del yo (las otras dos son la represión y la ganancia de la enfermedad).

de repetir", incluye la idea -no menos importante- que el recuerdo (cuyo significado etimológico es "volver al corazón") *debe cumplir con la condición de movilizar procesos de descarga que se manifiestan como afectos*, evitando la "intelectualización" que paraliza el proceso terapéutico (Chiozza y colab., 1966).

8. *Del mismo modo que el juego y el teatro* -en los que un personaje se presenta para representar a otro- *la transferencia* se configura como el campo de un *"como si",* intermedio entre los "hechos" de la vida "real" y los "dichos" que se cuentan como una "pura" historia. La transferencia, como teatro y como juego, es repetición y también creación, es decir, *una reedición modificada* (Chiozza, 1977).

La plena cantidad es el modo de funcionamiento psíquico primario que caracteriza a la identidad de percepción (repetición, ecuación simbólica, transferencia "masiva", etc.), mientras que la pequeña cantidad es inherente al pensamiento como modalidad del proceso secundario. La transferencia es *actualidad*, es decir, "lo que en el presente vive y obra", y corresponde a la *"mediana" cantidad*, que integra significado e importancia en un ejercicio simbólico "pleno", índice de un *proceso* que puede ser denominado *terciario* (Racker, 1960; Chiozza, 1977; 1995) [(12)].

9. En *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* (1910d) Freud refiere que se ha visto obligado a "prestar atención a la '*contratransferencia*' que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconciente". Plantea entonces la necesidad del análisis didáctico, dado que "cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores".

10. Como sucedió con la transferencia, la contratransferencia fue considerada primero una perturbación y luego como *un instrumento técnico imprescindible* (Racker, 1960). A partir de *un campo conceptual unificado*, "la palabra 'contratransferencia' señala el 'lugar' o el 'tipo de

---

12 Chiozza (1983), entre otros autores, se refiere a un proceso diferente, que amalgama el proceso primario y el secundario; transcurre con facilitaciones que no son binarias ni lógicas, y proceden de "un modo aparentemente caprichoso que es 'travieso', o lateral, con respecto al camino del concepto".

función' a través del cual el fenómeno general de la transferencia se manifiesta en un miembro particular de la pareja psicoanalítica" (Chiozza, 1977).

11. La contratransferencia proviene de la empatía o *identificación concordante* con el yo del paciente ("Sólo lo igual puede conocer lo igual") y de la *identificación complementaria* con los objetos internos de aquél (o, en términos estructurales, con su ello y su superyo) (Racker, 1960) ([13]).

Desde el punto de vista metapsicológico, la identificación con el paciente o, en otros términos, la comunicación de inconciente a inconciente, reactivan en el analista una idea inconciente -similar a la que el paciente reprime- que transfiere su carga a un derivado preconciente. La "ocurrencia" contratransferencial suele ser más "cercana" a la idea reprimida, debido -teóricamente- a la mayor permeabilidad de la censura en el analista (Chiozza y otros, 1966).

12. Así como la transferencia es el campo en el que se libran las batallas principales para vencer las resistencias del paciente, la transferencia "recíproca" [(14)] o contratransferencia configura "la otra mitad de ese campo, en la que se libran las batallas principales por el vencimiento de las resistencias del analista, *las "contrarresistencias*" (Racker, 1960).

13. Dado que "la contratransferencia es una transferencia, ...valen para ella las consideraciones que, acerca de la transferencia realizamos" (Chiozza, 1992). Encontramos entonces: a) *una contratransferencia positiva y una negativa*; b) *una contratransferencia resistencia (contrarresistencia) y otra resistida*; c) *una contratransferencia "falso enlace*"; y d) *una "neurosis de contratransferencia".*

---

13 Chiozza (1995) considera más adecuado y útil para la clínica usar estos términos para describir de manera más directa la complementariedad o concordancia de lo que sienten paciente y analista: cuando “con-sienten” lo mismo, están en una situación concordante; cuando “di-sienten” -uno siente una cosa y el otro otra- están en una situación complementaria.

14 En la traducción de Lopez Ballesteros de las Obras Completas figura el término "*transferencia recíproca*" en lugar de contratransferencia (Chiozza, 1977).

14. La transferencia y la contratransferencia se codeterminan mutuamente. Analizar este proceso unitario implica "comprender los sentimientos de paciente y analista en función de *un modelo de relación que surge de la historia infantil de cada uno de ellos*" (Chiozza, 1986). El término "*historia infantil*", considerado en un sentido amplio, se refiere *no sólo al período de la infancia sino también a la lactancia y la vida fetal*.

15. A través de su contratransferencia el analista "selecciona" o determina aquello que *"resuena*" en el material de la sesión. Más allá del grado de conciencia que adquiera en ambos, la interpretación [(15)] evoca un *recuerdo infantil* en el paciente, y surge en el analista vinculada con un recuerdo de su propia historia infantil (Chiozza, 1986; 1995), recuerdos que, a la vez, expresan y encubren la transferencia.

Así, no se psicoanaliza un paciente individual sino "un *vínculo* humano de múltiples vértices, en el cual el analista no puede dejar de participar". *El punto de urgencia de ese vínculo*, además de ser apoyo y clave para la tarea psicoanalítica, "se constituye de un modo que siempre involucra los puntos de urgencia en la vida de paciente y analista" *(punto de urgencia compartido)* (Chiozza, 1983)

Si la transferencia es el producto de un modelo de relación que se intenta repetir con el analista, el cambio de esa transferencia puede lograrse a través de "la *experiencia emocional transformadora* proporcionada por un analista que, mediante la *comprensión de su contratransferencia*, aporta al teatro o a la vida del paciente un *personaje inesperado*" (Chiozza, 1986).

III. La transferencia-contratransferencia en el análisis de niños

---

15 En su sentido básico *interpretar* es traducir y constituye un proceso general, mientras que la *interpretación psicoanalítica* " es aquella que revela un segundo sentido a partir de la clave constituída por la teoría psicoanalítica" (Chiozza, 1980).
Si bien en este trabajo no abordamos el tema de la interpretación, sólo queremos mencionar la distinción entre la interpretación de la transferencia y la formulación verbal de la interpretación, para la cual nos parece más adecuado utilizar las representaciones de los objetos que forman parte del relato del paciente (Chiozza, 1983).

Es conocido el hecho de que los desarrollos de Klein trascendieron el análisis de niños y, además de impregnar la teoría y la técnica del psicoanálisis en general (Racker, 1960), se revelaron fructíferos para la comprensión de pacientes psicóticos.

En relación a la posibilidad terapéutica con los niños Ana Freud y Melanie Klein disentían acerca de varios aspectos de la teoría y de la técnica [(16)]. Con respecto al tema de la transferencia, Anna Freud sostenía que los niños pequeños -que aún no habían atravesado el sepultamiento del complejo de Edipo, con la consiguiente interiorización de los progenitores y la formación del superyo- no estaban en condiciones de realizar una re-edición de las relaciones con sus padres, porque éstos todavía existían como objetos de la realidad. Melanie Klein, en cambio, que había desarrollado su concepción acerca de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, el complejo de Edipo y el superyó tempranos, consideraba que la transferencia se originaba junto con las relaciones de objeto durante los primeros estadios de la vida (Klein, 1929; 1932; 1952).

Klein asignó gran importancia al proceso de transferencia: a) aclaró el malentendido, entonces frecuente, de considerar que la transferencia sólo concernía a las referencias directas al analista en el material manifiesto del paciente, y enfatizó el carácter transferencial de la situación analítica total; b) señaló la necesidad de analizar la transferencia negativa, poco atendida hasta ese momento, para comprender los niveles más profundos del psiquismo (las angustias paranoides y depresivas provenientes de las fantasías tempranas y los impulsos destructivos); c) consideró que la transferencia es la escenificación de las fantasías inconcientes del paciente; así, develar las "fantasías transferenciales" en la sesión analítica y rastrear su relación con las primeras experiencias (relaciones de objeto tempranas) y con las situaciones actuales, constituyen el centro del proceso terapéutico; d) afirmó que

---

16 La conocida polémica entre Melanie Klein y Ana Freud respecto de la teoría y la técnica del análisis de niños giraba alrededor de algunos puntos principales: a) la existencia de conciencia de enfermedad en el niño y la necesidad de una fase preparatoria previa a la iniciación del tratamiento; b) la función educativa del analista además de su función terapéutica; c) la posibilidad de los niños pequeños de realizar transferencias; d) el carácter simbólico de los juegos y su posibilidad de equivalencia con la asociación libre verbal. *Con el correr de los años, varios puntos de vista de Ana Freud se aproximaron a los de Melanie Klein* (Hinshelwood, 1989).

en la situación transferencial el analista puede representar a la madre, al padre u otras personas que configuran el mundo de relaciones objetales del paciente, o bien recibir la proyección de las partes disociadas del yo o de la estructura psíquica (ello, yo y superyo), que necesitan ser integradas (Isaacs, 1943; Klein, 1952; Hinshelwood, 1991) (17).

Klein subrayó la idea de que la transferencia se configura como una re-edición de relaciones con *imagos u objetos internos* (Klein, 1952). En el psiquismo del bebé y del niño "toda experiencia se entrelaza con sus fantasías", de modo que el "retrato" de los padres reales sufre siempre una "distorsión" de grado variable. Así, como muestra en el *Relato del psicoanálisis de un niño*, Klein (1961) interpretaba los miedos de Richard a Hitler y a los bombardeos de guerra sobre Londres -que constituían sucesos "reales" en ese entonces- como una expresión simbólica de las fantasías inconcientes del niño, vinculadas con su complejo de Edipo temprano y actualizadas en el vínculo transferencial.

Empleando palabras de Racker (1957) quien aclara, siguiendo a Klein, que esta comprensión no significa negar la influencia del ambiente, es posible decir que "cada niño crea, según su constitución instintiva y caracterológica básica (18), distintas imágenes de sus padres y provoca, así, diferentes reacciones. Dos hijos de los mismos padres no sólo son distintamente recibidos sino que también *crean distintos padres*, primero en su fantasía y luego en la realidad misma".

Como es sabido el psicoanálisis sostiene que, a comparación del adulto, la estructura anímica del niño se caracteriza por *un menor desarrollo del proceso secundario y una mayor permeabilidad entre los sistemas conciente e inconciente*. La idea del inconciente en el sentido Jungiano (inconciente colectivo), como cualidad psíquica que trasciende lo individual y la metáfora de una "barrera permeable",

---

17 El hecho de que Paula Heimann señalara la importancia de la contratransferencia fue motivo de controversia con Melanie Klein quien, sometida en este punto a un pensamiento resistencial, sólo la consideraba como una perturbación para la tarea analítica (Hinshelwood, 1989).

18 Los padres de la historia personal reciben las transferencias que provienen de las identificaciones primarias con los objetos internos heredados en el trascurso de la vida prenatal (Chiozza, 1963).

permiten comprender la mayor posibilidad de conexión que tiene el niño con "sus" contenidos inconcientes, con los que "pertenecen" a los objetos significativos de su entorno vital, y con aquellos que responden al "saber innato", producto de la experiencia filogenética heredada. Por las mismas razones, como señaló Freud en el caso del lenguaje de los sueños infantiles, puede no sólo *"percibir*" *inconcientemente* sino también *expresar* estos contenidos inconcientes con *menor* "*deformación*" que el adulto.

Aunque el proceso primario contiene una parte de proceso secundario (Chiozza, 1995), el crecimiento implica desarrollar el proceso secundario y la adecuación a la realidad (en el sentido del consenso adulto), a expensas de adquirir rigidez y disminuir la flexibilidad típica de la infancia.

Si bien es cierto entonces que el niño "construye" las características de sus objetos de acuerdo con sus fantasías infantiles, no es menos acertada la idea complementaria de que su conformación le permite "captar" deseos inconcientes, conflictos, rasgos de carácter, etc., de sus padres o, dicho en otros términos, parte de sus representaciones concientes e inconcientes acerca de ellos *coincide* con aspectos que sus padres poseen como objetos de la realidad material (Klein, 1929). Numerosos ejemplos conmovedores muestran la "percepción" inconciente del niño de acontecimientos de la vida e historia familiar, de las fantasías implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres, de las dificultades en la sexualidad parental, etc. (Aberastury, 1971; Chiozza y colab., 1975; Rosmaryn, 1978; 1980).

Es probable que, dado que el niño es un ser en formación, la mayor dependencia de sus padres y la mayor injerencia que éstos poseen sobre su vida y su constitución hayan facilitado tanto la fantasía ubicua de "culpar" a los padres por la enfermedad del hijo, como el malentendido -más o menos frecuente en el psicoanálisis de niños- de comprender el material de juego durante la sesión en relación a los objetos parentales "reales". Nos parece que esta confusión entre el proceso analítico y el psicoanálisis "aplicado" (a resolver las vicisitudes de la relación entre el paciente y los objetos de su vida personal) proviene básicamente de un déficit en la comprensión de la teoría y la

técnica del proceso de transferencia-contratransferencia, dificultad que trasciende el marco del análisis de niños y abarca también, muchas veces, al psicoanálisis de adultos.

En un libro clásico, *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños* (Aberastury, 1962), que evidencia el talento que tenía Arminda Aberastury para conocer el alma infantil, la autora afirma categóricamente que la comprensión de la transferencia-contratransferencia es básica y esencial tanto en la formación como en el ejercicio terapéutico del analista de niños (Aberastury, 1962). Considera que en el juego y los dibujos se plasman vivencias transferenciales, que describe en diversos fragmentos de material clínico y, en *Aportaciones al psicoanálisis de niños* (Aberastury, 1971), ejemplifica el modo en el que un niño puede "relatar" la paralización o movilidad del campo dinámico de la situación analítica.

Refiere que un paciente de nueve años y diez meses jugó durante varias sesiones a poner un hilo que iba desde el picaporte de la puerta del consultorio hasta la pata del diván, y colocó sobre él un vagón de tren que movilizaba deslizándolo. Aberastury interpreta que el vagón simbolizaba al niño entrando en la situación analítica y también al analista considerado como objeto transicional entre la realidad externa e interna, entre los objetos originales y la transferencia. La movilidad del campo se expresaba en el acercamiento o alejamiento de la puerta -que representaba el escape del análisis o salida hacia el mundo "real"- o bien del diván -símbolo de sumergirse en el inconciente. Comprendió que el niño, para expresar la paralización del campo analítico, anudó el piolín y dijo: "¡No camina más!", como un "recordar" lo que había ocurrido en un momento de su tratamiento en el que habían llegado a un baluarte. El paciente simbolizó la re-apertura del campo con el dibujo de una de las carabelas de Colón. Expresaba así la nueva movilidad y su vivencia de que el análisis era un viaje de descubrimiento. Los conquistadores representaban a la analista que entraban en la isla -símbolo de su interior y su baluarte- no para destruirla sino para abrir nuevos caminos (Aberastury, 1971).

Resulta un malentendido frecuente la idea de que en el psicoanálisis de niños, la posibilidad de acción o el despligue de "actividad" que im-

plica el jugar, obstaculiza el cumplimiento de la regla de abstinencia que sostiene el proceso analítico. Como ocurre en el caso del adulto, el encuadre determina la falta de gratificación directa de los deseos del niño, y es esta condición de frustración -y no la inhibición de la acción- la que determina que la excitación tome el camino regrediente en dirección a las huellas mnémicas [19] (Chiozza, 1992-3; Aizenberg, S. y colab., 1993; 1994).

Como han señalado reiteradamente numerosos autores psicoanalíticos, aunque el niño se comunique verbalmente, piense en palabras y entienda palabras aún antes de poder hablar, se expresa -sobre todo si es pequeño- esencialmente a través del juego [20]. La actividad del juego no es patrimonio de la infancia; es una forma diferente del pensar, un pensar con actos como ensayo o preparación para la acción, y constituye un modo de ejercicio simbólico en el hombre y los animales. *El juego con juguetes* representa *la manifestación infantil del jugar*, que adquiere formas más complejas en el mundo del adulto (Chiozza, 1992-93; Aizenberg, S. y colab., 1991; 1992; 1993).

De modo esquemático es posible decir que el lenguaje verbal funciona predominantemente de acuerdo con el proceso secundario y vehiculiza un *mensaje sucesivo* que encadena los pensamientos en un orden crono-lógico, mientras que el lenguaje del juego, regido por el proceso terciario, trasmite un *mensaje simultáneo*, que condensa la riqueza de numerosas significaciones en una imagen gestáltica o escena completa y compleja. Sin embargo, en relación con el empleo idiomático de las palabras cuya configuración se presta para "engañar", tanto el lenguaje verbal "pleno" y rico en significación -que implica también proceso terciario- así como el lenguaje no verbal del juego -o el de la mimíca, el gesto, el afecto, el acto o el síntoma- dan cuenta inequívo-

---

19 Aunque es cierto que con el niño pueden crearse más frecuentemente situaciones que impliquen satisfacer directamente algún deseo -si es pequeño puede necesitar algún tipo de cuidado o ayuda- también ocasionalmente el analista de adultos puede dar cabida, por ejemplo, a un pedido del paciente de información, orientación u opinión, etc.

20 Otro modo de expresión habitual son los dibujos, de cuya comprensión no nos ocupamos en particular en este trabajo.

ca y auténticamente de los contenidos que intentan expresar (Chiozza, 1977; 1992-93; Aizenberg, S. y Casali, 1995).

Si bien, como sostenía Klein, las asociaciones en el juego son similares al asociar en palabras, el analista por su condición de adulto no comparte el estilo comunicativo del niño. Igual que sucede con el análisis de adultos, el analista de niños *"construye" el material* (Chiozza, 1975) que va a ser objeto de la interpretación psicoanalítica, pero necesita realizar un paso más: hacer *una traducción*, es decir, comprender aquello que el niño está trasmitiendo como "relato" o contenido manifiesto de su juego o su dibujo [(21)].

Veamos ahora como la transferencia-contratransferencia se manifiesta en el lenguaje del juego. Chiozza (1978b) sostiene que es necesario diferenciar dos conceptos muy próximos: *la* representación *de una palabra*, es decir, cuando la cosa representada es una palabra ("la palabra oída es, hablando con todo rigor una cosa" que posee signos de cualidad sensorial), y el concepto de *representación-palabra*, es decir, *el uso de una palabra como representación o representante*. Del mismo modo nos parece posible distinguir *la representación de un juguete* (el juguete en tanto objeto material, inanimado, que se puede ver, tocar, oler, mover, etc.) y la *representación-juguete* o *el uso de un juguete como representación o representante*: así, por ejemplo, un camioncito de juguete es, en un nivel más superficial, representación del camión "de verdad" y, en un nivel inconciente más profundo, representante o símbolo de la madre "útero" continente.

El juguete como objeto material está presente en la sesión psicoanalítica y configura, igual que la persona del analista, una percepción actual que desencadena la transferencia. La transferencia sobre el juguete coincide con la transferencia sobre el analista y constituye *una transferencia falso enlace*, es decir, sucede por el "mero" hecho de

21 En nuestra Institución, una de nosotras junto con otros colegas desarrolló diferentes aspectos inherentes al psicoanálisis de niños: 1) el significado del juego y del jugar; 2) el juego espontáneo y la intención de comunicar en la sesión psicoanalítica; 3) similitudes y diferencias entre la palabra y la acción; 4) el encuadre psicoanalítico en la sesión con niños; 5) traducción e interpretación del material de juego; 6) la transferencia contratransferencia, etc (Aizenberg, S. y colab., 1991; 1992; 1993; 1994; 1995).

que analista y juguete están en el aquí y ahora de la sesión (Chiozza, 1992).

Chiozza (1992) señala que el juguete es, además, un objeto que tiene historia. El niño vuelve a él una y otra vez para representar, repetir o proseguir las escenas que condensan las significaciones que le importan. En este sentido considera que el canasto de juguetes del niño en la sesión psicoanalítica representa *la neurosis de transferencia*, es decir, contiene una historia que permanece "congelada" en esos pequeños objetos. A través de su participación en el juego, de su contratransferencia y sus interpretaciones, el analista coparticipa en ese entretejido de "falsos enlaces" y contactos "reales", en tanto constituye, en alguna medida, un personaje real en la vida del paciente.

Para G. T. de Rodrigué (1966) el cajón de juguetes del niño es equivalente en el adulto a lo que ella denomina el "cajón" de fantasías que -de acuerdo con la interpretación de Chiozza (1995)-, correspondería al bagaje o stock de “historias” que el adulto trae al comenzar el análisis. Así, los juguetes y las historias son los medios para comunicar o actuar las fantasías que se movilizan en la transferencia.

En el intento de elaborar las situaciones cotidianas que le resultan traumáticas, el niño juega a realizar activamente aquello que ha sufrido pasivamente (Freud, 1920g; Klein, 1927). A través del juego -que en diferentes idiomas y etimológicamente alude a la representación teatral- *la transferencia se expresa como una escenificación de fantasías o una suerte de teatro en el cual un personaje, "encarnado" por el juguete -el niño mismo, o el analista* [22]*- se presenta para representar a otro, en la puesta en escena de un tema o argumento*. La re-edición de sus vivencias en el aquí y ahora de la transferencia tiene el carácter de una repetición que conserva su sentido primitivo de intento de elaboración, sentido que va perdiéndose en el adulto, en el que el re-

22 A veces el analista interviene en el juego, pero no se "pone a jugar", trata de seguir las indicaciones del niño (aunque también puede guiarse por su contratransferencia cuando el paciente no logra o no quiere definir su rol), y en ocasiones puede realizar un juego para abrir el canal de comunicación, pero participa y observa, es decir, está trabajando.

petir se cristaliza más como un hábito o una costumbre (Chiozza, 1995).

Para Klein (1927) la diferencia del niño en relación al adulto reside en su posibilidad de expresión más directa y en su mayor tendencia a angustiarse. Como mencionamos anteriormente, el menor desarrollo del proceso secundario [23] le permite una expresión menos deformada de sus contenidos inconcientes -condición que facilita la labor analítica- y determina también una menor atemperación de sus emociones, que conduce a momentos de transferencias intensas (masivas) y rápidamente variables con mayor frecuencia que en el adulto (neurótico), como parte de su evolución normal (Klein, 1927).

Del mismo modo que sucede con el discurso verbal el juego expresa e*l contenido manifiesto (resistencia*) y encubre *el contenido latente (resistido) de la transferencia.* A través de la comunicación de inconciente a inconciente se activan contenidos similares a los del niño en el analista que, de no mediar contrarresistencias, transfieren su investidura sobre sus ocurrencias preconcientes. Si bien por lo general la permeabilidad conciente-inconciente es mayor cuanto más pequeño es el paciente, el analista, cuya conciencia está organizada alrededor del lenguaje y el proceso secundario, ayuda a clarificar y precisar la comprensión conciente del niño.

La contratransferencia que resulta de la *identificación concordante* -de la cual nace la comprensión-, proviene de las temáticas que, con las variantes acordes a sus diferentes edades, el niño y el analista tienen en común, es decir, del *punto de urgencia compartido*, y de la permeabilidad del analista con el niño que él fue alguna vez. También de modo similar a lo que sucede con el adulto, la contratransferencia resultante de la *identificación complementaria* lleva, por ejemplo, a experimentar afectos y reacciones que corresponden a los objetos internos, que necesitan ser elaboradas para que el analista contratransfiera de una manera modificada. La historia del entretejido de contra-

23 A partir de la idea de que el niño posee objetos totales e integrados en lo inconciente y la disociación (objetos parciales) surge en la conciencia como producto de la defensa, Chiozza (1995) expresó en otras oportunidades que al niño no le "falta" proceso secundario sino integración de este proceso en la conciencia.

transferencias falso enlace y de contactos "reales" con el niño que, en alguna medida, ingresa a formar parte de la vida del analista, configura *la neurosis de contratransferencia.*

Sabemos que, así como el niño expresa con menos deformación sus fantasías inconcientes, es decir, "engaña" menos, también "se engaña menos": percibe y responde más directamente a las emociones inconcientes del analista. Además sabemos que, como sostenía Freud (1908), el niño que juega "se comporta como un poeta", y despierta con frecuencia en la contratransferencia sentimientos inherentes a una vivencia o conmoción estética. Guiado por la idea -con la cual coincidimos- de que el modo característico de expresión del juego debe tener correspondencia con alguna peculiaridad en la contratransferencia [(24)], E. Rodrigué (1963) plantea que el psicoanalista de niños adopta inconcientemente un tipo de estado de ánimo y de disposición perceptiva diferente a la atención flotante del analista de adultos. Denomina a esta actitud "atención lúdica" y considera que puede definirse como un estilo más activo, donde la atención es focalizada para "rastrear" las diferentes áreas de expresividad del niño. Agrega que esta disposición a percibir "tiene que proyectarse espacialmente para dar cuenta de la polifonía de estímulos que recibe, y crea en el analista una 'disposición a jugar', basada en la identificación con el niño que juega". Señala que frecuentemente se ha sorprendido a sí mismo tomando contacto con los materiales del juego o en una actividad mimética muda de la conducta lúdica del niño, que lo llevaban a enriquecer sus representaciones y a comprender más profundamente el material del paciente [(25)].

Aberastury (1962) sostiene que el psicoanálisis de niños requiere considerar "el problema de una transferencia doble y, a veces triple", con el niño y con los padres (o con la madre y con el padre). Si bien esta situación atañe también, por ejemplo, al tratamiento de pacientes psi-

---

24 Pensamos que existen particularidades en la contratransferencia cuando se trata del análisis de un niño, pero aún no hemos logrado conceptualizar claramente este tema.

25 Junto con la "atención lúdica" Rodrigué (1963) sugiere una modalidad de intervención que denomina "interpretación lúdica", que consta de dos tiempos: en el primero, el analista toma contacto con el material empleado por el niño y, en el segundo, trasmite verbalmente lo que ha comprendido, pero haciendo complementariamente uso de los medios no verbales que el niño ha empleado.

cóticos o a las entrevistas con algún familiar que ocasionalmente puede realizar el psicoanalista de adultos, la natural dependencia que el niño tiene con sus padres -aún para poder llevar a cabo su tratamiento- hace que el contacto más o menos frecuente con los padres sea inevitable.

Klein (1927) pensaba que era posible trabajar psicoanalíticamente con el niño del mismo modo que con el adulto y que no debía contarse con la ayuda de los padres ni alterar la educación en el hogar, pues sólo la mejoría del niño podía condicionar cambios "reales" en el medio familiar. Aberastury (1962), convencida de que la modalidad de dar consejos a los padres que había ensayado en sus primeras épocas, era inoperante y muchas veces agravante, dado que -entre otras razones- los motivos de la neurosis familiar eran inconcientes y no podían modificarse a través de normas concientes, continúa con la orientación Kleiniana de mantener con los padres las entrevistas que resulten indispensables, sin tratar de influir sobre su conducta habitual [(26)].

Desde el punto de vista del proceso psicoanalítico con el niño, *los padres* se incluyen como *representaciones*, es decir, como *objetos del relato* a los que el niño alude a través de sus verbalizaciones o mediante sus juegos y sus dibujos. Representan aspectos de la relación transferencial-contratransferencial entre el niño y el analista en el aquí y ahora de la sesión (Chiozza, 1995). Pero los padres también pueden estar presentes como objetos materiales en la sesión misma, por ejemplo, cuando por su corta edad o por la intensidad de su angustia el niño no puede entrar solo al consultorio; o bien, pueden intervenir fuera de la sesión, cuando se comunican telefónicamente o concurren a una entrevista, por lo general si existe alguna dificultad personal o familiar o algún motivo de preocupación con el hijo. En ambos casos comprendemos las intervenciones de los padres como *representaciones de aspectos disociados* del yo del niño o, en otros términos, de los vínculos entre él y sus objetos, que inconcientemente necesita comunicar para que puedan ser integrados en la comprensión del

---

26 En este trabajo no abarcamos las cuestiones técnicas particulares que hacen a las diferentes viscisitudes del trato con los padres.

proceso transferencial-contratransferencial (Aberastury, 1962; Casali y Martín, 1970).

La noción de que el paciente es un "emergente" del grupo familiar, junto con la idea de que los niños "perciben" inconcientemente las características y las fantasías inconcientes de las enfermedades de los padres (Aberastury, 1962; Rosmaryn, 1980), constituyen uno de los pilares del concepto acerca de *una temática o fantasía familiar,* un contenido en común, que puede expresarse en el paciente y en los demás integrantes del grupo familiar como *síntoma neurótico,* como *rasgo de carácter* o bien como *enfermedad somática* (Chiozza y colab., 1975; Chiozza y Dayen, 1995). Así como en el proceso analítico intentamos esclarecer el *punto de urgencia compartido entre el niño y el analista*, las entrevistas con los padres brindan la oportunidad de conversar y acercar su conciencia a *la temática familiar* que es común a ellos y al niño (Aizenberg, S. y colab, 1994).

IV. Un fragmento de la sesión de un niño

Siguiendo los desarrollos que mencionamos hasta aquí, intentaremos comprender -al modo de un ejercicio teórico-clínico- el proceso transferencial-contratransferencial en el fragmento de una sesión de un niño de un año y tres meses.

Acompañado por su mamá, Mariano entra al consultorio con su chupete en la boca y, muy decidido, tira bruscamente al piso todos los juguetes que estaban dispuestos para él en la mesa de juegos. La analista recibe la impresión del contraste entre su pequeñez y su actitud "arrolladora", y piensa que está muy enojado.

Intenta subir y bajar de la sillita repetidamente y, aunque se resbala y se cae, insiste, como si pensara que puede hacerlo, pasando por encima de las posibilidades acordes con su edad. Trata de recoger los juguetes del piso sosteniéndolos con sus manos y, como no lo logra, los tira muy irritado y los patea. La analista recuerda el motivo de consulta de los padres: la conducta inmanejable de niño, su actitud desafiante frente a las órdenes, su agresión cuando rompe objetos de la

casa, pega a otros niños, a los adultos, y su reclamo permanente por la presencia de la madre.

Mariano vuelve a sentarse en la sillita y, rápidamente, trata de subirse sobre la mesa de juegos. La madre le advierte que puede golpearse, pero él parece no escuchar e insiste en treparse a la mesa y a la silla; después se para arriba de un cubo y se cae. La analista se siente invadida, con la necesidad de contenerlo; está molesta e irritada, recuerda el relato de la madre acerca de su sensación de estar "desbordada" por la hiperactividad y desobediencia de su hijo.

El niño toma la sillita, se la cuelga del brazo y trata de caminar así por el consultorio. Luego comienza, trabajosamente, a empujar la mesa de juegos, corriéndola hacia adelante y hacia atrás. Se impacienta porque no consigue que se mueva en la dirección que desea. La analista tiene la sensación de algo difícil y recuerda la expresión acerca de un esfuerzo equiparable al de "mover montañas". Mariano recoge muchos juguetes del piso y, con un gesto de triunfo que parece decir: "¡Lo he logrado!", se los entrega a la analista para que los tenga en sus manos y la mira, como si esperara ver, también en ella, un gesto de complacencia.

Luego toma un auto pequeño y lo hace andar por encima del diván, pero cambia rápidamente de idea y trata de hacerlo deslizar sobre una de las paredes del consultorio, hacia abajo, hacia arriba y hacia ambos costados, pero se le cae. La analista piensa en la pared blanca, dura, fría, y en la mamá. Como si quisiera que el autito circule en todas las direcciones, venciendo la ley de gravedad, Mariano reitera varias veces este juego, quejándose y lloriqueando porque el auto se resbala y se le cae, una y otra vez. Después de varios intentos, furioso porque no logra que se deslice como él quiere, golpea la pared con el auto y grita: "¡No!". Mientras lo observa, la analista siente una fuerte angustia y se le ocurre la frase "¡misión imposible!".

La percepción de la analista y de los juguetes movilizan en Mariano una *transferencia "falso enlace*": su presencia desencadena en el niño una serie de conductas -tira al piso todos los juguetes que habían sido

preparados para él, arrastra la mesa, se trepa a la silla, patea los juguetes, golpea la pared, etc.- semejantes a las que desarrolla con las personas de su entorno. Repite un comportamiento que constituye su manera habitual de defenderse de afectos que le resultan penosos. Repite para no "recordar"; también repite para intentar elaborar y para comunicar lo que le pasa, con la esperanza de ser comprendido. La transferencia "falso enlace" se entreteje con la transferencia producto del contacto con la analista, configurando la *neurosis de transferencia*.

Cuando tira despectivamente los juguetes que habían sido preparados para él, desarrolla activamente el trato despreciativo que él siente que padece. A través de su actitud desafiante e impulsiva y de sus esfuerzos para realizar acciones que van más allá de sus posibilidades, expresa su identificación con un objeto impulsivo, que "no tiene medida". La analista recibe la *transferencia* de un objeto parental interno ineficaz, incapaz de contener y de cuidar, y experimenta sentimientos de malestar, irritación e impotencia que corresponden a esa *identificación complementaria*. La advertencia que la madre le hace al niño acerca de que puede golpearse, resulta inoperante y expresa -junto con la dificultad para contener a su hijo- un aspecto disociado de Mariano: su propia incapacidad para frenar sus impulsos y protegerse, adecuándose a sus posibilidades.

Cuando recoge muchos juguetes, que no alcanza a sostener con sus manos y se los da a la analista para que los tenga -esperando ver en ella la misma satisfacción que él siente- *transfiere* su propia omnipotencia, es decir, la fantasía de un objeto capaz de tener “todo". Parece hacer con la analista lo mismo que desea que hagan con él, que le den "mucho", y expresa también la fantasía del vínculo con un objeto materno o paterno a quien él tiene que dar "mucho" para poder conformarlo.

A través del juego que realiza con el auto que trata de deslizar por la pared, intenta nuevamente repetir para elaborar las situaciones que le resultan traumáticas, y comunicar simbólicamente, de manera más rica que con gestos o acciones, lo que le pasa. Mariano despliega su juego ante la terapeuta quien, en una inversión de roles, pasa a ser el

tercero excluído que se ve expuesto u observa, intentando comprender las escenas familiares.

A través del auto pequeño, que lo representa, y de la pared blanca y "resbaladiza", con la que simboliza a un objeto interno madre “fría”, el niño escenifica su vínculo transferencial. La actividad reiterada de deslizar el autito en todas las direcciones posibles, como si quisiera recorrer o cubrir toda la superficie de la pared, y sus inevitables caídas, simbolizan el intento fallido de tener a la analista-objeto madre "toda para él", y su sentimiento de castración.

Una de las *ocurrencias contratransferenciales* durante el juego -que reúne el simbolismo de la pared blanca, dura y fría, con la impresión de la analista acerca de la rigidez y falta de expresiones afectivas de la madre “real” -apunta a "centrar" las dificultades del niño en el vínculo con un objeto madre “fría”. A su vez, esta primera impresión de la analista constituye una *resistencia* frente a un contenido en su contratransferencia más resistido y cercano al *contenido latente de la transfererencia*, que parece configurar *el punto de urgencia*. La angustia que la analista experimenta y su *ocurrencia* sobre una "misión imposible" -producto de la *identificación concordante* con el paciente-, la conectan con una vivencia penosa, representada por la frustración de los deseos edípicos “imposibles” (“toda” la madre-analista para él): los afectos dolorosos que entraña el duelo por los deseos omnipotentes de poder y de tener "todo" lo que uno quiere, penuria que para ambos -analista y paciente, en sus respectivos contextos vitales- representa un *punto de urgencia compartido*.

La conducta "arrolladora" de Mariano en la sesión -que contrasta con su condición de niño pequeño que todavía usa chupete- sus esfuerzos para realizar lo que desea "a toda costa", la inviabilidad de sus propósitos representada por el auto que quiere hacer deslizar "en contra" de la ley de gravedad, su insistencia, su enojo y su desesperación cuando fracasa, expresan su necesidad de negar la existencia de los límites que sus posibilidades yoicas y las circunstancias le imponen. Aceptar esos límites significa inconcientemente para él "convertirse" en un niño débil, poco querible, e incapaz de conformar a la analista en la sesión psicoanalítica y a sus padres en la vida cotidiana.

Encontramos que esta dificultad de Mariano expresa una *temática familiar* que es común a él y a los padres. La desvalorización y el maltrato constituían el modo de convivencia habitual entre ellos, y la imposibilidad de admitir los límites y adecuarse a sus posibilidades "reales" se manifestaba en los reiterados fracasos laborales del padre, empeñado en "hacer andar" proyectos inviables, y en la insatisfacción constante de la madre, que no podía conciliar sus propios deseos de progreso laboral con el cuidado de su marido y de su hijo. Les resultaba difícil contener y ubicar a Mariano pues, inconcientemente, cumplían a través de él sus propios deseos y, aunque se quejaban de su conducta, también los complacía verlo sin miedo, con la actitud “arrolladora” de alguien a quien "no lo para nadie" en el intento de lograr sus propósitos.

Resumen

La observación, a veces más o menos frecuente, acerca de cierta falta de rigor en la conceptualización y aplicación de la técnica cuando se trata de un niño, motivó nuestro interés por retomar el tema de la transferencia-contratransferencia en el análisis de niños. Partimos de la idea, enunciada por Klein y sostenida luego por otros autores, de que psicoanalizar tanto a un adulto como a un niño implica el conocimiento del cuerpo de teoría y de teoría de la técnica que caracterizan al psicoanálisis en general.
Sin la intención de realizar una revisión exhaustiva puntualizamos, guiadas principalmente por los conceptos de Freud, Racker y Chiozza, algunas nociones esenciales para la comprensión del proceso transferencial-contratransferencial en general y en el análisis de niños. Nos referimos, entre otros aspectos, a: la representación-palabra y la representación-juguete, la construcción y traducción del material, el punto de urgencia “compartido” entre el niño y el analista, los padres: ¿objetos “reales” u objetos internos?, la “temática familiar” común al niño y sus padres, etc. Finalmente, intentamos comprender, al modo de un ejercicio teórico-clínico, el proceso transferencial-

contratransferencial en el fragmento de una sesión de un niño de un año y tres meses.

Bibliografia

Aberastury, A. (1957)
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 A.P.A. Nro 1-2. Bs As. 1957.
Aberastury, A. (1961)
Síntesis de El psicoanálisis de niños, de M. Klein. Homenaje a M. Klein. Simposio anual 1961. Asociación Psicoanalítica Argentina. Bs As. 1961.
Aberastury, A. (1962)
Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Ed Paidós. Bs As. 1962.
Aberastury, A. (1971)
Aportaciones al psicoanálisis de niños. Ed. Paidós. Bs As. 1971.
Aizenberg, S. y colab. (1991) (1992) (1993)
El juego en el psicoanálisis de niños (primera, segunda y tercera comunicación) C.C.M.W. Bs As. 1991; 1992; 1993.
Aizenberg, S.; Gross, N.; Lekerman, E. y Obstfeld, D. (1994)
Algunas características de la transferencia- contratransferencia en el análisis de niños. Simposio 1994. C.C.M.W. Bs As. 1994.
Aizenberg, S. y Casali, L. (1995)
El material en el análisis de niños. Simposio 1995. C.C.M.W. Bs As. 1995.
Casali, L. y Martín, S. D. de (1970)
Algunas consideraciones acerca de la aparición de terceros en el tratamiento. II Simposio del C.I.M.P. Bs As. 1970.
Cesio, F. (1966)
La transferencia en el sueño y en el tratamiento psicoanalítico, en *Un estudio del hombre que padece*. Ed. CIMP-Kargieman. Bs As. 1970.
Corominas, J. (1967)
Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. Ed Gredos. Madrid. 1967.
Chiozza, L. (1963)
Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Ed del C.I.M.P. Bs As. 1984.
Chiozza, L.; Laborde, V.; Obstfeld, E. y Pantolini, J. (1966)
Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Biblioteca del C.C.M.W. Ed. Paidós. Bs As. 1980.
Chiozza, L.; Laborde, V.; Obstfeld, E. y Pantolini, J. (1966)
El uso del pensamiento lógico puesto al servicio de la contrarresistencia, en Ibidem.
Chiozza, L. y colab. (1975)

Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos. Clínica Pediátrica del Policlínico de la Escuela Médica de la Universidad Estatal de Roma. Italia. 1975.

Chiozza, L. y Dayen, E. (1995)
El carácter y la enfermedad somática. Luis Chiozza CD. In Context S.R.L. Bs. As. 1996.

Chiozza, L. (1975)
La interpretación del material, en *Psicoanálisis: Presente y futuro.* Biblioteca del C.C.M.W. Ed del C.I.M.P. Bs As. 1983.

Chiozza, L. (1977)
Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Biblioteca del C.C.M.W. Ed. Paidós. Bs. As. 1980.

Chiozza, L. (1978a)
Hacia una teoría del arte psicoanalítico, en Ibidem.

Chiozza, L. (1978b)
El problema de la simbolización en la enfermedad somática, en Ibidem.

Chiozza, L. (1983)
A manera de prólogo, en *Psicoanálisis: presente y futuro*. Biblioteca del C.C.M.W. Ed del C.I.M.P. Bs As. 1983.

Chiozza, L. (1986)
Acerca de cómo interpretar la transferencia. XVII Simposio del C.I.M.P. Bs. As. 1986.

Chiozza, L. y Green, A. (1992)
Diálogo psicoanalítico sobre psicosomática. Ed. Alianza. Bs As. 1992.

Chiozza, L. (1991-93)
Comentarios a los trabajos El juego en la sesión psicoanalítica. Primera, segunda y tercera comunicación. C.C.M.W. Bs As. 1991-92-93.

Chiozza, L. (1995)
Seminarios del Instituto de Psicoanálisis Metahistórico. C.C.M.W. Bs As. 1995

Freud, S. (1895d)
Estudios sobre la histeria. O.C. tomo II. Ed Amorrortu. Bs As. 1985

Freud, S. (1900a)
La interpretación de los sueños. O.C. tomos IV y V. Ibidem.

Freud, S. (1908e)
El creador literario y el fantaseo. O. C. tomo IX. Ibidem.

Freud, S. (1919d)
Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. O. C. tomo XI. Ibidem.

Freud, S. (1920g)
Más allá del principio de placer. O. C. tomo XVII. O. C.

Freud, S. (1927a)
¿Pueden los legos ejercer el análisis?. O.C. tomo XX. Ibidem.

Freud, S. (1925d)
Presentación autobiográfica. O.C. tomo XX.Ibidem.

Freud, S. (1926f)

Psicoanálisis. O. C. Tomo XX. Ibidem.
Freud, S. (1926d)
Inhibición, síntoma y angustia. O. C. tomo XX. Ibidem.
Hinshelwood, R. (1989)
Diccionario del pensamiento Kleiniano. Ed Amorrortu. Bs As. 1992.
Isaacs, S. (1943)
Naturaleza y función de la fantasía, en *Desarrollos en Psicoanálisis*. O. C. Vol III. Ed Paidós-Hormé. Bs As. 1983.
Klein, M. (1927)
Simposio sobre análisis infantil, en *Contribuciones al psicoanálisis*. Ed Hormé. Bs As. 1964.
Klein, M. (1929)
La personificación en el juego de los niños, en Ibidem.
Klein, M. (1932)
El psicoanálisis de niños. O. C. Tomo I. Ed Paidós-Hormé. Bs As. 1974.
Klein, M. (1952)
Los orígenes de la transferencia. O.C. Vol III. Ed Paidós. Bs As. 1991.
Klein, M. (1961)
Relato del psicoanálisis de un niño. Ed Paidós. Bs As. 1961.
Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1967)
Diccionario de Psicoanálisis. Ed Labor. Madrid. 1971.
Racker, E. (1957)
Psicoanálisis del Espíritu. Ed Paidós. Bs As. 1965.
Racker, E. (1960)
Estudios sobre Técnica Psicoanalítica. Ed Paidós. Bs As. 1964.
Rodrigué, E. (1963)
La interpretación lúdica: una actitud hacia el juego, en *El contexto del proceso analítico*. Ed Paidós. Bs As 1966.
Rodrigé, G. T. de (1966)
El cajón de juguetes del niño y el "cajón" de fantasías del adulto, en Ibidem.
Rosmaryn, A. D. de (1978)
Características del coito de los padres en el juego de los hijos. IX Simposio del C.I.M.P. Bs As. 1978.
Rosmaryn, A. D. de (1980)
Percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres. Rev. Eidon Nro 12. Bs As. Marzo de 1980.

UNA APROXIMACIÓN A LA COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA DEL AUTISMO INFANTIL

SILVANA O. AIZENBERG

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
25 DE JULIO DE 1997

"... y fui el primero en distinguir, entre los sueños, los que han de convertirse en realidad."
(Del *Prometeo* de Esquilo, citado por Louis Séchan, en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos.* Chiozza L., 1963)

INTRODUCCIÓN

El enfermo autista, que se caracteriza por su actitud de encierro y aislamiento, nos enfrenta con un carácter enigmático que produce desconcierto y despierta interés en profundizar su comprensión. La intención de este trabajo es aproximarnos al significado del autismo infantil, centrándonos particularmente en la conducta de intenso retraimiento, como una forma particular de encubrir y expresar dificultades en el desarrollo, la adaptación y la comunicación con el mundo circundante.

La mayoría de los autores coincide en describir algunas características típicas de los niños autistas: a) suelen tener un rostro hermoso, con la mirada perdida, como si fueran personas anestesiadas o drogadas; b) tienen expresiones faciales o gestuales que se asemejan a movimientos mecánicos y son insensibles al dolor y a los cambios de temperatura; c) utilizan poco el lenguaje hablado, su vocalización muestra ecolalia y no utilizan el pronombre "yo"; d) sus juegos y dibujos son escasos, y suele ser notable su inclinación por la música; e) el trato con los objetos inanimados les resulta más fácil que con los seres vivos, y seleccionan preferentemente aquellos que poseen una contextura dura. Muchas veces tratan a las personas como "cosas" y parecen no distinguir entre las que son conocidas y las extrañas, aunque se trate de sus propios padres. Suelen manejar a las personas de su medio y también a los objeto inanimados (a los que por lo general emplean sin tomar en cuenta la función para la que están destinados) de acuerdo con sus fantasías, proyectándoles propiedades y posibilidades mágicas; f) su falta de comunicación lleva a que la mayoría de estos niños caiga bajo la

Agradezco a la Lic. Liliana Casali su generosa colaboración para la realización de este trabajo.

sospecha de sordera o deficiencia mental aunque, por otro lado, también suelen ser confundidos con niños prodigios porque pueden sobresalir en algún rendimiento intelectual (logran, por ejemplo, aprender de memoria y recordar con sorprendente exactitud largas listas de palabras que parecen carecer de significado emocional); g) son preferentemente solitarios y pueden estar tranquilos durante largos períodos o reaccionar con una fuerte irritación o una intensificación de su aislamiento cuando se altera su rutina. Tratan de que las cosas sean hechas siempre del mismo modo y se comportan como si temieran lo imprevisto (según Kanner (1943), tienen un "deseo obsesivo de mantener la igualdad")[1]

CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE EL AUTISMO INFANTIL

En la obra Freudiana encontramos el uso del término autismo, que proviene etimológicamente del griego autos, cuyo significado es "por sí mismo" (Corominas, 1967; Salvat, 1972). Freud (191 Ib) refiere la metáfora del "...pichón encerrado dentro de la cáscara del huevo con su acopio de alimento...", para ejemplificar el funcionamiento de un sistema psíquico separado de los estímulos del mundo exterior, que "...puede satisfacer aún sus necesidades de nutrición de manera autista..." (pág. 225). Aclara que tomó el término de Bleuler quien, estudiando las esquizofrenias, lo empleó para referirse a los enfermos que padecían una pérdida del sentido de realidad y se refugiaban en un universo propio de fantasías destacando que, al mismo tiempo, estos pacientes no perdían de manera absoluta los conceptos y las relaciones vinculadas con las experiencias, sino que hacían uso de ellas cuando no contradecían sus propósitos.

Son fundantes y numerosas las ideas de Freud (1893a; 191 Ib; 1914c; 1915c) sobre las que se apoyan autores psicoanalíticos posteriores para profundizar el estudio de los trastornos psicóticos y de la enfermedad particular que hoy nos ocupa. Entre ellas el descubrimiento del proceso primario y secundario; el narcisismo y las estructuras ideales; las "etapas" en el desarrollo del yo como el concepto de un yo-placer ("purificado") que implica un sujeto

---

[1] Los pacientes autistas presentan las características descriptas de modo variable Su encierro puede extenderse desde una relativa incomunicación, hasta un estado de extremo aislamiento del medio.

escindido de manera que él coincide con todo lo placentero y el mundo con todo lo displacentero, y que debe pasar progresivamente del predominio del principio de placer al del principio de realidad; la descripción de las neurosis narcisistas en términos del rechazo o repudio y la alteración de los aspectos de la realidad que resultan intolerables; la dificultad de penetrar en estas afecciones, como si se levantara "un muro" que cierra el paso e impide el acceso, etc.

Avanzando en esta dirección, la comprensión del psiquismo temprano alrededor de dos posiciones básicas -esquizo-paranoide y depresiva- lleva a Melanie Klein (1944; 1946) a plantear un punto de fijación en los tres o cuatro primeros meses para los trastornos y los rasgos esquizoides, y a ampliar el espectro y la interpretación de la esquizofrenia infantil, así como su posibilidad de detección más temprana.

Al referirse a los mecanismos de defensa que intervienen en el desarrollo de cuadros psicopatológicos en la primera infancia, Klein (1946) considera que el empleo excesivo de la disociación y de la identificación proyectiva configura un mundo lleno de objetos hostiles que generan angustias intolerables, llevando al niño a la interrupción del contacto e intercambio con la realidad y al refugio en los objetos internos idealizados.

Klein (1930) describe el tratamiento de Dick, un niño de cuatro años, con una notoria falta de adaptación a su entorno, que se expresaba a través de diferentes síntomas. Obedecía automáticamente y tenía respuestas negativistas. Era torpe físicamente y no mostraba signos de agresión. No hablaba ni jugaba y se mantenía aislado, sin contacto afectivo con el medio. No reaccionaba frente a la presencia o ausencia de la madre o la niñera, y solo mostraba interés por las puertas, las cerraduras y los trenes. Aunque en la época del análisis de Dick aún no se había diferenciado el autismo como una entidad nosológica particular, autores posteriores consideran que este paciente reunía las características que actualmente se consideran típicas del niño autista.

Fue Kanner quien, desde la psiquiatría, describió por primera vez en 1943 el autismo-enfermedad, como un cuadro psicótico con rasgos característicos que aparecía en la primera infancia. A partir de la observación de once casos, realizó una descripción fenomenológica de este trastorno y consideró que el niño autista poseía una mente anormalmente "subdesarrollada", resultante de una disposición autista innata asociada a un ambiente familiar desfavorable (Kanner, 1943).

Desde la concepción psicoanalítica Klein considera, en cambio, que Dick sufría una "detención en su desarrollo", que podía comprenderse a partir de su incapacidad para tolerar la angustia y la intensidad de sus impulsos agresivos que, junto con la aparición precoz del factor genital y la falta de comprensión y amor en su entorno familiar, lo llevaron a una inhibición de sus impulsos hostiles, de sus fantasías y de la maduración de su yo. Los objetos externos, representantes simbólicos del cuerpo de la madre, se convertían para él en objetos ansiógenos que era necesario evitar, y los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva - que intervienen normalmente en la estructuración del yo y de sus relaciones con el mundo -habían quedado interrumpidos.

Son numerosos los autores psicoanalíticos que se ocuparon del estudio del autismo, y desplegaron teorías y técnicas terapéuticas para acceder a la mejoría o a la curación de estos pacientes. Sin el propósito de realizar una revisión exhaustiva, mencionaremos algunos de los conceptos desarrollados en los textos que consultamos.

Mahler (1976) describe el autismo como un desarrollo patológico del proceso normal de separación e individuación durante la primera infancia. A partir de su interpretación del concepto Freudiano de narcisismo primario, considera que existe una fase de autismo normal entre el primero y el tercer o cuarto mes de la evolución post-natal (antes del establecimiento de la fase de simbiosis normal) en la que el niño parece vivir en un mundo de estímulos internos. No ha catectizado la percepción y no da señales de reconocer a la madre y a los estímulos del mundo exterior. La enfermedad autista - que denomina autismo secundario - constituye una fijación o regresión a dicha fase cuando existieron perturbaciones muy tempranas: cuando la atención materna inadecuada provoca dolor o pena, el niño reacciona del mismo modo que con los estímulos peligrosos, se retrae ("caparazón autístico") y busca expelerlos (por ejemplo, a través de la alucinación negativa), refugiándose en sus "sensaciones corporales, orgánicas".

Dado que el niño autista no tolera el contacto humano, Mahler plantea por un lado, la necesidad de inducirlo a que salga de su caparazón con toda clase de expedientes, como la música, las actividades rítmicas y estímulos agradables para los órganos sensoriales y, por el otro, considera necesario realizar un tratamiento que denomina "tripartito", con la presencia de la madre.[2]

Bettelheim (1967) destaca que el retiro autístico es una máscara defensiva que representa un intento de auto-afirmación. Sostiene que estos pacientes han atravesado situaciones límites y son más sensibles al dolor que los niños normales, viviendo todo lo que acontece como destructivo. En la medida en que se creen responsables de los sucesos generadores de afectos desagradables, inhiben su obrar. Tienen un déficit de acción específica y no sólo han renunciado a los actos dirigidos hacía una finalidad, sino que también han perdido la facultad de predecir.

Winnicott (1963; 1991) parte de la idea de que el tema del aislamiento tiene importancia no sólo en las psicosis sino también en el desarrollo normal. Aunque las personas sanas se comunican y disfrutan haciéndolo, no es menos cierto que en el centro de toda persona hay un núcleo aislado, permanentemente incomunicado, que equivale al "ser verdadero " de la personalidad, que debe permanecer secreto y protegido del mundo exterior.

Las fallas normales inherentes a todo ambiente facilitador llevan a que el niño se disocie y en una de las mitades escindidas desarrolle lo que el autor denomina un "ser falso o sumiso". Considera entonces que la preservación del aislamiento personal forma parte de la búsqueda de la propia identidad y es desde ese lugar de donde nace la comunicación en forma natural, como una forma personal de comunicación que no conduzca a la violación del ser central[3].

---

[2] Mahler (1984) describe el caso de Violet una niña a quien filmaron en repetidas oportunidades durante su tratamiento, para mostrar el síndrome clínico del autismo secundario. Incluye aspectos del tratamiento tripartito, durante el cual la niña, la madre y la terapeuta trabajan juntas, con el objetivo de establecer una experiencia vincular correctiva. Destaca la importancia del uso de la música y el modo en que la paciente - que se comunicaba muy poco verbalmente - podía expresar, tocando el piano, sus estados de ánimo,

[3] Para Winnicott (1963) el niño normal se ve dotado de tres líneas de comunicación: la comunicación que será siempre silenciosa, la que es explícita, indirecta y placentera y una intermedia que saliendo de los juegos, conduce a las experiencias culturales.

Las experiencias traumáticas que llevan al establecimiento de defensas primitivas pertenecen a la amenaza que se cierne sobre dicho núcleo aislado, forzando al paciente a la comunicación. El autismo constituiría una organización defensiva, para evitar la angustia que le despierta al niño la insuficiencia emocional y la falla de la dependencia ambiental. El niño en su regresión - dice Winnicott - logra sentirse invulnerable y deja de sufrir.

Tustin (1987; 1993) considera que el autismo infantil es una enfermedad que transcurre en dos etapas. La primera se caracteriza por una tendencia de la madre y el bebe a sentir que cada uno forma parte del cuerpo del otro. La segunda se inicia cuando surge la percepción de la inevitable separación entre madre e hijo, que perturba la ilusión de un estado constante de "unicidad" patológica entre ambos. Cuando la separación es vivida como una catástrofe, da lugar a una depresión muy temprana caracterizada por la vivencia de un "agujero negro" que el niño lo experimenta como la perdida de una parte del objeto y una parte del yo, (boca-pezón).

La enfermedad se desencadena por el trauma que significa la perdida de la ilusión y el tomar conciencia de la separación corporal con la madre con la que hasta ese momento se había sentido como si fueran "uno solo". El aislamiento autista surgiría, para ella, como reacción a un shock para evitar la aflicción o el dolor[4]. La autora describe la existencia de vivencias sensoriales en el contacto temprano con la madre y defensas primitivas de evitación para protegerse de los estímulos traumáticos. Los niños autistas muestran en su patología una ruptura de esta organización "auto-sensible"; la experiencia de un "nacimiento mental prematuro" (vinculado con una separación muy temprana) haría que el niño no desarrolle un contacto sensible y viable con su madre. Tras haber interrumpido esa relación, el objeto de los sentidos ya no sería el deseo de la madre sino la búsqueda de vivencias extraídas de los mismos órganos sensoriales del cuerpo y de los objetos que ayudan a producir estas sensaciones.

[4] Varios autores consideran que las psicosis en la infancia son fundamentalmente de tres tipos: psicosis simbiótica infantil (descripta por Mahler), esquizofrenia infantil y autismo. Tustin. en cambio, piensa que el autismo es un cuadro particular, diferente de las esquizofrenias, que no debe ser incluido entre las psicosis Dice Tustin (1993) que a medida que se va observando mayor número de niños psicóticos afloran dos síndromes que pueden distinguirse con cierta precisión: el autismo infantil precoz y la esquizofrenia infantil. Tampoco está de acuerdo en diferenciar, como hacen varios autores, entre un autismo primario, orgánico y congénito y un autismo psicógeno, vinculado con las fallas ambientales aunque, por otro lado, en sus escritos habla constantemente del autismo psicógeno.

Sostiene que la ruptura del vínculo materno ha hecho intrusión en la conciencia del niño antes de que su aparato psíquico estuviera preparado para sobrellevar la tensión. Estos pacientes, en esas circunstancias, son asediados por terrores tan elementales como los de disgregarse o "caer en un abismo", como expresa Winnicott.

Meltzer (1975) describe el estado autista como una suspensión o paralización inmediata y transitoria de la actividad mental, una "desmentalización". Afirma que en un momento del desarrollo, el niño autista tuvo un vínculo intenso y satisfactorio con la madre o con su sustituto, que luego se interrumpió. Frente a este impacto traumático y la angustia consecutiva, emplea la modalidad defensiva de la regresión.

Agrega que el niño predispuesto al autismo, reconoce la depresión o retracción de su madre y que a consecuencia de ello se "desmantela": no puede enfrentar las exigencias de la realidad y se mantiene en un estado de autonomía ilusoria, que caracteriza al autismo como una disociación desprovista de angustia. A través del "desmantelamiento" tendería a separar las experiencias sensoriales, que descienden al nivel de los hechos neurofisiológicos, tratando de ese modo de quitarles su significado.

Brutti (1984) afirma que el aislamiento del niño autista es una defensa respecto al objeto y que se aparta de él para protegerlo de sus impulsos agresivos. Es como si el niño pensase: "no puedo entrar en contacto con el objeto humano, me retiro para defenderlo". De acuerdo con Meltzer, considera que son niños cuya relación objetal primaria está perturbada, y que se trataría de neonatos con larga permanencia en incubadora o que han tenido una experiencia gratificante que fue interrumpida bruscamente[5].
Jaccarino y Maiello (1984) citan a Fordham Michael, quien en su libro "The welf and Autism" describe al autismo como una desintegración del sí mismo y piensa que la barrera autista tiene la función defensiva de proteger la identidad. Siguiendo a este autor consideran que el niño no se retira del mundo externo

---

[5] Brutti y Scotti (1984) afirman que no es posible hacer un diagnóstico riguroso de autismo y proponen evitar colocarle esa "etiqueta" al paciente. De acuerdo con otros autores, sostienen que el cuadro no es reversible sin la intervención terapéutica y que el pronóstico depende de la precocidad con que hayan sido detectados los síntomas de esta enfermedad. Al mismo tiempo advierten del peligro del uso farmacológico, que bloquea al niño, restándole posibilidades evolutivas y señalan la necesidad de tener en cuenta las características del contexto de vida del paciente en relación con las figuras parentales.

sino que percibe los objetos y los asimila a los criterios del si mismo, es decir, que él se experimenta como el objeto y llega a sentir partes de su propio cuerpo como un objeto externo separado de sí.

Algunos autores de la escuela argentina, entre ellos Aberastury - a quien nos referiremos más adelante - se ocuparon de distintos aspectos del autismo. En sus estudios acerca del psiquismo fetal Rascovsky (Grus L. C. de y Grus, R. 1992) plantea la existencia de una posición fetal o autista (que luego reformulará en términos de una posición maníaca fetal) que se caracteriza por el contacto exclusivo del yo con los objeto internos heredados contenidos en el ello, y por el desconocimiento de la existencia del objeto real externo. Concibe la vida fetal como paradisíaca y considera que a partir del nacimiento se instaura el conocimiento de la madre y su dependencia con ella[6].

Son vanos los autores argentinos que admiten la existencia de una vida psíquica prenatal y que, para comprender el autismo, se apoyan en las formulaciones de Klein acerca del repliegue defensivo del mundo exterior y el vinculo con los objetos internos[7], poniendo el acento sobre la existencia en estos pacientes de un objeto ideal "no asimilado" .

En esta línea, Grinberg interpreta la desconexión del mundo exterior y la retracción defensiva del autista como la creación de un estado dentro del cual se tiende a elaborar los procesos traumáticos (resultantes de ansiedades depresivas y paranoides), preferentemente por medio de mecanismos esquizoides. Por su parte, Liberman considera el autismo como un mecanismo regresivo cuya finalidad es la de recuperar una visión simbiótica, intrauterina, y destaca además que en el interior de los núcleos autistas está contenido el potencial filogenético de la personalidad, excluido del resto y sustraído a la evolución por un temprano proceso de disociación (Foks, G. S. de. 1967).

---

[6] A diferencia de Rascovsky, Chiozza (1963) sostiene que el feto niega defensivamente la existencia del mundo exterior -representado en esos niveles por la placenta y el útero- y concibe la existencia de frustraciones en la vida fetal, que pueden configurar puntos de fijación prenatales.

[7] Foks (1967) señala que los autores nacionales enfatizan el vínculo que el autista establece con los objetos internos. Así, Rascovsky se refiere al vínculo con los núcleos fetales. Cesio con los objetos aletargados. Bleger con los núcleos aglutinados y Baranger con el objeto idealizado.

Rodrigué (1965) relata el análisis de un niño autista de tres años, que duró siete meses, con el que logró establecer la comunicación a partir de la interpretación de la transferencia y la comprensión de la contratransferencia. Basándose en las ideas de Klein, sostiene que el uso extremo de la identificación proyectiva hace que el paciente llegue a pensar el mundo externo como una parte de sí mismo, que puede ser completamente negada o controlada. Describe al autista como una criatura omnipotente que, al proyectar parte de su Yo en el objeto, siente que lo controla porque lo identifica con la parte proyectada de sí mismo. La angustia principal en el autismo infantil constituye el fracaso de la defensa, que enfrenta al niño con el objeto persecutorio.

Destaca que los estados de ánimo de estos pacientes alternan entre dos extremos, su aspecto es "dichoso" o bien aterrorizado, parecen odiar y temer. Suelen ser niños que poseen una belleza particular y se comportan como si estuvieran envueltos en fantasías que corresponden a un mundo interno de amor y armonía, donde sólo se percibe la existencia del objeto ideal. En palabras del autor: "La misma perfección de su paraíso interior es una medida de su horror por el mundo externo, en que ha proyectado todos sus demonios" (pág. 184).

Señala también que la capacidad para alucinar suele constituir un signo de mejoría en los pacientes autistas, porque les permite disminuir la ansiedad persecutoria y tener un mayor contacto con el objeto idealizado, que había sido separado de su yo[8].

Junto a las numerosos contribuciones que abren la comprensión de las características del niño autista, encontramos algunas controversias, contradicciones, y conceptos a nuestro juicio erróneos - como reconoce por ejemplo Tustin (1993) en uno de sus últimos escritos, en relación a la idea de una fase autista normal del desarrollo según describió Mahler - que parecen enturbiar el camino hacia una comprensión más profunda de esta enfermedad.

---

[8] Cecchi (1989) describe el síndrome autista de una niña de dos años, quien a partir de la desaparición de su madre durante el proceso militar en Argentina, inicia un mecanismo de defensa esquizoide y se retrae. La autora afirma que en su experiencia con niños autistas, la conciencia de la separación de la madre en la primera infancia, es experimentada de manera catastrófica. Remite a Freud quien en Inhibición, síntoma y angustia, sostiene que la situación traumática de base es la situación de "desvalimiento" producida por las experiencias de pérdida del amor de la madre o de los objetos sustitutos significativos.

Así, el supuesto compartido sobre la relación psique-soma en términos del paralelismo psicofísico lleva a varios de los autores que consultamos a la idea de que el niño es "puro cuerpo" hasta un período relativamente indeterminado después del nacimiento, en que aparece un psiquismo inmaduro que luego se va desarrollando y organizando. La teoría de que tanto el bebé normal como el niño autista carecen de representaciones, de procesos de simbolización y capacidad de relaciones objétales, se acompaña del pensamiento de que sería al comienzo la madre, y luego el analista en el proceso terapéutico, quienes deben "construir" representaciones y "brindar" significados a la conducta del niño.

La mayoría de estas propuestas parte de la creencia de un aparato psíquico que se va conformando con el crecimiento del niño. Esta postura difiere de la concepción que compartimos acerca de que el bebe nace con un yo organizado, que se disocia como un modo defensivo normal para enfrentar los estímulos.

En este sentido pensamos que los desarrollos teóricos realizados por Chiozza. que incluyen la comprensión de la relación entre el alma y el cuerpo como dos modos de percepción de la conciencia de un fenómeno que en sí mismo es unitario; la ampliación del concepto de zonas erógenas y el descubrimiento de los significados de "lo hepático"; el estudio del psiquismo fetal, la hipótesis sobre la existencia de puntos de fijación en la vida prenatal y la concepción de un esquema teórico-estructural que permite comprender los procesos anímicos normales y patológicos en sus "formas" más tempranas, brinda un marco teórico unitario y coherente que permite enriquecer y profundizar el enfoque psicoanalítico de diferentes formas del enfermar y, entre ellas, del autismo.

El autismo a partir de los desarrollos de L. Chiozza

El descubrimiento de que - a diferencia del psiquismo del bebé, que se organiza en relación a las funciones y fantasías orales - el psiquismo del feto se organiza alrededor de las funciones y fantasías hepáticas, lleva a Chiozza (1963) a concebir la existencia de una disociación primaria, anterior al momento del nacimiento, como producto del impacto de los estímulos internos y externos sobre un yo que no puede mantenerse unido frente a las primeras identificaciones.

Esta disociación temprana del yo lleva a la constitución de un protosuperyo visual-

ideal y configura una situación protomelancólica básica, con sus contenidos de persecución y culpa, que impone nuevos desenlaces. En estos niveles el autor denomina protopersecución a la situación caracterizada por la amenaza de desorganización que sufre el yo, ante la presencia de estímulos frente a los cuales se siente insuficiente.

Cuando el sentimiento de identidad del resto del yo se traslada al protosuperyo visual-ideal encontramos una situación protomaníaca, a diferencia del desarrollo normal, que entraña una protodepresión y un duelo que Chiozza (1963) denomina primario - para distinguirlo del duelo clásicamente descripto frente a la pérdida del objeto - cuyo desenlace es narcisista y se traduce en un particular crecimiento yoico. En tanto la identificación con las protoimagos ideales del ello y los estímulos exteriores nunca puede ser total, toda asimilación concluye con una renuncia o duelo por aquellas partes del objeto y del yo que deben ser abandonadas, a fin de que el yo pueda realizar un crecimiento armónico de acuerdo con sus posibilidades.[9]

Cuando se refiere a la existencia en la protomelancolía de dos núcleos (visual-ideal y hepático-material) que mantienen una situación persecutoria reciproca entre si, sostiene que la integración de ambos núcleos puede ser sentida como extremadamente peligrosa por la amenaza de desorganización que contiene, y suele ser asociada a una vivencia de nacimiento. Posiblemente, aclara el autor, porque en el nacimiento ocurre la más grande insuficiencia de aporte materiales, alimento, oxígeno, frente a la sobrecarga de estímulos traumáticos.

[9] Chiozza (1963) cita a Grinberg para quien todo establecimiento de una identidad necesita de la realización de un duelo o de un micro-duelo por aquellas partes del objeto y del yo que deben ser abandonadas La angustia frente a la elección se encuentra negada en la fantasía de ciencia -ficción según la cual existen innumerables universos incomunicados entre sí, que corresponden a la perduración de todas las posibilidades surgidas en cada alternativa.

Entre otros autores que conciben un psiquismo anterior a la posición esquizo-paranoide descripta por Klein, Chiozza se refiere a las ideas de Bleger acerca de una posición "glishcocárica", caracterizada por la presencia de un núcleo aglutinado que contiene trozos del yo y del objeto sin discriminación, que plantea como punto de fijación para la simbiosis. Los pacientes con vínculos simbióticos hacen proyecciones masivas de este núcleo, de manera que una buena parte del yo del sujeto queda enajenada e inmovilizada dentro del depositario. Estos pacientes se transforman en autistas cuando la relación narcisista de objeto se estructura del manera tal que el depositario es la mente, mientras que su ubicación en el esquema corporal da lugar a la hipocondría.

Trascendiendo el modelo de las áreas de la conducta, Chiozza (1963) considera que simbiosis, hipocondría y autismo pueden comprenderse como tres desenlaces de la situación básica protomelancólica. Vincula el autismo con la protomanía y sostiene que esta situación, "… que en los casos leves puede ser descripta como entusiasmo - que etimológicamente significa "poseído por los dioses'... - en los casos más graves configuraría un *autismo"* (pág. 245). De acuerdo con estas ideas el autismo remite a un punto de fijación prenatal y los contenidos psicológicos de esta enfermedad involucran "...fantasías fetales, ricas en matices 'hepáticos'" (pág. 253). Así, por ejemplo, "... la negación del aspecto persecutorio de las imagos que 'rodean' al yo, podría engendrar la vivencia de *niebla o velo,* común en el autismo y en la esquizofrenia..." (pág. 201).

En desarrollos recientes, el descubrimiento de aspectos maníacos en la melancolía clásica - en tanto el sujeto se identifica con el ideal y desde esa identificación critica al yo en el autorreproche - junto con otras consideraciones, llevan a Chiozza (1993-1995) a poner el acento en la existencia de una situación maníaca primaria, en la cual el yo se identifica con más ello del que puede de acuerdo con su debilidad relativa, y mantiene su omnipotencia a través de la disociación y la negación de aspectos del yo y del mundo exterior.

Todas estas consideraciones permiten reconfígurar algunos desarrollos de otros autores acerca del autismo como resignifícaciones postnatales de contenidos prenatales de un carácter maníaco más primario, que implican

omnipotencia, disociación y negación, que constituyen procedimientos mágicos esencialmente fetales. Desde este esquema teórico estructural el autismo podría comprenderse como una forma particular de la defensa frente a un duelo primario, que se experimenta como una situación amenazante que adquiere la representación de una vivencia traumática de nacimiento, y que no puede realizarse.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL AUTISMO INFANTIL

Partir de la concepción de un psiquismo fetal, que implica capacidad simbólica, existencia de un yo y de relaciones objétales prenatales, y comprender la enfermedad como un lenguaje que expresa significados inconcientes, "deshace" la posibilidad de interpretar el aislamiento, el estereotipo en la expresión verbal o la pobreza en la actividad lúdica o gráfica propia de los pacientes autistas, como manifestaciones carentes de representación y contenido afectivo. Como señala Chiozza (1974) "La actividad psicoanalítica, al interpretar el material constituido por alteraciones somáticas, síntomas, gestos o sonidos vocales, encuentra en cada uno de ellos aquello que denominamos metafóricamente un 'contenido psíquico'. Expresándolo en términos más rigurosos: cada uno de estos fenómenos adquiere, mediante la interpretación un significado que permite categorizarlo como una forma de lenguaje" (pág. 224).

I) Acerca del niño autista

Nos parece posible pensar que el autismo constituye un padecimiento cuya intención inconciente es la de permanecer en un estado de bienestar idealizado. Desde su aislamiento e incomunicación el paciente expresaría simbólicamente la fantasía de conservarse en un estado intrauterino, atribuyendo a dicha situación posibilidades de satisfacción ilimitadas.

De acuerdo con Chiozza (1963) cuando los proyectos o ideales superan la capacidad hepática para materializarlos, estos estímulos suelen ser experimentados por el yo como algo enloquecedor y destructivo. Por medio de la disociación y la negación el sujeto intenta defenderse de ellos configurando una limitación de su aparato perceptor, una zona ciega o un escotoma.

El fenómeno común de la distracción, por ejemplo, constituiría un mecanismo defensivo para huir de aquello que se siente como "lo que no se puede", y expresaría una dificultad en la asimilación[10].

El enfermo rechaza el mundo "externo" que experimenta como lo post-natal que decepciona y frustra y queda sumergido, en cambio, en un mundo "interno" al que considera proveedor de una satisfacción ilimitada. En términos de Freud (1914c; 1915c) quedaría identificado con el "yo de placer purificado" o con el "yo ideal".

Los niños autistas, dice Tustin (1987), experimentan su propio ser en términos de fluidos o gases. Suelen dar muestras de sentirse flotando, como si fuera una prolongación de las sensaciones asociadas al flotar en el elemento liquido de la vida intrauterina. El contacto con la realidad lo experimentan como un "caer a tierra", y caminan habitualmente en puntas de pie en una actitud como si estuvieran suspendidos en el aire. Agrega que en ese estado creen poder realizar, y a veces lo intentan, hazañas como volar, trepar a gran altura o hacer equilibrio sobre una cuerda a mucha distancia del suelo.

Tales conductas en las que parece estar ausente el sentido real del peligro, revelan contenidos omnipotentes. Estos niños se comportarían desafiando las leyes temporales y espaciales del mundo circundante, como si estuvieran inmersos en un mundo mágico, en el que ellos mismos y los objetos que los rodean tienen posibilidades ilimitadas y poderes "extra-ordinarios".

La disociación y la negación que el niño emplea, según Klein, para evitar las percepciones violentas y displacenteras para el Yo, así como la necesidad de quedar identificado con el ideal para eludir las frustraciones y como un modo de preservar al objeto, corresponderían a la persistencia de modalidades fetales en la vida postnatal. Como mencionamos anteriormente, tales procesos así como la dificultad para realizar el duelo primario, intervendrían ya en el proceso de materialización de las identificaciones primarias prenatales (Chiozza, 1963).

---

[10] Basándose en ideas de Chiozza y otros autores, Schejtman (1997) refiere que la persona distraída está disociada y conserva su omnipotencia, fantaseando que puede realizar cosas "maravillosas". Describe la distracción como un estado defensivo, que le permite al sujeto evitar hacer conciente las limitaciones y postergar ese "encuentro" doloroso, como si intentara "dejar dormido este sufrimiento para ir recomponiéndose".

A través de su encierro, el paciente intentaría negar la carencia o la frustración y el enfrentamiento con los duelos necesarios para su crecimiento. Sólo en su aspecto manifiesto la enfermedad toma la forma del encierro y la limitación, ya que en su contraparte latente parece contener la fantasía mágica y omnipotente de estar inserto en un mundo pleno, de características ideales, con el que también queda identificado. Del mismo modo que el feto puede negar su entorno intrauterino, el niño autista vive negando la existencia de los que lo rodean, de sus padres o su medio, que cumplen en la vida postnatal una función equiparable a la de la placenta en la vida intrauterina (Chiozza, 1994).

Chiozza (1993) describe que aquellos ideales que no son resignados mediante el duelo primario correspondiente, pueden permanecer como ilusiones en la eterna espera de una oportunidad propicia. **En su aislamiento del medio, el autista parece mantenerse en un estado equiparable al estado intrauterino, como si estuviera "esperando" para nacer. Esa "espera" correspondería a la intención de permanecer en una condición ilusoria, alejado del enfrentamiento con las frustraciones que le impone el contacto con los objetos externos materiales y con la realidad de sus posibilidades yoicas. Dicha actitud representaría al deseo inconciente de "poder nacer" en un momento en el que le sea posible desarrollarse de un modo omnipotente, en íntima unión con aquellos ideales que no puede materializar ni duelar. El proceso de conformación de la individualidad y de la adaptación al medio que supone la puesta en juego de potencialidades relativas, se encuentra entonces alterado en estos pacientes.**

Encontramos representaciones para acercarnos a la comprensión del retraimiento autista en el modelo biológico de la hibernación, que Chiozza y colaboradores (1990) retoman en su investigación acerca de las fantasías respiratorias. Cuando un animal "hiberna" se sume en una especie de letargo para subsistir en condiciones que se han vuelto hostiles. Es un modelo defensivo adaptativo, una forma de aislamiento respecto al medio y una espera.

En el mecanismo llamado de neotenia encontramos otra representación que nos parece significativa para ejemplificar el estado de detención o espera que describimos en los autistas. En su investigación acerca de la función y los trastornos tiroideos Chiozza y colaboradores (1995) destacan que la neotenia es una lentificación de aspectos parciales del desarrollo, que

permite que el individuo guarde potencialidades latentes que podrá desarrollar ulteriormente. Subrayan que la neotenia constituye un estrategia evolutiva en el mundo animal para enfrentar incidencias hostiles del medio, que permite guardar características inmaduras que podrán desplegarse cuando el entorno lo posibilite y las circunstancias lo requieran.

Podríamos hacer extensivo este modelo a lo que le sucede al paciente autista, quien refugiándose en su mundo de fantasías, como si intentara "vivir en un mundo de sueños", evita los estímulos displacenteros y la confrontación con la realidad a la espera de la oportunidad para poder desarrollar todas sus potencialidades. Se trataría de la expectativa maníaca de lograr un crecimiento en el que sea posible evitar las renuncias o el enfrentamiento con los duelos.

La reacción violenta y de agresión desmedida que muchas veces expresa el niño autista como un estallido de furia, parece corresponder a su intolerancia cuando se enfrenta con una oposición a sus deseos. Responde violentamente a la frustración y el dolor ante la vivencia de ser apartado de ese encierro de carácter omnipotente, que experimenta además como un peligro que lo expone a su sentimiento de insuficiencia, como si fuera una amenaza de aniquilación o de disolución. Tustin (1987) describió la vivencia de disgregarse o disolverse como la respuesta emocional de los autistas frente a situaciones de peligro.

Encontramos en Aberastury (1984) una línea de interpretación semejante en el análisis de una niña de seis años que padecía de mutismo. Considera este síntoma como una forma de aislamiento y profundo rechazo del mundo exterior, a través del cual intentaba detener el tiempo, desplegando una fantasía omnipotente para modificar la realidad. Al no hablar, la niña intentaba mágicamente paralizar la proyección de sus contenidos internos, que experimentaba como peligrosos.

La paciente solía jugar a armar paquetes herméticamente cerrados, que contenían en su interior trozos de papeles o restos de madera y luego los encerraba con llave en su cajón individual. La autora considera que de ese modo representaba su deseo de integrar su propio cuerpo y de volver a nacer. En la medida en que su análisis progresaba, reemplazó este juego por otro en el que colocaba en una gran olla para hacer "puchero" muchas sustancias, como por ejemplo azúcar que representaba cariño y belleza, y café que significaba ser grande, con el que simbolizaba la fantasía de renacer de otra forma o con una forma diferente.

Un rasgo característico del autista es la perseveración o compulsión a ejecutar reiteradamente los mismos actos. Para Freud la compulsión a la repetición estaría íntimamente ligada al principio de constancia y éste, a su vez, al principio de placer. Tiene un carácter conservador, buscando mantener al aparato anímico en el nivel de excitación mínimo posible, y puede estar predominantemente al servicio de la necesidad de elaboración o de motivaciones (auto) destructivas (Freud, 1920g). Esta búsqueda compulsiva de "mantener la igualdad" (Kanner, 1943)11 que, desde el observador, puede ser considerada a veces como si fueran actos de terquedad, estaría al servicio de refugiarse en experiencias conocidas y evitar la angustia de situaciones nuevas que expongan al paciente a la vivencia de pérdida o fracaso12.

II) Los padres del autista

Los padres de los niños autistas poseen algunos rasgos específicos en común. Se caracterizan por tener un buen nivel de inteligencia, suelen provenir de grupos sociales de elevado nivel socio-económico y generalmente logran, con su actitud perseverante, destacarse en sus actividades. Tienden hacia el "perfeccionismo" con ellos mismos y con los que los rodean.

---

[11] El placer asociado a la compulsión a la repetición se observa en la repetición del juego de los niños o en el pedido de reiteración de los cuentos infantiles.

[12] Chiozza (1983) se refiere al carácter metafórico de la expresión "compulsión a la repetición, cuando afirma que "Volver sobre un estado anterior implica la existencia de un psiquismo que contempla y reconoce una semejanza que nunca es una identidad".

En las madres predomina habitualmente la falta de capacidad para mantenerse a una distancia afectiva apropiada con respecto al hijo. Oscilan entre el alejamiento y la indiferencia o bien una disposición incondicional para satisfacer todas sus necesidades, invadiendo su intimidad. Ingresan con frecuencia en estados "depresivos" que les dificultan o les impiden tolerar y contener los estados de ánimo de sus hijos.

Sabemos que todo niño enfermo no sólo es un "emergente" del grupo familiar sino que también "percibe" inconcientemente las características y las fantasías inconcientes de las enfermedades de los padres (Chiozza y colab., 1975).

A partir de la aceptación de la existencia de una temática o fantasía familiar representada por un contenido en común, que puede expresarse en el paciente y en los demás integrantes de la familia como síntoma neurótico, como rasgo de carácter o bien como enfermedad somática (Aizenberg S. O. de y Casali, L. G., 1995), podemos pensar que tanto la conducta manifiesta de aislamiento, desconexión afectiva y dificultad de comunicación del niño autista, como la necesidad de quedar identificado con el ideal, la perturbación para realizar duelos y renunciar a la satisfacción instintiva directa, constituyen conflictos compartidos entre el paciente y sus padres.

Los padres suelen establecer con el niño una relación poco estimulante respecto de lo que podríamos denominar "la salida al mundo". Aunque padecen la incomunicación del hijo, forma parte de su modalidad la actitud de "asistirlo" de un modo en el que no pueden ser fácilmente sustituidos, configurando y reforzando un vínculo que se caracteriza por el encierro y el aislamiento.
Así, por ejemplo, intentan comprenderlos sin necesidad de las palabras y procuran satisfacerlos en todos sus deseos, compartiendo también de ese modo la fantasía de poder crear un mundo dominado por relaciones que parecen adecuarse entre sí, sin dificultades o frustraciones. De esta forma no solo incentivan en el niño la vivencia de ser alguien "fuera de lo común", sino que también alimentan el sentimiento de poseer ellos mismos una capacidad de entrega que no se somete a los límites que impone la realidad.

Desde este punto de vista, también podemos decir que con su retraimiento autista el paciente manifiesta la imperiosa necesidad de mantenerse en un vínculo primario, semejante al de la experiencia prenatal o al de la época de la lactancia, en que la madre podía comprenderlo sin que necesitara hablar[13].

III) Posibilidades terapéuticas

Dentro del campo neurológico o psiquiátrico muchos autores sostienen que el niño autista no puede ser abordable a partir de un tratamiento psicoanalítico. La teorías acerca del autismo como regresión o detención en una fase temprana caracterizada por un yo rudimentario que desconoce la existencia de los objetos y del mundo exterior, ha llevado a concebir técnicas "mixtas" que incluyen, por ejemplo, una re-educación mediante la estimulación o el desempeño de "un rol materno adecuado" por parte del analista, a fin de "rectificar" los fallos tempranos que el paciente ha sufrido[14].

Sin embargo, los desarrollos psicoanalíticos que mencionamos anteriormente a partir de la obra de Chiozza, unidos a los conocimientos de la teoría general de la técnica y a la técnica de juego descripta por Klein, brinda un marco conceptual unitario y coherente que nos permite sostener no sólo la posibilidad sino también la necesidad de aplicar el psicoanálisis a los niños que padecen de autismo.

Basándose en las ideas de Klein, Aberastury (1984) considera que el paciente autista tiene la posibilidad de conexión con el analista desde la primera sesión y la capacidad de expresar mediante el juego las fantasías sobre su enfermedad. Sostiene que su aguda ansiedad le permite establecer de inmediato una transferencia fuerte que hace posible el análisis. Cuando avanza el proceso terapéutico, el incremento del interés por su mundo interior le posibilita dar una visión a veces impresionante de sus fantasías.

---

[13] Los autistas muchas veces son considerados como seres contemplativos o "budas" que están inmersos en un mundo maravilloso de fantasía.

[14] Kanner sostenía que el autismo infantil no es influenciable por alguna forma de terapia o tratamiento psiquiátrico Bettelheim proponía que el niño autista necesitaba una terapéutica que le ofreciera de un objeto "permanente", a fin de que su personalidad pudiera conformarse alrededor de su imagen.

Brutti y Parlani (1984) afirman que si por curación se entiende la recuperación de todas sus funciones mentales, es poco lo que se sabe respecto a la curación de los niños autistas. Pese a ello afirman, basándose en su experiencia, que es posible lograr el contacto con estos niños y sentirlos vivos tejiendo "una trama de sentido". Proponen que además del trabajo terapéutico con el paciente, se oriente un trabajo educativo tanto en la familia como en la escuela.

La poca discriminación entre mundo interno y externo, la intensa relación afectiva de los niños autistas con los objetos inanimados y su aparente desinterés por las personas que los rodean, generan habitualmente en el vínculo analítico una respuesta contratransferencial de intensa angustia, desesperanza e impotencia para atravesar, como decía Freud, "el muro" que impide el contacto con la intimidad de estos pacientes. Sin embargo, la comprensión de estos sentimientos y su elaboración en el proceso transferencial-contratransferencial, forma parte y posibilita el desarrollo del tratamiento psicoanalítico.

La mejoría de un paciente autista, simbolizada a través de elementos que aluden a un "nacimiento", la encontramos ejemplificada en un emotivo relato de Tustin (1987) quien describe la expresión de sorpresa en el rostro del niño cuando, deslizándose bajo una alfombra como si fuera un túnel, logró alcanzar la luz. Ese mismo niño, en otro momento de su tratamiento jugó con una oveja de juguete a la que hizo pasar por un tubo de papel, exclamando aliviado un "acá está!" cuando emergió del mismo, como si fuera la confirmación de un suceso esperado.

IV) Sobre el autismo y los núcleos autistas

Tustin (1987) afirma que muchos aspectos del enfermo autista se pueden encontrar también en otro tipo de pacientes, y se refiere particularmente a aquellos rasgos que denomina "barreras autistas" o "cápsulas autistas" en pacientes neuróticos.

Relata la experiencia de un alpinista, que reaccionó como un autómata, cuando sufrió sensaciones de terror, temor a la caída y vivencias de aislamiento durante el ascenso a una montaña. Quedó como "apichonado" ante la cuesta que tenía por delante. Señala que estas vivencias angustiosas fueron inconcientes y que sólo pudo describirlas cuando se conectó e

integró con ellas tiempo después de lo ocurrido.

Sostiene la autora que la narración del escalador, cuando pudo salir de su estado de "alelamiento", recuerda a la de los pacientes autistas que permanecen en un estado de "congelamiento afectivo", sin darse cuenta de lo que les sucede hasta que logran emerger de su "encapsulamiento". En esos momentos es frecuente que los pacientes neuróticos desarrollen transferencias que describen como un sentirse "hundidos", inmersos en "agujeros negros", frente a "precipicios", o con sensaciones de vértigo.

De acuerdo con los desarrollos que realizamos, parece posible pensar que estas vivencias surgen frente a situaciones que implican la realización de algún duelo, que es experimentado como una sensación de catástrofe equiparable a un sentimiento de desamparo extremo e intolerable. En este orden de ideas, el aislamiento como un intento particular de quedar encerrado en un mundo de carácter ideal, y la desconexión afectiva como una modalidad para evitar la penuria de la frustración, corresponderían a fijaciones fetales que configuran núcleos autistas latentes que todos poseemos en mayor o menor medida, y que podemos actualizar en determinados momentos de la vida.

Si bien la comprensión del contenido particular de estos núcleos o rasgos autistas de carácter requieren de una mayor profundización, nos resulta significativa en esa dirección la descripción que hace Fodor (citado por Grus L. C. de y Grus, R., 1992) acerca de "rasgos fetales" de carácter como, por ejemplo, el deseo neurótico de demandar atención constante. Señala el autor que el "hombre fetal" vive en un mundo flotante, le disgusta hacer esfuerzos y se considera a sí mismo "el centro del universo".

Frente al dolor de la desilusión en el enfrentamiento con la realidad o ante los sentimientos de insuficiencia yoica, el aislamiento o la retracción más o menos intensa que afecta el desarrollo personal y la comunicación con el medio, parecen constituir una modalidad de reacción tal vez más frecuente de lo que solemos reconocer.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A. (1984) - Detención en el desarrollo del lenguaje en una niña de 6 años. En *Aportaciones al psicoanálisis de niños.* Editorial Paidós, Bs. As. 1984.

AIZENBERG, S. O. de (1994) - Introducción al debate de la película "Siempre hay otra oportunidad", presentada en el CCMW. Bs. As. 1994.

AIZENBERG, S. O. de (1996) - El autismo desde el psicoanálisis. Presentado en el Primer Congreso Argentino de Autismo. Primer Encuentro Nacional de Padres de Autistas. Universidad Nacional de Río Cuarto. Córdoba. 1996.

AIZENBERG, S. O. de y CASALI, L. G. (1995) - Acerca de la transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños. CCMW. Bs. As. 1995.

BETTELHEIM, B. (1967) - *La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del si mismo.* Editorial Laia. Barcelona. 1987.

BRUTTI, C. y PARLAN1, R. (1984) - La terapia dell'autismo come laboratorio di ricerca (una discussione con D. Meltzer e M. Harris), en Quaderni di psicoterapia infantile/3. Ed. Borla. Roma. 1984.

BRUTTI, C. y SCOTTI, F. (1984) – Sull'uso attuale della diagnosi di autismo, en Quaderni di psicoterapia infantile/3. Ed. Borla. Roma. 1984.

CHIOZZA, L. (1963) - *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos.* Luis Chiozza CD. Obras completas. In Context. Bs. As. 1996.

CHIOZZA, L. (1974) - La transformación del afecto en lenguaje, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar.* Editorial Paidós. Bs. As. 198O.

CHIOZZA, L. y colab. (1975) - Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos, en *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis.* Alianza Editorial. Bs. As. 1995.

CHIOZZA, L. (1983) - Reflexiones sin consenso. Luis Chiozza CD. Obras completas. In Context. Bs. As. 1996.

CHIOZZA, L. (1986) - Un lunar inocente, en *Por qué enfermamos?* Editorial Alianza. Bs. As. 1986.

CHIOZZA, L. y colab. (1990) - Los significados de la respiración, en *Los afectos ocultos en...* Editorial Alianza. Bs. As. 1991.

CHIOZZA, L. (1992) - Psicoanálisis de los trastornos urinarios, en *Los sentimientos ocultos en...* Editorial Alianza. Bs. As. 1993.

CHIOZZA, L. (1993-1995) Seminarios del Instituto de la Fundación Luis Chiozza. Bs. As. 1993-1995.

CHIOZZA, L. (1994) - Intervención al debate en la proyección de la película "Siempre hay otra oportunidad", en el CCMW. Bs. As. 1994.

CHIOZZA, L. (1997) - Intervención en la presentación de su trabajo: "La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pensamiento de Wilfred R. Bion". CWCM. Bs. As. 1997.

CHIOZZA, L. (1997) - Intervención a la presentación del trabajo: "Reflexiones acerca del proceso onírico", de Corniglio, H. y Corniglio, A. M. T. de. Fundación Luis Chiozza. Bs. As. 1997.

CHIOZZA, L. y colab. (1995) - Los significados inconcientes de la función tiroidea, en *Del afecto a la afección.* Editorial Alianza. Bs. As. 1997.

CECCHI, V. (1989) - Análisis de una niña con un síndrome autista. Revista de Psicoanálisis. Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo XLVI. N 5. Bs. As. 1989.

COROMINAS, J. (1967) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana.* Ed. Gredos. Madrid. 1967.

FOKS, G. S. de (1967) - Actualización sobre autismo. Revista de Psicoanálisis, Editada por la Asociación Psícoanalítica Argentina. Tomo XXIV. N 3. Bs. As. 1967.

FREUD, S. (1893a) - Estudios sobre la histeria. Obras completas, T II. Editorial Amorrortu. Bs. As. 1976.

FREUD, S. (191 Ib) - Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. Obras completas. T XII. Editorial Amorrortu. Bs. As. 1976.

FREUD, S. (1914c) - Introducción al narcisismo. Obras completas. T XIV. Editorial Amorrortu. Bs. As. 1976.

FREUD, S. (1915c) - Pulsiones y destinos de pulsión. Obras completas. T XIV. Editorial Amorrortu. Bs. As. 1976.

FREUD, S. (1920g) - Más allá del principio de placer. Obras completas. T XVIII. Editorial Amorrortu. Bs. As. 1976.

GRUS, L. C. de y GRUS, R. (1992) - Acerca del psiquismo fetal. CCMW. Bs. As. 1992.

JACCARINO, B. y MAIELLO, S. (1984) - Un tentativo di definizione della síndrome autistica: aspetti clinici e teorici della ricerca, en Quaderni di psicoterapia infantile. Editorial Borla. Roma. 1984.

KANNER, L. (1943) - Autismo infantil precoz. En Child Psychiatry, Citado por Rodrigué E., en El análisis de un esquizofrénico de tres años con mutismo, en *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. M. Klein. Editorial Paidós. Bs. As. 1965.

KLEIN, M. (1930) - La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo, en *Contribuciones al psicoanálisis*. Editorial. Hormé. Bs. As. 1964.

KLEIN, M. (1944) - Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebe, en *Desarrollos en psicoanálisis*. Editorial Paidós, Bs. As. 1967.

KLEIN. M. (1946) - Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, en *Desarrollo en psicoanálisis*. Editorial Hormé. Bs. As. 1967.

MAHLER. M (1976) - Estudio longitudinal del tratamiento de una niña psicotica con el procedimiento tripartito, en *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*. Editorial Paidós. Bs. As. 1984.

MELTZER, D. y otros (1975) - *Exploración del autismo*. Editorial Paidós. Bs. As. 1975.

RODRIGUE, E. (1965) - El análisis de un esquizofrénico de tres años con mutismo, en *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. M. Klein. Editorial Paidós. Bs. As. 1965.

SALVAT (1972) - *Enciclopedia Salvat Diccionario*. Editorial Salvat. Barcelona. 1972.

SCHEJTMAN, G. í. de (1997) - Algunas ideas sobre la distracción. Simposio 1997. Fundación Luis Chiozza. Bs. As. 1997.

TUSTIN, F. (1987) - *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Editores Amorrortu. Bs. As. 1987.

TUSTIN, F. (1993) - Un error psicoanalítico común acerca de la repetición regresiva en los trastornos autistas en la infancia. Revista de Psicoanálisis. Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Número especial internacional. N 2. Bs. As. 1993.

WTNNICOTT, D. (1963) - La comunicación y la falta de comunicación como conducentes al estudio de ciertos pares antitéticos, en *El proceso de maduración en el niño*. Editorial Laia. Barcelona. 1965.

WINNICOTT, D. (1991) - *Exploraciones psicoanalíticas 1*. Editorial Paidós. Bs. As. 1991.

El tratamiento psicoanalítico de una niña de seis años

Lic. Silvana O. Aizenberg

Fundación Luis Chiozza
~ 22 de Agosto de 2003 ~

Este trabajo es de circulación interna y contiene material clínico, motivo por el cual se solicita absoluta reserva.

Introducción

El propósito de este trabajo es relatar la evolución del tratamiento psicoanalítico de una niña de seis años, que se mantuvo con una frecuencia de tres sesiones semanales durante un período de tres años y dos meses. A los fines de nuestra comunicación, separamos la experiencia analítica en tres períodos: el primero, el segundo y el tercer año. Transcribimos algunos fragmentos de sesiones correspondientes a cada uno de ellos y nos centramos en la comprensión del proceso transferencial-contratransferencial. El material que seleccionamos en esta oportunidad no incluye los dibujos que fueron realizados por la paciente.

Comenzamos describiendo el motivo de consulta y los episodios significativos de los primeros años de su vida. Luego, algunos datos personales de cada uno de los padres, de sus relaciones sexuales y de la convivencia familiar. No relatamos las entrevistas que mantuvimos con ellos a lo largo del tratamiento, centradas en recibir información acerca de la evolución de la niña y, en algunas ocasiones, alrededor del esclarecimiento de puntos de urgencia familiares[1].

De los fragmentos transcriptos, el que corresponde a la primera sesión es el más extenso ya que consideramos, siguiendo a Aberastury (1984b), que en la primera sesión así como en la primera hora de juego, el paciente comunica tanto su fantasía inconciente de enfermedad como su fantasía de curación. En todos ellos, incluimos el material de la paciente y las interpretaciones de la analista, junto con la comprensión del vínculo transferencial-contratransferencial.

Al final de cada uno de los tres períodos del tratamiento, realizamos un comentario en el que describimos la conflictiva que consideramos básica y -haciendo un uso extensivo- la fantasía de curación mágica y adecuada predominante, junto con la interpretación del significado de los diferentes trastornos que presentaba la niña.

Concluimos nuestro relato con algunas reflexiones acerca de por qué Angélica enfermó.

---

[1] Sabemos que las fantasías inconcientes del niño funcionan como un "par complementario" de las fantasías inconcientes de los padres, y que pueden ser consideradas como la otra cara de una misma moneda (Chiozza, L. y colab (1975).

Angélica

Los padres consultaron cuando la hija tenía seis años, luego de varias consultas anteriores y un tratamiento psicológico que la niña realizó durante un año.
Se sentían angustiados y apremiados porque el colegio en el que estaba cursando primer grado, meses después de haber sido rechazada como alumna en otro, hacía depender su permanencia en el establecimiento de su rápida mejoría.
Aunque Angélica había tenido algunos progresos, no veían grandes cambios en su conducta y no sabían de que manera ayudarla[2].
Marisa y Jorge[3] expresan que están desconcertados porque piensan que la hija es inteligente, pero no logra concentrarse ni prestar atención y está "estancada" en su rendimiento escolar. Comentan que es llamativo el contraste entre sus deseos perfeccionistas y sus inhibiciones para aprender. Le cuesta leer y escribir y generalmente demanda compañía para completar las tareas.
Desde muy pequeña es "inmanejable". Padece una "excitación motriz" importante, se golpea con frecuencia, no tolera frustraciones y se pone muy insistente cuando quiere algo. Molesta "tocando todo" y cuando está acostada o cuando está sentada se balancea en la silla y se masturba compulsivamente[4].
Son habituales sus comportamientos exhibicionistas, hace reiteradas preguntas acerca de la anatomía y el funcionamiento del cuerpo humano, particularmente acerca de la sexualidad, los embarazos y los hijos.
Tiene miedo a los ruidos y piensa que van a venir ladrones. No le gusta dormir porque tiene pesadillas con monstruos y cocodrilos que vuelan, a los que ella describe como "malos sueños".
Sufre de enuresis nocturna y cuando se va a dormir cumple con algunos rituales, como que le cuenten el mismo cuento o el cuidado por la posición que ocupa en la cama.
Los compañeros de la escuela la fueron excluyendo de las actividades sociales por su comportamiento invasor, como cuando los abraza y los besa bruscamente para retenerlos a su lado, o como cuando se enoja y los empuja porque los quiere apartar.
Siempre hizo "berrinches" y cuando está muy nerviosa, grita y emite sonidos en un lenguaje indescifrable para los que la rodean.
Es frecuente que después de sus desbordes, se disculpe y pida angustiada que le "cambien el cerebro".
Junto a sus dificultades para aceptar límites, no tolera las despedidas y las prolonga, adhiriéndose a las personas en el contacto corporal. Este

[2] Hasta el momento en que comenzó su tratamiento la paciente tuvo cuatro cambios de colegio. De la guardería al jardín de infantes, del jardín de infantes a pre-escolar, de pre-escolar a primer grado donde fue rechazada, motivo por el cual ingresó en el colegio al que concurre actualmente.
[3] Ambos padres estaban en tratamiento psicológico de poca data y poca frecuencia semanal.
[4] La masturbación compulsiva comenzó alrededor de los tres años, con movimientos pelvianos tanto cuando estaba sentada como acostada.

comportamiento que resulta irritante, motiva los frecuentes enojos y castigos que recibe, que parecen no afectarla demasiado.
La relación con ambos padres oscila entre ser exageradamente afectuosa y tornarse a veces muy hostil.

El nacimiento y sus primeros años

Angélica nació en el exterior, cuando los padres llevaban tres años de casados y después de que ambos terminaron un post-grado en economía[5]. El embarazo fue deseado, aunque ambos se vieron impactados con la noticia; el padre sintió que "necesitaba mucho tiempo para masticarlo" y tuvo una crisis depresiva que duro hasta el nacimiento de la hija[6]. El parto, por cesárea, transcurrió en un clima de gran tensión familiar. Se sentían desprotegidos en un país de habla extranjera, circunstancia que agudizaba sus sentimientos de soledad e incomunicación.
Durante los primeros meses Angélica no podía conciliar el sueño. Cuando tenía seis y coincidiendo con su destete, regresaron a la Argentina. Caminó al año y no quiso renunciar al chupete, que mantuvo hasta los cinco.
Poco tiempo después de instalados en el país, ambos padres comenzaron a trabajar en un horario extenso, quedando la nena a cargo de una empleada doméstica. Cuando Angélica tenía un año y medio concurre a una guardería infantil y en esa época los padres se separan por dos años y luego se reconcilian[7].
Comentan sorprendidos que la niña nunca se enferma físicamente, en cambio es habitual que se golpee y le queden moretones[8]. Recuerdan con angustia dos accidentes en que Angélica se intoxicó, a los dos años, con medicamentos de la abuela y, tres meses más tarde, con somníferos de la madre. Este último episodio requirió hospitalizarla porque no podía despertar [9] [10].
Actualmente Angélica concurre a un colegio de doble escolaridad e intenta con mucha dificultad hacer la tarea cuando regresa a su casa.
Los padres describen que los abruma contándoles sueños, inventando historias o haciendo reiteradas preguntas. La cena familiar transcurre en un clima caótico, en los que se entrecruzan el comportamiento excitado y provocador de Angélica, con las discusiones y peleas entre los padres.

---

[5] Los datos familiares y los profesionales están modificados.
[6] El padre tuvo dos episodios depresivos previos. El primero cuando ingreso al colegio secundario y el segundo al hacer la conscripción.
[7] La interrupción del tratamiento de Angélica es coincidente con una nueva separación de los padres.
[8] Angélica había sido vacunada siguiendo el protocolo reglamentario de vacunación para la infancia.
[9] La ingesta de medicamentos en los niños es movilizada por intensos sentimientos de angustia inconcientes. Aberastury (1962) interpreta los comportamientos masoquistas y los accidentes en la infancia como pequeños suicidios.
[10] Marisa estaba medicada con ansiolíticos porque se sentía desbordada desde la separación matrimonial y con el ritmo intenso de trabajo que llevaba.

Cuando se impacientan con ella, suelen pegarle, aunque también sucede que cuando Angélica "se empaca", las caricias y el contacto físico la alivian.
Cuentan que en una oportunidad la niña se bañó con el padre desnudo y, en otra, presenció las relaciones sexuales de los padres.

Los padres

Para ambos sus profesiones y trabajos ocupan un lugar importante en sus vidas y, aunque a veces se sienten muy exigidos y demandados, experimentan el día laboral como un factor ordenador.
Los dos provienen de familias de origen italiano. Marisa tiene un hermano varón menor y Jorge una hermana mujer menor, con quienes no tienen un vínculo demasiado estrecho.
El padre de Marisa, empresario, falleció de un ataque cardíaco, cuando Angélica tenía siete años[11]. Era un hombre de carácter "duro", exigente, que estimuló en sus hijos el valor del progreso. La madre, ama de casa, tenía pocas inquietudes y frecuentes estados depresivos.
En su primera infancia la relación de Marisa con el padre había sido de mucho apego y en la adolescencia de mucha rebeldía. Las dificultades matrimoniales de sus padres, cuando ella era niña, invadían el ámbito familiar. Recuerda que en su casa "el malestar estaba siempre dando vueltas", así como los gritos y las peleas.
El padre de Jorge, abogado exitoso, es un hombre con un criterio "exagerado" de la justicia y con serias inhibiciones en el contacto afectivo. La madre, ama de casa, tiene un carácter inestable y es habitual que reaccione de manera descontrolada. Ofende diciendo cosas hirientes, comportándose muchas veces como una persona que "pierde la razón". Durante su infancia Jorge, igual que Marisa, presenció severas peleas entre sus padres.
Angélica tiene un vínculo cercano con su abuela materna y poca relación con su tíos y sus abuelos paternos. Aunque Marisa y Jorge reconocen que sus discordias matrimoniales y sus estados de ánimo variables repercuten en Angélica, también admiten que no pueden contener la violencia y la ansiedad que muchas veces los invade.
Jorge se siente agobiado por su mujer y su malestar permanente. Las relaciones sexuales son pocas e insatisfactorias, y es él quien reclama en ese terreno la falta de deseos de su mujer. Marisa por su parte, quiere que Jorge la contenga, que asuma con ella una actitud paternal , mientras él se debate entre querer cumplir esa función y pensar que no le corresponde. Su malestar afectivo lo describe como si estuviera en un estado de "orfandad total".

[11] Angélica estaba en su segundo año de tratamiento psicoanalítico cuando murió el abuelo materno. Quedó consternada con la noticia y muy afligida por la tristeza de la madre. Insistió en ir al velatorio para ver al abuelo muerto. Mantuvo a partir de ese momento la idea de que él la miraba y la protegía desde el cielo.

Hacia el final del segundo año de tratamiento, próximo a cumplir Angélica los nueve, nace su hermana Valentina, a quien ella recibe con poca ambivalencia afectiva, comportándose de manera cariñosa y colaboradora[12].

EL PRIMER AÑO DE TRATAMIENTO[13]

Primera sesión (1a)[14]

Angélica es una nena de contextura física robusta, tez blanca y pelo castaño. Su aspecto es muy desaliñado, con ojeras pronunciadas y con una mirada tierna que al mismo tiempo que impresiona como seductora, invita a una comunicación franca.

Trae una muñeca de piel y pelo largo negro, vestida con ropa vieja y sucia. **La analista siente curiosidad por conocer a la paciente y piensa que la muñeca que trae, además de ser su objeto contrafóbico acompañante, la representa a ella.**

P: Vos cuánto sabes? Solo estos juegos hay? No hay más? Yo pensaba que había muchos, muchos juegos.

La inquietud acerca de la sabiduría de la analista refleja su deseos de que esta intervención terapéutica no fracase. El reclamo porque en el consultorio hay pocos juegos, es una proyección de su propio sentimiento de tener poco atractivo y poco para ofrecer. Contratransferencialmente la analista siente que para poder ayudar a Angélica y llevar adelante el tratamiento debería ser una terapeuta ideal.

A: A veces no la pasas bien y te gustaría que alguien te ayude a sentirte mejor.

P: Quién te lo dijo?: (Toma unas plastilinas blancas) Voy a hacer algo, voy a hacer algo para vos. Yo se como te llamas.

Anuncia a la analista que va a hacer algo bueno, simbolizado por las plastilinas blancas, como si formulara una promesa a cambio de ser atendida. Expresa su deseo de tener un vínculo estrecho y familiar con la terapeuta, para el cual ya conoce su nombre.

P: Mi mamá me dijo que puedo como los chicos de seis años y yo le creo a mi mamá. En el colegio tenemos gimnasia, computación, drama y también se aprende a bailar. Yo no se bailar, pero te enseñan.

---

[12] El nacimiento de Valentina fue para Angélica una nueva esperanza de bienestar familiar. Lo experimentaba como algo reparador, que le hacía sentir que ni ella ni sus padres estaban tan dañados. Sentía que si sus padres tuvieron otra hija era porque ella no los había decepcionado. Es interesante destacar que el embarazo de la madre fue percibido por la paciente y por la analista un mes antes de que los padres lo supieran concientemente.

[13] Las interpretaciones verbales dadas a la paciente no incluyen en su formulación a la analista, siguiendo la conceptualización de Luis Chiozza (1979c), acerca de que el uso explícito a la persona que psicoanaliza al paciente, conduce a que éste experimente una vivencia similar a la que experimentaría si se analizara con los objetos de su historia personal.

[14] Los fragmentos seleccionadas no tienen un orden de continuidad. La indicación numérica y alfabética de cada sesión es para facilitar su ubicación en el texto.

Contrariamente al contenido manifiesto, siente desconfianza en lo que le dice la madre y transferencialmente en la analista. Las numerosas actividades que tiene en el colegio simbolizan las exigencias a las que ella se siente expuesta y que teme no poder enfrentar. Quiere recibir del análisis las enseñanzas que le permitan poder avanzar, que le enseñen a "bailar en la vida".

A: A veces te parece que no podes confiar en los grandes y eso no te gusta porque sentís que los necesitas para que te ayuden a crecer bien.

P: Mi mamá a veces me enseña. Cuando me porto mal, cuando yo tenía cuatro años y me portaba mal a veces todos los días mi mamá agarraba la chinela y me pegaba en la cola. Yo me porto mal y a veces no hago caso, los hago renegar.

Expresa su inquietud acerca de los motivos que la llevaron a enfermar. Quién es culpable, la madre que le pegaba o ella que la hace renegar? Quiere saber si la analista la tratara con impaciencia, como se siente tratada habitualmente o si será un objeto con características diferentes.

P:. Ah! Tengo una idea, quiero que ésta (se refiere a la muñeca negra) tenga el pelo rubio. Yo quiero que ésta (la blanca, de su canasta de juegos) sea la negra.

Comunica sus deseos de cambiar, depositar en el análisis todo lo que ella experimenta como malo, para poder sentirse una nena buena. La analista observa con preocupación que Angélica tiene moretones en las piernas.

P: (Comienza a gritar y a patear a la muñeca negra diciéndole que no sirve para nada).

La paciente trata a la muñeca no solo del modo como se siente tratada, sino también como cree que debe ser tratada. Sus moretones parecen revelar que se siente una nena "mala y negra", así como la sensación de experimentar como golpes en su propio cuerpo las peleas entre sus padres.

<u>Sesión</u> (1b)

P: Yo un día, sabés lo que hice? Me estaba yendo con un plato, se me cayó y se me rompió.

A: Ese día te asustaste, pero también otros días aunque no rompas nada te asustas, porque te parece que todo lo que pasa tiene que ver con vos.

Expresa que se siente rota y poco integrada, con culpa y con temor a dañar. La analista recuerda la separación matrimonial de los padres cuando ella tenía un año y medio y piensa que la paciente interpretó que fue ella quien "rompió" la armonía familiar.

P: Me dijo la que me cuida que la boca es mía y que yo diga lo que quiera y lo que no quiero no. Sabes que estoy pensando? Un día se armó un lío, algo asqueroso. Te digo que? Un día mi mamá le vio el pito a mi papá, cuando yo tenía cuatro años. Además siempre le saca granos y a él no le gusta. Por qué papá tiene que aguantar a mamá? Los caballos tienen cuatro pies?

Teme que al hablar pueda ser descubierta en sus fantasías edípicas y en su excitación incestuosa. La analista recuerda que los padres relataron que la

paciente en una oportunidad, presenció sus relaciones sexuales y que en otra se bañó con el padre desnudo.
P: Te quiero contar que yo nací en otro país.
A: Y entonces pensas que sos una nena diferente?
P: (Hace un dibujo de caramelos, chupetines y dulces). Ay! Cuánto tengo que trabajar. Por qué tengo que trabajar tanto? (canta) "rosa, rosa la maravillosa". Tengo una loquita acá!.
Expresa el esfuerzo que le representa ingresar en la situación analítica y siente que para ser aceptada tiene que mostrar que puede ser una nena maravillosa. Tiene poca confianza en que puedan comprender su angustia, a la que ella denomina de manera atemperada su ser "loquita".

Sesión (1c)
P: (Ingresa al consultorio gritando palabras incomprensibles. Se acurruca debajo del diván)
La paciente necesita gritar, porque siente que de otro modo no le van a creer su malestar. Inventa un idioma por medio del cual intenta comunicar y ocultar, al mismo tiempo, sus fantasías persecutorias.
P: Podes cerrar los ojos, ahora abrilos!. Dónde estoy? Contestá! Hablame!
Es ella la que desaparece de la vista de la analista y la expone a la soledad, invirtiendo su miedo a ser abandonada. Desea escuchar una voz que pueda calmarla. La analista recuerda el nacimiento de Angélica y la ansiedad que rodeo ese momento.
A: A veces te sentís muy asustada, parecido a como se puede sentir un bebe recién nacido, con miedo a que lo dejen solo y que nadie lo pueda entender ni cuidar bien.
P: (Continua debajo del diván gritando durante aproximadamente un cuarto de la sesión, hasta que sale). Me perdonas? Querés jugar conmigo al mundo de la fantasía?.
A: Bueno, como es el juego?
P: Te hago una pregunta: cuál es el esposo de la cabra? Dale que esta noche él tuvo una pesadilla y que por eso gritaba.
La referencia a la noche y la pesadilla, aluden a sus propios miedos nocturnos que no la dejan dormir tranquila. Teme también que durante la noche se desencadene una pelea entre sus padres, como proyección de su agresión y sus celos.

Sesión (1d)
(Los padres comunican telefónicamente que desde que comenzaron las clases, Angélica se despierta a la noche y no puede conciliar el sueño)[15]

[15] En el tratamiento psicoanalítico con un niño, cuando los padres intervienen porque concurren a una entrevista o se comunican telefónicamente, consideramos a dichas intervenciones como representaciones de aspectos

P: Voy a hacer un trabajo, una cosa linda![16]. No se como se llama, pero lo voy a hacer. (Comienza a dibujar, se pone nerviosa, dice que se equivocó y rompe el papel en muchos pedazos y los tira al piso)

Transfiere en la analista a la autoridad escolar que va a aprobar o reprobar sus trabajos, símbolos de su mundo interno. Angélica se siente perseguida por un Superyó que la descalifica permanentemente.

P: (Toma otra hoja y dibuja una cara) Es la cara de la abuela de mi mamá que se murió. Querés saber como era? Fea! Uuuuf!.... Uf!...

La cara fea y la referencia a la muerte aluden, tanto a la madre-analista sádica que no satisface sus necesidades y no le da lo que ella necesita para hacer cosas lindas, como a sus propios sentimientos que experimenta malos y feos.

P: Me gusta ver televisión. Ver Cartoon Network y a veces 26 Estrellitas. Es re lindo porque tiene música.

A: Te gusta ver cosas lindas o escuchar sonidos suaves y alegres, porque generalmente tenés la sensación de que todos te miran con cara enojada y que te van a retar o te van a criticar.

P: (Cuando termina la sesión la paciente prolonga la despedida y le cuesta salir del consultorio)

El deseo de Angélica de quedarse con la analista, corresponde a su necesidad de recibir otras interpretaciones que la ayuden a aliviarse de sus sentimientos de culpa y de su temor a la soledad.[17]

<u>Sesión</u> (1e)

P: (Comienza un dibujo) Esta parte es muy difícil, me hiciste equivocar. Tengo las uñas largas, ésto tiralo. Esta silla es muy incómoda.

Expresa con fastidio su sensación de impotencia, proyectando en la analista, en las uñas largas y en la silla incómoda la responsabilidad por las dificultades que ella siente que tiene para dibujar.

A: Cuando te parece que las cosas no te salen como vos crees que te tienen que salir, te pones muy nerviosa, te desesperas y entonces lo único que te parece que podes hacer es enojarte con los otros.

P: (Comienza a comer papel) Qué puedo hacer? No se qué puedo hacer. Inútil. Vos vas a hacer lo que yo quiero hacer. Nena tonta, imbécil, inmunda!. Es asco

---

disociados del yo del niño, necesarios para ser integrados en la comprensión de la transferencia-contratransferencia (Aberastury, 1957, 1962; Casali y Martín, 1970).

[16] Hacer cosas lindas o perfectas simboliza tener cosas valiosas para dar, así como también el sentimiento de que el interior de su cuerpo no ha sido destruido.

[17] Durante el tratamiento de Angélica, debido a su edad y a sus particulares conflictos, no todas las interpretaciones de la analista fueron verbalizadas y muchas fueron enunciadas brevemente. No todo lo que tiene significado puede ser dicho y a veces los niños quieren ser comprendidos sin que sean explicitados sus sentimientos. Esta actitud también forma parte de la labor terapéutica. (Aizenberg, S. y colab., 1992).

Para L. Chiozza (1970k [1968]) así como la transferencia actúa en forma pre-verbal sobre el analista, la contratransferencia también actúa en forma pre-verbal sobre el paciente. El analista cura con su contratransferencia antes que con su interpretación y, en ese sentido, todo aquello que pueda hacer "evolucionar" esa contratransferencia es "el verdadero agente terapéutico".

hacer dibujos porque te salen mal, todo te sale mal! No mires lo que estoy haciendo. Cada una se mete en los suyo. Voy a fabricar algo y voy a fabricar algo muy lindo. Cosas locas voy a dibujar.[18]

A: A veces te gustaría hacerte menos problemas y poder dibujar como te salga, porque cuando te parece que te sale mal te da tanta rabia y también sufrís mucho.

Angélica siente que su rendimiento es insuficiente. Come papel, queriendo incorporar elementos, que le permitan materializar adecuadamente su propio crecimiento[19].

P: Quiero que te mueras, que se mueran los viejitos, que vos te mueras y que te calles la boquita.

La frustración y su envidia intensifican la transferencia negativa con la analista, representante de sus padres y de su Superyó tanático que la hacen sentir una nena inadecuada.

P: No te voy a dar ni cinco de bolilla. (Dibuja la cabeza de un perro). Sería mejor si yo me muero. Mi mamá dice que si yo me muero me va a llorar muchísimo. (Comienza a gritar descontroladamente).

Siente que sus esfuerzos para superarse son inútiles y la idea de su muerte corresponde a una fantasía omnipotente de desaparecer y que de ese modo no tenga que enfrentar todo aquello que siente que le duele. La analista recuerda los episodios en que Angélica cuando era más chica se intoxicó con medicamentos.

A: Gritas porque estás nerviosa. Tal vez pensás que de esa forma vas a poder sacar de adentro tuyo todo lo que sentís feo. Me da la sensación, que a veces no sabes de qué manera podes aliviarte.

Sesión (1f)

(Llega acompañada por el padre y no quiere entrar al consultorio. Ambos comienzan a gritar. Angélica intentando imponer su voluntad y el padre tratando de hacerla callar).

La analista se siente espectadora y excluida de un vínculo sado-masoquista y piensa que de ese modo puede sentirse la niña cuando presencia las discusiones o peleas entre los padres. La paciente intenta elaborar las situaciones traumáticas a través de hacer activo lo que vive pasivamente[20].

---

[18] El asco es una representación que expresa el sentimiento de insuficiencia hepática (Chiozza, L. 1984d [1970]).

[19] Chiozza, L. y colab. (1993c [1992]) señala que el proceso de identificación concluye con un duelo "primario", a través del cual se renuncia a la parte del objeto y del yo que debe ser abandonada. Ese duelo conduce a que se depositen en el yo las investiduras retiradas de otras posibilidades de crecimiento yoico. Su desenlace normal es narcisista y se manifiesta como un particular crecimiento del yo.

[20] Freud, S (1920g) señala que el juego permite al niño hacer activo las vivencias pasivas, aunque sean displacenteras. Para el autor, hacer activo lo pasivo corresponde a la pulsión de apoderamiento, que actúa con independencia de que el recuerdo sea displacentero.

P: (Luego de más de quince minutos entra al consultorio, se sienta en un rincón mirando contra la pared. Pide a la analista que no le hable y continúa gritando).
A: Te sentís ofendida, te parece que nadie te puede entender y que nadie te defiende.
P: (Llama a la analista para mostrarle una marca que había en la puerta y que ella con el dedo quiere profundizar).
A: Aunque a veces sentís que se te escapan los líos y que no podés parar, igual querés que se acerquen a vos y te sigan queriendo.
P: Che! Tenés cinta scotch. Si que tenés cinta scotch y sino tenés Voligoma. (Se incorpora busca una muñeca de su canasto y le coloca pegamento al cuello de la muñeca, que estaba roto) Uy! Que lío que se hizo. El vestido se enchastro y yo lo voy a manchar más todavía. .
A: A veces tenés tanta rabia, que te parece que no podes juntar lo que sentís con lo que haces y entonces te da miedo de dañar y que después nada pueda tener arreglo. Te gustaría que alguien te enseñe como tenés que hacer para tranquilizarte.
Siente que no puede contener sus impulsos y le preocupa el daño que le puede ocasionar a la analista gritando y excluyéndola del vínculo entre ella y su padre y teme la retaliación. Se desespera porque siente que no tiene capacidad para reparar.

Sesión (1g)
P: Quiero hacer un montón de cosas, hablar, dibujar, jugar a las cartas, jugar a los ponys, quiero hacer un montón de cosas pero nada, nada se me ocurre, ni me decido. Ni el tutti frutti.... hoy vamos a ordenar la canasta.... (sorpresivamente tira todo el contenido de su canasta de juegos al piso). No me digas nada! Vamos a retroceder, vamos a empezar de vuelta. Vamos a retroceder, como cuando vas para atrás, viste que no hiciste parar la película y después la retrocedes.
La analista experimenta angustia e impotencia, sentimientos que Angélica no puede hacer conciente cuando tira su canasto porque no puede decidir qué hacer. Retroceder y empezar de vuelta, corresponde a su deseo de que fuera posible volver a nacer para crecer de otra manera.

Comentarios acerca del primer año

Las sesiones transcurrían en un clima transferencial-contratransferencial de intensa ansiedad y confusión[21].
En algunas ocasiones, antes de irse del consultorio, la paciente abrazaba a la analista sin poder desprenderse de ella, revelando de esa manera el deseo

[21] En algunas oportunidades la paciente insultaba a la analista, intentaba pegarle o se golpeaba a sí misma.

inconciente de obtener un suministro materno, para evitar sus temores a ser abandonada y su miedo a que la dejen sola[22].
Deseaba recrear una relación simbiótica primaria, que le implicaba la presencia incondicional del objeto y al mismo tiempo la posibilidad de resignificar la experiencia traumática de nacimiento.
Contratransferencialmente la terapeuta sentía que las demandas de la paciente eran un reclamo que la colocaba en proveedora o deudora, correspondiendo dicha transferencia al sentimiento de la propia paciente de "estar en falta".
Angélica se sentía incapaz para materializar adecuadamente su crecimiento y poder despertar el amor de las personas significativas. Este sentimiento de impotencia inconciente, lo expresaba a través de su irritación y su comportamiento agresivo. Se desesperaba cuando se sentía insignificante y le parecía que nunca iba a poder acceder a lo que deseaba y. en algunas ocasiones, fantaseaba con el alivio que le podía deparar su muerte [23].
La disociación de los objetos y de si misma en cualidades extremas como buenos y malos, constituían una defensa que le impedía la integración y la adaptación al medio[24]. Esto lo experimentaba íntimamente como si estuviera "toda rota". Sus aspectos disociados también estaban representados por cada uno de sus padres, a quienes ella sentía apartados y no podía unir dentro suyo[25].
Sus celos la hacían sentir excluida y expresaba su resentimiento haciendo lo contrario de lo que esperaban de ella.
Cada medida dirigida a sostener el encuadre, era experimentada por la paciente como una privación afectiva; sentía las interpretaciones como una crítica y ésto la llevaba a negar la presencia de la analista o a no querer escuchar sus interpretaciones.
Se sentía invadida por sentimientos de culpa, dependientes de un Superyó sumamente cruel, que la hacían sentir fea, mala y sucia [26].
Intentaba liberarse de esos afectos empleando una modalidad paranoica, proyectando en los otros sus sentimientos de culpa, reclamando que no le daban lo que necesitaba. Sin embargo, éstos se expresaban a través de su necesidad de castigo, que la impulsaban a repetir comportamientos destructivos, a estar desaliñada, golpearse, hacerse moretones o intoxicarse, como cuando tomó medicamentos de la madre y de la abuela.

---

[22] Bick y Meltzer (citados por Hinshelwood, 1992) describen el concepto de "identificación adhesiva" como un fracaso en las primeras etapas del desarrollo, en la que el infante no puede recurrir a una adecuada identificación proyectiva. Describen la adhesión como el deseo de restablecer el sentimiento de estar pegado a la madre.
[23] La fantasía de la muerte es una representación que alude al sentimiento de insuficiencia y castración.
[24] El objeto bueno es idealizado como contrafigura del malo. Para Klein (1927) en la infancia surgen repentinas fantasías, como conversiones en figuras que son ángeles o demonios.
[25] El hijo puede experimentar las peleas o separaciones entre los padres como un ataque autoinmunitario (Chiozza, L. y colab 1993c [1992]).
[26] Klein (1927) considera que el superyó de los niños pequeños es de una extrema severidad. El niño espera, en razón de sus propios impulsos canibalísticos y sádicos, castigos tales como la castración, ser cortado en pedazos, devorado, etc., y vive aterrado por ello.

En la relación con sus compañeros de colegio, con sus peleas y atropellos, por un lado, parecía satisfacer sus deseos sádicos y, por el otro, identificada con ellos, sus sentimientos masoquistas.
Como no tenía confianza en poder reparar o hacer cosas buenas, se refugiaba en la fantasía mágica de ser una nena "maravillosa", para negar la angustia de sentirse demasiado dañada.
La proyección de su propia hostilidad inconciente que derivaba en ansiedades paranoides, hacía que Angélica sintiera que todos los que la rodeaban le mentían y que no podía confiar ni siquiera en sus propios padres.
La distancia que ella sentía que había entre lo que deseaba hacer y lo que sentía como sus posibilidades "reales", conflicto dependiente de las exigencias familiares y las propias, se expresaban en el doloroso sentimiento de ser inservible y de tener poco para dar.
Asumía una actitud omnipotente para contrarrestar ese sentimiento de impotencia, y esto no la dejaba admitir limites o discriminar y elegir adecuadamente aquello que correspondía a su ser niña.
Su hiperquinesis y la conducta impulsiva, además de ser una identificación con el comportamiento familiar, era un intento fallido de huir de su ansiedad y de la angustia que experimentaba frente al sentimiento de insuficiencia.
La falta de concentración, que afectaba su disposición para el juego, el aprendizaje y la adaptación social, eran mecanismos maníacos para intentar negar la evocación de aquello que ella temía que fuera muy doloroso (Aizenberg, S., 2003).
Con los gritos y el lenguaje de palabras inventadas, trataba de forzar la comunicación de su intensa carencia afectiva y de su sentimiento de no ser comprendida [27] [28] [29].
Sus pesadillas, pobladas de imágenes persecutorias, estaban relacionadas con ansiedades que dependían especialmente de su conflicto edípico y sus inclinaciones incestuosas. En algunos momentos Angélica parecía vivir en un mundo lleno de formas monstruosas [30].
En este período, su fantasía mágica de curación era la de poder volver el tiempo atrás para "empezar todo de nuevo". La fantasía adecuada era el admitirse enferma, que repercutió en la aceptación y la colaboración que brindó para su tratamiento psicoanalítico.

---

[27] .Klein (1927) sostiene que los niños pequeños no pueden expresarse verbalmente y asociar libremente, no porque les falte la capacidad para poner sus pensamientos en palabras - y esto es válido para niños muy pequeños- sino porque por angustia se resisten a las asociaciones verbales.
[28] Para Freud (1950ª [1887-1902]) la vía de descarga a través del grito, llanto, etc., cobra la función secundaria de expresión y comunicación.
[29] Chiozza, G. y colab. (1993) destacan, siguiendo a Freud (1950a), que el grito o la imitación fonética de un objeto sonoro brinda una re-percepción del objeto que posibilita el recuerdo.
[30] Para Klein, (1929) las imagos configuradas en las fases tempranas del desarrollo llevan el sello de los impulsos instintivos pregenitales. Estos niveles tempranos son responsables de las imagos fantásticas que devoran, cortan y dominan.

SEGUNDO AÑO DE TRATAMIENTO

Sesión (2a)

P: Traje un montón de cosas que no sabes. Por traer tanto se me rompió el bolso. Lo tuve que traer así sin cerrar.... Una cosa de la Pony, una parte de la Pony. Mirá está desnuda. Esta toda rota. (Saca una pierna de una muñeca articulada. Apoya sobre el diván partes de juguetes que saca del bolso).

Comunica que se siente disociada y fragmentada por intensas emociones que no puede contener. Se siente débil ante lo que tiene que enfrentar y reclama la ayuda de la analista.

A: Querés que te ayuden porque sentís que tenés un montón de sentimientos tan fuertes que se te mezclan y que no sabés que hacer con ellos.

P: Un gallego qué es? Porque me dijo una chica que los gallegos comen personas.

A: Y vos que pensas de eso?

P: Que si. Siempre que me acuerdo de los gallegos me escondo, me escondo porque pienso que los gallegos me quieren comer. (Tira todos los juguetes al piso y se tira ella también tapándose la cara).

La voracidad de los gallegos es una proyección de sus propias ansiedades orales de las que siente que no puede defenderse. Desea incorporar y apoderarse de los objetos y luego teme su retaliación.

A: Y si te comen entonces te tienen para ellos solos, no te comparten con nadie?.

P: Estoy cantando... is a smile after all, is a smile after all. Yo se cuando me asusté mucho! Por qué es obligación decirte todo a vos?

No le gusta ser descubierta en sus fantasías inconcientes y por eso quiere negar la importancia de la interpretación que la terapeuta formuló con los objetos del relato. Necesita complacer a la analista queriendo obtener su sonrisa para sentirse aceptada.

Sesión (2b)

P: Soy una ladrona, voy a robarte la plata y todo... Sabes que pienso de vos? Muchas malas palabras. Yo tengo jugo para tomar, tengo caramelos, tengo el sillón. Yo puedo imitar tu voz sabias? Yo se que voy a hacer con el chicle, te voy a arruinar tu idiota retrato. Que idea genial puedo hacer. Molesto a mis enemigos como a vos. Ay! Qué feliz soy siempre yo!

Las amenazas y el desprecio encubren la idealización que hacía de la analista. Transfiere en ella al objeto que posee todo lo valioso y que no le permite identificarse. Esto lo vivía como una prohibición y le agudizaba los deseos edípicos de ocupar su lugar.

A: Estas muy disgustada. Sentís que los otros, los que sentís que son tus enemigos, tienen todo lo que a vos te gustaría y te parece que ellos no te dejan tener. Eso te da tanta rabia que te da ganas de tratarlos muy mal.
P: Esto es un gran problema! (Se coloca en los brazos unos tatuajes) Fijate si está lindo, te gusta?
Siente que a pesar de sus malos pensamientos, también tiene cosas lindas para mostrar, símbolo de lo bueno, para que la analista la acepte y la siga queriendo y ayudando.

Sesión (2c)
P: Me duele la panza... cada vez me duele más. Ayer me dolía. (...) Yo se que voy a tener un hermano o una hermana, pero lo que no se es si va a ser mujer o varón.
A: Pero estás segura de que lo vas a tener.
P: Te podes callar, no me puedo concentrar. (Amasa plastilinas) No mires porque sino me desconcentrás. Ves? Me haces desconcentrar. Por favor no me mires, querés que me salga un mamarracho como esto? Entonces por favor no me molestes. Creo que sola lo voy a arreglar. Listo!
Percibe inconcientemente el embarazo de la madre. Identificada con ella teme no ser buena continente y dañar al bebé. Sus deseos de concentrarse aluden a su necesidad de integrar el odio y el amor. Amasar bien las plastilinas corresponde también a su voluntad de poder crecer y desarrollarse bien en el vínculo analítico.
P: Querés que te diga qué es? Es una nena, la cara, la nariz, los ojos, una colita y ya está listo! [31]

Sesión (2d)
(La madre comunica telefónicamente que Angélica esta muy inquieta y que por las noches habla dormida, quiere compartir la cama matrimonial y en la colonia de vacaciones empujó y tiró a una nena a la pileta).
P: (Dibuja una mano) Es de una bruja, es un asco de monstruo. El asco final, un grano verde, lleno de pus, pus verde. Ni te quiero tocar, ni quiero estar cerca de ti. Acá tenés un grano asqueroso.
Contratransferencialmente la analista siente temor de que Angélica pueda concretar algún daño "real". Este sentimiento es concordante con el miedo inconciente que tiene la paciente. Percibe su envidia y resentimiento y ésto la hace sentir que es como una bruja que puede ocasionar el mal, como alguien de quien es conveniente apartarse.
A: Estas muy asustada porque cuando tenés rabia, sentís que tu rabia es tan fuerte que no la vas a poder parar y te da miedo de lastimar a alguien de verdad.

[31] La paciente no sólo hace referencia a su percepción inconciente del embarazo de la madre, que los padres desconocían concientemente, sino que sorprende también su percepción del sexo de la hermana que se confirmó posteriormente.

P: Un chico puede nacer deformado, puede nacer sin nariz, sin brazos, sin piernas. Pueden nacer bebes ya muertos. Si hubiera nacido sin pie me asustaría. También te puede agarrar un ataque al corazón. Si la mamá se desmaya puede nacer con un solo ojo, puede nacer con un ojo en la frente. Si tuviera ojos por todas partes se podría mirar mejor.

Su hostilidad y su agresión la hacen sentir a ella misma como una nena anormal, con un desarrollo defectuoso. Quiere obtener respuestas que la puedan tranquilizar, que la liberen de sus sentimientos de culpa.

A: Estas muy intranquila, sentís que no podes controlarte. Tenés ganas de crecer bien pero también mucho miedo de no poder y que todo te salga mal.

P: Cuando vi a mi tío que chocó, se abrió la puerta y acá tenía todo morado. Cuando lo vi en el hospital me desmayé. Me puedo poner a llorar acá? Por fin que no se murió, por fin que no le pasó nada. (Comienza a gritar). Viste que vos no querés tener amigos deformados. Te viene como una pena en el corazón. Si es sordo le tenés que hacer escenas para que te entienda.

A: No entendés por qué si vos sos cariñosa y sentís amor por la gente, a veces también estas enojada y deseas que les pasen cosas feas, como si no te importara nada.

<u>Sesión</u> (2e)[32]

(El padre trae a la paciente y gesticula para contar de modo disimulado que su mujer tiene pérdidas, que amenazan con la continuidad del embarazo. La paciente se apoya en la pared y dice que no puede entrar porque esta pegada y que no se va a despegar. Luego de una prolongada espera la paciente ingresa al consultorio, se tira en el piso, se coloca en posición fetal y comienza a gritar).

Con su cuerpo apoyado en la pared como si estuviera pegada, Angélica expresa el conflicto que le genera la hostilidad que siente por el embarazo de la madre y el deseo de que éste continúe. Transferencialmente este dilema alude en su aspecto positivo a querer implantarse en el tratamiento y en el negativo al deseo de expulsar a la analista.

P: (Se levanta, abre su canasto, toma una tijera y papel glasé rojo y corta un pedazo). Se lo pego así (referido a una hoja en blanco). Así queda bien. Así es cuidado. (Con un marcador negro dibuja una cabeza, una boca, un ojo. Quién va a ser? Cómo va a ser?

A: Sentís que sos vos la que tenés que hacer algo para que tu mamá y el bebé esten bien y que todo salga bien.

P: Ay! Que decís! Qué saldrá (referido al collage) Ay! Qué lindo.(Imita un llanto, parecido al de un bebé).

En esta sesión la analista piensa en escribir la experiencia clínica con la paciente. Su fantasía probablemente corresponde al deseo inconciente de Angélica de permanecer significativamente en la vida de la terapeuta.

[32] En esta sesión la paciente ya estaba informada del embarazo de la madre.

P: Vos conoces Burbuja y Bellota salvando la vida? Bueno estas son unas chicas que vuelan, además las estoy haciendo lindas para tu información.
A: Lindas y buenas, pero además están haciendo algo juntas.
P: Lo que importa es que las hice lindas.

Sesión (2f)
P: Hoy no fui al colegio porque estoy resfriada. Solo estoy resfriada, tengo fiebre... tengo hasta el máximo y estoy tosiendo a cada rato y también estornudo porque soy alérgica. (Pone la sillita sobre la mesa de juegos y dice que se quiere subir y sentar).
A. Querés que te quieran y que te valoren mucho, tanto como te parece que se valora a una reina en el trono.
P: Exactamente eso es lo que quiero. Vamos a hacer un acto en el que hay una reina, porque había un problema en el mundo. Un rey mando a construir un castillo porque la reina tenia riquezas. Había otro problema. Se trata de una reina ... yo me llamaba Lulú y era una niña traviesa, era una que se portaba bien, pero se portaba mal cuando no le gustaba algo y tenía problemas. Vos querés ser la madre de Lulú? a vos te voy a dar un personaje, vas a ser la reina. Yo era muy inteligente, era como una reina y la que tenía más suerte.
En el contenido manifiesto del juego surgen fantasías optativas , como la de tener una madre reina o la de ocupar ella el rol de una reina que tiene suerte, encubriendo el sentimiento contrario de no ocupar un buen lugar en la vida. Estas fantasías se refieren también a sus deseos de sentirse menos dependiente de la voluntad y los mandatos de los adultos[33]**.**

Sesión (2g)
P: Yo quería dormir... porque tenia sueño y el problema es que los ojos no se querían cerrar y el cerebro no pensaba en dormir (Escribe en una hoja: no molesten o sino los saco a patadas).
Sabías una cosa? A mi nunca me gustaron los bebes (saca de la canasta una tijera) Ya vas a ver que no voy a cortar nada.
A: Estas preocupada, sentís que te vienen pensamientos que te asustan , tal vez por eso mismo no querés dormir, para no soñar cosas feas.
P: Yo soy una arreglatodo y una sabelotodo.
A: Sintiendo eso te parece que podes estar más tranquila.
P: Si vos no me hablas y no me desconcentrás (comienza a peinar a una Barbie) le voy a hacer un peinado genial. (Interrumpe el juego y le pide a la analista que le ate ambas manos con cinta scotch)

[33] Para Bettelheim (1978) el haber llegado a rey o reina al final de un cuento, simboliza el estado de independencia. El autor sostiene que el niño interpreta el hecho de convertirse en emperador o emperatriz como la llegada a la edad adulta y madura.

Se siente invadida por pensamientos displacenteros que la abruman y la asustan. Tiene poca confianza en que su bondad sea suficiente para no dañar.

Sesión (2h)
P: Hoy traje un montón de pensamientos. Estamos en un barquito, está flotando en el agüita. Ya se... ésta es tu hija. Tengo el disfraz de hawaiana, me lo compré en las vacaciones. (Pide a la analista un pañuelo para sonarse la nariz). Me estoy curando! Sabes que no me hago más pis, estoy mejor! Cuando yo deje de venir acá me vas a dar un diploma?
Alude a las elaboraciones que siente que tiene que hacer por la tristeza que le implica la renuncia a la posesión exclusiva del objeto. Desea ser distinguida por sus esfuerzos y sus logros.

Comentarios acerca del segundo año

Durante esta etapa, Angélica lograba comunicar de manera más eficaz que se sentía abrumada por emociones que no lograba contener.
La percepción y luego la confirmación del embarazo de la madre intensificó sus angustias y ansiedades, que expresó con un aumento de su voracidad y del sentimiento de insuficiencia.
Aunque la ambivalencia con su hermana fue moderada, agudizó su hostilidad y su temor a hacer daño, y ésto la llevaba a fantasear con la llegada de un bebé deforme o mutilado que, al mismo tiempo, representaba su vivencia de sentirse ella misma "malformada".
Su condición de hija única le otorgaba a este conflicto una cualidad particular, ya que al mismo tiempo que esperaba tener hermanos, temía su llegada debido a los sentimientos de culpa que le despertaban sus impulsos agresivos [34].
Frecuentemente se comportaba como alguien insaciable por sus celos y su envidia. Sus actitudes de rechazo y maltrato hacia los demás, como le sucedía particularmente en el ámbito escolar, eran tanto la expresión de estos sentimientos, como una conducta por medio de la cual intentaba alejarse de los otros para preservarlos de su agresión.
Angélica se debatía entre la angustia que le ocasionaba la percepción de su propio sadismo y su necesidad de reparar[35].
Transferencialmente sentía que no podía complacer a la analista, en quien ella proyectaba expectativas ideales semejantes a las que sentía que provenían de sus padres.

[34].Klein (1928) señaló que la relación entre hermanos posibilita el desarrollo de fantasías ambivalente hacia los padres que, al mismo tiempo, al ser compartidas les permiten una disminución de los sentimientos de culpa.
[35] Para Klein (1960) todo trastorno de la personalidad es una defensa contra el dolor y la angustia que proviene de las tendencias agresivas innatas que se descargan sobre el objeto amado.

Poco a poco fue modificando su modalidad expresiva, sustituyendo los gritos y las verbalizaciones incomprensibles por un lenguaje verbal organizado y adecuado. Era llamativo, sin embargo, que optaba con más frecuencia el lenguaje verbal en lugar del lúdico para expresarse durante las sesiones [36].
Su pedido manifiesto de ser ayudada para poder "concentrarse", simbolizaba su necesidad de poder concentrar y unir afectos contrastantes.
La falta de atención, que afectaba su aprendizaje escolar, era una defensa por medio de la cual intentaba protegerse de la "tormenta afectiva" y la ansiedad confusional que experimentaba, volcando su interés hacia diferentes estímulos, en búsqueda de la coherencia que sentía que le faltaba. (Aizenberg, S., 2003).
Chiozza, L. (1984d [1970]) destaca que el Yo emplea diferentes mecanismos de defensa cuando esta expuesto a proyectos o ideas que superan la capacidad hepática para materializarlos, y que la distracción puede ser una huida frente a aquello que se vivencia como imposible.
Progresivamente su ansiedad paranoide fue evolucionando hacia ansiedades más depresivas. Una de las características de la angustia depresiva es la posibilidad de hacer confluir el odio y el amor hacia el objeto y hacia si mismo lo cual, a su vez, trae aparejado un incremento de la ansiedad depresiva por temor a la pérdida del objeto ambivalentemente amado (Klein, 1960).
En este período de su análisis surgía, con más evidencia, la intensidad de sus sentimientos de envidia, que aumentaban su hostilidad y sus sentimientos de culpabilidad[37].
Con frecuencia la paciente mostraba sus deseos de ocupar el lugar de la analista. Este propósito, vivido persecutoriamente como un posible triunfo edípico, le hacía temer su pérdida o recibir de parte de ella una respuesta taliónica. En su vida cotidiana era habitual que Angélica sintiera que la madre usurpaba su lugar de niña al lado del padre.
El ingreso de Angélica en el período de latencia, que requería de una represión que no había logrado establecer -como evidenciaba su exhibicionismo y su desembozada curiosidad sexual- el desarrollo de las sublimaciones y de las identificaciones parentales, fue enfrentado en el marco de estas vicisitudes afectivas.
En esta época, a diferencia de lo que había sucedido durante sus primeros años -en los que expresaba sus conflictos a través de serios trastornos de conducta- comenzó a enfermarse orgánicamente: se resfriaba, tenía tos y fiebre. Algo de su “estilo” habitual empezaba a variar. Estos síntomas, que correspondían aislada y conjuntamente a afectos específicos, configuraban una manifestación diferente de sus sentimientos reprimidos.

[36] Cuando un niño se siente muy angustiado renuncia al lenguaje lúdico y emplea predominantemente el lenguaje verbal, como un intento de facilitar la comunicación (Aizenberg, S. y colab., 1993).
[37] Para Klein (1960) la envidia temprana impide una adecuada integración ya que cuando es excesiva, también lo son los rasgos paranoides y esquizoides.

También se fueron haciendo más frecuentes la simpatía y el humor de Angélica. Si bien, por un lado, estas cualidades estaban movilizadas por el deseo de atemperar afectos displacenteros –como, por ejemplo, su sentimiento de insuficiencia para crecer bien- eran además una evidente expresión de su vitalidad y su creatividad. A través de ellas mostraba su interés por los demás y sus deseos genuinos de comunicación[38] [39].

Poco a poco Angélica iba elaborando sus intensos sentimientos de envidia y de culpa. Atemperadas sus fantasías envidiosas, fueron adquiriendo un carácter más constructivo, que le permitieron incorporar objetos como modelos de identificación más adecuados para su crecimiento.

Sabemos que, de acuerdo con Chiozza, L (1984d [1970]), la envidia puede expresar "...no solo un odio hacia lo bueno, aunque sea gratificador".... sino también un "deseo honesto"... un intento de "digerir" ("biliarmente"), afuera, algo que se teme incorporar..."

Estas elaboraciones comienzan a expresarse en cambios en su aprendizaje. El progreso en su capacidad de concentración se evidenciaba en una mayor capacidad de juego y en una mayor capacidad de materialización en su rendimiento escolar y en su desempeño en general

Su evolución yoica, la llevó a discriminar de manera más adecuada su mundo de fantasía del de la "realidad", y esto contribuyó a atemperar los temores y ansiedades que la llevaban a tener conductas impulsivas o agresivas.

En este período, su fantasía mágica de curación se centraba en poseer cualidades omnipotentes, que le permitieran negar el sufrimiento que le ocasionaba sentirse impotente, mientras que su fantasía adecuada parecía girar en torno a sus deseos de cambiar y de poder "nacer" más integrada a través del trabajo que implicaba el proceso analítico[40].

TERCER AÑO DE TRATAMIENTO

Sesión (3a)

P: Por qué escribís? Para no olvidarte nunca? Ayer soñé que era mi cumpleaños y cumplía nueve.

---

[38] Freud, S. (1927d) sostiene que el humor forma parte de un mecanismos de defensa que puede incluirse en una serie que se inicia con la neurosis y culmina con el delirio. Destaca que el humor consiste en evadir mediante una broma el acceso de afectos penosos. Mediante el humor el superyó quiere poner a salvo al yo del sufrimiento. Afirma el autor que no todos los hombres son capaces de la actitud humorística, ya que se trata de un don precioso, y también que muchos son incapaces de gozar del humor que se les ofrece.

[39] Corniglio, H. (1995) destaca que el humor emerge como una forma de interceptar el afecto displacentero que surge de la relación que establecemos entre lo que somos y lo que quisiéramos ser. Siguiendo a Freud sostiene que el humor es el ingenio capaz de dar a luz creaciones del inconciente.

[40] Aizenberg, Sergio (1964) postuló que la fantasía básica en que transcurre un tratamiento está representada por un "reembarazo" en el cual se repiten, modificándose o no, las situaciones embrionario-fetales del individuo. La historia personal simbolizaría a lo heredado, lo visual-ideal, el ello, mientras que el contexto analítico simbolizaría alternativamente el endometrio y el polo hepático-material que permite la materialización de las imagos heredadas.

Siente que su crecimiento la puede enfrentar con la pérdida de los objetos, transferencialmente de la analista de quien espera que la tenga presente y la recuerde.

P: (Se dispone a dibujar) Busco un color oscuro, así puedo hacer un dibujo más o menos real. Hay más cosas que son oscuras así parecen más reales. Pones los más claritos y no es real. Después los pones más oscuros y se mezcla y es real. Lo que ayuda a hacer la realidad son los colores oscuros.

La integración de los colores oscuros (representantes de la realidad) con los colores claros (representantes de la fantasía) expresan su avance en el proceso madurativo, que le posibilita admitir la unión de lo ideal y lo posible como aspectos de la realidad.

A: Te gusta crecer y darte cuenta de las cosas, aunque tal vez también te da miedo que no te gusten y que eso te ponga mal y te haga sufrir.

P: (Se saca las sandalias y baila). Quiero regalarle a mi mamá y a mi papá una nena que sea un ángel (Canta y baila con movimientos muy suaves, la música que tararea parece oriental, se concentra y baila seductoramente con los ojos cerrados).

La visión que la paciente le ofrece a la analista es una escena que aúna ternura y seducción. El baile simboliza la movilización de sus nuevas sensaciones en el ingreso a la pubertad. Transferencialmente proyecta en la terapeuta el objeto que no rechace su erotismo y que apruebe su crecimiento.

A: Querés que tu mamá y tu papá estén contentos, pero no sabes qué esperan de vos. Si quieren que seas chica o quieren que seas grande y vos sentís que tampoco sabes que es lo que querés o qué es lo que esta bien.

P: (Interrumpe la danza y se mete debajo del escritorio, se desliza para afuera).

Su actitud parece una respuesta a la interpretación de la terapeuta, con la que parece expresar que a pesar de las dificultades, quiere nacer a una nueva etapa.

<u>Sesión</u> (3b)

P: (Trae un libro de cuentos: “El tesoro de los cuentos”. Se queda mirando el contenido del libro en silencio). Acá dice todos los cuentos pero no dice que página. El Flautista de Hamellin es el primero. Querés que te lea todos los cuentos? El Soldado de Plomo es mi favorito, Patito Feo también es mi favorito. Alibabá y los cuarenta ladrones es mi favorito. Piel de Asno es el más lindo de todos los cuentos, las imágenes y lo que dice. Me gustan todos los cuentos, menos El Flautista. Yo te voy a contar uno que es el más lindo. El rey, la reina y la princesa.

Los diferentes relatos representan, en forma imaginaria, el proceso de desarrollo, el conflicto edípico, el temor al crecimiento así como la rivalidad fraterna[41].
El cuento Piel de Asno que es el que a ella más le gusta, alude a fantasías incestuosas de las que quiere protegerse, como la protagonista del cuento que usa una vestimenta sucia y tiene olor pestilente para ocultar su femineidad, porque eso equivale a ser reconocida en su amor incestuoso[42].
P: Si cuento hasta tres me quedo muda. Si cuento hasta cuatro me quedo sorda y muda y si cuento hasta cinco me quedo solo sorda. Puedo hablar pero no puedo escuchar. Voy a contar hasta cuatro que es muda y sorda. Para siempre mejor voy a ser muda y sorda.
A: Pensas que de ese modo va a ser mejor, así nadie se va a dar cuenta de lo que pensas y querés, y vos tampoco.
P: Va a ser mejor para mi, pero aunque no pueda hablar, puedo mandar cartas... Qué escribís? Con las otras personas también escribís?.
La fantasía de perder la posibilidad de hablar y escuchar, expresa su deseo de encubrir sus fantasías edípicas[43]. El ingreso de Angélica a la pubertad, le genera ansiedades persecutorias y esto le despierta fantasías regresivas.
P: Tengo hambre, tengo hambre. Dejame vivir acá con vos. Vos sos solo una, dejame, dejame....

Sesión (3c)
P: Yo soy mágica, me puedo convertir en cualquier cosa[44]. Ahora no lo hago porque no quiero gastar mi magia. Quiero volver a bailar como ayer. (Se acuesta en el piso en posición fetal y va moviendo lentamente los brazos y los pies) Soy como un capullito en flor.
A: Y eso es bueno o es malo?
P: Te voy a decir una cosa, no te voy a dar más bolilla. (Se sienta en el diván y comienza a tocarse unas lastimaduras de sus piernas) Me estoy sacando cascaritas porque me gusta, así se me sale toda la sangre. (Comienza a gritar)
La referencia a desangrarse alude a la fantasía de que de ese modo podría disminuir su vitalidad y atemperar los sentimientos para controlar su excitación.
P: Va a llover! Quiero ir a la colonia. Dios me arruinó la cosa y por qué el sol no brilla más? Justo viene la lluvia. Yo entiendo que las plantas necesitan agua. Perdón por gritar. Lo que quiero es llamar al sol. Obvio yo se que acá no se puede. Yo quiero ser feliz y se terminó.

[41] Para Bettelheim, B. (1978) Los cuentos infantiles permiten a los niños proyectar diferentes situaciones que tienen como características lo inesperado, lo injusto y también soluciones.
[42] Angélica solía decir que cuando fuera grande se iba a casar con su tío materno, que además era su padrino. Esta referencia revela la existencia de fantasías incestuosas con el padre desplazadas sobre la figura del tío.
[43] Chiozza, G. y colab. (1993) sostienen que el devenir conciente y el pensamiento dotan de una cualidad auditiva a la vivencia de "darse cuenta".
[44] Cuanto mayor es el sentimiento de carencia y frustración, mayor será el anhelo depositado en los poderes mágicos o en la fortuna.

Siente que nadie la ayuda a sentirse más tranquila con su crecimiento y su desarrollo. Transfiere en la analista el objeto, que como el padre, no participan para que ella pueda sentirse contenta.

Sesión *(3d)*
P: Hace rato que me empezó a doler la cabeza, cuando estaba pensando...
A: Qué pensabas?
P: Quiero que los muñecos (una Barbie y un Ken) hagan cosas de yoga. Hay cosas que no te muestro porque me da vergüenza. (Coloca al muñeco Ken frente a la Barbie y éste le dice "mamasita"). Este es un hombre medio tonto y ella es inteligente. (Juega con ambos muñecos y la mujer le pega al hombre). No te quiero mostrar porque es una cosa fea. (Canta: paz, paz, paz) Yo tengo que decir paz sin parar. (La Barbie comienza a acariciar al Ken). Se hicieron novios. El baile empieza así. Hay que ponerlos galanes, es una buena forma de decir que están lindos.
Expresa el dilema que tiene entre el deseo unir a los padres que siente que son diferentes y sus fantasías inconciente de poder ser ella la elegida como objeto erótico para satisfacer a su padre. Transferencialmente quiere que la analista acepte su sexualidad de la que ella se avergüenza porque la siente fea.

Sesión (3e)
P: Te voy a contar una historia: el señor no sabía que iba a tener un mal día. Buscaba una soga para bajar de la montaña. No veo nada, bajaré despacio Auchi!, la primera mala suerte, se estroló. Así es la vida! Todos viven golpes! Hoy tendré un buen día.
A: El Señor se imaginó que iba a poder hacer todo lo que quería o que iba a ser más fácil.
La mala suerte y los golpes aluden al enfrentamiento con la "realidad" y el dolor por el sentimiento de la caída de su omnipotencia.
P: Ahora tiene buena suerte!. Jorge qué te pasó? Estas con moretones. Tenemos un tractorista que está muy enfermo y la vaca dice mi leche es buena y lo puede curar. Te vamos a ayudar. El final va a salir lindo!
El tractorista también ayudaba a los animales cuando necesitaban. Esta parte va a ir después, se me ocurrió una idea. Voy a traer una manta para Jorge para que no tenga frío. Querés saber el secreto de la vida?
A: Cuál es?
P: Son los amigos. Gracias a Uds. y a los demás.
Muestra transferencialmente la preocupación que siente por la analista-padre, que teme abandonar y dejar dañada. Siente que fue ayudada y quiere ahora ser ella quien pueda ayudar y mostrar su agradecimiento, aunque teme no ser eficaz en sus conductas reparatorias.

Sesión (3f)

(Los padres comunican telefónicamente su ambivalencia en la continuación del tratamiento de Angélica, argumentando que la niña ya estaba muy bien y que esa semana había sido escolta de la bandera en una fiesta patria del colegio).

P: (Construye una casa con unos cubos de madera y pone un corderito adentro. Refuerza las paredes. La impresión es que su deseo es construir una casa sólida). Yo me quiero sentir bien de verdad. Estoy haciendo la casa con muchos refuerzos para que el corderito se quede dentro de la casa. Coloca una oveja junto al corderito.

Expresa su conflicto entre la necesidad de permanecer en el tratamiento para seguir mejorando y su resistencia a seguir, compartiendo la fantasía de los padres de que no necesita ayuda y que esta en condiciones de sentirse bien.

A: No querés que este tratamiento termine, que tus padres digan basta o chau! Pero tal vez también pensas que si dejas de venir es porque no necesitas ayuda y porque te sentís bien.

P: Decir chau! es volver pronto a decir hola! Se me ocurrió una idea ridícula, cómo puedo hacer para que la casa sea más alta.

Por un lado niega el dolor de la despedida y por otra desearía crecer rápido para poder ser ella quien pueda tomar la decisiones en su vida.

P: Antes era una comilona y comía mucho, mucho, ahora es como que no me da hambre.

Teme que este desenlace sea un castigo por su voracidad temprana.

P: Viste lo de La Cenicienta, cuando no la dejan ir a la pobre a la fiesta, viene el Hada y la lleva. Después tocan la campana y tiene que irse y pierde un zapato. Tuvo suerte. Las cosas le salieron bien. Se hizo justicia!

Sesión (3g)

P: Hoy quiero hablar con vos mucho y dibujar otro poquito. Quiero dibujar y tranquilizarme. Como te explico. Perdoná! cuando dibujo a veces se mancha acá. Mi mamá me dijo vos sentís que a la única que le pasan cosas es a vos, a otros también les pasan y no lo dicen.

A: A veces te parece que los demás prefieren que no cuentes lo que te pasa, pero te parece que dicen así, porque no se dan cuenta de todo lo que vos sentís.

No sabe si en el análisis hay espacio para poder hablar de su dolor por la interrupción del tratamiento. Se siente culpable con la analista y teme no haber hecho lo suficiente para defenderla[45]**.**

P: En el colegio se empiezan a criticar, no se porque se empiezan a criticar. Obvio que no hay que ser perfecto, uno es como es.

A: Estas intranquila, como si tuvieras miedo de que alguien te pueda decir que hiciste algo mal.

[45] A través del dibujo, sostiene Aberastury (1984b), el niño intenta recrear y retener tanto la imagen del objeto como la propia, que siente fugitiva y que lo angustia.

P: Ahí te logré entender! Te quiero decir algo importante... cuando voy a Cariló o a Santa Barbara, que son lejos de acá de Buenos Aires, yo extraño, porque yo soy sensible, extraño a las personas, me vas entendiendo? Avisame si no me escuchas algo. Yo me hago amiga de las personas y me pongo mal y extraño.
A: A veces sentís que nadie se da cuenta de que vos sos sensible y que te importa lo que pasa. Tal vez querés que yo sepa que me vas a extrañar, cuando dejes de venir acá.
P: Hoy va a ser el último día, no vengo nunca más... Yo dije que mundo cruel! Ah! Antes de venir acá fui al baño y ahora tengo ganas de ir al baño de nuevo. No entiendo que me pasa.
Ante la despedida, que le significa atravesar el duelo y enfrentar el temor a quedarse sola, expresa su tristeza y la preocupación acerca de quién la va a ayudar a entender lo que le pasa.

Comentarios acerca del tercer año

Angélica fue desarrollando una mayor tolerancia a las frustraciones y una mejor disposición para integrar aquello que sentía como aspiraciones y lo que resultaba posible, tanto para ella misma como para los demás.
Pudo empezar a enfrentar el duelo que significaba renunciar a la posesión incondicional del objeto, lo cual implicaba admitir y soportar sus celos y su envidia. Fue resignando algunas de sus ambiciones y sus fantasías omnipotentes, que la impulsaban a querer crecer rápido y ser perfecta como condición para ser querida.
El ingreso a la pubertad y las nuevas emociones, ligadas a fantasías incestuosas, la enfrentaron nuevamente con sentimientos de culpa y ansiedades depresivas.
Trataba de atemperar el impacto persecutorio proveniente de un objeto que sentía que desautorizaba sus intenciones y sus deseos[46]. Por un lado, fantaseaba con la posibilidad de disociarse convirtiéndose en una "sorda muda", como expresión de su inocencia y, por el otro, alimentaba la idea de poseer poderes mágicos que le posibilitaran concretar sus propósitos.
Crear un mundo de ficción suele ser una defensa característica de la evolución en la infancia, ya que las fabulaciones constituyen “espacios intermedios” en el camino de la adaptación gradual a la realidad[47].
La incapacidad que tenía Angélica para admitir sus sentimientos de insuficiencia, que manifestaba a través de su ansiedad y sus actitudes impulsivas, fue paulatinamente sustituida por una mayor capacidad para la postergación del placer.

[46] Chiozza, L. (2003) señaló que por la crisis axiológica y la mezcla de diferentes éticas, en la actualidad el superyó no representa la autoridad de las voces de los padres, ni de la sociedad sino que configura un superyó no “consensuado” (La interpretación del concepto es responsabilidad personal).
[47] Muchos niños tienen dificultad para interrumpir sus juegos y en las ocasiones en que los interrumpen parecen todavía conectados con sus fantasías.

Fue desarrollando conductas moderadas, que le permitieron ser más receptiva, relacionarse mejor con los otros y expresar su agradecimiento[48].
En este sentido, Aberastury (1962) sostiene que la posibilidad de los niños de disminuir el sadismo y de tratar con consideración al objeto, es un indicio importante de la capacidad de adaptación a la realidad.
En la medida en que logró ir evolucionando, Angélica pudo comenzar a superar sus inhibiciones para el aprendizaje y sus dificultades para la adaptación social. También abandonó el hábito de la masturbación compulsiva, normalizó su sueño y adquirió el control de esfínteres.
Hacia el final de este período, una nueva separación matrimonial de los padres activó las fantasías de la paciente acerca de que su crecimiento y sus logros podrían afectar negativamente la vida familiar. Esta situación fue motivo de análisis durante las últimas sesiones.
En este período, la fantasía mágica de curación giraba alrededor de la negación de sus dificultades y del dolor que le ocasionaba la separación de sus padres junto con la interrupción del tratamiento. Su fantasía adecuada de curación se expresaba como una disminución de su omnipotencia y la necesidad de desarrollar el interés por los otros y tener amigos.

POR QUÉ ANGÉLICA ENFERMÓ?

Angélica sentía que era una nena difícil y que no lograba hacerse entender. Le parecía que sus padres no sabían qué hacer con ella y que ella tampoco sabía qué hacer.
El embarazo, su nacimiento por cesárea y en el exterior, el retorno al país coincidente con el destete, la separación de los padres, la prematura adaptación escolar, etc., fueron acontecimientos de su vida rodeados de extrema ansiedad que le dio a los mismos mayor intensidad traumática.
El chupete -que usó hasta los cinco años- era un hábito que conservó como un intento de atemperar, por medio de la gratificación oral, su vivencia de desamparo afectivo.
Se sentía abrumada, poco contenida y sustituyó su intolerable sensación de desvalimiento por sentimientos de culpa, que la hacían sentir responsable de todo el malestar familiar.
Trataba de complacer a sus padres, para ser querida y aceptada, pero como sentía que no lo lograba se quedaba más resentida. Con la reiteración de sus dificultades buscaba hacerlos sentir mal como ella se sentía.
Su constante frustración, la llevaba a repudiar todo aquello que se oponía a sus deseos y también a tener actitudes rebeldes y desafiantes [49].

[48] El bebé aprende a postergar su necesidad. Esta postergación le permite ir diferenciando entre realidad exterior y fantasía. Va afianzando el principio de realidad y con él va desarrollando la conciencia de sí y de los otros.

En la primera infancia, las características parentales y las vicisitudes afectivas por las que atraviesa el niño sientan las bases para el desarrollo. Alice Miller (1985) sostiene que es condición para el crecimiento del niño, percibir a los padres emocionalmente estables y gozando genuinamente de su presencia con lo que él es y con lo que hace.

Aceptar que el otro es alguien diferente de uno mismo y que no puede satisfacer los propios deseos ideales, es también una condición necesaria en la actitud que los niños tienen hacia sus padres.

Angélica se sentía desorientada y formando parte de un ambiente confuso que perturbaba su desarrollo edípico y el logro de identificaciones adecuadas[50].

Le parecía que la madre, con su carácter infantil, no era un modelo maduro para su crecimiento y que el padre, con quien tenia una relación de atracción y rechazo mutuo, "no podía" contenerla a ella ni tampoco a la madre.

Sus identificaciones giraban entonces en torno a figuras parentales angustiadas y desunidas, que a su vez estaban identificadas con objetos de características semejantes.

Chiozza L. y colab. (1993c [1992]) sostienen que el hijo que incorporó a sus padres peleados y en contradicción permanente configura, en base al amor que les tiene, dos modelos ideales contradictorios, excluyentes y opuestos. Así en la integración que logra alcanzar un hijo, se "hace carne" el amor que los padres se profesan.

La sensación de Angélica de ser una molestia y el sentimiento de no poder reparar, la llevaban a refugiarse en su "mundo de fantasías", pero esta actitud en lugar de aliviarla, la hacía sentir muy sola.

El sufrimiento que llamamos soledad, señalan Chiozza, L y colab. (1993c [1992]), no proviene del estar físicamente solo, sino psíquicamente acompañado por la imagen de alguien que no nos ama ni nos necesita.

Necesitaba tener amigos, no solo para disfrutar de su infancia, sino como una condición para su crecimiento. Sin embargo, su insatisfacción y sus intensos sentimientos de envidia no le permitían vincularse adecuadamente. Proyectaba su propio enojo y luego temía ser rechazada.

Angélica contaba con una lucidez y una simpatía natural, que malograba en la medida en que se agudizaban sus conflictos y los de sus padres.

Se sentía exigida a superarse, especialmente en el rendimiento intelectual. Por un lado quería materializar sus propias aspiraciones y, por el otro, trataba de integrar por medio del pensamiento lógico aquello que experimentaba como estímulos y afectos desordenados (Aizenberg, S. 2003).

---

[49] Klein (1926) destaca que los niños intentan excluir o negar todo lo que no está de acuerdo con sus impulsos inconcientes y hace extensivo esto a la realidad en su sentido más amplio.

[50] Desde la observación clínica, los niños que tienen trastornos por déficit de atención son criados en ambientes desorganizados, con una modalidad de funcionamiento caótico, en los que predomina un alto componente de ansiedad, con importantes expectativas en cuanto al rendimiento general y especialmente en relación al desarrollo intelectual (Aizenberg, S., 2003)

La masturbación compulsiva, que se intensificó cuando dejó el chupete, mostraba por un lado el fracaso que sentía en la unión oral con la madre como el deseo de mantener a los dos padres juntos. Aberastury (1984a) destaca que detrás de toda actividad masturbatoria en la infancia, existe el deseo de mantener unidos dentro de sí y de un modo continuo a los dos sexos, como si fuera la expresión de la escena primaria[51].

Con su enuresis mostraba un mosaico de fantasías, vinculadas con sus deseos regresivos de poder seguir siendo un bebé para satisfacer sus necesidades, con sus ambiciones, sus impulsos hostiles y con la expresión de un llanto contenido representante de su tristeza. (Klein, M. (1931); Aberastury, A. (1951); Chiozza, L y Grus, R (1993a [1992]))[52].

El nacimiento de su hermana Valentina influyó favorablemente en la vida de Angélica, ya que lo experimentaba como algo reparador y símbolo de esperanza. Sin embargo, la nueva separación de los padres y la interrupción del tratamiento, la enfrentaron con frustraciones que la invadieron con nuevas ansiedades, que requerían de mayor elaboración.

Aunque la evolución de Angélica fue valorada y reconocida por sus padres, la decisión de suspender el proceso de análisis estaba relacionada, desde las motivaciones inconcientes, con la necesidad que tenían de perpetuar los trastornos de la niña para encubrir otras dificultades familiares.

En los tratamientos psicoanalíticos de niños observamos con frecuencia, que los pacientes se encuentran frente a una disyuntiva. Por un lado, sienten que su mejoría es algo esperado por el mundo adulto y que con ella pueden aportar al bienestar y, por otro, temen que su progreso pueda dar lugar a que surjan otros conflictos, fantasía que para Angélica fue "confirmada" por la separación de los padres.

La complejidad del mundo en el que vivimos, así como la movilización de los afectos inconcientes, son aspectos compartidos en el vínculo analítico entre paciente y analista y constituyen puntos de urgencia.

Podemos decir, en este sentido, que los sentimientos de insuficiencia para materializar nuestros deseos y la poca tolerancia frente a las dificultades inherentes a nuestra circunstancia nos llevan, muchas veces, como le sucedía a Angélica, a desesperar. Queremos decir también, que su evolución nos muestra un camino en la permanente tarea para poder rescatar los valores personales, la lucidez y el humor tan necesario para encontrar la gratificación en la propia vida y desarrollar la capacidad de amar.

---

[51] Para Aberastury (1984a) la masturbación en la infancia es una defensa maníaca por sus características de omnipotencia, negación e idealización, cuya finalidad es negar la pérdida del vínculo oral con la madre, así como la pérdida de la bisexualidad.

[52] Chiozza, L y Grus, R (1993a [1992])) destacan la vinculación entre la ambición y el erotismo uretral. También se refieren a la micción excesiva como símbolo de un llanto contenido. Klein, M. (1927) y Aberastury A. (195l) afirman que los niños enuréticos tienen fantasías de inundar y destruir con orina el cuerpo de la madre así como de restituir los líquidos que fantasean haberle quitado.

Bibliografía

ABERASTURY, A. (1951) *El juego de construir casas*, Editorial Paidós, Bs.As. 196l
ABERASTURY, A. (1957) "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 A.P.A. Nro 1-2. Bs.As. 1957
ABERASTURY, A. (1962) "La entrevista inicial con los padres". En *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Bs.As. 1962
ABERASTURY, A. (1984a) "La masturbación y los mecanismos maníacos". En *Aportaciones al Psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós. Bs.As. 1984.
ABERASTURY, A. (1984b) "Los dibujos infantiles como relato". En *Aportaciones al Psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós. Bs.As. 1984
AIZENBERG, SERGIO (1964) "Análisis del carácter. Un caso clínico". En *Un estudio del hombre que padece*. Ediciones CIMP - Kargieman. Bs.As. 1970.
AIZENBERG, S.; ARAUJO, C.; DIEZ, B.; GARCIA, R.; KARAMANIAN, I.; PICCO, P.; STEINBERG, P.; HERRERA VIDAL, P. (1992) "El juego en el psicoanálisis de niños". CCMW. Bs.As. 1992
AIZENBERG, S.; ARAUJO, C.; GARCIA, R.; HERRERA VIDAL, P.; KARAMANIAN, I.; PICCO, P.; STEINBERG, P. (1993) "El juego en el psicoanálisis de niños. Segunda comunicación". CCMW, Bs.As. 1993.
AIZENBERG, S. y CASALI, L. (1995) "La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños". CCMW. Bs.As. 1995
AIZENBERG, S. y CASALI, L. (1995) "El material en el análisis de niños". Simposio 1995 y 7mas Jornadas científicas del CCMW. Bs.As. 1995.
AIZENBERG, S. (2003) "Algunas reflexiones psicoanalíticas acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad-impulsividad". Fundación Luis Chiozza, Simposio 2003.
BETTELHEIM, B (1978) *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Editorial Crítica, Barcelona, 2003.
CASALI, L. y MARTÍN, S. D. de (1970) "Algunas consideraciones acerca de la aparición de terceros en el tratamiento". II Simposio del CIMP Bs.As. 1970
CORNIGLIO, H. (1995) "Consideraciones acerca del humor". CCMW. Bs.As. 1995
CHIOZZA, G.; GAVECHESKY, N.; KARAMANIAN, I. (1993) "Aproximaciones a los significados inconcientes de la audición". CCMW. Bs.As. 1993
CHIOZZA, L. (1970k [1968]) "El qué-hacer con el enfermo". En *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Luis Chiozza. Biblioteca del CCMW. Ed. Paidós, Bs.As. 1980.
CHIOZZA, L. (1978g) "Hacia una teoría del arte psicoanalítico. Estudio de un episodio en la relación Dora-Freud". En *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Luis Chiozza. Biblioteca del CCMW. Ed. Paidós, Bs.As. 1980.
CHIOZZA, L. (1974d) "La interpretación del material". En *Psicoanálisis: presente y futuro*. Ed. CIMP. Bs.As. 1983.
CHIOZZA, L. (1984d [1970]) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Segunda Edición) Luis Chiozza. Biblioteca del CWCM. CIMP. Bs As.. 1984.
CHIOZZA, L. (1986b) "Acerca de cómo interpretar la transferencia". En XVII Simposio del CIMP. Bs.As. 1986
CHIOZZA, L. (1977b) "El Falso Privilegio del Padre en el Complejo de Edipo". En *Presencia, Transferencia e Historia*. Luis Chiozza. Alianza Editorial, Bs.As. 1998.
CHIOZZA, L. (1979c) "Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia". En *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*. Luis Chiozza. Editorial Alianza, Bs.As. 1998

CHIOZZA, L. y GRUS, R. (1993a [1992]) “Psicoanálisis de los trastornos urinarios”. En *La transformación del afecto en enfermedad*. Luis Chiozza. Editorial Alianza, Bs.As. 1998
CHIOZZA, L. (1998) “Lo que ocurrió con Milena”. En *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Alianza Editorial, Madrid-Bs.As. 1998
CHIOZZA, L.; BALDINO, O.; DAYEN, E.; OBSTFELD, E.; REPETTO, J. (1993b [1992]) “El significado inconciente de la hipertensión arterial”. En *La transformación del afecto en enfermedad*. Editorial Alianza, Bs.As. 1998
CHIOZZA, L.; FONZI, A.; LABORDE, V. (1975) “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos”. En *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis* .Luis Chiozza, Editorial Alianza, Madrid, Bs.As. 1998
CHIOZZA, L.; BOARI, D.; CALIFANO, C.; PINTO, M. (1993c [1992]) “El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad”. En *La transformación del afecto en enfermedad.* Luis Chiozza. Editorial Alianza, Madrid-Bs.As. 1998.
FREUD, S. (1920g) *Más allá del principio de placer*. Obras completas, Editorial Amorrortu. Bs.As. 1989.
FREUD, S. (1927d) “El humor”. Obras Completas. Editorial Amorrortu. Bs.As. 1989.
FREUD, S. (1950a [1887-1902]) “Proyecto de psicología”. Obras Completas. Editorial Amorrortu. Bs.As. 1989
HINSHELWOOD, R.D. (1992) *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Editorial Amorrortu, Bs.As. 1992.
KLEIN, M. (1926) “Principios psicológicos del análisis infantil”. Obras Completas. Tomo I. Editorial Paidós, Bs.As. 1996.
KLEIN, M. (1927) “Simposium sobre análisis infantil”. Obras Completas. Tomo I. Editorial Paidós, Bs.As. 1996.
KLEIN, M. (1928) “Estadios tempranos del conflicto edípico”. Obras Completas. Tomo I. Editorial Paidós, Bs.As. 1996.
KLEIN, M. (1929) “La personificación en el juego de los niños”. Obras Completas. Tomo I. Editorial Paidós, Bs.As. 1996.
KLEIN, M. (1931) “Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual”. Obras Completas. Tomo I. Editorial Paidós, Bs.As. 1996.
KLEIN, M. (1960) “Envidia y gratitud. Estudio de sus fuentes inconcientes”. En *Emociones básica del hombre*. Editorial Nova, Bs.As. 1960
KLEIN, M. (1946) “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”. Obras Completas. Tomo III. Editorial Paidós, Bs.As. 1991
KLEIN, M. (1930) “La psicoterapia de las psicosis”. En *Contribuciones al Psicoanálisis.* Ediciones Paidos-Hormé. Bs.As. 1964
KLEIN, M (1967) “Erna no puede dormir”. En *Grandes casos del psicoanálisis de niños*. Editorial Horme, Bs.As. 1967
KLEIN, M. (1941) *Relato del plsicoanálisis de un niño*. Obras Completas. T. 5. Editorial Paidós. Bs.As. 1974
KLEIN, M. (1932) *El psicoanálisis de niños.* Obras Completas. Tomo I. Editorial. Paidós. Bs.As. 1974
MILLER, A. (1985) *El drama del niño dotado*. Editorial Tusquets, Barcelona 1985.
RACKER, E. (1964) *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Ed. Paidós. Bs.As. 1964
WINNICOTT, D.W. (1980) *Psicoanálisis de una niña pequeña (The Piggle)*. Gedisa. Barcelona, España 1980

S Aizenberg 2004

REVISIÓN DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA TECNICA Y LA TEORÍA DE LA TÉCNICA DEL PSICOANÁLISIS DE NIÑO

Psicoanalizar tanto a un adulto como a un niño[1] implica una forma del hacer, cuya realización se basa fundamentalmente en el conocimiento del cuerpo de teoría y de teoría de la técnica que caracteriza al psicoanálisis en general.

M. Klein (1932) sostenía que la diferencia entre el psicoanálisis de niños y el de adultos es "solamente de técnica y no de principios". Entendemos que la autora se refería, por un lado, a que el conocimiento del alma infantil forma parte indisoluble del conocimiento del alma humana, más allá de la comprensión de que en el adulto siguen “vivos” aspectos del niño y del bebé que una vez fue. Por el otro, las características del niño, su natural dependencia de los padres y su modo predominante de expresión y comunicación -el juego- llevan a algunas modificaciones de la técnica clásica, nacida en el contexto del análisis de adultos.

Si bien es cierto que teoría general, técnica, y teoría de la técnica, forman parte de una unidad conceptual, donde la teoría ilumina el encuentro con el paciente y el encuentro con el paciente mueve a cambios en la teoría, nos interesa en esta oportunidad presentar para la discusión, la revisión de algunos aspectos de la teoría de la técnica y de la técnica del análisis de niños[2], en el intento de ir logrando un mayor esclarecimiento.

Estos aspectos son: el encuadre y las entrevistas con los padres, el material en el análisis de niños, la transferencia-contratransferencia y aplicaciones del psicoanálisis de niños: la psicoterapia con tiempo y objetivos limitados; la psicoprofilaxis quirúrgica.

1. *Acerca del encuadre. Las entrevistas con los padres.*

[1] Lo mismo es válido para otras edades o períodos de la vida: adolescencia, tercera edad, etc.

[2] En esta oportunidad nos centramos en aspectos generales y dejamos de lado las múltiples vicisitudes particulares que surgen en el contacto con los padres y con el niño durante su análisis, así como el modo de abordarlas.

A diferencia del adulto[3], que suele consultar personalmente el niño, sobre todo si es muy pequeño, requiere de la presencia de los padres [4]. Movilizados por las dificultades del hijo y, a veces, por su pedido manifiesto de ayuda, son los padres quienes establecen el contacto inicial con el analista, traen al niño, deciden o no la iniciación de su tratamiento, tratan el contrato analítico y se hacen responsables de llevarlo a los horarios convenidos y de sostener económicamente la tarea analítica.

En diferentes ámbitos psicoanalíticos han surgido distintas modalidades de la técnica, que siguen constituyendo motivos de disidencia en la actualidad.

En una época de controversias acerca de la posibilidad del análisis de niños, M. Klein, que había descubierto la técnica del juego y pensaba que aún los niños muy pequeños podían ser analizados, solía tener un breve contacto inicial con los padres y prescindir luego lo más posible de ellos, centrándose en la comprensión de las fantasías inconcientes y el mundo interno del niño, del modo más cercano posible al encuadre clásico en el análisis de adultos.

Desde los desarrollos de Ana Freud, en cambio, el contacto frecuente con los padres, su participación y cooperación en cambios, por ejemplo, ambientales, sugeridos por el analista para ayudar al niño, lleva a que los padres tengan una intervención activa en el transcurso del análisis. Esta concepción parece haber impregnado la modalidad técnica de algunas orientaciones dentro del análisis de niños, que suelen disminuir la importancia de éste como paciente y ocuparse más de los padres y de su problemática con el hijo.

Formada en el pensamiento kleiniano, A. Aberastury (1960) desarrolla entre nosotros una escuela de psicoanálisis de niños y se ocupa de explicitar y desarrollar distintos aspectos de la técnica y la teoría de la técnica. Concordamos con los desarrollos de la autora acerca de la necesidad de concertar una o dos entrevistas semi-dirigidas con los padres antes de conocer al niño, centradas en el motivo de la consulta, algunos datos evolutivos, el relato de un día de vida, las relaciones familiares, enfermedades, acontecimientos traumáticos, etc.

En el tratamiento de adultos, la “presencia” de los padres surge habitualmente como una representación verbal en el discurso del paciente, mientras que en el

[3] Cuando se trata de un adulto psicótico o de un enfermo orgánico también surgen modificaciones del encuadre clásico

[4] El niño necesita de la presencia del adulto: los padres o el familiar o persona de quien esté a cargo.

caso de los niños nos encontramos con su presencia física. Aberastury (1962) sostiene que se establece un doble proceso de transferencia-contratransferencia: con los padres y con el niño. Señala diferentes vivencias que el encuentro despierta en los padres (sentimientos de fracaso, culpa, humillación e injuria narcisista, temor a ser juzgados o acusados, etc.) y en el analista (ansiedades persecutorias, depresivas, deseos de reparar, etc.) [5].

La historia, los sucesos que los padres relatan guiados por las preguntas del analista, contribuyen a esclarecer las circunstancias vitales por las que el niño ha atravesado y está atravesando y que, por su corta edad, no puede transmitir verbalmente o desconoce concientemente. Así, por ejemplo, sobre todo cuando el paciente es muy pequeño, es de importancia obtener información acerca de las características del parto o de su evolución psicomotriz durante el primer año de vida, ya que el relato acerca del modo en que el niño enfrentó sus etapas de crecimiento, configuran representaciones que aluden a la capacidad de adaptación postnatal, que pueden contribuir a la comprensión de sus dificultades actuales.

Si bien es cierto que, durante las sesiones, el niño puede expresar a través de juegos y dibujos sus propia percepción y fantasías acerca de las características de su nacimiento y de algunas circunstancias familiares, la versión aportada por los padres suele enriquecer la tarea y no siempre se aleja demasiado de las vivencias del niño.

Entendemos que los datos brindados por los padres, enmarcan la infancia del paciente y constituyen parte de los "mitos familiares". Desde su aspecto manifiesto nos permiten penetrar en la "novela familiar": la modalidad del carácter de cada uno de los padres, el tipo de vínculo que tienen entre ellos y con el niño y el clima afectivo en el que crece y se desarrolla. Desde el contenido latente, interpretamos la información recibida como símbolos de contenidos inconcientes, compartidos por él y su familia.

La noción de que el paciente es un "emergente" del grupo familiar, constituye uno de los pilares del concepto acerca de una temática o fantasía familiar, un contenido en común, que puede expresarse en el paciente y en los demás integrantes del grupo familiar como síntoma neurótico, como rasgo de carácter o bien como enfermedad somática (Chiozza L. y colab., 1975; Chiozza L. y Dayen E., 1995).

[5] A.Aberastury (1962) sostiene que asumir el papel de terapeuta del hijo, alivia la angustia y la culpa que los padres experimentan frente a su enfermedad o su conflicto.

Aunque la información de los padres, desde su perspectiva manifiesta, alude a sucesos acontecidos en el "pasado" del paciente y su familia, los interpretamos como “recuerdos” que, como sostiene L. Chiozza (1979), son representaciones de algo que está ocurriendo actualmente. Al ocuparse de la revalorización de la historia, el autor plantea que su sentido primordial no es el de la secuencia antecedente consecuente como cronología, sino el de una temática recurrente e iterativa que se constituye como "story", narración o mito.

Suele surgir la pregunta acerca del modo en que el analista integra los datos que los padres relatan acerca del niño y de su vida familiar, sin perder de vista que el niño es el paciente y sin que el tratamiento se transforme en el análisis de los padres. Si bien el contacto con los padres, es un "material" que deriva de la transferencia-contratransferencia que se establece entre ellos y el analista, al mismo tiempo interpretamos que forma parte del "material" del paciente, en la medida en que consideramos que los datos que brindan los padres son aspectos disociados de éste.

G. Chiozza (1998) destaca, siguiendo a L. Chiozza, que la contratransferencia no sólo participa en la interpretación psicoanalítica del "material" producto del paciente, sino también en la misma "construcción" de aquello que denominamos "material" y que depende de la participación del observador presente en el acto perceptivo. Citábamos en una presentación anterior (Aizenberg, S. y Casali L., 1997), que cuando los padres se hacen presentes como objetos materiales, dicha intervención es considerada una representación de aspectos disociados del yo del niño o, en otros términos, de los vínculos entre él y sus objetos.

En la práctica psicoanalítica, nos encontramos muchas veces frente a la decisión técnica acerca de la conveniencia de comunicar o no al paciente, la información que el terapeuta obtiene - a través de entrevistas o contactos por lo general telefónicos con los padres - y su efecto en el análisis.

A. Aberastury (1962) sostiene que el analista debe informar al niño de los encuentros con los padres y de los datos que ellos suministran. Sin embargo, a lo largo de su obra, también afirma que en la mayoría de los casos es un material de escasa utilidad para el tratamiento.

Concordamos con la autora, acerca de que no todo lo que los padres relatan puede o es necesario ser informado al paciente. Partimos de la idea de que el

niño es alguien que piensa, siente, percibe y comprende y puede expresar su mundo interno y colaborar en el proceso analítico [6].

Las resistencias-contraresistencias pueden, en algunas ocasiones, llevar al analista a contar datos al paciente, acerca de aspectos de su vida o de su familia, como un modo de proyectar la propia ansiedad persecutoria proveniente de la relación con los padres. También en ocasiones, la información de sucesos de "la vida real" al niño, es un intento inconciente de atemperar el sentimiento de insuficiencia en la labor terapéutica.

A. Aberastury (1960) enmarca el primer contacto con el niño en lo que ella denomina “hora de juego diagnóstica”[7]. La autora no se refiere aquí a un diagnóstico en términos psicopatológicos, sino a la posibilidad de orientar nuestra comprensión de la riqueza del juego del niño alrededor de dos parámetros esenciales: la fantasía inconciente que él tiene acerca de su enfermedad y su fantasía mágica y/ o adecuada de curación.

Dice la autora: "Cuando comprendí que un niño sabía que estaba enfermo y desde la primera hora mostraba su fantasía inconciente de enfermedad y curación y aceptaba al terapeuta por su propia decisión, se me hizo muy claro el papel que jugaban los padres (...) (Aberastury A., 1962; pág.135).

Siguiendo este criterio, sugiere evitar los consejos a los padres durante las entrevistas, no sólo porque éstos pueden intensificar sus sentimientos de culpa, sino porque considera que aún en el caso de un niño pequeño, la elaboración de sus conflictos le permite promover cambios familiares.

Si el niño desde muy temprano, tiene conciencia de enfermedad y fantasías acerca de su posible curación, podemos también sostener que puede asumir la "responsabilidad" de su tratamiento. Entendemos por responsabilidad el grado de colaboración que puede prestar al proceso analítico.

D. Meltzer (1976) afirma que el niño está comprometido y generalmente trabaja intensamente en la primer hora de juego y durante el tratamiento.

---

[6] En la práctica analítica consideramos conveniente informar al niño de las entrevistas sostenidas con los padres. Dicha información constituye un símbolo que forma parte del secreto profesional.

[7] **Es necesario distinguir la entrevista de padres como consulta de "hora de juego diagnóstica", de la entrevista destinada a concretar el comienzo de un tratamiento psicoanalítico.**

La aceptación de la responsabilidad, en última instancia la responsabilidad de la realidad psíquica, puede ocurrir, afirma el autor, a una edad increíblemente temprana.

De la observación clínica se desprende también que el mismo paciente puede, muchas veces, ofrecer al analista a través de su comunicación verbal o no verbal, el relato de acontecimientos de su vida o de sus padres que ellos no mencionaron durante las entrevistas[8]. Conocemos de la natural capacidad que tienen los niños de percibir y comunicar en forma verbal o a través de juegos y dibujos, circunstancias vitales que los familiares niegan conciente o inconcientemente.

M. Klein (1952) - refiriéndose a la transferencia en los niños - subraya la idea de que en el psiquismo del bebé y del niño "toda experiencia se entrelaza con sus fantasías", de modo que el "retrato" de los padres "reales", durante un tratamiento, sufre siempre una "distorsión" de grado variable. Sin embargo, también aclara que esta comprensión acerca del psiquismo infantil y el modo en que crea las imágenes de sus padres, no significa negar las circuntancias vitales y la influencia que el ambiente ejerce sobre él.

En este sentido pensamos que, desde una perspectiva manifiesta, los padres son las "circunstancias externas" de la vida del paciente, pero desde la comprensión del proceso de análisis, los padres se incluyen como representaciones, es decir, del mismo modo como incluimos a los objetos del relato a los que el niño alude a través de sus verbalizaciones o mediante sus juegos y sus dibujos. Representan aspectos de la relación transferencial-contratransferencial entre el niño y el analista, en el presente de la sesión psicoanalítica.

Interpretamos entonces, que tanto la información que brindan los padres así como lo datos que aporta el niño durante su tratamiento, corresponden a la "realidad psíquica" del paciente. Es necesario destacar que todo lo que el niño hace y dice durante la sesión psicoanalítica - en el marco de la transferencia-contratransferencia - oculta y revela conflictos que surgen al modo de una "denuncia" de afectos reprimidos que esperan poder ser "oídos".

Habitualmente surge el interrogante acerca de que si la demanda de análisis, corresponde a la necesidad de los progenitores o a la necesidad del hijo. Dicho

[8] A. Aberastury (1962) sostiene que en la primera entrevista los padres suelen omitir de manera conciente o inconciente información al terapeuta, debido a su angustia y a sus sentimientos de culpa.

interrogante, parece ser un desplazamiento que encubre el hecho de que tanto el niño como los padres comparten temáticas comunes resistidas.

Resulta un aspecto revelador comprender qué lugar ocupa el trastorno o el sintoma del niño en la historia de los padres y de qué modo la historia de los padres se expresa en su enfermedad [9].

L. Chiozza y colab (1975) sostienen que la investigación psicoanalítica de las enfermedades infantiles permite descubrir que, en todos los casos, las fantasías inconcientes del niño funcionan como un "par complementario" con las fantasías inconcientes de los padres. Destacan que la problemática inconciente de ambos padres codetermina la enfermedad del niño y las vicisitudes de su evolución y tratamiento.

Este enfoque nos acerca a la comprensión de una temática compartida entre el niño y sus padres, o del niño con cada uno de sus padres, que amplia el campo del proceso transferencial-contratransferencial [10] [11]. Así como durante el proceso analítico intentamos esclarecer el punto de urgencia compartido entre el paciente y el analista, las entrevistas con los padres, en algunas oportunidades, ofrecen la posibilidad de acercar a su conciencia la "temática familiar" que es común a ellos y al niño.[12]

Si bien el contenido manifiesto que moviliza a los progenitores para una consulta o para una solicitud de tratamiento, puede diferir del motivo manifiesto que aduce el hijo o que interpretamos que forma parte de la inquietud del niño, sostenemos que esta diferencia es solo aparente y que podemos encontrar, como ya dijimos, una identidad de significado en los motivos latentes de la misma. *En este sentido podemos sostener que el trastorno de conducta, el síntoma o la enfermedad del niño constituyen en si mismas verdaderas demandas, que movilizan el pedido de ayuda.*

---

[9] En el trabajo " Percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades de los padres" (Rosmaryn A. y colab,1980) sosteníamos que, dada la permeabilidad del niño para entrar en contacto con los contenidos inconcientes de las personas significativas de su vida, ésta capacidad podía hacerse extensiva a la percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades de los padres y, al mismo tiempo, destacábamos que estas fantasías pasan a formar modelos posibles de identificación para el niño.

[10] L. Chiozza (1983) sostiene que el punto de urgencia, además de ser apoyo y clave para la tarea psicoanalítica, "se constituye de un modo que siempre involucra los puntos de urgencia en la vida de paciente y analista".

[11] El esclarecimiento a los padres de la temática compartida con el niño, será una intervención que dependerá de cada situación particular.

[12] L. Chiozza (1983) señala que en el vínculo analitico se involucran los puntos de urgencia de la vida de los integrantes de la pareja analítica.

Es importante recordar que las entrevistas tienen el carácter de una intervención puntual, un "espacio" para los padres, que forma parte del tratamiento psicoanalítico con el niño, pero que no puede sustituir, en ningún caso su análisis. Siguiendo los lineamientos de A.Aberastury (1962), el terapeuta de niños no debe erigirse en juez y parte que sentencia y determina culpables, sino que necesita aproximarse al sufrimiento del niño, respetando la relación bi-personal con él y centrando el interés de la tarea con el paciente [13].

En este sentido desde la técnica del psicoanálisis de niños, el contacto con los padres es de gran importancia para poder establecer o re-establecer aspectos del encuadre - considerándolos como auxiliares del yo del niño - dado que es necesario el mantenimiento de la transferencia positiva que facilite la adecuada concurrencia del niño al análisis. *La entrevista con los padres ocupa entonces fundamentalmente, el lugar del establecimiento y mantenimiento del encuadre analítico, que sufre alteraciones, a partir de la mayor o menor tolerancia de los progenitores frente a los cambios del niño y la repercusión en sus propios conflictos.*

En la práctica clínica observamos que es ineludible que el análisis de un niño influya sobre sus padres y que el contacto con ellos afecte al niño, configurando una trama de relaciones que se va entrelazando.

A. Aberastury (1984) destaca que al trabajar con niños se reactivan antiguas fantasías inconcientes de robar un hijo a los padres y que dicha fantasía afecta la adecuada labor del terapeuta. Esta fantasía de robo del hijo, parece ser la contracara de la molestia que pueden experimentar los padres frente al contacto del niño con el terapeuta. Es frecuente que conciente o inconcientemente, sean ellos quienes deseen poder contribuir “sin intermediarios” al bienestar de su hijo.

La interrupción del tratamiento puede estar motivada, muchas veces, por el desconocimiento por parte del analista de la presencia de transferencias negativas tanto de los padres como del hijo. Cuando los padres interfieren en la continuidad del tratamiento del hijo, comprendemos que dicha resistencia, muchas veces insalvable, tiene su equivalente en las propias resistencias inconcientes del niño.

[13] A. Aberastury (1962) sostiene que en toda tarea clínica es necesario diferenciar la entrevista con los padres, de la tarea con el paciente y que en este sentido es imprescindible preservar el vínculo bipersonal con el niño.

En algunas ocasiones, los hijos pueden experimentar que la aceptación de la intervención psicoanalítica representa una traición familiar, que puede afectar a sus padres y que puede constituir una amenaza de pérdida del amor parental. Por otra parte, es necesario remarcar que el desarrollo del vínculo positivo de los padres en relación con el análisis del niño, funciona como una autorización que recae sobre el propio deseo del niño de aceptación de su tratamiento. Dicha vivencia de aprobación sentará las bases para una adecuada identificación con el analista.

2. *El material en el análisis de niños*

Nos parece necesario destacar, como aspecto relevante de la técnica, que la traducción del simbolismo lúdico o de los dibujos de los niños, muchas veces es confundido con la interpretación de los contenidos reprimidos en el material del análisis.

En el trabajo "El material en el análisis de niños" (Aizenberg S. y Casali L., 1995) sosteníamos que como los códigos predominantes del niño y el adulto son diferentes, para configurar el contenido manifiesto del material que constituye el objeto de la interpretación psicoanalítica (Chiozza, 1975), el analista de niños necesita realizar un paso más que el analista de adultos: una *traducción* (Aizenberg S. y colab., 1993), es decir, comprender cuál es el relato manifiesto, que está expresando el niño con su juego o su dibujo.[14]

A. Aberastury (1946) considera que los dibujos, por ejemplo, constituyen un relato acerca de lo que le pasa a un niño desde el punto de vista manifiesto, al mismo tiempo que es expresión de las vicisitudes de la transferencia-contratransferencia.

Mencionábamos que cuando un adulto habla, sabe concientemente qué dice, cuál es su discurso manifiesto y nos preguntamos si un niño sabe qué "dice" por medio de sus dibujos o sus juegos. Es decir, qué es lo que el niño sabe cuando juega? Pensamos que conoce concientemente que está usando juguetes y que los personajes representan roles, es decir, cual es el tema o el argumento del juego; no sabe que expresa de sus contenidos inconcientes a través de su actividad lúdica.

[14] L. Chiozza (1975b) sostiene que aquello que llamamos "material" del paciente (sobre el cual formulamos nuestra interpretación) es producto, a su vez, de un acto interpretativo previo.

En la comunicación citada, decíamos que cuando un niño juega a que un auto y un avión se chocan, no tiene conciencia de que está representando sus vivencias, por ejemplo, acerca de la discordia entre sus padres. Aunque tiene conocimiento de que sus padres se pelean, no dispone de ese saber en el momento del juego, el conflicto entre sus padres no forma parte de una intención explícita de comunicación.

Al traducir el lenguaje lúdico en términos de relato verbal - a través de la traducción - el analista puede esclarecer explícita o implícitamente la preocupación del paciente acerca de las desavenencias entre sus padres. De este modo, "trae" a la conciencia del niño algo que él ya conoce. Por el otro lado, con la traducción verbal, permite que el niño configure ese conocimiento en términos del proceso secundario y facilita, al sentirse entendido, la comunicación entre paciente y analista.

Sintetizamos en esa oportunidad, diciendo que la verbalización acerca de qué "dice" el niño con su juego o su dibujo, no siempre posible o necesaria, suele ser recibida con sorpresa -"cómo sabes"?, "cómo adivinaste"?- y en muchas ocasiones, "prepara el terreno" para la interpretación psicoanalítica propiamente dicha, que apunta a develar un segundo sentido reprimido. (Chiozza L., 1975).

3. Acerca de la transferencia-contratransferencia

Sabemos desde Klein (1952) acerca de la importancia que tiene el proceso de la transferencia con los niños, y que ésta configura una reedición de relaciones con imagos u objetos internos. La autora remarca la necesidad de reconocer la transferencia negativa, para comprender los niveles más profundos del psiquismo infantil, las angustias paranoides y depresivas provenientes de las fantasías tempranas y los impulsos destructivos.

Desde Racker (1969) sabemos que la transferencia y la resistencia son los elementos centrales del análisis y que la transferencia expresa tanto la resistencia como lo resistido.

La contratransferencia que se instala, de acuerdo con Freud (1910d), por el influjo que el paciente ejerce sobre el sentir inconciente del médico, proviene tanto de la identificación concordante con el yo del paciente, como de la identificación complementaria con los objetos internos (Racker H., 1969). Configura "la otra mitad" del campo en la que se libran las batallas por el

vencimiento de las resistencias, es decir las contrarresistencias (Racker, H. 1969).

L. Chiozza (1986) destaca que la transferencia-contratransferencia es un proceso unitario, que implica comprender los sentimientos de paciente y analista en función de un modelo de relación que surge de la historia infantil de cada uno de ellos [15]. Para el autor la transferencia, como teatro y como juego, es repetición y también creación, es decir, una reedición modificada.

A. Aberastury (1962) afirma que en el juego y los dibujos de los niños, se plasman vivencias transferenciales-contratransferenciales. Son símbolos que expresan un contenido manifiesto (resistencia) y encubren un contenido latente (resistido), cuya comprensión e interpretación es básica en el ejercicio terapéutico [16] [17].

El niño actualiza con el analista, impulsos, deseos, fantasías y defensas, recreando así en la transferencia-contratransferencia el modo de relacionarse con las personas significativas de su vida. Aunque entendemos que la transferencia trasciende la actividad lúdica e incluye todo lo que el niño "hace" y "dice" en una sesión, sus conflictos y sus resistencias suelen expresarse de acuerdo con las características de su edad.

Si bien la expresión lúdica puede ser equiparada al discurso verbal del paciente adulto, a partir de la experiencia nos parece posible pensar que la transferencia-contratransferencia que se desarrolla en el tratamiento de niños, tendría algunas particularidades afines a su "modo de ser". Recordamos que la estructura anímica de los niños, en comparación con la del adulto, se caracteriza por un menor desarrollo del proceso secundario y una mayor permeabilidad entre los sistemas conciente e inconciente.

M. Klein (1952) describe que los niños están más dominados por el inconciente y por los impulsos instintivos que los adultos. Señala que el dominio de lo inconciente tiene tanta importancia, que hace que para los niños sea innecesario excluir deliberadamente ideas concientes. La naturaleza

---

[15] Consideramos el término "historia infantil" , en un sentido amplio, es decir referido no sólo al período de la infancia sino también a la lactancia y la vida fetal (Aizenberg S. y Casali L., 1997).

[16] En *Aportaciones al psicoanálisis de niños* A. Aberastury (1962), ejemplifica el modo en el que un niño puede "relatar" a través de sus dibujos y juegos, la paralización o movilidad del campo dinámico de la situación analítica.

[17] No nos ocuparemos en esta presentación de las particularidades que afectan a la interpretación en el tratamiento con niños.

infantil los lleva naturalmente a repudiar o excluir aquello que no está de acuerdo con sus impulsos y en esto, agrega la autora, está incluida la "realidad" en un sentido amplio.

Freud (1900 a) ya señaló, para el caso del lenguaje de los sueños infantiles, que el niño no solo puede "percibir" inconcientemente, sino también expresar sus contenidos inconcientes de manera más directa, con menos "deformación" que el adulto. Agrega que el niño que juega "se comporta como un poeta", que despierta con frecuencia en la contratransferencia, sentimientos inherentes a una vivencia de conmoción estética (Freud S., 1908).

M. Klein (1974) también sostiene que el niño expresa sus fantasías, sus deseos y sus experiencias por medio de juegos, y que al actuar utiliza los mismos medios de expresión arcaico filogenéticos que es familiar para los sueños. La posibilidad del niño de expresar sus contenidos inconcientes de una manera más directa, menos deformada y atemperada, con una menor integración del proceso secundario, nos lleva a reflexionar acerca de la transferencia-contratransferencia en el análisis infantil[18].

A través de sus juegos, dibujos o expresiones corporales nos enfrentan con un mayor predominio de lo visual, lo sonoro y el movimiento. Por medio del lenguaje no verbal, expresan aquello para lo cual el lenguaje verbal parece ser, en ocasiones, insuficiente, es decir, aquello que no pueden "poner en palabras".

Sabemos que el lenguaje verbal funciona predominantemente de acuerdo con las leyes del proceso secundario y vehiculiza un mensaje sucesivo, que encadena los pensamientos en un orden temporal cronológico, para alcanzar una significancia (importancia del significado). Los lenguajes no verbales o icónicos, en cambio, parecen estar más regidos por el proceso primario y transmiten un mensaje simultáneo, que presenta los pensamientos al mismo tiempo, en una escena compleja que condensa la significación (Chiozza, 1978; Bateson, 1972).

En este sentido, podemos decir que en la actividad lúdica de los niños se recrean escenas, que pueden ser equiparadas a las imágenes de películas.

[18] La metáfora de una "barrera permeable", permite comprender la mayor posibilidad de conexión que tiene el niño con "sus" contenidos inconcientes, con los que "pertenecen" a los objetos significativos de su entorno vital y con aquellos que responden al "saber innato", producto de la experiencia filogenética heredada. (Aizenberg S. y Casali L., 1995)

Para la interpretación de las horas de juego con niños, hacemos extensivo aquello que L. Chiozza (1995) afirmara en reiteradas oportunidades, en relación a la forma más completa y coherente de psicoanalizar una película: suponer que se trata de un sueño, considerando a sus elementos como símbolos que expresan y trasmiten un contenido emocional primario.

Si bien el autor destaca que el proceso primario contiene una parte de proceso secundario y que al niño no le "falta" proceso secundario, sino la integración de éste en la conciencia, y que su disociación surge como producto de una defensa, también sabemos que el desarrollo del proceso secundario implica el logro de una evolución que le posibilita una mayor adecuación a la realidad (en el sentido del consenso adulto). El niño va adquiriendo dicha adecuación con su crecimiento, a expensas de adquirir rigidez y disminuir la flexibilidad típica de la infancia.[19]

Sabemos que la tendencia natural del niño a angustiarse conduce a momentos de transferencias masivas, que en algunas ocasiones son tan intensas que impiden la tarea analítica, pero también queremos destacar, que estas resistencias al mismo tiempo se manifiestan con un grado importante de variabilidad, es decir, con poca estereotipia en el empleo de sus mecanismos de defensa.[20]

L. Chiozza (1968; 1983) sostiene que el juego, la transferencia-contratransferencia, el teatro, el arte en general, etc., (falta poner proceso terciario?) amalgama el proceso secundario "lógico" con el proceso primario, "mágico"... y "salta" de una linea a la otra y en varios puntos a la vez, en un modo aparentemente caprichoso, que es "travieso" o lateral respecto del concepto. También menciona que no es casual que se denominen "travesuras" a ciertas conductas típicas de la infancia.

En este sentido, la cualidad del tipo de mensaje que nos transmite el niño y que intentamos describir, parecería corresponder, de acuerdo con las ideas de L. Chiozza (1968; 1983), a este modo diferente de pensar que denomina proceso terciario. Entendemos que el proceso terciario es un modo de pensamiento dentro del cual se integran los procesos primario y secundario,

[19] Para Chiozza (1970b) existe un superyó precoz, establecido en un período de desarrollo en el cual la debilidad del yo incipiente conduce a su disociación. Correspondería al "precipitado" en el mundo interno de las identificaciones primarias, y un superyó tardío, producto de las identificaciones secundarias que se configuran a partir de aquella parte del superyó precoz que no queda definitivamente disociado.

[20] Excluimos aquellos niños cuyo desarrollo afectivo, en la primera infancia, esta severamente afectado por disociaciones y fijaciones extremas.

que se manifiesta especialmente en la transferencia-contratransferencia como atribución de significado, y cuyos productos trascienden los límites del conocimiento racional.

La circunstancia de que el niño, sobre todo si es pequeño, se expresa con menor predominio del proceso secundario, nos lleva a reflexionar acerca de esta menor incidencia del proceso racional en la particular amalgama entre proceso primario y secundario. [21] (Chiozza L., 1968; 1983). Expresado en otros términos, podríamos decir que en el transcurso del tratamiento con niños, donde se escenifican como vivencias actuales los recuerdos reprimidos y el complejo de Edipo y sus derivados, *la transferencia-contratransferencia se desarrolla en un marco donde hay una menor integración del proceso secundario en la conciencia.*

Estas características, enfrentan habitualmente al analista con mensajes que aluden a la riqueza y a la complejidad del mundo inconciente de la infancia, y da lugar a ciertas vicisitudes analíticas que pueden afectar la identificación concordante con el niño.

Dado que la transferencia moviliza contenidos afectivos intensos entre paciente y analista, el desarrollo de la contratransferencia parece compartir características semejantes. En trabajos anteriores (Aizenberg S. y colab., 1992; 1993), decíamos que el tipo de organización pulsional que caracteriza la actividad sexual infantil y la menor represión del niño, junto al ritmo que imprime a su accionar - que el adulto muchas veces considera acelerado - otorga a la contratransferencia un "ritmo" particular.

Esta contratransferencia puede llevar a veces al analista a utilizar defensas como la intelectualización, la inhibición de su participación en el juego del niño o, por el contrario, puede inducirlo a una participación activa que obstruye muchas veces el análisis. La identificación concordante a veces se ve dificultada, porque enfrenta al analista con sus vínculos infantiles, con sus propios deseos y fantasías pregenitales reprimidas. En otras ocasiones, el analista se encuentra expuesto al riesgo de una excesiva identificación complementaria y puede, por ejemplo, identificado con una figura protectora, acceder a los pedidos de asistencia directa del paciente, en una actitud resistencial.

[21] Para L. Chiozza (1968; 1983) el juego, la transferencia-contratransferencia, el teatro, el arte en general, etc. configuran un modo de pensar que corresponde al proceso terciario, que amalgama el proceso secundario "lógico" con el proceso primario "mágico".

Afortunadamente, sostiene L. Chiozza (1968), nuestra capacidad de conocer no depende solamente del proceso secundario. Señala que mientras nuestro intelecto ejercita esa labor sometida a las leyes temporales, cuyo paradigma lo encontramos en el discurso verbal, sucesivo, nuestro proceso primario "juega" con otro tipo de facilitaciones, que ni son binarias ni son lógicas y que pueden ejemplificarse con la contemplación simultánea de un espacio visual complejo. Considera que tanto el proceso primario, "mágico", como el proceso secundario, "lógico", son modos de funcionamiento de la conciencia que intenta aprehender lo inconciente.

Menciona a Cesio, (1965) para quien al hacer concientes los contenidos inconcientes, el yo del analista se permeabiliza también a ciertas características propias del inconciente, como es la atemporalidad, la falta de contradicción, el proceso primario. Agrega que la conciencia que poseen los psicoanalistas del fenómeno transferencial-contratransferencial, es un conocimiento muy particular, que implica un desarrollo yoico específico de características poco comunes (Chiozza L., 1968).

3. Acerca de la compulsión de repetición en el juego y la transferencia

El impulso a jugar, característico de la infancia, entraña una compulsión a la repetición, movilizada por la ansiedad que siente el niño frente a la insatisfacción y las vivencias traumáticas (Freud, 1920).

El juego le brinda una oportunidad de elaborar, de procesar psíquicamente algo que lo afecta e impresiona sus sentidos, a la vez que obtiene placer por la descarga afectiva que le implica. Para Freud, en el juego infantil la compulsión de repetición y la satisfacción pulsional directa, parecen entrelazarse en intima comunidad.

En un trabajo anterior (Aizenberg S. y colab, 1993) recordábamos que el niño puede repetir activamente como juego aquello que lo afecta pasivamente, tratando de apoderarse y dominar de ese modo las vivencias desagradables.
Sabemos, de acuerdo con Freud (1920), que la transferencia se caracteriza por “repetir en lugar de recordar”, es decir, entraña una compulsión a la repetición que se instaura más allá del principio del placer (pág.21).

A través del juego, el niño tiene la oportunidad de volver una y otra vez sobre acciones conocidas, por medio de las cuales intenta ligar los sentimientos de

angustia, culpa, debilidad, desamparo, etc.. Podríamos decir que la repetición de comportamientos y juegos le permite sentirse más "seguro" en el camino de integrar vivencias y conformar su identidad.

El atractivo del niño por los cuentos infantiles, cuyos fantasías vehiculizan impulsos sádicos y masoquistas, la necesidad de mirarlos, escucharlos o leerlos una y otra vez, posibilitan la elaboración de estos contenidos, mientras va accediendo a un modo de funcionamiento más cercano al proceso secundario.

M. Klein (1953) destaca que cuando la angustia persecutoria, depresiva y los sentimientos de culpa disminuyen, disminuye también la necesidad de repetir más y más veces las experiencias vividas, y las modalidades primitivas de sentir se mantienen con "menos terquedad" .

Si consideramos que el niño suele estar más dominado que el adulto por los impulsos destructivos y por un Superyó sádico, debido a que su crecimiento va acompañado de un proceso de integración gradual; si pensamos que la compulsión a la repetición es una tendencia marcada en el niño, nos preguntamos ¿de qué modo podría afectar las identificaciones concordantes y complementarias del analista?

4. Psicoanálisis de niños aplicado

Junto a la técnica del psicoanálisis de niños y a partir de los desarrollos de A. Aberastury (1972), surgieron otras formas de psicoterapia analítica con fines y tiempos determinados.

Este enfoque derivó de otros modelos psicoterapéuticos, como el de grupo de padres y madres, que tenían como meta la elaboración de conflictos inconcientes que afectaban el desarrollo de sus hijos, y de la técnica combinada de grupos de odontopediatras, con la colaboración de analistas de niños y adultos.

La autora enumera una serie de motivos para dichas terapias: 1) Cuando un niño debe ser operado; 2) En casos agudos de un síntoma, como por ejemplo, un trastorno del sueño, 3) Cuando el paciente no acepta un tratamiento odontológico por ansiedades fóbicas; 4) Ante una enfermedad mortal del niño o de alguien próximo a él, y 5) Frente a situaciones familiares que se tornan patológicas, como en los casos de adopción, divorcio, mudanzas, migraciones,

nuevo casamiento de los padres, aparición de hermanos de otro matrimonio de los que no se había hablado previamente y viajes inesperados o prolongados de los padres. A estos motivos podemos agregar las dificultades de aprendizaje, que constituyen en la actualidad una razón frecuente de consulta [22]. Nos parece que las consultas con finalidad diagnóstica, también estarían inscriptas en este tipo de terapia analítica con fines determinados.

Las intervenciones, como ya mencionamos, consistían en focalizar la tarea en un objetivo definido y previamente determinado. Por ejemplo, frente a un acto quirúrgico, A. Aberastury (1972) señala que es necesario tener en cuenta que, además de los efectos traumáticos que puede ocasionar una operación, existen secuelas creadas por la anestesia general, y considera que un niño antes de ser operado debe conocer, con todo detalle, los diferentes pasos de la anestesia a usarse y una descripción aproximada de lo que va a experimentar.

Sostiene que este procedimiento disminuye la ansiedad del niño y aumenta su confianza en lo que se le ha esclarecido sobre la operación, y que ésta no será un engaño [23]. Crea entonces una técnica que, surgida del psicoanálisis de niños, puede ser aplicada y permite la profilaxis de algunos trastornos. Considera que las condiciones en las cuales se realiza un acto quirúrgico, pueden incrementar la angustia de castración tanto en los niños como en las niñas. Revisando el caso Juanito, encuentra que la amigdalectomía realizada cuando el niño tenía dos años y medio, había desencadenado conflictos psíquicos que Freud en su época no consideró.

Para A. Aberastury existe una estrecha relación entre la cirugía sufrida por el niño y la fobia que desarrolló más tarde. Menciona que en muchos historiales se relatan operaciones, pero no se estudia la vinculación entre los síntomas y el acto quirúrgico. Afirma que la técnica de preparación pre-quirúrgica, adaptada a una terapia breve, debía limitar las interpretaciones transferenciales debido a la falta de continuidad del tratamiento. La autora destaca que, además de hacer conciente las ansiedades inconcientes, es necesario tener en cuenta la disociación que hace el niño entre el cirujano y el psicoterapeuta.

[22] En la actualidad es frecuente la consulta por niños con trastornos de aprendizaje diagnosticados como el sindrome de ADD.

[23] A. Aberastury (1972) explicita los puntos en que difiere esta técnica del tratamiento analítico. El terapeuta entra en contacto con el equipo quirúrgico, quienes informan acerca del grado de enfermedad y el tipo de intervención por realizar, riesgos y pronósticos. Mantiene una entrevista con los padres a quienes solicita una historia clínica semejante a la de la iniciación de un tratamiento analítico.

Esta psicoterapia, que en principio parecía ser un método independiente del tratamiento psicoanalítico, pasó gradualmente a sustituir al mismo, a ser incluida como parte del tratamiento que el niño ya tiene, o a ser motivo manifiesto de solicitud de tratamiento. En la actualidad también es frecuente el pedido de tratamiento psicoanalítico con objetivos delimitados.

Si bien el modelo de trabajo de terapias con orientación definida, constituye un aporte de importancia para la asistencia de un niño en una situación de "urgencia", consideramos que es necesario diferenciarlo del proceso analítico, que llevamos a cabo en el camino de profundizar en las estructuras caracterológicas.

En este sentido pensamos que, frente a un acto quirúrgico o post-quirúrgico, por ejemplo, la información que el niño necesita recibir tendría que ser suministrada por profesionales que, preparados en esta tarea y compartiendo el pensamiento psicoanalítico, puedan participar en la elaboración de las ansiedades relacionadas con la intervención. Esta terapéutica puede ser equiparada a la asistencia psiquiátrica que recibe un paciente, independientemente de su tratamiento psicoanalítico.

Reparamos, entonces, que ocuparnos durante un análisis de las ansiedades específicas derivadas de un acto quirúrgico y de las complicaciones que pueden provenir de ella, entrarían en el marco de lo que denominamos psicoanálisis aplicado y, en ese sentido, desde el punto de vista psicoanalítico, consideramos que serían situaciones resistenciales al proceso analítico.

Para finalizar, queremos destacar el hecho compartido y sugerido por A. Aberastury (1972), acerca de la importancia del trabajo en colaboración con profesionales que se ocupan de la infancia, pediatras o cirujanos, etc., que suele llevarse a cabo, por ejemplo, a través de grupos de estudio o de ateneos de trabajo y que, en nuestro medio, fructificó en el desarrollo del Estudio Patobiográfico para niños.

A modo de síntesis

Hicimos un breve recorrido a través de la revisión de algunos aspectos de la teoría de la técnica y de la técnica del análisis de niños.

Nos ocupamos del encuadre y las entrevistas con los padres. Destacamos que los padres son aspectos disociados del yo del paciente y que los datos que ellos brindan durante las entrevistas o durante el tratamiento del niño, enriquecen la comprensión de la transferencia-contratransferencia con el paciente.

Aclaramos que si bien es necesario informar al niño acerca de las entrevistas con los padres, no siempre es necesario comunicarle el contenido de las mismas.

Señalamos que el niño, aún siendo muy pequeño, puede asumir la responsabilidad de su tratamiento, en el sentido de colaborar con el proceso de análisis.

Enfatizamos que el trastorno o la enfermedad del niño constituye la verdadera demanda de consulta.

Afirmamos que las entrevistas con los padres tienen como objetivo el establecimiento o restablecimiento de la transferencia positiva y el mantenimiento del encuadre con ellos y con el niño.

Nos ocupamos de las características del material en el análisis de niños y de la importancia de distinguir, entre las intervenciones verbales del analista, las que corresponden a una traducción del simbolismo lúdico, y las interpretaciones psicoanalíticas propiamente dichas, que apuntan a develar un segundo sentido reprimido.

Reflexionamos acerca de la transferencia-contratransferencia en el tratamiento con los niños, dado que ellos se expresan en un lenguaje con predominio del proceso primario y las vicisitudes contratransferenciales que esto conlleva.

Señalamos que la transferencia-contratransferencia se desarrolla en un marco donde hay menor integración del proceso secundario en la conciencia.

Nos referimos a la compulsión a la repetición y nos quedó como un interrogante de qué modo esta tendencia marcada en el niño podría afectar las identificaciones concordantes y complementarias del analista.

Finalmente, nos referimos a la necesidad de diferenciar las terapias con objetivos y tiempo determinados, que forman parte del psicoanálisis aplicado, del tratamiento psicoanalítico de niños propiamente dicho.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A. (1957) “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. A.P.A. N 1 y 2, Bs.As. 1957.
ABERASTURY, A. (1962) “La entrevista inicial con los padres”. En *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Bs.As. 1962
ABERASTURY, A. (1972) “Historia de una técnica: Preparación psicoterapéutica en cirugía”. En *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Editorial Paidós, Bs.As. 1972.
ABERASTURY, A. (1971) *Aportaciones al psicoanálisis de niños.* Editorial Paidós, Bs.As. 1984.
AIZENBERG, S. y colab. (1991,1992,1993) “El juego en el psicoanálisis de niños (primera, segunda y tercera comunicación)”. C.C.M.W. Bs.As. 1991, 1992, 1993.
AIZENBERG, S. y colab. (1994) “Algunas características de la transferencia-contratransferencia en el análisis de niños”. C.C.M.W. Simposio 1994.
AIZENBERG, S. y CASALI, L. (1995) “El material en el análisis de niños”. C.C.M.W. Simposio 1995.
AIZENBERG, S. y CASALI, L. (1995) “La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños”. C.C.M. W. Bs. As. 1995
CASALI, L. y MARTÍN, S.D. de (1970) “Algunas consideraciones acerca de la aparición de terceros en el tratamiento”. II Simposio 1970. C.C.M.W. Bs.As. 1995
BATESON G. (1972) Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Carlos Lohlé. Bs.As. 1976
CHIOZZA, G.: "El concepto de contratransferencia en la obra de Chiozza". Simposio 1998. Fundación Luis Chiozza, Bs.As. 1998.
CHIOZZA, L. y colab. (1966) “El uso del pensamiento lógico puesto al servicio de la contratrasferencia”. En *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Bibliloteca del C.C.M.W. Ed. Paidós, Bs.As. 1980
CHIOZZA, L. (1968) “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina”. *En Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Ed. Paidós, Bs.As. 1980
CHIOZZA, L. (1975b) “La interpretación del material”. En *Psicoanálisis: presente y futuro*. Ed. Del CIMP, Bs.As. 1983
CHIOZZA, L. y colab. (1975) “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos”. *En Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Alianza Editorial, Bs.As. 1995
CHIOZZA, L. (1977) Acerca del uso y el valor de la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico, *En Psicoanálisis: presente y futuro.* Ed. Del CIMP, Bs.As. 1983
CHIOZZA, L. (1983) “A manera de prólogo”. En *Psicoanálisis: presente y futuro.* Biblioteca del C.C.M.W. Ed. Del CIMP. Bs.As. 1983
CHIOZZA, L. (1986) “Acerca de cómo interpretar la transferencia”. XVII Simposio del C.I.M.P. Bs.As. 1986
CHIOZZA, L. (1994) Los fundamentos de la metahistoria psicoanalítica. Conferencia en el CCMW, Bs.As. 1994
CHIOZZA, L. (1995) *Seminarios del Instituto de Psicoanálisis Metahistórico*. C.C.M.W. Bs.As. 1995
CHIOZZA, L. y DAYEN, E. (1995) “El carácter y la enfermedad somática”. Luis Chiozza CD. In Context S.R.L. Bs.As. l996.

FREUD, S. (1900 a) *La interpretación de los sueños. Obras completa.* Amorrortu editores. Bs.As. 1979.
FREUD, S. (1908e) "El creador literario y el fantaseo". *Obras completas*. Amorrortu editores. Bs.As. 1979
FREUD, S. (1910d) "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica". *Obras completas*. Amorrortu editores. Bs.As. 1979
FREUD, S. (1920) *Más allá del principio de placer*. *Obras completas.* Amorrortu editores. Bs.As. 1979
FREUD, S. (1933 (1932)) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras completas.* Amorrortu editores. Bs.As. 1979.
KLEIN, M. (1927) "Simposio sobre análisis infantil". En *Contribuciones al psicoanálisis*. Ed. Hormé. Bs.As. 1964
KLEIN, M. (1932) "La personificación en el juego de los niños". En *Contribuciones al psicoanálisis*. Ed. Hormé. Bs.As. 1964
KLEIN, M. (1932) *El psicoanálisis de niños*. O.C. Tomo I. Ed. Paidós-Hormé. Bs.As. 1974
KLEIN, M. (1952) "Los orígenes de la transferencia". O.C. Vol. III. Ed. Paidós. Bs.As. 199l
KLEIN, M. (1961) *Relato del psicoanálisis de un niño*. Ed. Paidós. Bs.As. 196l.
RACKER, E. (1960) *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Ed. Paidós, Bs.As. 1964.
ROSMARYN, A. y colab. (1980) "La percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres". En *Eidón*. Ed. CIMP Paidós. Bs.As. 1980.
SIQUIER, M.L. y SALZBERG, B. (1995) "La difícil articulación padres-hijos en el psicoanálisis con niños". En *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños.* Lugar Editorial, Bs.As. 1995

La comprensión psicoanalítica de los bebés que se enferman

Lic. Silvana O. Aizenberg

Fundación Luis Chiozza

~ 25 de Agosto de 2006 ~

La comprensión psicoanalítica de los bebés que se enferman[1]

> *"Creo que, por un lado, fui muy ... desdichada, pero creo que ha sido una escuela extraordinaria para entender las diferencias, las incomprensiones de los seres que más se aman, que tendrían todo para amarse si pudieran comprenderse, respetarse tal y como son".*
>
> *Françoise Dolto* [2]

La teoría psicoanalítica de S. Freud, la teoría de la técnica adaptada a partir de M. Klein para el tratamiento de niños, los desarrollos de A. Aberastury sobre la infancia, las investigaciones de L. Chiozza acerca de las fantasías específicas de las enfermedades orgánicas, así como la realización de Estudios Patobiográficos de niños muy pequeños, realizados en el Centro de Consulta Médica Weizsäecker, nos brindan los conocimientos para reflexionar acerca de las motivaciones inconcientes de los bebés que se enferman.

Cuando nos preguntamos acerca de por qué se enferman los niños, no pensamos que exista un modo de enfermar que dependa de la edad del paciente. Partimos de la convicción según la cual la enfermedad orgánica constituye un modo de expresión que oculta y revela afectos inconcientes y que es el conocimiento psicoanalítico, el que ilumina la relación entre lo somático y lo psíquico. (Chiozza, L. (1976c [1974]). Entendemos que la enfermedad en la vida de un niño, del mismo modo como sucede en la vida de un adulto, surge como una solución que le permite expresar conflictos inconcientes y como un intento de comunicación que sólo puede hacer de esa manera.

En el caso del bebé y dado que el recién nacido es un ser en desarrollo y dependiente de la asistencia familiar, nos cuestionamos acerca de la singularidad que lo lleva a encarnar en un trastorno somático, no sólo los motivos específicos de su padecer inconciente, sino también los de las fantasías inconcientes de los padres.

Aunque sabemos que el adulto cuando enferma, también expresa y comparte fantasías inconcientes propias y familiares, en el caso del bebé nos surgen

[1] En este trabajo nos ocupamos exclusivamente de la comprensión psicoanalítica de las enfermedades somáticas en la temprana infancia.

[2] Tomado del libro Infancias de Françoise Dolto. Libros del Zorzal, Bs. As. 2006

interrogantes acerca del modo en que expresa sus fantasías y las de sus ascendientes, a través de un trastorno somático, considerando su corta experiencia de vida postnatal, las características de su aparato psíquico, su peculiar capacidad perceptiva y el desarrollo de sus identificaciones tempranas.

La experiencia clínica con bebés recién nacidos, que tienen un padecer orgánico, generalmente despierta la vivencia contratransferencial de estar frente a una situación penosa, que conmueve y moviliza el deseo de comprender, como si estuviéramos frente a la presencia de un "misterio" que incita a ser develado. Activa la necesidad de concebir, el modo en que el pequeño "se ingenia" para expresar, como ya dijimos, sus conflictos inconcientes que están, al mismo tiempo, ligados específicamente a los conflictos inconcientes de las personas de su entorno.

Nos preguntamos acerca del camino por el cual el niño asume aquello que "recibe" o se "le transmite" y que luego conserva a lo largo de su vida como un núcleo común, de pertenencia familiar.

Queremos profundizar, por ejemplo, en los aspectos que intervienen para que una beba de cuatro meses, nazca con una transposición de los grandes vasos, que le impide la adecuada oxigenación a sus tejidos y que desde el psicoanálisis interpretamos como expresión de afectos familiares compartidos, que giran en torno a vivencias de saturación en los vínculos, de encierro endogámico y de profunda desesperanza frente a la vida.

Freud, S. (1933 [1932]) remarcó la importancia que tienen los sucesos de los primeros años hasta el quinto, como plenos de significatividad. Descubrió la existencia de la sexualidad infantil, el complejo de Edipo y los conflictos tempranos que influyen de manera positiva o negativa en el desarrollo de un niño. Consideró que el influjo de los traumas infantiles, asociados a los aspectos pulsionales constitucionales de cada niño, constituyen la etiología para la contracción de neurosis.

Si bien compartimos la importancia que tiene en la vida de un niño, la relación entre su características personales y los acontecimientos que lo rodean, a partir de los desarrollos de Weizsäecker, V. y Chiozza, L. sabemos que la emergencia de un trastorno orgánico, no deriva de una causa traumática o de una versión histórico genética, atribuible a los sucesos que marcaron la vida del paciente, sino que consideramos que las alteraciones somáticas, son un desarrollo equivalente a la inhibición de afectos. Cuando un afecto queda sofocado, se desestructura la clave de innervación y es nuestra conciencia la que nos permite abordar el fenómeno, que se presenta a nuestra percepción, como psíquico o como somático. (Chiozza, 1998c [1976]).

El bebé

Consideramos al nacimiento como el desenlace de un proceso natural que marca el comienzo de un nuevo momento de integración al que denominamos post-natal. En este período se despliegan las relaciones que se establecieron durante la etapa fetal con los objetos "reales" y heredados.

Las diferentes evoluciones en la infancia, que marcan distintas disposiciones, capacidades y características libidinales, permiten clasificarla en períodos como la primera infancia, la latencia, la pubertad y la adolescencia. Hasta aproximadamente el año de edad, el niño es un bebé, dado que ese período se caracteriza por la lactancia materna[3].

En el momento del nacimiento, el infante "trae" historia y "hace" historia. Dispone de un bagaje constitucional que lo distingue y que irá desarrollando en contacto con las personas significativas de su vida, en el marco de sus experiencias vitales, que le ayuda a convertir sus posibilidades en capacidades. (S. Aizenberg, y colab. 1993).

Partimos de la idea de la existencia de un psiquismo temprano y de la noción de que un recién nacido es portador de emociones y conflictos complejos, que expresa no sólo a través de su movimientos, sus gorjeos, su sonrisa, su llanto y su crecimiento, sino también a través de sus perturbaciones en el desarrollo.[4]

Que un recién nacido no pueda contar con palabras lo que siente, lo que necesita o sus ansiedades, no quiere decir que no piense o que no sienta. La observación de su conducta, nos permite afirmar que antes del desarrollo del lenguaje hablado, sabe discernir sentimientos placenteros o displacenteros. Los bebés son receptivos, desde los primeros momentos de su vida a los sonidos y gestos, sobre todo de la madre, son capaces de seguir con la mirada aquello que les interesa e interactúan con el medio que los rodea. [5]

Un niño muy pequeño, nos muestra con naturalidad expresiones como la sorpresa o la alegría. Es capaz de sentir emociones como la gratitud, los celos, la envidia o la frustración. Recibe a través de lo visual, lo auditivo y otros

[3] Cuando nos referimos a la lactancia materna, aludimos tanto a la alimentación con el pecho materno, como a otras formas de alimentación por succión.

[4] En este trabajo no nos ocupamos de exponer los desarrollos psicoanalíticos, acerca de la vida pre-natal y de los puntos de fijación correspondientes a ese período de la vida.

[5] Una experiencia reciente con bebes de menos de seis meses, revelaba que se les mostraba fotografías de distintos animales que aparentemente resultaban muy parecidos y sin embargo, los pequeños reconocían a cada uno de ellos por el interés visual que les despertaban.

estímulos sensoriales, como ser tocado y abrazado, la información que lo va ayudando en gran medida a interpretar lo que lo rodea y a interesarse por las cosas, en función de sus habilidades o preferencias.

Distingue lo placentero porque calma su necesidad de contacto, de calor o de alimento, de aquello displacentero que lo deja indefenso, carente y que le provoca angustia. Proyecta lo que no le gusta, mientras siente que le pertenece todo lo que le gusta. Freud, S. (1911, 1937) afirma que el aparato psíquico, no tolera el displacer, tiene que defenderse de él a cualquier precio y si la percepción de la realidad trae displacer – destaca - la percepción tiene que ser sacrificada.

Para Chiozza, L.(2005a) "…el hombre primitivo y el niño muy pequeño construyen el mapa de su yo, lo que llamamos su *self,* siguiendo las leyes del pensamiento mágico, acordes con lo que el psicoanálisis considera el proceso primario, centrado en la condensación y el desplazamiento de la importancia. Es el *self* que Freud denominaba "yo de placer puro", porque incluye todo lo que le da placer y excluye lo que le disgusta".

La percepción del recién nacido tanto de los objetos, como de sus propias sensaciones es parcial, dado que su mundo se reduce en primera instancia, a lo que le interesa. Klein, M. (1936) al ocuparse de las primeras relaciones del niño con los objetos de la vida postnatal, señala que es primordialmente una relación con un objeto parcial, porque las pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas están dirigidas desde el principio de la vida hacia el pecho de la madre. Sin embargo, aclara, el neo-nato percibe ya sea en forma inconciente como conciente, objetos totales y distintos a él y se relaciona con aspectos parciales de esos objetos, que "sabe" enteros.

Para el bebé, durante los primeros meses de vida, las emociones son extremas y poderosas y los estados de integración son de corta duración. Sus intereses van cambiando rápidamente. "Salta" de una cosa a la otra, hace suyas cosas del mundo, mientras le adjudica a éste sus propias fantasías. "Une" y "desune", "arma" y "desarma" los contenidos de su mundo interno, del mismo modo como cuando siendo un poco más grande, arma y desarma empleando los elementos de sus juegos, como un intento de elaborar el proceso de integración psíquica.

Con el crecimiento, el bebé va reforzando la conciencia de sí mismo. El hecho de que tiene pocas experiencias y los adultos tienen que decidir por él, como determinar que es lo bueno o no para su vida, conduce a veces al malentendido de minimizar su capacidad perceptiva y a creer que su comportamiento es básicamente una mimetización de lo que puede captar de su alrededor. Sus

conductas y reacciones revelan en cambio, que ese pequeño ser posee capacidades en alguna medida inimaginables.[6]

El nacimiento, implica para el infante el enfrentamiento con un mundo nuevo, donde experimenta frío, hambre y manipuleo de los adultos y le despierta fantasías y vivencias de ser atacado.

Freud, S. (1905d), al ocuparse del psiquismo infantil, mencionó la angustia de nacer como el verdadero origen de la angustia que se configura como el arquetipo de las futuras situaciones de ansiedad y señaló que el niño nace con tendencias destructivas, junto con sus tendencias de amor, que su necesidad de destruir es muy intensa en las primeras etapas y que ésto es para él fuente de sufrimiento. Destaca, que el niño aparentemente desaprensivo e inocente lleva dentro una instancia psíquica severa, el superyó, introyección de las enseñanzas de sus padres, de sus rasgos de carácter, como también de la proyección de su propia agresión. Remarca que el conflicto, está presente en la vida psíquica del niño y que para salvaguardarse de sus impulsos, fantasías y la presión del superyó, desarrolla mecanismos de defensa que cumplen con el objetivo de escapar del sentimiento de angustia (Freud, S.1909; Klein, M. 1952) Afirmó, que en el niño pequeño coexisten actitudes afectivas ambivalentes hacia quienes lo rodean y que es en el proceso de desarrollo donde sobreviene una integración cada vez mas amplia de la personalidad. Es un proceso análogo, al que se da en la síntesis de todas las pulsiones sexuales en la organización genital más definitiva.

Para Klein, M. (1936) en el comienzo de la vida postnatal, el bebé experimenta ansiedades persecutorias, en la medida en que se siente expuesto a privaciones. Describe que el pecho que gratifica es amado y sentido como bueno y en la medida en que es fuente de frustración es odiado y sentido como malo. Esta marcada antítesis entre pecho bueno y malo, que durante los primeros meses de vida son totalmente distintos el uno del otro en la mente del lactante, se debe en gran parte a las características del Yo del niño.

Para la autora (Klein, M (1952)) el dominio de lo inconciente tiene tanta importancia, que hace que para los niños sea innecesario excluir ideas concientes. Destaca la existencia de defensas tempranas y subraya que la disociación, es la forma más primaria que dispone el bebé para defenderse y que al mismo tiempo constituye un proceso esencial para su vida. El grado en que el bebé recurre dichos procesos, aclara, le dejan impresiones y huellas indelebles que influyen vitalmente sobre el empleo de la represión y establece la disposición para el desarrollo de trastornos. (Klein, M. 1952)

[6] En psicoanálisis podemos hablar de un niño ya a partir del deseo de sus padres, tomando en cuenta sus fantasías. concientes e inconcientes acerca de él, sobre la gestación y el nacimiento.

A medida que el lactante adquiere mayor capacidad para tolerar la ansiedad, atempera sus mecanismos de defensa y aumenta su sentido de realidad. Corresponde al momento de la vida que Klein, M describe como el ingreso en la posición depresiva. Las experiencias de síntesis se van haciendo cada vez más frecuentes y duraderas. Disminuyen las emociones contrastantes hacia el objeto y disminuye también la ansiedad del bebé. Esto constituye según Klein, M (1936) una condición fundamental del desarrollo normal.

La evolución motriz e intelectual en la infancia, dependerán en gran medida de las fijaciones sucesivas de la libido sobre los objetos que están a su alcance. Su progreso tendrá por meta desprenderse de los primeros objetos encontrados y progresar hacia otros.

Desde el comienzo, se halla inserto en la trama edípica universal, a partir de la cual configurará su versión personal. Como protagonista de esta trama irá construyendo identificaciones que condicionarán su forma particular de ser y de enfermar. Mediante la introyección de los objetos va fortaleciendo su Yo.

El desarrollo de la genitalidad previa lo impulsa al lactante a investigar su propio cuerpo y el de los demás, como un intento de elaboración de sus pulsiones enlazadas con las vicisitudes edípicas. (Aberastury, A. 1984)

Su progreso, que va realizando en forma gradual, es lo que nos hace afirmar que al bebé se le impone una lógica que muchas veces el adulto no la comprende. Es una lógica adecuada exclusivamente a sus intereses en la que “todo cabe”. El adulto puede describir esta actitud como omnipotente, narcisista y egocéntrica, sus deseos como perversos, sus temores como infundados y sus angustias como exageradas, sin embargo para el pequeño, esa es su forma de ser. (Aizenberg, S. y colab 1995)

El niño vive su infancia y es el adulto quien la interpreta y es frecuente que tendamos a atribuirles motivos o sentimientos que son diferentes de los suyos. (Wallon, H. 1970) Si bien consideramos que el malentendido forma parte de toda convivencia humana y que uno puede entenderse con el “otro”, hasta el punto del malentendido que es inevitable, pensamos que los conflictos subyacentes a los vínculos paternos filiales, así como la particular manera que tiene el infante de sentir, percibir, pensar y relacionarse con el medio, impide muchas veces un adecuado entendimiento y comunicación.

Para Aberastury, A. (1984) el bebé no solamente sufre ansiedades desde su nacimiento, que surgen por la actuación de tendencias destructivas y conflictos internos que lo lleva a experimentar el ambiente exterior como hostil, sino que

también le afecta que el mundo de los adultos tiene dificultades para interpretar sus necesidades.

Sorprende la capacidad que tiene un lactante para percibir sus propios estados afectivos y los de sus padres y también sorprende el modo en que participa activamente en las características de los vínculos que establece. Por ejemplo, su buena evolución y la ausencia de dificultades serias que puedan perturbar su crianza, pueden ser interpretadas como expresión de bienestar y gratitud e influir favorablemente para atemperar los sentimientos de culpa de sus progenitores y disminuir sus inhibiciones, para ejercer de manera más eficaz las funciones maternas y paternas.

Los pequeños son receptivos de las palabras que captan ya en su vida pre-natal. Teniendo muy pocos meses pueden balbucear sonidos ininteligibles y ya alrededor de los diez meses comienzan a pronunciar alguna palabra en relación a lo que les interesa o necesitan. El aprendizaje de las palabras unido a su necesidad de comunicación, están relacionados con aquello que es de su interés, tal vez por eso el aprendizaje es más rápido cuando los adultos nombran objetos que el bebé ya había considerado interesantes.

Las distintas zonas erógenas, que actúan como “espacios” a través de los cuales el niño aprehende el mundo, marcan las características de lo percibido en cada momento evolutivo. En la fase de predominio de los impulsos orales, el niño jugando chupa, muerde y explora los objetos con la boca, descubre un mundo a través de ella. En su fantasía incorpora y aleja aquello que necesita en una repetición que lo alivia de la angustia que le desencadena su vivencia de desvalimiento.

Observar el juego de un bebe conmueve. Ya en el abrir y cerrar los ojos del recién nacido entendemos que hay actividad lúdica o en el juego de las escondidas, desapareciendo y apareciendo tras una sábana. Desde el psicoanálisis interpretamos que de ese modo, intenta elaborar ansiedades relacionadas con su nacimiento y con las experiencias de pérdida y recuperación de la madre.

Para Chiozza, L. (1963a; 1970i) el nacimiento es uno de los momentos que simboliza la insuficiencia para la materialización frente a la sobrecarga de estímulos traumáticos y para la adecuada integración de lo ideal y lo material. Sostiene que el niño al nacer posee un yo integrado, que va disociándose para enfrentar los estímulos que le impone la vida post-natal. Admite que (1970b) existe un superyó precoz, establecido en un período del desarrollo en el cual la debilidad del yo incipiente conduce a la disociación. Correspondería al “precipitado” en el mundo interno de las identificaciones primarias y el niño

desarrolla un superyó tardío, producto de las identificaciones secundarias que se configuran a partir de aquella parte del superyó precoz que no queda definitivamente disociado.

A medida que el bebé crece, las nociones de tiempo, espacio, objeto y causalidad se van conformando paulatinamente y su Yo más integrado se relaciona de manera más adecuada con el principio de realidad Su vivencia de sentirse único poseedor de los objetos que lo rodea y capaz de hacer todo lo que desea va cambiando y atraviesa por la elaboración de los celos, la envidia y el sentimiento de pérdida de dominio del objeto.

La circunstancia de que el niño posee una importante permeabilidad entre su conciente y su inconciente y el hecho de que se expresa con menor predominio del proceso secundario, nos permite afirmar que sus vivencias actuales, los recuerdos reprimidos, el complejo de Edipo y sus derivados, se desarrollan con una menor integración del proceso secundario en la conciencia. Sostenemos que el niño no carece de proceso secundario, sino que le falta la integración de éste en la conciencia, dado que la disociación entre proceso primario y secundario, surge como producto de una defensa. Va adquiriendo dicha integración con su crecimiento, a expensas de adquirir rigidez y disminuir la flexibilidad típica de la infancia.

Chiozza, L. (2005a) sostiene que el neonato durante la primera semana de vida extrauterina se encuentra entre dos tendencias, una ilusoria, representada por la idea de volver al interior de la madre y la otra acorde con la realidad, que implicará un proceso de duelo frente a la diferencia entre la madre umbilical y la nueva madre “pecho”. Cuando este proceso transcurre normalmente – destaca - el recién nacido “se salva”, se prende al pecho, aumenta de peso, duerme muchas horas y llora menos. Agrega que en los dos primeros meses de vida extrauterina, el infante reconoce a su madre como una totalidad y el intercambio de miradas de reconocimiento queda ligado a la sonrisa. Cuando el bebé sonríe, se siente gratificado y la madre desde el recuerdo inconciente que proviene de su infancia, sonríe sintiéndose agradecida. La mirada y la sonrisa inician un proceso de reconocimiento, que más tarde en la vida se buscará obtener mediante las palabras. Durante este proceso el bebé inaugura su sentimiento de existir como alguien, en la medida en que se siente mirado y encontrará en la sonrisa de la madre la convicción de ser aceptado.

Para el autor, un bebé recién nacido no esta invadido por sentimientos de culpa. El niño al nacer – dice – “ …es espontáneo y no tiene “dobleces””, aunque también afirma que no esta libre de experimentar ansiedades intensas, derivadas del instinto de muerte y que cuando un bebé enferma, está sometido a conflictos, que a veces están relacionados con sus sentimientos de culpa,

íntimamente relacionados con el proceso de sociabilización. Su carácter se va formando y conformando y junto con su crecimiento va desplegando los sentimientos de culpa originarios, como expresión de su vivencia de estar en falta. [7]

En síntesis, creemos que ya antes de nacer, el bebé es "dueño" de un aparato psíquico complejo que se va integrando en forma progresiva hasta alcanzar el nivel de maduración de un psiquismo adulto. Su desarrollo dibuja una línea que integra lo constitucional a lo adquirido, el Ello con el Yo, lo subjetivo a lo objetivo, el principio de placer al principio de realidad. .Con la represión el Yo más altamente organizado se divide con mayor eficacia frente a los pensamientos, impulsos y figuras terroríficas inconcientes. En este sentido, la evolución postnatal sintetiza e integra cada una de las instancias. Su vida anímica se complejiza. Todos los aprendizajes nuevos le permiten manejarse más adecuadamente, contemplando sus necesidades con las posibilidades, que parece ser el espacio del "ensanchamiento" de su conciencia y coincide con los adelantos evolutivos observables en su conducta. (Aizenberg, S. y colab 1993)

El bebé y sus padres

Sabemos que un niño mucho antes de nacer, forma parte de una compleja trama de emociones inconcientes, en la cual participa en mayor o menor grado toda la familia. Se desarrolla en el vínculo con las personas de su entorno, su enfermedad funciona como el fusible de un circuito eléctrico y constituye siempre el emergente de conflictos inconcientes que involucran a toda la familia. (Chiozza, L. y Aizenberg, S. 1992b)

"La investigación psicoanalítica de las enfermedades infantiles permite descubrir que, en todos los casos, las fantasías inconcientes del niño funciona como un "par complementario" con las fantasías inconcientes de los padres, que pueden ser consideradas como la otra cara de una misma moneda" (Chiozza, L. y colab. 1975)

Ya desde el embarazo, hallamos la presencia de diferentes expectativas que tienen los padres respecto a sus hijos. Sus fantasías "envuelven" la vida de los niños. Por ejemplo, nos encontramos frente a situaciones de hijos que son deseados producto del deseo genuino de los padres de unirse y mezclarse entre ellos y con otros no deseados que son el resultado de una mezcla biológica.[8]

[7] Comentario del Dr. Luis Chiozza en el seminario de Ejercicio teórico clínico de los días jueves en la Fundación Luis Chiozza. (La interpretación de sus palabras es responsabilidad personal)[7]
[8] Comentario del Dr. Luis Chiozza en el Seminario sobre La Clínica psicoanalítica, en la Fundación Luis Chiozza. (La interpretación de sus palabras es responsabilidad personal)

La observación y el estudio de la conducta de los recién nacidos, demostraron que todos, aún siendo muy pequeños, no sólo reciben la influencia de las fantasías inconcientes de las personas que forman parte de su mundo, sino que pueden crear, según su constitución, distintas imágenes de sus padres que provocan en ellos diferentes reacciones. Podemos decir que el niño recibe el impacto de la conducta de los mayores y reactúa sobre ellos mediante un tipo de "diálogo", cuyas "palabras" muchas veces, se construyen con las funciones del cuerpo. (Chiozza, L. y Aizenberg, S. 1992)

Carolina Eliacheff (1989) al ocuparse de la comprensión de las crisis que sufren los pequeños durante su desarrollo temprano, describe su aproximación terapéutica al mundo infantil, el modo en que se vincula con ellos, a través de la influencia esclarecedora que tiene la palabra hablada. Sostiene que es posible explicar a un bebé de pocas semanas de vida, que cada objeto tiene un lugar en el mundo y que también los seres humanos tienen un lugar en su historia, en su familia y en la sociedad; intentando de este modo que el recién nacido se adapte a sus circunstancias vitales.

Chiozza, L (2005a) describe la difícil situación que padece el niño idolatrado, sobre quien recae la misión de cumplir con la imagen ideal, transformándose a veces en un bien o en un objeto en manos de sus padres. El autor destaca que esta situación coincide a veces con el ser un hijo único, del cual los padres esperan que compense, como dice Freud cuando habla de "His Majesty the baby", el narcisismo herido de los padres.

Forma parte del vínculo entre padres e hijos, que estos últimos enfrenten a los padres con rasgos que ellos prefieren ignorar. Para Chiozza, L. (2005a) toda relación filial o en la que se ejerza una función paterna, nos muestra nuestra cara con rasgos sorprendentes que no siempre nos agradan. Se trata - aclara - de partes que negamos de nosotros mismos, que preferimos desconocer, porque nos enfrentan con un conflicto del cual nos sentimos responsables.

El niño puede expresar entre otras luchas inconcientes, la de tener que debatirse entre su propia percepción de lo que ocurre afectivamente entre los de su entorno y aquello que los padres, con una actitud encubridora conciente o inconcientemente, muchas veces muestran.

La existencia de fantasías y dramas de carácter universal, nos permite afirmar que existen argumentos típicos que forman parte de cada familia, que al mismo tiempo funcionan como mandatos, que configuran el destino. Se trata de un hilo argumental que continuamente pasa, de padres a hijos, en una historia que abarca siempre tres generaciones, las generaciones que han mantenido entre si

una convivencia más o menos concreta y que en distintas personas se repiten de un modo similar. (Chiozza, L. 1995a).

La unidad yoica de bebé, se va conformando junto con la continencia que recibe, que simboliza al mismo tiempo la presencia de figuras de identificación para el logro de una adecuada identidad. La carencia de "holding" afecta al niño, no solo porque no recibe los cuidados que necesita, sino también porque lo enfrenta con la ansiedad que le despierta su propia vivencia de desamparo y falta de contención, para hacerle frente a sus necesidades.

Para Ortega y Gasset, (1916) el niño es un detalle de la familia. Describe que "… en su menudo corazón se hallan condensadas las esencias de las domésticas tradiciones: en su memoria, aunque breve, es una tela sutil urdida con las impresiones familiares: su totalidad espiritual es un producto del sistema de ideas, aspiraciones y sentimientos que reina en el hogar paterno".

El bebe y "su" enfermedad

Diferentes investigaciones que se ocuparon del desarrollo y las características evolutivas en la primera infancia, describen la existencia de etapas definidas por las que atraviesan los niños. Gesell, A. (1940) por ejemplo, destaca que de acuerdo a cada edad los pequeños tienen diferentes reacciones y van adquiriendo posibilidades específicas. Demostró que cuando se les propone a un grupo de niño el mismo test, de semana en semana o de mes en mes, muestran cambios semejantes, rápidos y radicales. [9]

Sin embargo, cuando contemplamos la conducta de los bebés, cursando sus etapas de crecimiento, se nos hace evidente que cada uno tiene su particular forma de crecer, adaptarse y asimilar los estímulos de la vida post-natal, así como también su propia forma de enfermar. El nacimiento de hermanos mellizos o gemelos y sus desiguales adaptaciones a la vida, muestran con claridad que compartir circunstancias vitales, como la experiencia de nacimiento y crianza, no significa necesariamente tener una evolución semejante en el desarrollo.

Las crisis relacionadas con los conflictos en la primera infancia que dependen, como ya mencionamos, en gran medida de la posibilidad que tiene cada bebé de elaborar sus ansiedades y defenderse de aquellas vivencias que experimenta como una tormenta afectiva, pueden predisponerlo a expresarse a través de dolencias que se manifiestan como enfermedades orgánicas. Es necesario destacar que, por un lado los niños muy pequeños, poseen una sorprendente

[9] Gesell, A. (1940) se ocupó de estudiar las características evolutivas de los niños, relacionadas específicamente con el desarrollo de los procesos cognitivos.

flexibilidad para evolucionar favorable y rápidamente de sus afecciones, pero también que su modo de enfermar puede, a veces, convertirse en un compromiso vital e irreversible.

.

Desde la concepción y el nacimiento, el bebé se inscribe en un lenguaje, en un universo simbólico familiar y en su recorrido hacia el logro de su individuación, se empeña, en un proceso de selección y discriminación entre fantasías inconcientes personales y las que recibe, en primera instancia de sus progenitores. Para Gianotti, A. (1991) en este trabajo de selección y de diferenciación entre afectos y fantasías propias y de los padres, es como si el niño procediera a "reasumir" los primeros eventos emotivos compartidos con ellos y a expresarlos. Es un área intermedia, dice, de intersección entre el "dentro" del niño y el "fuera-dentro" de los padres, que determinará sus características creativas futuras, así como los recorridos anómalos hacia una patología.

Freud, S. (1937) destaca que no significa ninguna sobreestimación mística de la herencia, considerar verosímil que el Yo tenga ya establecidas las orientaciones del desarrollo, las tendencias y reacciones que sacará a la luz más tarde. La experiencia analítica, sostiene, ha impuesto la convicción de que las particularidades de las familias, razas o naciones, no poseen otra fuente que la transferencia heredada.

Chiozza, L. (2005a) al referirse al complejo de Edipo infantil clásico, que ha podido ser reprimido y que puede llegar a ser recordado porque se ha construido en el preconciente, afirma que éste se constituye en base a transferencias de contenidos prenatales, relativos a las experiencias filogenéticos, que han sido heredadas. Agrega que este último complejo de Edipo, no puede ser recordado y sólo podemos encontrar algunas de sus manifestaciones a través de los mitos y los sueños.

Para Chiozza, L. y colab (1997b [19995]) la adquisición de la identidad es un proceso dinámico en la vida. Describen que el psicoanálisis distingue dos tipos de identificaciones: las primarias y las secundarias. Las identificaciones primarias que son aquellas en las que se adoptan en forma directa las cualidades de los objetos inconcientes heredados, que son las identificaciones con las *imagos* heredadas de los padres y arquipadres; y las secundarias que son aquellas que se realizan a partir de vínculos con los objetos que por alguna circunstancia adquieren el valor de modelos. Las identificaciones secundarias – señalan - pueden modificar o reforzar las cualidades obtenidas por la identificación primaria y conforman el carácter del Yo.

Cuando nace un niño, no nos sorprende la frecuente actitud por parte de los adultos de querer encontrar semejanzas entre sus rasgos físicos y de comportamiento, con los de los miembros familiares. Se expresan en comentarios como: se parece a "tal o cual" persona o se mueve y reacciona de manera parecida a como lo hacen los de "ésta" o los de la "otra" rama familiar. Para Chiozza y colab., (1997b [1995]) aquello que desde la biología se describe como desarrollo del plan genético, es el conjunto entero de lo heredado, incluyendo la herencia de características generales que definen la identidad de especie, así como otras más particulares, como las que determinan la identidad de una raza, de un clan y de un linaje familiar.

La estructura anímica del niño, como dijimos anteriormente, a diferencia del adulto, se caracteriza por un menor desarrollo del proceso secundario y una mayor permeabilidad entre los sistemas conciente e inconciente. La metáfora de una "barrera permeable" permite describir la posibilidad que tiene de conectarse y trasmitir con poca deformación, sus "propios" contenidos inconcientes y los que "pertenecen" a sus objetos más significativos. (Aizenberg, S. y Casali L. 1995). El nivel de pensamiento y de conciencia relacionado con las etapas evolutivas por las que atraviesa, se caracteriza por una menor represión y por cierta inestabilidad de las defensas.

Aberastury, A. (1984) destaca que el niño aunque sea muy pequeño, percibe distintas situaciones del ambiente familiar que le han sido negadas; conflictos psíquicos, enfermedades orgánicas, embarazos, abortos, condiciones de nacimiento y muerte.

Para Rosmaryn, A y colab. (1980) el infante tiene la capacidad de percibir inconcientemente no sólo la existencia y características de la enfermedad orgánica de los padres, tal como lo señala Aberastury, sino también las fantasías implícitas en ella, constituyendo esto la base de presentes y futuras identificaciones que se expresarán luego como rasgo de carácter o trastornos somáticos de idéntico contenido.

Cuando nos preguntamos acerca de la "inteligencia" que le permite al bebé revelar a través de su enfermedad, fantasías inconcientes específicas y concordantes entre sus conflictos y los de las personas significativas de su entorno, partimos para la respuesta del reconocimiento de la capacidad simbólica del cuerpo y de la interpretación de la enfermedad como un símbolo que posee una cualidad de significación.

Para Chiozza, L. (1976c [1974]) las alteraciones somáticas, los síntomas, los gestos así como los sonidos vocales son expresión de contenidos psíquicos, que poseen un significado que permite categorizarlo como una forma de lenguaje y

que es la evidencia de una intención de significar. El autor sostiene que todo ser vivo, en tanto criatura, posee un "saber como" inconciente y que toda psiquis conforma un pensamiento en términos de historia.

En este sentido consideramos que así como admitimos la existencia de un "saber como" inconciente, que se expresa como lenguaje a través de una enfermedad somática, también podemos pensar que existe un "saber como" inconciente, que pone en contacto al niño con las fantasías inconcientes de sus padres y de generaciones anteriores y que el fenómeno somático que el niño encarna, es un trozo inseparable de su propia biografía y la de su entorno familiar.

Recordemos que para Freud, S.(1895) tanto la histeria como el lenguaje extraen sus materiales de una misma fuente inconciente y que el afecto puede ser equiparado a un ataque histérico universal y congénito, que en su origen filogenético fue un acto motor justificado, una reminiscencia que encuentra una justificación secundaria como fenómeno comunicativo. El autor sostiene que podemos comprender el sentido de los afectos que constituyen las emociones básicas del ser humano, como parte de conductas arcaicas universales y congénitas.

Nos planteamos si es adecuado hacer extensiva la mencionada cita de Freud, para afirmar que el bebé es una parte del "cuerpo familiar" que extrae tanto para su conformación y crecimiento normal, como para el desarrollo de sus patologías, los materiales de la misma fuente inconciente que el "organismo familiar". Dado que el niño se nutre emocionalmente, de las fantasías inconcientes de los padres, como de sus antepasados, entendemos que esto constituye un aporte para la organización y el sostén de su mundo interior.

Estamos llevados por una trama que no es conciente y cuando hablamos de "herencia", subraya Chiozza, L. (1995a [1986]) nos referimos tanto a la transmisión de información genética que la ciencia médica reconoce como vehiculizada por el ADN, como a la que Freud, S. (1939a) llamaba "herencia arcaica. Se corresponde, dice, con la idea de una "continuidad psíquica de las generaciones", que no proviene de la tradición oral, sino de la herencia del vivenciar colectivo de la humanidad.

Chiozza, L. (1981d [1983] siguiendo a diversos autores como Bateson, que afirma que las formas de los animales y las plantas son transformaciones de mensajes; que la embriología debe ser algo hecho de la sustancia de las historias y que debe haber pertinencia en cada paso de la filogenia y aún entre los pasos, en un proceso evolucionario que llega hasta el hombre, fundamenta y profundiza

en la capacidad simbólica del cuerpo, sobre la que recae la transferencia de determinadas fantasías inconcientes.

Pensamos que en el concierto de un mundo significativo, donde todo se puede leer en términos de lenguaje y donde cada paso es un eslabón en una cadena simbólica, podemos decir que la enfermedad de un bebé es una transformación material, un mensaje de fantasías, que trasciende lo individual, que habita en sus padres y viene habitando desde otras generaciones.

Chiozza, L. (1995 a [1986]) afirma que, así como decimos que un hombre se constituye con millones de átomos que se interrelacionan, que igualmente valido es decir que se constituye como un conjunto de historias que, como las cajas chinas, se contienen unas a otras interminablemente.

El tratamiento psicoanalítico de bebés

Las posibilidades de realizar un tratamiento psicoanalítico a un bebé, nos enfrenta, en primer lugar, con la dificultad que impone su falta de autonomía.

Para Aberastury, A. (1984) a partir del año de edad un niño puede comenzar un tratamiento psicoanalítico. Aunque la autora no desarrolla los fundamentos de la teoría de la técnica, que la lleva a establecer esa edad como adecuada para el comienzo de una terapia, consideramos que su afirmación depende del período de la infancia que se caracteriza por la adquisición de la dentición, la marcha y el lenguaje, que corresponde a una etapa en la que el niño adquiere una mayor independencia de la relación materna.

En nuestra experiencia clínica, no es frecuente realizar tratamientos psicoanalíticos, con pacientes menores de esas edad, que impliquen una frecuencia de sesiones semanales necesarias para llevar adelante el proceso de análisis, sin embargo consideramos que si fuera necesario y fuera solicitado por los padres o personas que tienen al niño a su cargo, éste sería posible de ser llevado a cabo. A pesar de las limitaciones, tanto en las posibilidades de desplazamiento motriz, como en las posibilidades de comunicación verbal que tiene el bebé, consideramos que es posible a partir de observar sus gestos, sus actitudes o sus comportamientos, obtener los contenidos que aportan para la comprensión de la transferencia-contratransferencia, que posibilitan el trabajo analítico.

Para Chiozza, L. (1998c [1976]) la esencia de la comunicación dice: "… debe hallarse contenida en aquellos elementos que son capaces de dar cuenta de modo

unívoco acerca de las características de esa relación. Son precisamente los elementos metacomunicativos y metalingüísticos (Bateson, G. 1954b, 1966), que se diferencian del empleo idiomático (Ducrot, O., y Todorov, T., 1974) de las palabras y abarcan el enorme campo de la mímica, el afecto, el gesto o el síntoma, los únicos que pueden dar cuenta de manera inequívoca acerca de esa relación que se perpetúa en el acto, el drama, el síntoma, el dibujo o el juego, con los cuales es muy difícil mentir."

Para el autor (1980f) la existencia de múltiples lenguajes en la comunicación, implica diferentes maneras de percibir, organizar y procesar la "realidad". Destaca que en el proceso analítico ambos se mezclan en la comunicación y que aquello que toma el camino de la palabra, tiene la misma fuente que lo que toma el camino del gesto y en esa diferencia de caminos también se expresa un significado inconciente.

En relación a la posibilidad terapéutica con niños muy pequeños, Klein, M. (1952) subrayó la idea de que la transferencia se configura como una re-edición de relaciones con imagos u objetos internos. En el psiquismo del bebé, sostiene, toda experiencia se entrelaza con sus fantasías Afirmó que en la situación transferencial el analista puede representar a la madre, al padre u otras personas que configuran el mundo de las relaciones objetales del paciente, o bien recibir la proyección de las partes disociadas del yo o de la estructura psíquica (ello, yo y superyó), que necesitan ser integradas.

Ya Freud, S. (1933 [1932] destacó que el niño es un objeto muy favorable para la terapia analítica y que los éxitos que logran desarrollar, generalmente son radicales y duraderos.

En nuestro Centro de Consulta Médica Weizsäecker, realizamos Estudios Patobiográficos a bebés, dado que el método es un diseño que posee un encuadre especial, que permite la inclusión activa de los padres a través de la anamnésis confeccionada para ellos y porque al mismo tiempo el procedimiento implica una intervención puntual, de duración determinada, que facilita la comprensión de las temáticas familiares inconcientes compartidas.

Chiozza, L. y colab. (1995 a [1975]) sostienen que: "Tener en cuenta la problemática inconciente de ambos padres, en su conjunto, co-determina la enfermedad del niño y las vicisitudes de su evolución y tratamiento. (…) Se trata de una vía especialmente valiosa, porque no siempre es fácil conmover una estructura familiar actuando únicamente sobre el psiquismo de un niño pequeño".

La posibilidad de interpretar a un bebe de días, a través de la palabra, va unido a la observación del pequeño. Cuando a partir de la elaboración de un Estudio patobiográfico realizamos la resignificación, sugerimos que el paciente se encuentre en brazos de alguno de sus padres, preferentemente de la madre. Esta modalidad de trabajo, se apoya en la convicción no sólo de que el lenguaje verbal moviliza intensos contenidos afectivos, que van más allá de la comprensión que el bebé pueda realizar del significado de las palabras, sino esencialmente, del conocimiento de que en el proceso transferencial-contratransferencial, la contratransferencia actúa antes que la interpretación, como sucede también cuando analizamos a un paciente adulto. [10]

Así como la transferencia actúa "preverbal" e inconcientemente sobre el analista, la contratransferencia actúa "preverbal" e inconcientemente sobre el paciente. En este sentido si la contratransferencia llega "antes" que la interpretación verbal hablada, debe ser necesariamente el agente terapéutico por excelencia. (Chiozza, L. 1998c [1976])

Cuando el analista comprende la interpretación, ésta es el producto de una mutación contratransferencial y esta mutación se transmite por medios que no son verbales e influye no solo en el bebé, sino también en su madre. Además de la contratransferencia con el bebé, se desarrolla la contratransferencia de la madre sobre el bebé, que también muta con la interpretación del analista, que a la vez actúa sobre el hijo.

Chiozza, L. remarcó que un niño tiene una relación con el padre, con la madre y una relación con el interjuego de ambos padres. El terapeuta frente a los padres experimenta una vivencia particular de estar frente a un ámbito de relación del niño que podemos apreciar cuando los padres están presentes. [11]

Si bien el contenido manifiesto que moviliza a los progenitores para una consulta, para realizar un Estudio Patobiográfico o para la solicitud de un tratamiento, puede diferir del motivo manifiesto que aduce el hijo o que interpretamos que forma parte de la inquietud del niño, sostenemos que esta diferencia es sólo aparente y que podemos encontrar, una identidad de significado en los motivos latentes de la misma. En este sentido podemos sostener que tanto los trastornos de conducta, como los síntomas o la enfermedad somática, constituyen en si mismos, verdaderas demandas, que movilizan el pedido de ayuda (Aizenberg, S. 2004).

[10] Comentario realizado en la presentación de la Mesa Redonda de Patobiografía de Niños, realizado en la Fundación Luis Chiozza, el 9 de junio de 2006.
[11] Participación del Dr. Luis Chiozza a la Mesa Redonda de Patobiografía de niños. Fundación Luis Chiozza, Agosto 2006. (La interpretación es responsabilidad personal).

En nuestra labor terapéutica intentamos hacer entrar en contacto al niño con su mundo interno. Cuando desarrollan sus posibilidades comunicativas mantienen un "canal abierto" que les facilita el cambio y el crecimiento. Entendemos que cuando un bebé se enferma ese canal se perturba, aunque también pensamos que el impulso natural a comunicar, lo lleva muchas veces a intensificar sus mensajes metacomunicativos, porque tiene necesidad de ser comprendido.

En una experiencia clínica con una beba de ocho meses, que sufría de otitis a repetición, interpretamos a la niña su tristeza, su irritación, su dolor y el deseo de no escuchar palabras hirientes para protegerse. Así como también hablamos con los padres acerca de sus dificultades matrimoniales y del rasgo que caracterizaba las relaciones entre ellos, ya que habitualmente se trataban con ironías, hiriéndose mutuamente. Pudimos hacer conciente, a través de la comprensión del material de análisis brindado por las horas de juego de la beba y de las entrevistas con los padres, que la actividad fundamental de la niña, consistía en esperar a su padres y escuchar con miedo que empezarán de nuevo a pelear. (Aizenberg, S. y Trincavelli, G. (198l)

Chiozza, L (2006). afirma que cuando interpretamos a un niño que su enojo oculta el miedo, por ejemplo, él se da cuenta de esto en la medida en que hace conciente también que su miedo no está unido exclusivamente a la situación que está viviendo en el presente, sino que percibe que ese miedo tiene que ver con algo que le pasó antes.[12] En este sentido pensamos que el niño, aún muy pequeño, es capaz de tener un insight analítico, en la medida en que va unido a una historia, porque el recuerdo que despertamos en él, es un fragmento histórico que tiene una secuencia temporal, que une pasado y presente.

[12] Participación del Dr. Luis Chiozza a la Mesa Redonda acerca del Estudio Patobiográfico de niños, en la Fundación Luis Chiozza, Agosto 2006.(La interpretación es responsabilidad personal)

SÍNTESIS

• Nos preguntamos acerca de la singularidad que lleva a un bebé a encarnar en un trastorno somático, no sólo los motivos específicos de su padecer inconciente, sino también las fantasías inconcientes de los padres. Intentamos profundizar en la comprensión psicoanalítica que esclarezca por qué caminos un niño de muy poca edad, puede expresar a través de su enfermedad, afectos específicos y compartidos con la familia.

• Planteamos que el bebé ya antes de nacer es "dueño" de un aparato psíquico complejo, que se va integrando en forma progresiva hasta alcanzar el nivel de maduración de un psiquismo adulto. Todos los aprendizaje nuevos, le permiten manejarse más adecuadamente, contemplando sus necesidades con las posibilidades y que este proceso parece ser el espacio del "ensanchamiento" de su conciencia.

• Destacamos que un niño mucho antes de nacer, forma parte de una compleja trama de emociones inconcientes, en la cual participa en mayor o menor grado toda la familia y que su enfermedad funciona como el fusible de un circuito eléctrico y constituye siempre el emergente de conflictos inconcientes que involucran a toda la familia.

• Consideramos que así como admitimos la existencia de un "saber como" inconciente, que se expresa como lenguaje a través de una enfermedad somática, que también podemos pensar que existe un "saber como" inconciente, que pone en contacto al niño con las fantasías inconcientes de sus padres y de generaciones anteriores.

• Pensamos que la enfermedad de un bebé, es una transformación material, un mensaje de fantasías, que trasciende lo individual que habita en sus padres y viene habitando desde otras generaciones.

• Sostenemos que, si bien no es frecuente realizar tratamientos analíticos con paciente menores de un año, que implique adecuarse a una frecuencia de sesiones semanales para llevar adelante el proceso de análisis, que podría ser llevado a cabo, si fuera necesario y fuera solicitado por los padres o personas que tienen al niño a su cargo. Realizamos, en cambio, Estudios Patobiográficos para bebés, dado que el método es un diseño que posee un encuadre especial, que incluye la participación activa de los padres y facilita particularmente la comprensión de temáticas familiares inconcientes compartidas.

.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, Arminda (1957) - 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 A.P.A. Nº 1-2 Bs. As. 1957

ABERASTURY, Arminda (1962) – La entrevista inicial con los padres. En Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños. Editorial Paidós, Bs. As. 1962

ABERASTURY, Arminda – La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva. En Aportaciones al psicoanálisis de niños. Editorial Paidós, Bs. As. 1984

ABERASTURY, Arminda - La fase genital previa. En Aportaciones al psicoanálisis de niños. Editorial Paidós, Bs. As. 1984

AIZENBERG, Silvana y TRINCAVELLI, Graciela – Acerca de una experiencia clínica con una beba de ocho meses. 12 Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. 198l.

AIZENBERG, Silvana; ARAUJO, Carmen; GARCÍA, Rubén; HERRERA VIDAL, Pedro; PICCO, Paula; STEINBERG, Paula – El juego en el psicoanálisis de niños (segunda comunicación) Centro de Consulta Médica Weizsäecker, 1992

AIZENBERG, Silvana, ARAUJO, Carmen; GARCÍA, Rubén; KARAMANIAN, Inés; PICCO, Paula; STEINBERG, Paula. – El juego en el psicoanálisis de niños (tercera comunicación). Centro de Consulta Médica Weizsäecker, 1993.

AIZENBERG, Silvana – Revisión de algunos aspectos de la técnica y la teoría de la técnica del psicoanálisis de niños. Fundación Luis Chiozza, 10 de Septiembre 2004.

AIZENBERG, Silvana, CASALI, Liliana, (1995) – El material en el análisis de niños. Simposio 1995 - 7mas Jornadas Científicas del Centro de Consulta Médica Weizsäecker. 1995

CHIOZZA, Luis (1963a) – Cuando la envidia es esperanza. (Historia de un tratamiento psicoanalítico) Alianza Editorial, Bs. As. 1998.

CHIOZZA, Luis (1970h [1978]) – El qué-hacer con el enfermo. En Hacia una teoría del arte sicoanalítico. Alianza Editorial, Bs. As. 1998

CHIOZZA, Luis (1970i [1978]) – Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina. En Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Ed. Paidós, Bs. As. 1980.

CHIOZZA, Luis (1974d) – La interpretación del material. En Psicoanálisis: presente y futuro. Ed. del CIMP, Bs. As. 1983

CHIOZZA, Luis (1976c [1974] – La transformación del afecto en lenguaje. En Cuerpo, afecto y lenguaje. Editorial Paidós, Bs. As. 1976.

CHIOZZA, Luis y colab. (1995a [1975]) – Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos. En Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Alianza Editorial, Bs. As. 1995

CHIOZZA, Luis (1974d) – La interpretación de la transferencia-contratransferencia. En Hacia una teoría del arte psicoanalítico. Alianza Editorial, Bs. As. 1998

CHIOZZA, Luis (1980f) Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia. En Psicoanálisis Presente y futuro. Biblioteca del CCMW, Bs. As. 1983.

CHIOZZA, Luis (1981d) – La capacidad simbólica de la estructura y el funcionamiento del cuerpo. En Psicoanálisis, presente y futuro. Ediciones CIMP. Bs. As. 1983

CHIOZZA, Luis (1983a) – A manera de prólogo. En Psicoanálisis: presente y futuro. Biblioteca del C.C.M.W. Ed. Del CIMP. Bs. As. 1983

CHIOZZA, Luis (1995a [1986]) – Por qué enfermamos. La historia que se oculta en el cuerpo. Alianza Editorial, Bs. As. 1986

CHIOZZA, Luis y Aizenberg, Silvana (1992b) – ¿Por qué se enferman los niños? – En Un lugar para el Encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Alianza Editorial, Bs. As. 1995.

CHIOZZA, Luis (1995s) – La conmovedora experiencia de resignificar una historia. En Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Alianza Editorial, Bs. As. 1995

CHIOZZA, Luis y colab (1997b [1995]) – El significado inconciente específico del SIDA. En del Afecto a la afección. Alianza Editorial. Bs. As. 1997

CHIOZZA, Luis (1998c [1976]) – Cuerpo, afecto y lenguaje, Alianza Editorial, Bs. As. 1998.

CHIOZZA, Luis (2005a) – Las cosas de la vida, Libros del Zorzal, Bs. As. 2005.

CHIOZZA, Luis (2006) – Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente. Fundación Chiozza, 30 de junio 2006.

DOLTO, Françoise – Infancias – Libros del Zorzal, Bs. As. 2006

ELIACHEFF, Caroline. – A corps et a cris. Etre psychanalyste avec les tout-petits. Editions Odile Jacob, París, 1989

FREUD, Sigmund (1905d) – Tres Ensayos de teoría sexual. En Obras Completas. Tomo VII, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980

FREUD, Sigmund (1909) – Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En Obras Completas. Tomo X, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980

FREUD, Sigmund (1911) – Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En Obras Completas. Tomo XII, Amorrortu Editores, Bs. As. 1982.

FREUD, Sigmund (1933 [1932] - 34ª Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. Tomo XXII Obras Completas, Amorrortu Editores, Bs. As. 1979

FREUD, Sigmund (1937) – Análisis terminable e interminable. Tomo XXIII, Obras Completas, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980

GESELL, Arnold (1940) – El niño de 1 a 4 años. Ed. Paidós Educador. Bs. As.1986

GIANNOTTI, Adriano. – Equilibrio y rotura del equilibrio en la relación entre las fantasías inconcientes de los padres y el desarrollo normal y patológico del niño. Conferencias Magistrales: "Vínculos tempranos y formación del self". Asociación para la observación de lactantes. Bs. As. 1991

KLEIN, Melanie (1932) – El psicoanálisis de niños. O. C. Tomo I. Ed. Paidós. Hormé. Bs. As. 1974

KLEIN, Melanie (1936) – Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En Desarrollos en psicoanálisis. Ediciones Hormé. S.A.E. Bs. As. 1967.

KLEIN, Melanie (1952) – Los orígenes de la transferencia. OC. Vol.III. Ed. Paidós. Bs. As. 199l.

KLEIN, Melanie (1936) - Observando la conducta de bebés. En Desarrollos en psicoanálisis. Ediciones Hormé. S.A.E. Bs. As. 1967

ORTEGA Y GASSET, J (1916) – El hombre individuo de la humanidad". Obras Completas. Tomo II, Editorial Taurus. Segunda Edición, España 2005.

ROSMARYN, Ada; AIZENBERG, Silvana; ARACAMA, Héctor; INI, Claudia G.; TRINCAVELLI, Graciela. – Percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres. Eidon. Revista del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. CIMP- Paidos, Año 7, N12, l980.

WALLON, Henri – La evolución psicológica del niño. Editorial Psique, Bs. As. 1970

WEIZSÄECKER, Victor von (1956) – Casos y problemas clínicos. Ed. Pubul, Barcelona 1950.

La evolución de los conflictos en la temprana infancia

Lic. Silvana O. Aizenberg

Fundación Luis Chiozza

9 de Noviembre de 2007

El niño

¡Como si en la infancia no estuvieran ocultas las raíces de toda la vida!
Alice Miller, (1985)

El crecimiento y la evolución que marcan distintas disposiciones, capacidades y características libidinales permiten clasificar la infancia en períodos como la temprana infancia, infancia, latencia, pubertad y adolescencia. [1] [2]

Consideramos temprana infancia a la etapa de la vida que se extiende desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente, estimando que un infante es bebé hasta el año, dado que ese período se caracteriza por la lactancia materna.[3]

Es durante los dos primeros años, que se suceden cambios fundamentales en la vida del niño y es durante el proceso de adaptación al medio que va afianzando su forma de ser, de relacionarse y enfermar. Es decir, consolida su carácter que sienta las bases del camino por el que transitará a lo largo de su vida.

Para Aberastury A. (1984) el período que comprende la segunda mitad del primer año y los comienzos del segundo llevan a la adquisición de logros continuos y a cambios tan significativos como la experiencia de nacimiento.

El comienzo de la vida post-natal implica, junto a la elaboración del trauma de nacer, la independencia en el intercambio respiratorio, la experiencia de alimentación con el pecho (o sustituto), la digestión, la adaptación a los cambios de temperatura, la prueba con diferentes percepciones táctiles. El desarrollo motriz que transcurre mientras el niño va adquiriendo capacidades como el sostener la cabeza, sentarse, gatear, ponerse de pie, caminar, emplear las manos para retener o desprenderse de los objetos. El

[1] De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española, la infancia es la edad del niño desde que nace hasta los siete años e infante es el que todavía no ha llegado a esa edad. (DRAE 1956)
[2] Consideramos temprana infancia el período que se extiende desde el nacimiento hasta los dos años, infancia desde los dos hasta los seis, latencia desde los siete hasta los nueve, pubertad desde los diez hasta los doce años y adolescencia a partir de los doce. Estos períodos son aproximados y dependen de la evolución de cada niño y del medio en el que se desarrolla.
[3] Cuando nos referimos a la lactancia materna, aludimos tanto a la alimentación con el pecho de la madre como a otras formas de alimentación por succión.

destete, que acompaña la dentición, el lenguaje hablado, el control de esfínteres, así como el enriquecimiento de las experiencias gestuales.

Las tendencias orales, anales y genitales actúan desde el mismo momento del nacimiento, (Klein M. 1936) así como la fase genital temprana, descripta por Aberastury A. (1984), que se abre camino predominantemente entre la fase oral y la anal. Estas zonas erógenas que actúan como "espacios" a través de los cuales el niño aprehende el mundo, marcan las características de lo percibido en cada momento evolutivo y marcan también las ansiedades que se movilizan. Por ejemplo, en la fase de predominio de los impulsos orales, el niño jugando chupa, muerde y explora los objetos con la boca, descubre un mundo a través de ella. En su fantasía incorpora y aleja aquello que necesita para atemperar la angustia que le desencadena su vivencia de desvalimiento. Con la dentición, experimenta que adquiere el instrumento "efector" de la agresión oral que moviliza al mismo tiempo sus ansiedades de castración. Puede confrontar cada día su capacidad de destruir con los dientes y esto incrementa sus ansiedades depresivas y paranoides. Durante la fase genital previa y la etapa del control de esfínteres se ponen en juego fantasías referidas a la pérdida y al dominio del objeto. El desarrollo del lenguaje, la locomoción y el aumento de la capacidad de manipuleo, refuerzan las ansiedades depresivas al mismo tiempo que permiten su elaboración.

Cada una de estas fases cursará con fijaciones de la libido sobre las etapas primarias y su progreso tendrá por meta la búsqueda de otros objetos para desplazar sobre ellos sus afectos y sus ansiedades. El niño en cada momento de cambio irá adquiriendo posibilidades específicas y tendrá diferentes reacciones, que derivarán o no en perturbaciones del crecimiento.

Klein M. (1956) se ocupó de la temprana vida emocional del niño, partiendo de la idea de que el estudio de los primeros años permite obtener conclusiones acerca de la vida adulta y del desarrollo de su neurosis. Remarcó la existencia de la ansiedad persecutoria que surge en el bebé como consecuencia del nacimiento y la función que cumplen las circunstancias externas en la relación inicial con el pecho. Para la autora, ya desde el comienzo de la vida post-natal, el niño atraviesa por diferentes estadios con sus correspondientes ansiedades y defensas en la medida en que se siente expuesto a privaciones.

El recién nacido en sus primeras semanas de vida está gobernado por el principio de placer, se identifica con todo lo placentero y disocia los estímulos dolorosos. Una vivencia interna de necesidad o tensión, la trata

como externa e interpreta lo placentero como parte de sí mismo y lo que le desagrada lo rechaza. La característica de su pensamiento le permite fantasear que lo tiene todo y sentir que ejerce dominio sobre lo que lo rodea, para evitar la vivencia de inermidad y desamparo. Se le impone una lógica que muchas veces el adulto no la comprende, es una lógica adecuada exclusivamente a sus intereses en la que "todo cabe" y que se puede describir como una actitud omnipotente, narcisista o egocéntrica.

A medida que adquiere mayor capacidad para tolerar la ansiedad, el bebé atempera sus mecanismos de defensa y aumenta su sentido de realidad. Mientras crece las nociones de tiempo, espacio, objeto y causalidad se van conformando paulatinamente y su Yo más integrado se relaciona de manera más adecuada. Corresponde al momento de la vida que Klein M. (1936) describe como el ingreso en la posición depresiva. Su vivencia de sentirse único poseedor de los objetos que lo rodea y capaz de hacer todo lo que desea va cambiando y atraviesa por la elaboración de los celos, la envidia y el sentimiento de pérdida de dominio del objeto, que representó en el momento de su nacimiento una vivencia de peligro generadora de angustia.[4]

Una de las ansiedades centrales para el infante, es la separación de todo aquello que le resulta agradable, de la presencia de las personas que quiere y que siente que lo sostienen. La respuesta de un bebé frente al hambre por ejemplo, se manifiesta generalmente como una reacción que involucra todo su cuerpo, grita, se retuerce, llora y patalea y de esa manera muestra su sensación de estar frente a una ansiedad abrumadora. A medida que evoluciona comienza a discriminar gradualmente las diferencias y los estímulos.[5]

Su vida se va complejizando. Por un lado, todos los aprendizajes nuevos que le permiten manejarse más adecuadamente contemplando las necesidades con las posibilidades de la realidad y por otro sus impulsos, sus fantasías inconcientes y las defensas que despliega frente a ellos. Caracteriza este último aspecto las leyes que rigen a los procesos inconcientes, el proceso primario. Es propio de la vida psíquica infantil que el proceso primario predomine sobre el secundario. El niño se va conectando con las cosas del mundo de modo parcial y fugaz, se ve obligado a asumir nuevas funciones que le posibilitan el desarrollo de capacidades que permanecían latentes.

[4] Para Chiozza L. (1963a; 1970i) el niño al nacer posee un Yo integrado que va disociándose para enfrentar los estímulos que le impone la vida post-natal, así como también es poseedor de un Superyó precoz.

[5] Las contracciones de hambre el niño las experimenta como agentes extraños dentro de sí, como fuerzas que muerden, carcomen por dentro, contra las que se siente indefenso

Sabemos que todo niño desde sus primeros momentos de vida tropieza con dificultades o perturbaciones y si bien en ocasiones puede enfermar gravemente, porque se enfrenta con la tramitación de excitaciones que muchas veces exceden sus posibilidades yoicas, su impulso vital así como la elaboración de sus ansiedades, le posibilita muchas veces la superación de sus conflictos. Describimos como neurosis, es decir que algo que anda mal en su desarrollo, cuando sus trastornos son frecuentes, perduran y perturban su crianza, así como también su relación con el entorno.

En este sentido, Klein M.(1936) describe que durante el primer año de vida surgen rasgos característicos de una neurosis, como las fobias tempranas que se manifiestan en dificultades en la alimentación, terrores nocturnos o miedo a los extraños y que promediando el segundo año, las tendencias obsesivas se colocan en primer plano, con rasgos obsesivos a través de rituales con la limpieza, para dormir y en una necesidad de repetir por ejemplo, el deseo de escuchar incansablemente el mismo cuento. Todos estos síntomas, sostiene la autora, forman parte del desarrollo normal del niño y aparecen y desaparecen a lo largo de la infancia. Considera que la neurosis infantil tiene por objetivo atemperar las ansiedades tempranas de naturaleza psicótica y constituye un requisito para el logro de la estabilidad mental. (Klein M. 1952c)

El criterio de normalidad o anormalidad atribuido a la conducta de un niño, dependerá de diferentes evaluaciones y sustentos teóricos, cuya importancia es fundamental porque determina el modo en el que el niño va a ser tratado.

La posición que adoptan los padres, frente a las dificultades de los hijos, generalmente no permite valorar adecuadamente la gravedad de un síntoma. Aberastury A. (1946) señala que es difícil que una madre advierta la importancia de la conducta pasiva de su hijo y que en cambio valore como grave una crisis de rabia o ansiedad que puede no ser grave e incluso, a veces, puede ser favorable en su desarrollo. La atención de los padres, agrega, suele centrarse en torno a las dificultades con la comida, en cambio trastornos en la convivencia como inhibiciones graves para jugar, pueden ser índices de una neurosis grave, aunque en muchos aspectos el niño progrese bien. Existe, para la autora, una mayor tolerancia para todos los síntomas con predominio de inhibición y una tolerancia menor para aquellos en los que predomina la descarga.

Sin embargo queremos señalar que más allá de la posibilidad de formular un diagnóstico acerca de un trastorno, síntoma o enfermedad, consideramos

que el niño a través de ellos así como a través de sus características físicas (talla, peso), sus gestos o sus enfermedades revela contenidos específicos inconcientes. Para Chiozza, L. (1976c [1974]) las alteraciones somáticas, los síntomas, los gestos así como los sonidos vocales poseen un significado que permite categorizarlo como una forma de lenguaje y que es la evidencia de la intención de significar.

Desde el psicoanálisis se habla de conflicto cuando se oponen exigencias internas contrarias; puede ser entre un deseo y una exigencia moral o entre dos sentimientos contradictorios. La noción de conflicto es constitutiva del ser humano y se halla presente desde el comienzo de la vida, formando parte de las perturbaciones que surgen durante la infancia.

El significado de la palabra conflicto alude a lo más recio de un combate, punto en el que aparece incierto el resultado de la pelea; combate y angustia del ánimo; apuro, situación desgraciada y de difícil salida. (DRAE, 1956)

Freud S. (1905d) al ocuparse del psiquismo infantil remarcó la importancia que tienen los sucesos de los primeros años como plenos de significatividad. Mencionó la angustia de nacer como el verdadero origen de la angustia, que se desprende del estado de desamparo del lactante y destacó que desde un comienzo el conflicto está presente en la vida psíquica del niño; sus impulsos y fantasías inevitablemente se enfrentan con un Super-yo temprano. El niño desarrolla mecanismos de defensa que cumplen con un objetivo común: escapar del sentimiento de angustia y la elaboración de la misma influirá positiva o negativamente en su desarrollo. (Freud S, 1909; Klein M. 1958).[6]

Klein M. (1958) al describir el psiquismo temprano plantea la existencia de mecanismos de defensa como la disociación, la proyección y la introyección y considera que la represión es un mecanismo eficaz en concordancia con un yo más integrado a los dos años.

Los desarrollos de Chiozza L. (1970i) acerca del psiquismo pre-natal y las fijaciones tempranas, conducen a plantear que la represión está presente desde el comienzo mismo de la vida y permite suponer que una división fundante del aparato psíquico tuvo lugar en esos momentos originarios. La existencia de un psiquismo temprano y de una trama edípica pre-natal, nos permite pensar en la presencia de disposiciones afectivas previas al

[6] Para Freud (1937) las represiones adquieren un carácter definitivo alrededor de los cinco años, cuando se produce el sepultamiento del complejo de Edipo.

nacimiento, que anteceden a los que se instalaran durante los primeros años de la infancia.

Consideramos que el nacimiento marca el comienzo de un nuevo momento de integración en el que se despliegan las relaciones que se establecieron durante la etapa fetal con los objetos "reales" y heredados. [7]

A partir de estas ideas queremos profundizar en la comprensión de algunos aspectos de la temprana vida post-natal, que implican junto a la materialización del crecimiento, el desarrollo de conflictos cuya evolución está íntimamente ligada al vínculo que el niño tiene con las personas significativas de su entorno. El modo en que elabora sus primeras experiencias, deja huellas indelebles en sus identificaciones e influye de manera decisiva en su carácter y en su modo de enfermar.

Consideramos que a partir de los dos años, aproximadamente, coincidiendo con el período del control de esfínteres que le posibilita al niño una mayor autonomía y simboliza un avance en el camino de su individuación, va consolidando características más estables y resistentes de su identidad. Si bien el primer año, con progresos como el destete, la dentición, la marcha y el lenguaje, constituye una etapa de progresos fundamentales en la evolución y en el desprendimiento, pensamos que es en el segundo, coincidiendo con el control de esfínteres, que representa el ejercicio voluntario de la función esfinteriana y el abandono de la envoltura de los pañales, símbolos de protección materna, que el infante inaugura un nuevo momento en la adquisición de sus identificaciones y en el establecimiento de sus fijaciones. [8] [9]

Durante el aprendizaje del control de esfínteres, tanto urinario como anal, siente que comienza a ejercer dominio sobre sus actos y sobre sus objetos. La sujeción de los esfínteres corrobora el uso de su voluntad conciente. Al referirse al control anal, Chiozza y colab. (1993 a [1991]) sostienen que el niño comienza a través de esa fase con un afán de autodeterminación y dominio, que se extenderá luego a los objetos que lo rodean, generándose la vivencia de una imaginaria autosuficiencia. El niño durante la fase anal siente que retiene o entrega según su propio deseo.[10]

---

[7] No nos ocuparemos en este trabajo de desarrollar los conceptos acerca del psiquismo temprano y la vida pre-natal. Consideramos que las bases del carácter se constituyen a partir de la gestación que materializa la herencia de ambos progenitores y sus ascendientes.

[8] Aberastury A. (1984) destaca que el control de esfínteres y el abandono de los pañales representan una situación ya vivida por el niño, cuando en el nacimiento se desprende de las membranas fetales.

[9] El caminar le permite al niño alejarse del objeto de amor, recuperarlo y encontrar otros nuevos. Significa desprenderse de la madre, ir hacia el padre, hacia el mundo externo y explorarlo.

[10] No nos ocupamos en este trabajo de describir las fantasías inconcientes correspondientes al funcionamiento urinario y al anal.

Si bien admitimos, como ya plantemos, que un niño pequeño es portador de emociones intensas y es capaz de emplear mecanismos de defensa fundamentales, también de acuerdo con Chiozza L. (1963 a; 1970i) pensamos que el recién nacido aunque no esta libre de experimentar ansiedades intensas derivadas del instinto de muerte, goza de un estado en el que todavía no está invadido por sentimientos de culpa. Podemos decir que el bebé es espontáneo y no tiene "dobleces", porque que en sus primeros momentos de vida, todavía no recibió la magnitud de la influencia anímica que le impone el entorno.[11]

Chiozza L. (2003) (pág.17) describe "… cuando observamos a un niño que crece en su primer año de vida, no puede dejar de conmovernos la transparencia de su mirada "inocente". Nos conmueve aun más comprobar que, durante la convivencia con sus allegados más íntimos, a veces poco a poco, y otras veces muy rápidamente, se introduce en su manera de ser la malicia, la desconfianza y la falsedad. Dado que junto con ellas se desarrollan los sentimientos de culpa concientes, no podemos menos que suponer que los estados de conciencia generados en lo que solemos llamar "influencia del medio" en la formación del carácter, operan como un "contagio" de "estilo" que abre la compuerta de la represión primaria, generando a partir de las disposiciones latentes a la culpa, los afectos y las conductas que denominamos "culposas".

Dolto F. (1997) reflexiona acerca del frecuente interrogante acerca de si un niño cuando nace es bueno o malo. Destaca que el niño no nace ni bueno ni malo, nace con necesidades de vivir y con una aspiración de ser y que es la vida que le impone pruebas muy precozmente.

La incomprensión de la vida infantil que solemos padecer, sostiene Ortega y Gasset (1916-1934) procede de que juzgamos los actos de los niños suponiendo a éstos sumergidos en el mismo medio que nosotros. Actuamos contra la niñez del niño, reduciendo cuanto se puede su manera de ser, su autenticidad.

El significado de la palabra infantil, define al período que se caracteriza por la inocencia, la candidez y la actitud inofensiva. (DRAE, 1956)

Es llamativa la atracción que ejercen sobre la mirada del mundo adulto, los niños desde bebes hasta sus dos primeros años, estimulando

[11] Al mismo tiempo que el niño experimenta ansiedades extremas, como cuando extraña a su madre y se comporta como si no fuera a verla nunca más, también tiene percepciones e imágenes discriminativas. (Isaacs Susan, 1943)

habitualmente el acercamiento y el contacto físico con ellos, el deseo de "tocarlos". Es posible que esta conmoción afectiva, no sea solamente una respuesta natural al impacto emocional que moviliza un nacimiento, sino posiblemente la depositación en el niño de aspectos ideales, dado que es portador de una experiencia filogenética y además tiene una riqueza instintiva, cuyos contenidos inconcientes en gran parte no han sido todavía reprimidos.

Los niños muy pequeños poseen una sorprendente flexibilidad para percibir sus estados anímicos, los de su medio ambiente y para evolucionar favorablemente, aunque también su modo de enfermar puede, a veces, convertirse en un compromiso vital e irreversible. Las crisis relacionadas con la primera infancia y el desarrollo de conflictos, dependen en gran medida de la posibilidad que tiene cada niño, ya desde bebe, para elaborar sus ansiedades y defenderse de aquellas vivencias que experimenta como una tormenta afectiva. La necesidad de reprimir vivencias traumáticas lo lleva a disociarse de todo aquello que le muestre su indefensión y puede conformar las bases para el establecimiento de sus fijaciones. La integración, en cambio, le permite realizar nuevos aprendizajes y adaptarse a la "realidad".

El pasaje gradual del pensamiento concreto al abstracto, propio de la primera infancia, no implica suponer en el niño una insuficiencia en su capacidad de simbolizar.

Aberastury A. (1984), al ocuparse de comprender las ansiedades que surgen en el niño relacionadas con la dentición, menciona especialmente la importancia del vínculo afectivo con los progenitores. El destete, dice, implica la necesidad de separarse de la madre y la necesidad de buscar nuevas formas de conexión con ella. Destaca que el pasaje de la madre al padre intermediado por la aparición de una fase genital temprana, le permite al infante la búsqueda de una nueva manera de rehacer el vínculo oral perdido y forma parte de los cambios trascendentales durante los dos primeros años de vida.

El desencuentro en la relación materno filial puede afectar la lactancia y el progreso hacia las siguientes etapas. La lactancia posibilita a la madre, entre otras vivencias, la de reparación de los primitivos sentimientos hostiles hacia su propia madre, si estos sentimientos no pueden ser elaborados adecuadamente, puede despertar en el niño la sensación persecutoria de ser él quien daña el vínculo. Al mismo tiempo sabemos que un bebé con intensas ansiedades paranoides, no estimula en su madre la capacidad de amamantar.

Durante la lactancia el infante puede experimentar que ésta es gratificante y estimula su bienestar y confianza o puede sentir que algo le hace mal adentro, que algo le duele. Los cólicos del recién nacido, pueden simbolizar aquello que el bebé no puede digerir ni asimilar. La angustia de los primeros meses, cuando es muy intensa, el niño la siente como un enorme desconcierto que le despierta un deseo regresivo, que interpretamos como el deseo de volver al período de la vida intrauterina.

Cuando el bebé se orienta hacia el padre, cierra el triángulo edípico, momento crucial en el desarrollo humano. La afirmación de que son necesarios un padre y una madre para que la evolución de un niño transcurra satisfactoriamente, es decir, la presencia de ambos modelos de identificación, es necesario ampliarla dado que no aludimos solamente a la presencia física del padre, madre o sustituto, sino que comprendemos que dichas funciones pueden ser ejercidas y transmitidas a partir de la adecuada integración femenino-masculino, en cada uno de los adultos que tienen a su cargo la crianza del niño.

Con el progreso en el lenguaje verbal, el mundo expresivo del niño se enriquece. Del balbuceo, el llanto y los gritos propios del primer año, va accediendo a la eficacia de la comunicación a través de la palabra hablada. En la experiencia clínica observamos que el impedimento para pronunciar adecuadamente algunas letras o la inhibición para hablar, en estos primeros años, son dificultades que pueden ser de carácter transitorio, en la elaboración y superación de conflictos.

Las frustraciones acumuladas estimulan en el niño el desarrollo de fantasías que incrementan su temor a no ser comprendido.

El niño sostiene Bettelheim B. (1978), necesita que se le de la oportunidad de comprenderse a si mismo en este mundo complejo con el que tiene que aprender a enfrentarse, precisamente porque su vida a menudo le desconcierta. (…) necesita extraer un sentido coherente del tumulto de sus sentimientos.

Los padres y el niño

"(…) para entender una vida, sea ella la que quiera, humana o animal, habrá que hacer antes el inventario de los objetos que integran su medio propio, o como yo prefiero decir, su paisaje".

J. Ortega y Gasset, (l916 -1934)

El niño desde pequeño es parte del "cuerpo familiar" y extrae tanto para su crecimiento "normal" como para el desarrollo de sus patologías, los materiales de la misma fuente inconciente que el "organismo familiar" y en el recorrido hacia el logro de su individuación, se empeña en un proceso de selección y discriminación entre fantasías personales y las que recibe, en primera instancia de sus progenitores. (Aizenberg, Silvana 2006)

Chiozza, L. (2005) al referirse a la temática que atañe a la concepción de un hijo, destaca que la palabra "concebir", alude al proceso por el cual el hijo existe previo a la fecundación en la mente de sus progenitores y que el deseo de engendrarlo, como ocurre con todo deseo, no está exento de ambivalencia.[12]

Cuando un niño enferma, pensamos que no solo está sometido a sus propias angustias y sentimientos de culpa, sino también a la influencia que ejerce sobre él el proceso de sociabilización que transcurre en el intercambio de la convivencia. Entendemos que el conflicto que se pone de manifiesto a través de sus trastornos, es una crisis en su vida y también es una crisis en la vida de sus familiares. El trabajo psicoanalítico describe la enorme importancia que tiene para el desarrollo las primeras relaciones objetales.

Cuando nos referimos al entorno infantil, concebimos que trasciende el ámbito de lo familiar. El niño comparte sus primeras experiencias de vida, con objetos parentales sustitutos, abuelos, guarderías o jardines de infantes y estos vínculos influyen decisivamente en su crecimiento. El proceso de adaptación aporta y enriquece al mundo infantil y en su trayecto también incorpora aspectos conflictivos del medio en el que se halla inserto. Para Chiozza L. (2003), la educación y la cultura configuran el estilo que filtra nuestros actos y que posibilita la comunicación de nuestros afectos.

[12] Chiozza L. (1995 a) destaca que en toda familia existe un hilo argumental que pasa de padres a hijos en una historia que abarca siempre tres generaciones; las generaciones que han mantenido entre si una convivencia más o menos concreta y que en distintas personas se repiten de un modo similar. Se trata de un conjunto de historias cuyo significado se despliega en el tiempo.

Los cambios actuales que implican cierta pérdida en la forma tradicional de la familia, así como también los avances en las distintas formas de procreación, nos enfrenta con formas de vínculos que llevan al replanteo de la existencia de una nueva organización.[13] No obstante consideramos, que más allá de la existencia o la denominación de una organización familiar tradicional, no parece concebible la idea de infancia y crecimiento sin figuras de identificación que transmitan hábitos y creencias, que representen autoridad y que le permitan al niño saber como comportarse en la vida.

La crisis de valores en el mundo actual, le dificulta al niño reconocer importancias y significados que lo ayuden en el proceso de crecimiento y que le faciliten sus identificaciones. Chiozza L. (2005) menciona que para un niño cuyos padres se divorciaron, por ejemplo, constituye una dificultad significativa elaborar esa situación, porque la discordia entre ellos suele crear en el hijo una discordia entre las partes de sí mismo. La importancia del tema lo lleva a afirmar que podemos encontrar en las enfermedades autoinmunitarias una expresión de este tipo de conflicto.

Para Aberastury A. (1984) el bebé no solamente sufre ansiedades desde su nacimiento, que lo lleva a experimentar el ambiente exterior como hostil, sino que también le afecta que el mundo de los adultos muchas veces tiene dificultades para interpretar sus necesidades.

El niño vive su infancia y es el adulto quien la interpreta y es frecuente que tendamos a atribuirles motivos o sentimientos que son diferentes que los suyos. Si bien consideramos que el malentendido forma parte de toda convivencia humana y que “uno” puede entenderse con el “otro” hasta el punto del malentendido que es inevitable, pensamos que los conflictos subyacentes a los vínculos paternos filiales, así como la particular manera que tiene el infante de sentir, percibir, pensar y relacionarse, impide muchas veces un adecuado entendimiento y comunicación.

El sufrimiento de un niño expresado a través de su llanto o de sus gestos, puede ser interpretado por los padres como un comportamiento inadecuado y la respuesta del niño, también puede ser inadecuada.

Consideramos que con el crecimiento, el bebé va reforzando la conciencia de sí mismo. Atraviesa, en sus primeros momentos, por el proceso de

[13] El Código Civil define a la familia como una organización que permite transmitir los bienes y articular derechos entre generaciones.

querer conciliar su propio sentir con el sentir de sus padres.[14] Entre otras luchas inherentes a su crecimiento, tiene la de debatirse entre su propia percepción de lo que ocurre afectivamente entre los de su alrededor y aquello que los padres, con una actitud encubridora conciente o inconcientemente, muchas veces intentan mostrar. Por un lado, el niño necesita identificarse y tomar de sus padres el modelo y las enseñanzas y por otro cuando su sentir no coincide con el de ellos se siente confundido y culpable.

Un recién nacido experimenta que su existencia depende de que consiga o no el afecto de sus padres y hará todo lo posible por no perderlo. Miller, A. (1985) destaca que un bebé desde el primer día pondrá en juego todas sus posibilidades, como una planta pequeña, que se vuelve hacia el sol para sobrevivir y que en ese camino intentará asumir la función que inconcientemente percibe que se le encomienda. Destaca la autora la asombrosa capacidad que tiene el niño para captar y responder inconcientemente a la necesidad de sus progenitores.

Si bien el pequeño "construye" las características de sus objetos de acuerdo con sus fantasías infantiles y su conformación le permite "captar" deseos inconcientes, conflictos y rasgos de carácter, al mismo tiempo no es menos acertada la idea complementaria de que sus representaciones concientes e inconcientes acerca de los padres coincide también con aspectos que ellos poseen como objetos de la realidad material. (Klein M. 1929)

También es necesario aclarar que: "Se suele decir, con cierta ironía, que el padre muchas veces se comporta según el principio "haz lo que yo digo y no lo que yo hago", pero es obvio que ese pensamiento no basta para descalificar la prescripción paterna. Hay veces en que la diferencia entre lo que el padre hace y lo que aconseja o prescribe proviene de las diferencias entre las funciones del padre y las funciones del hijo….." (Chiozza L. 2005a)

La noción de que un niño es un "emergente" del grupo familiar, junto con la idea de que percibe inconcientemente las fantasías inconcientes de los padres, constituye uno de los pilares del concepto acerca de una temática o fantasía familiar. Un contenido en común que puede expresarse en todos los integrantes del grupo familiar como síntoma neurótico, como rasgo de carácter o bien como enfermedad somática. (Aberastury A. 1962; Rosmaryn A. 1980, Chiozza L. y colab., 1975; Chiozza L y Dayen E 1995).

[14] Cuando en el trabajo hacemos referencia a los padres, no nos referimos solamente a los padres biológicos sino a las personas que cumplen con dicha función paterna.

Cuando vemos a un niño que refleja en la expresión de su rostro una intensa tristeza, no dudamos en interpretar que dicha tristeza, no solo revela su dificultad para elaborar ansiedades personales y hacer duelos, sino que es una manifestación de aspectos melancólicos familiares negados. Es en este sentido que afirmamos que el crecimiento de un niño es un trozo inseparable de su propia biografía y la de su familia.

Queremos destacar que cuando resaltamos la influencia que el medio ejerce sobre la infancia, deducimos que como en todo vínculo, el niño aporta con sus propias condiciones al ligamen familiar. Chiozza L (2005 a) sostiene que si bien no caben dudas acerca de la influencia que los padres ejercen sobre la manera de ser de los hijos, al punto que eligen el nombre con el que los llamaran toda la vida, tampoco cabe duda que los hijos "crean" a los padres que tienen. Afirma que la famosa "madre mala", que vive dentro del alma de un niño, es el producto del encuentro entre la madre y el hijo y que los padres son siempre el producto de una interrelación.

El nacimiento de un hijo impone demandas y al mismo tiempo los padres también depositan expectativas en el nuevo ser; tienen proyectos concientes e inconcientes que generalmente no se cumplen del modo como los proyectaron. La intolerancia frente al fracaso de las expectativas ideales, frente a la presencia de alguna dificultad o algún trastorno, que despierte el temor de no poder estar a la altura de la función a cumplir, genera tanto en los padres como en el niño intensos sentimientos de culpa.

Chiozza L. (2005 a) describe la difícil situación que padece el niño idolatrado, sobre quien recae la misión de cumplir con la imagen ideal, transformándose a veces en un bien o en un objeto en manos de sus padres y destaca que es importante comprender que en la infancia se prepara el conjunto completo de modos en que transcurrirá la relación paterno-filial, en el que se ponen en juego luchas afectivas inevitables.

En este intercambio afectivo, los padres esperan compensar, como sostiene Freud, el narcisismo herido a través de sus hijos. Durante la etapa de la temprana infancia, solemos ver que para la percepción de los progenitores sus hijos generalmente son hermosos, inteligentes y dotados de grandes virtudes y tienden a premiar sus esfuerzos antes o en lugar de premiar los resultados. A menudo, también sucede que la educación resalta las necesidades de los hijos y las disfraza, porque los padres desean que los niños las satisfagan de alguna manera. Simultáneamente el niño alimenta fantasías optativas de poseer padres muy potentes, que lo puedan aliviar de su sentimiento de desprotección y que lo liberen de todo apremio.

Aunque consideramos que la tendencia a idealizar forma parte de todo vínculo, la perduración de este aspecto durante la crianza genera tanto en el niño como en sus padres el temor a decepcionar al objeto, con la consiguiente amenaza de la pérdida del amor y la penosa sensación de estar en falta.

Los sentimientos de culpa, relacionados con la vivencia de fracaso frente a las expectativas ideales, puede conducir al niño a tener conductas desadaptadas. Chiozza L. (2005 a) menciona que frente a padres que se "desviven" para que los hijos progresen y para sentirse ellos padres ejemplares, lleva a veces a los hijos, por sentimientos intensos de culpa, a desarrollar conductas desadaptadas, con la finalidad inconciente de poder atribuir esa culpa a un problema menor.

La dificultad para duelar límites se manifiesta muchas veces en reacciones de enojo o rebeldía, que pueden entorpecer el crecimiento de un niño y constituyen respuestas emocionales antecedentes de lo que va a suceder más adelante en su vida.

La histórica desilusión infantil comienza a abrirse paso cuando el niño en consonancia con el enfrentamiento gradual de limites y frustraciones y el descubrimiento de que su conducta no siempre es recompensada, toma noticia de que los padres no pueden darle todo e ingresa en el desengaño de sí mismo y de los adultos.

Con sus logros y nuevos aprendizajes van logrando una independencia y una sensación de dominio, que por un lado los gratifica y los estimula. Es frecuente observar en el niño, manifestaciones de mucho bienestar que testimonian a través de una genuina sonrisa que ilumina su rostro, cuando se sienten posibilitados de acceder a nuevas experiencias, pero por otro también se sienten expuestos a cambios que les reavivan afectos y le generan nuevos conflictos en torno al temor a perder el sostén y el apoyo.

Chiozza, L (2007) destacó que el niño nace "sanamente" y se "enferma" en el camino. Al referirse al entusiasmo, por ejemplo, señala que éste nace como sano y se traiciona a si mismo en la convivencia. Cuando la oralidad de un niño es conflictiva, agrega, afecta su natural entusiasmo y lo concentra en un fin inadecuado.[15]

[15] Comentario del Dr. Chiozza L. al trabajo "Reflexiones en torno del entusiasmo" de la Lic. Dayen M. y Dayen E. en la Fundación Luis Chiozza. 31 de agosto de 2007 (La interpretación es responsabilidad personal)

El control de esfínteres, simboliza uno de los momentos decisivos en la vida del infante. Del mismo modo que cuando un niño comienza a caminar, aunque su progreso es estimulado, puede temer decepcionar a sus padres en la medida en que siente que con su alejamiento los puede apenar y no disponer de la presencia de ellos cuando los necesite; con el control esfinteriano que le despierta ansiedades y angustias particulares en torno a la posesión del objeto, el niño también puede sentir que su mayor independencia va a ser castigada con el abandono.

Los padres pueden experimentar los avances del hijo, como algo que los calma frente a las ansiedades persecutorias de no haber sido "buenos padres" y a su vez sufrir la individuación del hijo y su progreso como una pérdida dolorosa. Es frecuente que los padres transmitan la idea "sos mi hijo", confundiendo los logros de sus descendientes como si fueran propios, eludiendo la evidencia de la diferenciación que los enfrenta con el hecho de que el niño no es una prolongación de sí mismos. En la medida en que este proceso esta perturbado, porque su elaboración es dificultosa, impide establecer un vínculo en términos de poder dar lo que el otro necesita y cuando lo necesita.

Chiozza L. (2005 a) afirma que cuando los hijos crecen y otras personas influyen en la manera en que viven e incluso sostienen ideas o valores no compartidos, esto impone la realización de duelos. El sentimiento de dejar de ocupar el lugar central en sus vidas, aunque sean muy pequeños, dificulta la posibilidad de establecer distancias afectivas adecuadas y requiere para ello de la evolución familiar.

Dolto F. (1997) señala que "Querríamos siempre que nuestros hijos estuvieran satisfechos con la vida que les hemos dado, y con el modo de vida que llevan en nuestro hogar (…) cuando no sabemos como ayudarles, concluimos que hay mala intención (…) No es poco frecuente, dice la autora, que los padres puedan pensar que las dificultades que presenta el niño de crecimiento y de adaptación son injustificadas porque "lo tenía todo para ser feliz"

La identificación es el proceso mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste. El psicoanálisis considera la identificación como la más temprana manifestación de una ligazón afectiva con otra persona.

Consideramos que a partir de los dos años, coincidiendo con el control de esfínteres, que simboliza el desprendimiento, el niño al mismo tiempo que

va logrando una mayor separación de las personas que lo asisten, va reforzando sus identificaciones que asientan su modo de ser y las características de sus trastornos. A partir de la teoría psicoanalítica sabemos que un objeto perdido, es decir, una investidura de objeto es sustituida por una identificación y contribuye esencialmente a la conformación del carácter. Las primeras identificaciones, las de la temprana infancia sostiene Freud S. (1923 b) tendrán un carácter duradero.

En este sentido pensamos que el niño desde muy pequeño y durante el recorrido de sus dos primeros años con su disposición natural, va incorporando nuevas identificaciones a sus identificaciones primarias y que este proceso es de importancia fundamental coincidente con la etapa del control de esfínteres.

Chiozza, L. y colab (1997b [1995]) describen que la adquisición de la identidad es un proceso dinámico que distingue dos tipos de identificaciones: las primarias y las secundarias. Las primarias en las que se adoptan en forma directa las cualidades de los objetos inconcientes heredados de los padres y arquipadres y las secundarias que se realizan a partir de vínculos con los objetos que adquieren el valor de modelos. Destaca que las identificaciones secundarias pueden modificar o reforzar las cualidades obtenidas por las identificaciones primarias y conforman el carácter del Yo.

En este sentido, enfatizamos que la conducta de los padres es el modelo de toda identificación. La negación de la propia ambivalencia y de los conflictos, por parte de los progenitores los expone tanto a ellos como a los hijos a una vivencia de desconcierto y ansiedad. El modo, por ejemplo, en que los padres encaran las resignaciones o los fracasos en sus propias vidas, constituye un parámetro en el que el niño se apoyará. Los padres que estimulan a través de su propia conducta, la posibilidad de tener una vida instintiva ilimitada, la ilusión de que se puede vivir y no elegir o por el contrario, la inhibición para gozar, condicionan el terreno para una infancia infeliz. La experiencia psicoanalítica nos permite formular que los aspectos disociados o no integrados de los padres, son introyectados por el hijo.

La unidad yoica del bebe se va conformando junto con la continencia que recibe. La carencia de “holding” lo afecta, no solo porque no recibe los cuidados que necesita, sino también porque lo enfrenta con la ansiedad que le despierta su propia vivencia de desamparo y falta de contención, para hacerle frente a sus necesidades.

En el pequeño coexisten actitudes afectivas ambivalentes hacia quienes lo rodean y es en el proceso del desarrollo, donde puede sobrevenir una integración cada vez más amplia de su personalidad.[16]

El segundo año de vida encuentra al niño en condiciones motrices e intelectuales más definidas. Es la época en que demuestra sus capacidades y comienza a manifestar con mayor claridad sus propias necesidades e intereses. Por un lado, se niega a recibir aquello que siente como imposición desde los adultos y por otro, necesita de la asistencia paterna y de sus enseñazas. Quiere autoafirmarse y comienza a hacer uso de su oposición, no solo a través del lenguaje hablado sino también a través de sus reacciones; no admite fácilmente los límites y a veces se comporta como si no escuchara las advertencias de los mayores. Es la fase en la que el niño acompaña el "no sistemático" de los padres con su propia negativa.

Durante esta época los niños pueden desarrollar inhibiciones frente a las personas desconocidas, proyectando en ellas sus propios impulsos agresivos y también desplegar sentimientos de vergüenza. La vergüenza, que expresa la sobrecarga de la excitación genital infantil, constituye una defensa a través de la cual el niño trata de establecer una distancia adecuada, que atempere el contacto entre él y los adultos.

La observación cotidiana así como la experiencia clínica muestran que a medida que los niños crecen, la modalidad en la relación entre padres e hijos va cambiando sustancialmente. La actitud de ternura y tolerancia por parte de los progenitores, que predomina durante el período temprano, va trasladándose paulatinamente, hacia un trato impaciente de excesiva represión o de exagerado abandono, en algunos casos. Si bien sabemos que el enfrentamiento con las necesidades, la frustración y los límites, son experiencias fundantes porque preparan al niño para la vida y le facilitan ponerse en contacto con sus necesidades, pensamos que la modificación en el vínculo depende también de la interacción de los conflictos afectivos paterno-filiales.

Dichos conflictos dependen por un lado, de la angustia que impone elaborar tanto a los padres como al hijo, la superación del vínculo post-natal y por otro porque los niños con el desarrollo de su carácter, enfrentan a los padres con rasgos que ellos prefieren ignorar. Chiozza L. (2005 a)

[16] Klein M. (1936) describe que el pecho que gratifica es amado y sentido como bueno y en la medida en que es fuente de frustración es odiado y sentido como malo. La antítesis entre pecho bueno y malo, que durante los primeros meses de vida son totalmente distintos el uno del otro en la mente del niño se debe a las características del Yo del niño. Destaca que la disociación es la forma más primaria que dispone el bebé para defenderse y que al mismo tiempo constituye un proceso esencial para su vida.

señala que se trata de partes que los padres necesitan negar y que prefieren desconocer porque los enfrenta con un conflicto del cual se sienten responsables.

Mientras transita su crecimiento, el niño va enfrentando vivencias como los celos, la envidia, la rivalidad y la culpa, afectos que para Chiozza, L (2007) constituyen los cuatro gigantes del alma y que tienen, afirma, una influencia en nuestra vida más importante de la que solemos reconocer.[17]

Klein M. (1956) remarcó la importancia de la envidia y los celos como aspectos constitucionales. Sostiene que la envidia contribuye a las dificultades del infante en la estructuración de un objeto bueno, porque siente que la gratificación de la que fue privado ha quedado retenida en el pecho que lo frustró y que los celos, basados sobre la envidia, conciernen al amor que el niño siente que le es debido y que le ha sido quitado o esta en peligro de perderlo. Los sentimientos de culpa son prematuros y una de sus fuentes está ligada a la envidia al pecho y a su sentimiento de haberlo arruinado. Destaca la autora que los impulsos constructivos, que devienen en capacidad para el amor y la gratitud, puede resistir estados temporarios de envidia, celos y culpa.

Comprendemos que la envidia y los celos constitucionales del recién nacido, representan disposiciones que va desarrollando en un proceso de discriminación gradual y que expresa a través de diferentes manifestaciones a lo largo de su crecimiento.

La rivalidad entre el niño y sus progenitores encuentra su expresión en el complejo de Edipo. Para Freud, S (1909) dicho complejo cursa con intensidad emocional alrededor de los tres años, constituyendo la base nodular de las neurosis. Para Klein M. (1932) el niño se enfrenta con conflictos edípicos, a partir de los seis meses, junto con el ingreso en la etapa depresiva y el acercamiento al padre y para Aberastury, A (1984) dichos conflictos se encuentran presente desde el momento del nacimiento, ya que para el niño el contacto inicial con el padre tiene especial importancia para su desarrollo.

Chiozza L. (1977 b) profundiza y enriquece la teoría acerca de la temática edípica, dado que su concepción de un psiquismo pre-natal y fijaciones

[17] Chiozza, L. (2007) en sus seminarios de los días jueves de ejercicios teóricos-clínicos en la Fundación Luis Chiozza, en entrevistas periodísticas y conferencias describe la existencia de cuatro afectos, la rivalidad, los celos, la envidia y la culpa, como emociones básicas que forman parte de nuestro mundo interno y de los cuales no somos concientes.

tempranas, permiten sostener la existencia de fantasías relacionadas con el complejo de Edipo, ya desde el momento de la gestación. Sus desarrollos acerca del falso privilegio del padre, esclarecen y modifican el supuesto que ubica al niño en una situación de privación y frente a la vivencia de que el padre goza de un privilegio que a él le es prohibido.

Cuando un niño experimenta que sus deseos edípicos son intensos y generadores de conflicto, éstos pueden expresarse a través de diversos trastornos como por ejemplo las pesadillas, que a veces toman formas fantasmáticas. Las dificultades para dormir o el insomnio, que lo despierta y le quita la posibilidad de un descanso tranquilo, es una trastorno que revela la existencia de ansiedades edípicas profundas. El niño se siente culpable y esto constituye un peligro que se añade a lo que él imagina en lo que no ve. Sus impulsos hostiles y su agresividad pueden expresarse a través de fantasías en las que hay figuras como lobos, leones, ladrones de niños, etc. que amenazan con dañarlo, como representantes de la vivencia de castración. Con representaciones o fantasías opuestas, como la de ser héroes, seres fantásticos con poderes sobre-naturales, que suelen invadir el animo de los niños, intentan contrarrestar dicha vivencia de castración.

Si un pequeño se siente con menos culpa crece mejor. Chiozza L. suele destacar que un niño que ha sido abandonado puede sentirse menos culpable que otro cuyos padres mantienen con él un vínculo ambivalente. La depresión en la infancia, aparentemente sin causa externa, puede reflejarse en trastornos como el de tener poca vitalidad y poca disposición para el juego y estos síntomas pueden estar relacionados con la vivencia de fracaso en el intento del niño por complacer a quienes lo rodean.[18]

Chiozza L. (2005 a) sostiene que el hombre construye el mapa de su Yo, a partir de las leyes del pensamiento mágico, acordes con el proceso primario que corresponde al “Yo de placer puro”. Cuando aparece algún tipo de dificultad, surge una crisis respecto de la parte que consideraba propia. Ese Yo que era puro placer se siente ahora mutilado. Esta crisis que se refiere a los límites del Yo, que separan la potencia de la impotencia, corresponde al desarrollo del pensamiento acorde al proceso secundario, configurando el pensamiento lógico. Se sucede la adquisición del proceso terciario originado en la amalgama del proceso primario y secundario.

El sentimiento de mutilación del Yo que arranca al niño del espacio del placer puro, se encuentra en la base de los sentimientos de celos. El nacimiento de un hermano, que cuando se trata de un primer hijo rodea

[18] Comentario del Dr. Luis Chiozza, en seminarios y conferencias. (La interpretación del mismo es responsabilidad personal).

generalmente su segundo año de vida, afecta al niño en la creencia de su potencia y reactiva los celos y el sentimiento de sentirse insignificante en la vida de los padres. El temor de los pequeños a ser sustituidos y a perder el rol protagónico, es un drama afectivo que experimentan, cuando la lucha de envidia, celos y rivalidad se manifiesta entre hermanos.

Chiozza G. (2007) destaca que cuando los niños sienten que no están "a la altura" de las circunstancias, experimentan sentimientos de culpa muy intensos y la sensación de ser insuficientes que intensifica la fantasía de ser abandonados. En relación a la vivencia de celos menciona que el sentimiento de ser alguien especial para el objeto de amor es lo único capaz de mitigarlos.

El apuro por crecer, a través del empeño por acceder a logros como hablar o caminar prematuramente, se asienta en la ilusión de lograr a través de un crecimiento acelerado una nueva identidad más valiosa, que le asegure el amor y que le evite atravesar por el dolor de los celos. Chiozza G. (2007) destaca que el deseo de reprimir la vida infantil, con sus afectos, apurando los cambios, se debe al temor a que el crecimiento y las dificultades por las que el niño tiene que atravesar, le devuelva una imagen débil de él mismo.

Chiozza, L. (2005 a) destaca que suelen ser los celos habituales entre hermanos, los que conducen a que los hijos confundan ciertas preferencias parciales o transitorias por parte de los padres con la existencia de una situación que los condena a una condición segunda en el amor de ellos.

El fantaseo y la capacidad de juego, son los modos que el niño emplea para elaborar las ansiedades que necesita enfrentar en sus primeros años de vida. Cuando éstas, por su intensidad y por la índole de los conflictos, dificultan diferenciar el símbolo y el objeto simbolizado, trae aparejado no solo inhibiciones para jugar, actividad esencial en la vida de un niño, sino que puede perjudicar su aprendizaje y su crecimiento en general.

En síntesis

A partir de la descripción que realizamos de las vivencias tempranas infantiles y las vicisitudes afectivas que atraviesa el niño en la relación con sus padres, concluimos que nace con un bagaje constitucional que desarrolla en el intercambio con el entorno. Esto nos permite decir que trae "historia" y hace "historia".

Es portador de ansiedades y defensas intensas y aunque durante su evolución no desarrolla todas las disposiciones heredadas, en la convivencia y a partir de los conflictos inherentes a la misma, va asumiendo junto a sus identificaciones primaras otras nuevas, conformando su carácter y con él su modo de ser y de enfermar.

Sostenemos que un niño cuando nace, aunque no esta libre de experimentar ansiedades de muerte, goza de un estado de "transparencia" en el que todavía no está invadido por sentimientos de culpa. Si bien sabemos que perturbaciones y trastornos existen desde el comienzo de la vida, concebimos que es alrededor del segundo año, que va reafirmando su identidad a partir de los hábitos y costumbres adquiridos, pertenecientes a las características del modelo o "estilo" familiar.

Con la materialización de su crecimiento, el progreso en el proceso de sociabilización y el aprendizaje del control de esfínteres, el niño va elaborando sus propias ansiedades y conflictos, que están influidos y entramados con los conflictos afectivos concientes e inconcientes del medio en el que crece. Progresos como el destete, el caminar, el hablar y el control de esfínteres lo encaminan hacia el desprendimiento.

Destacamos que el control de esfínteres es un momento decisivo en la evolución, que implica el ejercicio voluntario de la función esfinteriana y el abandono de los pañales. Consideramos que en esta etapa el niño va afianzando sus logros y su sentimiento de dominio en torno a lo que lo rodea. La gratificación y el estimulo que acompaña su progreso, se asocia al duelo por la pérdida de los vínculos primarios y esto lo dispone a consolidar identificaciones paternas, cristalizando en su carácter núcleos estables y persistentes.

Un caso clínico

Queremos destacar, que si bien es cierto que muchos niños pequeños que sufren trastornos no son traídos por sus padres a la consulta, no es menos cierto que no vemos habitualmente niños sin dificultades manifiestas, en el consultorio. De todo modos, la experiencia clínica permite observar que la problemática que sostiene un síntoma, a veces transitorio durante los dos primeros años de vida, suele consolidarse después de esa edad.

Los padres de Mariano consultaron cuando él niño tenía un año y tres meses y posteriormente cuando tenía nueve.

Con la finalidad de mostrar la coincidencia de temáticas familiares entre los síntomas de un niño y las características de sus padres, describimos con Liliana Casali (Aizenberg, Silvana y Liliana Casali, (1995)) la primer consulta psicoanalítica, cuyo motivo manifiesto era que la crianza del pequeño transcurría dificultosamente porque no aceptaba limites.

Expusimos que en su hora de juego impresionaba el contraste entre su condición de niño pequeño que todavía usaba chupete y su actitud "arrolladora" y desbordante. Los padres habían relatado que se sentían superados por la hiperactividad y desobediencia de su hijo, por sus conductas desafiantes e impulsivas. Era un niño inmanejable, no obedecía y habitualmente se comportaba como si pensara que podía hacer todo lo que quería, pasando por encima de las posibilidades acordes con su edad.

Comprendimos a partir del análisis de sus horas de juego y de las entrevistas con los padres que el niño, con su comportamiento, intentaba evitar la vivencia penosa representada por la frustración de sus deseos edípicos "imposibles" y los afectos dolorosos que entrañaba el duelo por los deseos omnipotentes de poder y de "tener todo lo que uno quiere". Con su enojo y su actitud exasperada expresaba su necesidad de negar la existencia de los límites que sus posibilidades yoicas y las circunstancias le imponían. Aceptar esos límites significaban inconcientemente para él convertirse en un niño débil y poco querible.

Encontramos que esta dificultad de Mariano expresaba una temática familiar que era común a el y a los padres. La imposibilidad de admitir limites y adecuarse a las posibilidades "reales", se manifestaban en los reiterados fracasos laborales del padre, empeñado en "hacer andar" proyectos inviables y en la insatisfacción de la madre, que no podía conciliar sus propios deseos de progreso laboral con el cuidado de su marido y de su hijo. Les resultaba difícil contener y ubicar a Mariano porque, inconcientemente, cumplían a través de él sus propios deseos y aunque se quejaban porque padecían con su conducta, también los complacía verlo sin miedo, con la actitud de alguien a quien "no lo para nadie" en el intento de lograr sus propósitos.

Cuando Mariano tenía nueve años los padres deciden realizar una nueva consulta. El niño, en esta ocasión, tenía dificultades de aprendizaje (escribía mal, se salteaba las hojas de su cuaderno y no cumplía con las tareas escolares), quería hacer todo rápido y mentía. Tenía problemas en el vínculo con sus amigos, se lo veía triste, angustiado y se quejaba frecuentemente de dolor de cabeza.

En este encuentro el paciente, así como hizo cuando era un niño pequeño, nos expuso al contraste entre la presencia de un niño inteligente, vivaz y conectado y un niño con serias dificultades escolares, sociales, desórdenes de adaptación y cefaleas. Estimulaba con su comportamiento un clima de mucho malestar en la convivencia familiar.

Pudimos ver que su necesidad de sentirse potente y manejarse “como si pudiera”, era un rasgo de su carácter que se fue afirmando y consolidando. Rechazaba las enseñanzas y los limites escolares como si no los necesitara para seguir creciendo y como si pudiera hacer todo del modo como él quería... Con sus mentiras intentaba pasar por encima de las restricciones que le imponía la realidad, tratando de sostener una imagen frente a sí mismo y frente a los otros, que lo dejara más conforme en su intento de cumplir con expectativas ideales. Aunque con manifestaciones diferentes, Mariano estaba atrapado por el mismo drama que motivo la consulta cuando era muy pequeño: el intento de evitar los afectos dolorosos del duelo por sus deseos omnipotentes y por la frustración de sus ambiciones edípicas “imposibles”, dilemas que posiblemente quedaban también expresados en su dolores de cabeza.

A través de sus dibujos, durante su hora de juego, expresó algunos aspectos de su conflicto afectivo. Dibujó una bandera colocada en un ámbito escolar y en su paño escribió “Comité Olímpico Argentino”, mostrando de ese modo su vivencia de que la tarea de aprendizaje la experimentaba como una competencia de intensa rivalidad y con anhelos de triunfo, que le impedían avenirse adecuadamente a las consignas escolares. De este modo expresaba su reiterada necesidad de destacarse y sus antiguos temores de convertirse en un niño débil y poco querible si fracasaba. Dibujó un avión del cual habían saltado cuatro paracaidistas (el mismo número de personas que correspondía a los miembros de su familia), simbolizando probablemente con esa imagen, su fantasía de curación propia y familiar. El descenso de los paracaidistas, tal vez representaba su percepción de que para mejorar, necesitaba renunciar a ciertos comportamientos que estaban dirigidos a sostener la omnipotencia (representada por el avión en vuelo) y también el deseo de que la caída, aceptando limites y adecuándose a las posibilidades “reales”, fuera suave y sin daño.

La imposibilidad de tolerar los límites a los que lo exponía el contacto con sus compañeros, lo conducían al aislamiento y a la soledad, y con su angustia y su tristeza revelaba que su crecimiento y su progreso escolar estaban seriamente comprometidos.

Si bien el ingreso a la pubertad y la permanente amenaza de separación de sus padres, representaban situaciones que incrementaban sus temores y sus conflictos actuales, queremos destacar que la temática inconciente que compartía con sus padres y que Mariano ya puso de manifiesto a través de sus desordenes de comportamiento cuando apenas tenía un año, se fue afirmando y reforzando como una modalidad de su carácter, como un núcleo estable y persistente.

BIBLIOGRAFÍA

AIZENBERG, Silvana y CASALI Liliana – La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños. Fundación Chiozza, Bs. As. 1997

AIZENBERG, Silvana - La comprensión psicoanalítica de los bebés que se enferman. Fundación Luis Chiozza. 25 de agosto de 2006

ABERASTURY, Arminda – *El niño y sus juegos*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1968

ABERASTURY, Arminda (1946) – Indicaciones para el tratamiento analítico de niños. Un caso clínico. En *Aportaciones al psicoanálisis de niños.* Editorial Paidós, Bs. As. 1984

ABERASTURY, Arminda (1962) – *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Ed. Paidós. Bs. As. 1962

ABERASTURY, Arminda - La fase genital previa. En *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Bs. As. 1984

ABERASTURY, Arminda - La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva. En *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Bs. As. 1984

ABERASTURY, Arminda (1946) – Indicaciones para el tratamiento analítico de niños, un caso clínico. En *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Bs. As. 1984.

BETTELHEIM, Bruno (1978) – *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Editorial Crítica. Grupo editorial Grijalbo, Barcelona, 1978

CHIOZZA, Gustavo – Comentario introductoria al debate de la película Toy Story 2. En el ciclo de cine y psicoanálisis de la Fundación Chiozza, julio 2007.

CHIOZZA, Luis (1963 a) – *Cuando la envidia es esperanza*. (Historia de un tratamiento psicoanalítico. Alianza Editorial, Bs. As. 1998

CHIOZZA, Luis (1970i [1978]) – Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina. En *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Ed. Paidós, Bs. As. 1980

CHIOZZA, Luis (1976c [1974]) – La transformación del afecto en lenguaje. En *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Editorial Paidós, Bs. As. l976

CHIOZZA, Luis (1975) – La interpretación del material. E n *Psicoanálisis: presente y futuro*. Biblioteca del C.C.M.W. Ed. Del C.I.M.P. Bs. As. 1983

CHIOZZA, Luis (1977b) – El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo. En *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer.* Ed. Paidós. Bs. As. 1978

CHIOZZA, Luis y GRUS Ricardo (1993 a (1992) – Psicoanálisis de los trastornos urinarios. En *Los sentimientos ocultos en.…* Alianza Editorial. Bs. As.1993

CHIOZZA, Luis y DAYEN, E. (1995) – El carácter y la enfermedad somática. Luis Chiozza CD. In Context S. R. L. Bs. As. 1996

CHIOZZA, Luis y colab (1997b [1995]) – El significado inconciente especifico del SIDA. En *Del afecto a la afección*. Alianza Editorial. Bs. As. 1997

CHIOZZA, Luis (2003) – El valor afectivo. Fundación Luis Chiozza 12 de diciembre de 2003.

CHIOZZA, Luis (2005 a) – *Las cosas de la vida*. Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005

CHIOZZA, Luis (1995 a) – La conmovedora experiencia de resignificar una historia. En *Un lugar para el Encuentro entre Medicina y Psicoanálisis.* Alianza Editorial, Bs. As. 1995

Diccionario de la Lengua Española – Real Academia Española, Ed. Espasa Calpe, Madrid, España 1956

DOLTO Françoise (1947) – *Trastornos en la infancia. Reflexiones sobre los problemas psicológicos y emocionales más comunes*. Ediciones Paidós, Bs. As. 1997

FREUD, Sigmund (1905d) – Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*. Tomo VII, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980

FREUD, Sigmund (1909) – Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En *Obras Completas*. Tomo X, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980

FREUD, Sigmund (1923b) – El yo y el ello. En *Obras Completas*. Tomo XIX, Amorrortu Editores, Bs. As. 19080

FREUD, Sigmund (1933 [1932]) – 34ª Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. Tomo XXII En *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Bs. As. 1979

FREUD, Sigmund (1937) – Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas*. tomo XXIII. Amorrortu Editores, Bs. As. l980

ISAACS, Susan (1943) – Naturaleza y función de la fantasía. En *Desarrollos en psicoanálisis*. Ediciones Hormé S. A. E. Bs. As. 1967

KLEIN, M. (1929) – La personificación en el juego de los niños. En *Contribuciones al psicoanálisis*. Ed. Hormé. Bs. As. 1964

KLEIN, Melanie (1932) - Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Desarrollos en psicoanálisis*. Ediciones Hormé. S. A. E. Bs. As. 1967

KLEIN, Melanie (1936) – Observando la conducta de bebés. En *Desarrollos en psicoanálisis*. Ediciones Hormé. S. A. E. Bs. As. 1967

KLEIN, Melanie (1956) – Envidia y gratitud. En *Las emociones básicas del hombre*. Editorial Nova. Bs. As. 1960

MILLER, Alice - *El drama del niño dotado*. Tusquets Editores. Barcelona, 1985

ORTEGA Y GASSET J. (1916-1934) El medio vital. El espectador. *Obras Completas* Tomo II. Ediciones Castilla, S.A. Madrid 1961

RIVIÉRE Joan (1936) – Sobre la génesis del conflicto psíquico de la primera infancia. En *Desarrollos en psicoanálisis*. Ediciones Hormé. S. A. E. Bs. As. 1967

ROSMARYN, A. D. de, AIZENBERG, Silvana O. de: ARACAMA, Héctor: INI Claudia G. de: TRINCAVELLI, Graciela N. de (1980) – Percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres. Rev. Eidón. Nro. 12. Bs. As. 1980.

25.04.08 Lectura de textos a cargo de la Lic. Silvana Aizenberg.
Melanie Klein: “Una contribución a la teoría de la inhibición” y “El desarrollo temprano de la conciencia en el niño”.

Intervenciones de los Doctores:

Dr. Luis Chiozza:

En realidad sobre este artículo podemos participar de dos maneras: Una, hablando del problema de la inhibición intelectual y otra, hablando de las cosas más importantes que dice Melanie Klein que el tema de la inhibición intelectual. En realidad, el título del primer artículo es un título que no revela su contenido ya que va a hablar de la inhibición intelectual y Melanie Klein dice un montón de cosas que a ella le importan mucho más que la inhibición intelectual que tiene que ver con el superyó temprano y con una cantidad de cosas que de alguna manera hablan de una gran psicoanalista pero también hablan de una época que hoy es un poco anacrónica. Algunas cosas se han modificado. Sigue siendo muy agradable leerla, sobre todo para aquellos que a través de haberla estudiado en sus años de formación, llegamos han desarrollado un cierto cariño por los penes voladores, las vaginas tentadas y las heces que tiene ojos y a uno lo miran. Es decir, que es este mundo en donde Melanie Klein habla más que del contenido más habitual en la convivencia en la neurosis, habla del fondo psicótico de toda neurosis, es decir, de lo que es nuestra bolsita esquizofrenia, como decía Bion, o también el núcleo psicótico de la personalidad. Entonces de alguna manera ella nos está hablando de objetos parciales. Y si bien hay un problema porque en la medida en que Melanie Klein habla de estos objetos parciales, si bien no estaría dispuesto a jugarme por la idea de que ella lo pensó definitivamente así, sin embargo, da la fuerte impresión en esta y en otra cosa que voy a decir enseguida, de que ella parte de la idea de que la adquisición de los objetos totales es una adquisición posterior.
Mientras que de algún modo esta no parece ser la idea que surge de Freud, tampoco de las cuestiones que planteó Arnaldo Rascovsky y tampoco las que planteamos nosotros, según la cual la cual de alguna manera estos objetos parciales no funcionan solamente como objetos disociados sino como objetos fragmentados en múltiples pedazos. Llevan después a una tesis de mezcla en donde la cuestión se generaliza, por eso se habla de penes voladores porque no se trata solamente del pene del padre que esta ubicado en un lugar de tiempo y espacio sino de que aparece como rodeando al yo y apareciendo en una fantasía mágica en los rincones más inverosímiles. Y lo mismo esta combinación de las características de un objeto con otro en donde de alguna manera las heces aparecen como objetos animados, por ejemplo, es decir, son fantasías de fragmentación en donde funciona el animismo primitivo de los objetos materiales y con generalización. Pero lo más importante, y que a mí me parece, es que son representantes de los objetos totales que han sido fragmentados por obra de la defensa. Y esto yo creo que es un punto esencial que de algún modo Melanie Klein no lo desarrolló totalmente.
Hay algunos temas que a mí me interesan. De algún modo el hecho, como dije, de habernos formado con Melanie Klein nos permite seguir en un contacto cariñoso con ella. Yo imagino que quién ha estudiado psicoanálisis en los tiempos más modernos y no ha pasado por Melanie Klein puede sentir una cierta dificultad y hasta yo diría medio justificada para ir a buscar lo que esta mujer puede enriquecer, que yo creo que está pero que de alguna manera también está en otros autores posteriores que se han nutrido de ella y que de algún modo esto viene, por así decir, con un envase menos estrambótico.

Hay algunas ideas muy interesantes.
En lo que respecta a la inhibición intelectual, después de haber seguido la lectura atentamente, yo no creo este artículo nos diga mucho de novedoso. Diríamos, en realidad lo que ella está diciendo en última instancia es que la inhibición intelectual es una inhibición por la confusión en el conocimiento del objeto, con la destrucción del objeto, con la invasión del objeto, con la penetración sádica del objeto, y en última instancia la inhibición intelectual es por el superyó sádico y los sentimientos de culpabilidad por la trasgresión edípica que esto supone. Punto. Todo esto no es muy novedoso. No es que el artículo nos diga nada que no tengamos, por así decir, dentro de nuestra manera de trabajar o dentro de nuestros procesos intelectuales habitualmente.
Pero sí hay otras cosas en el artículo. Por eso decía que Melanie Klein dice muchas otras cosas acá. Y algunas me han resultado especialmente conmovedoras. No tanto que ella, cuando habla de la genitalidad, se refiere a la genitalidad secundaria, porque eso lo vemos nosotros pero en realidad ella no se ocupa de la genitalidad secundaria sino que habla de la genitalidad como una madurez que resuelve todo. Pero de alguna manera si ella hablara de las fantasías genitales, no en términos orales, sino en términos anales tendría que hablar en términos fálicos porque de alguna manera no la describe de otra manera, no la encuentra de otra manera.
Sí se encuentra con los sentimientos de amor y entonces hace la siguiente deducción: La genitalidad es la madurez, la madurez es la integración, la integración tiene que ver con la reconciliación de los objetos buenos y malos y por lo tanto el amor es la genitalidad.
Pero una cosa muy importante es cuando ella hace la ecuación pene-yo porque cuando ella hace la ecuación pene-yo, y esto es interesante porque es producto de su observación clínica directa del material, lo que ella está diciendo es que lo que llamamos castración es la mutilación del yo y que en última instancia la castración es una pantalla. Digámoslo definitivamente. Y es una pantalla que por desgracia confunde y lleva a un cierto rechazo intelectual. Diríamos, el único temor que existe es el temor a la castración. "Sí claro, el órgano genital masculino que, además, se ve y se toca, está presente a la percepción. Es una fuente tan importante de placer que de alguna manera se convierte también en una fuente hipocondríaca de ansiedad". Entonces la castración aparece como una cosa importante pero, no es el daño magno. El daño magno es la pérdida de algo que forma parte del self, es decir, la representación del yo.
La cuestión del superyó temprano no es un secreto para nadie. Ella habla del superyó temprano, relaciona a Freud que hablaba del superyó como heredero del Complejo de Edipo, después de los cinco años. Pero este es el Freud, leído al apresuramiento. Uds. saben que hay dos Freud, por así decir, el Freud que se lee en primera instancia y que de alguna manera entra dentro de los esquemas que fueron seguidos por muchos y el Freud que está detrás que es un Freud mucho más profundo y que el superyó temprano lo lleva hasta lo prenatal prácticamente. Y que de alguna manera no es que está Freud diciendo que el superyó aparece. Esto yo lo investigué mucho cuando investigué el incesto, el tema del incesto consumado. Y bueno, se ve que hay una frase de Freud, que no me acuerdo ahora si la podré reproducir exactamente pero, en la cual por un lado Freud dice que el superyó es el heredero de Complejo de Edipo. Pero por otro lado dice que es el superyó el que determina el Complejo de Edipo, entonces es como si dijera que el superyó es el hijo y el Complejo de Edipo el padre. Pero después va a decir que el Complejo de Edipo es el hijo y el superyó es el padre. Y esto es porque en el fondo hay un superyó anterior.
Después está una cosa que es muy importante subrayarla aunque de alguna manera esta es una de las cosas que Melanie Klein subrayó muy bien, que forma la parte central de estos dos artículos pero que en la época que ella lo subrayó no eran conceptos tan generalizados. Pero hoy en día uno diría que no es novedad. Y no es novedad que el

sadismo del superyó y que el superyó no coincide, por así decir, con el carácter real de los padres sino que es la proyección sobre la figura de los padres de los mismos impulsos del ello del niño. Bueno, esto no es novedad hoy para nadie aún para aquellos que lo han estudiado en otros autores pero que en la época de Melanie Klein fue un mérito muy importante subrayarlo.
Otra cosa que a mí me parece muy interesante, pero muy interesante aquí porque claro como Uds. podrán imaginar yo no puedo dejar de contemplar acá algunas cosas que ella piensa como esta equiparación del pene y del yo que de alguna manera traen agua para el molino, por así decir.
La otra es de lo que no se puede anular se puede compensar. Ella dice claramente que cuando estos impulsos primitivos y este primitivo sadismo es imposible de alguna manera anularlo en el sentido de superarlo, en el sentido de que desaparezca del inconciente, de alguna manera se puede mitigar gracias a que se desarrollan otros aspectos del yo que pueden atemperarlo. Esto es otra vez lo mismo, no se pueden anular pero se pueden compensar exactamente como pasa como venimos insistiendo últimamente con los sentimientos de culpa.
Una cosa realmente estupefaciente es ver que ella dice que el sentimiento de culpabilidad es la conciencia moral. Drama señores, cómo que el sentimiento de culpabilidad es la conciencia moral?, quiere decir que los que no sienten culpa son unos inmorales?. No. Esto es un exceso. La conciencia moral en primer lugar no nace de allí. Y en segundo lugar, y esto es lo más importante de todo, la idea de que la conciencia moral se desarrolla. Y que la conciencia moral no existe en el niño es otro error. Y un error que tal vez a lo mejor soy injusto con esto, por eso no lo quiero decir de una manera categórica pero hasta podríamos tener la sospecha de que el mismo Freud ha dado pie para esto cuando habla del niño como un pequeño salvaje. Y yo creo que no es así y no solamente porque de alguna manera no es coherente desde el punto de vista teórico que la conciencia moral aparezca como un desarrollo posterior, que sería lo mismo que decir que el niño nace egoísta y después se integra en la sociedad, cuando esto no es cierto porque como muy bien han subrayado algunos autores y yo retomo mucho últimamente, uno de ellos es Todorov cuando habla de que el yo no existe primero y luego aprende a convivir sino que el yo se constituye en la convivencia misma. La conciencia moral es un producto del vivir y desde el primer momento. Y esto además, coincide con el descubrimiento de la neurología que se considera el más importante de la década que es el de las neuronas *mirror*, es decir, las neuronas espejo, que muestra que así como antes de emprender una acción que el sujeto la recrea mentalmente, es decir, por ejemplo, imagínese uno quiere saltar una zanja, da dos pasos para atrás, calcula, y antes de saltarla ya preparó el salto, en una parte del cerebro que es la corteza premotora que se excita fabricando una acción imaginaria que es el antecedente de poner en marcha la acción. Después esto que fue descubierto por Rizzolatti en 1985, muy reciente, llegó a darse cuenta que esto es exactamente lo mismo que se excitaba en los monos en otra zona del cerebro otras neuronas *mirror* cuando veían sufrir a otro mono, es decir, tenían la capacidad de reproducir, obviamente en grado menor, la vivencia de sufrimiento aunque ellos no estaban experimentando la misma tortura y que esto que da origen de la compasión, también da el origen de lo que se llama la ética y lo que se llama la relación entre el *self* y el otro. Y encontraron la base neurológica de esto. De manera que esto es una prueba, por así decir, en otra disciplina, de lo que ya podemos decir de la nuestra, y es que la conciencia moral no es una adquisición posterior. Se podrá perfeccionar, se podrá desarrollar, se podrá integrar. Así como decimos que hay objetos totales y los objetos parciales son una defensa, también podemos decir que la conducta inmoral y maníaca es una conducta defensiva como la del delincuente por sentimiento de

culpabilidad pero que no es original porque originalmente hay compasión. Y tanto es así que también esto se ha visto con otro tipo de neuronas espejo que son las que se usan para aprender hablar porque el niño aprende hablar porque cuando ve los movimientos de la boca y de los labios de la persona que le dice las palabras, mientras los ve los empieza a mimetizar en su conciencia premotora. Y esta imagen en espejo es lo que va a usar para aprender a hablar. Entonces yo creo que la conciencia moral no es algo que se desarrolla y menos aún que tiene ver unilateralmente con el sentimiento de culpabilidad.
Por último me parece otro punto importante… esto uno lo podría decir de este modo: Podremos hablar como está acá Silvana presente y otros analistas de niños le podemos decir "Y Uds. como analistas de niños si no interpretan la presencia de los penes voladores es porque no están o porque Uds. reprimen su existencia porque han sucumbido a la contra resistencia". Mi respuesta, que no es la respuesta desde la clínica sino desde la teoría, es que si bien es posible que un analista por el contra resistencia omita percibir estos contenidos en el dibujo de un niño etc., etc., a mí me parece que la situación está en el medio. Es decir, que estos son los contenidos más psicóticos pero los contenidos más psicóticos tienen representantes más neuróticos en donde el sadismo y la persecución se tienen con objetos más totales que los objetos parciales. De manera que si yo, que no soy psicoanalista de niños, y no tengo esa experiencia clínica aunque he supervisado algunos niños, tuviera que contestar esa pregunta desde el plano teórico, diría "en general, a menos que el niño esté realmente muy dañado y muy enfermo, en el material de un sueño o en el material de un dibujo, el interpretador podrá encontrar estos contenidos. Pero en la mente del niño y a los efectos de la interpretación, casi siempre, no es necesario, llegar a interpretarle al niño que se siente perseguido por el pene del padre, por así decir". Es decir, mi impresión es de que esto en algún caso podrá ser cuando aparece de algún modo como una emergencia abrupta como si viniese desde el fondo como en un brote psicótico, como en un delirio, una fantasía como puede ser el delirio que en última instancia es la vida onírica en la vida en vigilia. Pero mi impresión es que en ese sentido ha habido una evolución y que de algún modo el lenguaje interpretativo de Melanie Klein va al fondo más psicótico y menos neurótico de la personalidad.
Estos son los comentarios que me surgieron.

Dr. Gustavo Chiozza:

Yo más que referirme al contenido del artículo quisiera tratar de verbalizar la impresión que a mí me suscita Melanie Klein. Es algo que de alguna manera tal vez no termino de tenerlo tan claramente formulado y un poco temo pecar de esta frase que dice que pensar es exagerar e incurrir del otro lado en algo mismo de lo que voy a señalar de ella. En un sentido a mí me despierta simpatía, creo que era una psicoanalista genial, muy intuitiva, muy capaz, muy profunda. Tiene el mérito de haber creado un lenguaje propio que uno no puede renunciar a él. Los términos de persecución, culpa y envidia son términos que cuando uno lo dice en el sentido que kleiniano no es lo mismo que en el sentido freudiano. Y muchas de las cosas de su obra resultan muy útiles para trabajar. En algún trabajo mío escribí que cuando uno estudia Freud se representa el inconciente del paciente, como un niño de cinco años que vive las vicisitudes del Complejo de Edipo y cuando uno estudia Klein se lo representa como un bebé de pecho y cuando uno estudia Chiozza se lo representa como un feto tratando de materializar el estímulo. Pero creo que a diferencia de Chiozza y de Freud… yo tengo la sensación de que Melanie Klein le da un grado de concreción a esta cuestión que para ella no es un paradigma. Voy a tratar de volver.

Este lenguaje que ella creó que es tan útil al mismo tiempo me parece que produce una cierta simplificación y deformación del psicoanálisis y en este punto es donde me produce a mí, Melanie Klein, una cierta antipatía porque tengo la sensación de que si bien el contenido de lo que dice es valioso y enriquece, por ejemplo, a la mente joven que estudia, también le produce una deformación. Una deformación que para ser justo no creo que la haya inventado ella pero que ella no la superó. Y es una autora absolutamente carente de espiritualidad. No es ni como Freud, ni como Racker, ni como Weizsaecker. Yo creo que a Arminda Aberastury le pasa un poco lo mismo pero no estoy tan seguro porque no la conozco tanto. En manos de Melanie Klein el psicoanálisis es una herramienta, en mano de Racker es un arte. Melanie Klein es una convencida del análisis, Racker es un enamorado del análisis. No sé, trato de transmitirlo. Para ella es la cura de los trastornos mentales.
Si bien es cierto que decimos que ha pasado mucha agua debajo del puente pero los pacientes siguen teniendo los mismos conflictos, entonces ¿Qué es esto de que ha pasado agua debajo del puente?.
El gran mérito del psicoanálisis, esto lo ha señalado Chiozza, es que el psicoanálisis a diferencia de lo que era la psiquis para los filósofos, para los psicólogos, en época de Freud, la psiquis que creó Freud fue una psique de un médico y fue una psique anclada en lo corporal que tomaba como representación en lo corporal. Entonces era explicar la vida anímica a partir de las funciones del cuerpo, hacer caca, hacer pis, tener una erección. Y estas eran las representaciones.
Cuando… esto también lo escribí en el trabajo de la conciencia… cuando Freud hace su metapsicología, siguiendo el modelo físico mecanicista, a mí manera de ver el gran error que él, o error, o bueno, o la gran consecuencia del modelo que eligió, fue en un sentido dejar afuera el afecto de la metapsicología, en el sentido de hablar de que no había afectos verdaderamente inconcientes. Y entonces la metapsicología adquirió un tinte concreto, un tinte mecánico. Un tinte que también Freud, según lo muestra bastante bien Bettelheim, también quería darle para apartarse un poco de la filosofía y quedar un poco más en el terreno de lo físico, algo que no le pasaba a Weizsaecker, por ejemplo. Fin que no persiguió Weizsaecker. Y de alguna manera termina concretizándose la cuestión en un punto en el cual es como que decimos “el psiquismo nace del cuerpo” “nace de la función”. Y para nosotros no nace de la función. Para nosotros decimos que es la función pero, es la función en abstracto inclusive, no la función del intestino grueso. Con respecto al colon el sentido es anterior al colon. Y por eso de alguna manera nos enriquecemos con autores como Bateson, por ejemplo, porque vamos a la pauta, a la naturaleza, al espíritu. Y en Melanie Klein todo esto adquiere un grado de concretización. Para Racker analizarse es una experiencia espiritual, es una evolución del ser. Para Melanie Klein es quitar las perturbaciones psicóticas y/o neuróticas que impiden que el sujeto se desarrolle acorde a las pautas intuitivas. Por eso no es lo mismo que ella hable de instinto y Freud hable de pulsión. Uds. dirán “es lo mismo, son dos idiomas, son dos traducciones” pero, no es lo mismo. Algo de esto también yo me referí cuando hice el estudio de la metapsicología de Chiozza diferenciando el hígado como una fuente somática y un punto de fijación y de regresión de la libido hepática y el paradigma de la materialización y lo fetal. Justamente creando un poco esta dualidad. Tal vez en aquel momento de Chiozza estaban las dos cosas un poco más cabalgadas y dentro de todo un consenso kleiniano por ahí algunos sectores de sus escritos podrían equipararse a esta cuestión, pero lo importante es que están los otros. Y también Racker era kleiniano y escribió. Racker es otra cosa, es otra cosa; la teoría kleiniana en Racker que en Klein. Y esto también alude a esta cuestión de objetos parciales, objetos… a ver, la máquina de escribir es un gran invento, pero en la medida que no se pueden poner acento a las mayúsculas, entonces

las mayúsculas no tienen acento y esto es una deformación del idioma y es una deformación de la lengua y una pérdida de conexión entre el hablar y el escribir. Está bien es un instrumento espectacular la máquina de escribir pero, tiene esa limitación. Y la metapsicología deforma y entonces hay una pérdida de conexión entre lo que uno estudia y lo que uno trabaja en el consultorio. Por eso nosotros nos pasamos interpretando deseos inconcientes, afectos inconcientes y después Freud dice “Bah! Es un desliz en el hablar”. Cómo es un desliz en el hablar si es lo más importante. Lo único que yo tengo que hacer en el consultorio es eso. Y resulta que la metapsicología me dice que en el inconciente no hay afectos. Entonces esto que en Freud no termina en ser una merma porque Freud escribió “Moisés y la religión monoteísta” y “Más allá del principio del placer” y “El malestar en la cultura”, textos que Melanie Klein no tiene. Entonces de alguna manera es como si fuera con toda su inteligencia, con toda su intuición, con toda su capacidad, una psicoanalista genial. Mandaría a analizar a mis hijos si estuviera pero no es el mejor camino para transmitir lo que yo veo en el análisis. Lo que yo veo que es la potencialidad del análisis. Es un análisis para médicos que curan enfermedades. Enfermedades en el sentido en que se entendía en aquella época, no como hablamos nosotros Porque Enfermamos sino los trastornos mentales. Se entiende?. Y si ella hubiera interpretado trastornos corporales hubiese sido lo mismo porque era siempre esta misma visión material, concreta, mecánica. Entonces decir si son objetos parciales o son objetos totales, me parece que termina siendo un malentendido. No es que el chico si habla de objetos parciales o si habla de objetos totales porque no pensar que habla parcialmente de los objetos. O sea, cuando ella dice “el pene” para ella el pene es el origen del símbolo, el pene concreto y el chico imagina el pene concreto. Y cuando dibuja un avión se refiere al pene concreto. Y yo creo que nosotros ya no lo entendemos más así. Para nosotros el pene está tan relacionado con lo que significa como el avión, entonces no necesitamos decir “le interpretamos una representación secundaria tan lejana como el avión o le hablamos de la original que es el pene”. El pene y el avión son tan distantes de lo que queremos hablar que da lo mismo. Cuando nosotros hablamos con un adulto, analizamos un adulto, sentimos que cuando él nos habla del jefe, el jefe representa al padre y el sueldo del jefe representa el pene del padre. Pero cuando analizamos un chico que tiene al padre con el pene pensamos que es el padre y el pene. No, no pensamos eso pero, yo creo que Melanie Klein sí lo pensaba. Entonces si el paciente es saludable, y voy a esto que vos decís al final del tema de la regresión, si el paciente es medianamente saludable cuando uno le interpreta los penes voladores el paciente hace una traducción y lo traduce a lo que uno se debe estar queriendo referir. Se entiende?. Y si el paciente no es saludable pasará esto que vos decís que disocia más, que se desestructura más. Se entiende. Entonces no es que el paciente que esta en mi diván envidia mi pene. No. Me envidia a mí, me envidia mi capacidad, me envidia mi potencia, en mi poder mejorarlo. Y cuando Racker le interpretaba que el paciente tiene envidia de su pene seguramente el paciente interpretaría, bueno cuando dice pene se refiere a su potencia, a su prestigio. Se entiende?. Y si el paciente era un paciente muy enfermo probablemente esta cuestión enfatizaría también estos aspectos disociados y se chuparía una angustia!... y cuando el analista interpreta no podría dejar de imaginarse al analista desnudo en una ducha y con el pene parado y esta representación sería un factor perturbador del contenido de la interpretación. Se entiende?.

A veces las representaciones que Melanie Klein ofrece ancladas en la función son metáforas muy logradas. Entonces, por ejemplo, en algunas ocasiones, hablar de los bebes del cuerpo de la madre, hablar de si el cuerpo de la madre está dañado, son metáforas excelentes. Pero otras veces son metáforas que no son las mejores y a veces son bastante malas como el ejemplo que acabo de poner. El problema es que para ella no

son metáforas. Esto es lo que yo creo, que para ella es como si ella dijera “en última instancia, lo último que hay que interpretar, la representación original de donde nace el psiquismo, de donde nace la fantasía, es el órgano concreto, el pene”. Y la fantasía no nace de ahí. En todo caso el pene concreto nace de la fantasía. Y esta fantasía en escritores como Weizsaecker, como Freud y como Racker o como Bateson, es esa pauta, esa espiritualidad. Entonces en un sentido es como si uno dijera “para estudiar Klein hay que haber entendido primero esta cuestión más espiritual de modo tal de que uno tome lo que ella da por concreto como un lenguaje, como una representación”. Y uno no podría aprender a pronunciar las palabras leyendo de un texto escrito por una máquina de escribir en mayúscula. Ahora si uno ya sabe cómo se dicen las palabras es útil poder escribirlas en la máquina de escribir aún sin acento.
Esto es un poco la impresión que yo me formo.

Dr. Luis Chiozza.

Yo suscribo entusiastamente todo lo que vos decís. Es más, quisiera que lo desgrabemos para que no se pierda. Y me parece muy importante.
Hay un punto, sin embargo, que creo que convendría esclarecerlo un poco más. No creo que la confusión esté en vos, pero sí en el hecho de que además de lo que vos decís de que cuando decís, por ejemplo, de que cuando se trata de un objeto parcial el paciente, y no estoy hablando de la edad de un niño, puede ser un adulto, está usando la representación del objeto parcial para referirse al objeto total, esto es así cuando el paciente no entra en una fragmentación psicótica y no hace ecuaciones simbólicas. Por eso yo dije en mi participación que es necesario diferenciar ambas cosas, diferenciar cuando tenemos que interpretar los aspectos neuróticos de la personalidad y no siempre es necesario ir a buscar la bolsita esquizofrénica, por así decir, pero en algunos pacientes psicóticos, por ejemplo, o en algunos niños que están en una situación de regresión muy grande han pasado el punto ese en el cual de alguna manera tienen esa posibilidad de hacer lo que vos dijiste, es decir, hablar del objeto total a través de la representación del objeto parcial. Esto es tan importante que inclusive ha llevado a dos grandes errores. Primero pensar que la simbolización es una adquisición tardía cuando no es una situación tardía y esto ha recorrido todo el espectro del psicoanálisis. La simbolización no es una adquisición tardía. Lo que pasa es que se confunden los actos verdaderamente simbólicos, que en eso estoy de acuerdo con lo que vos decís, como si el niño estuviera siempre que se refiere a un objeto parcial haciendo una ecuación simbólica. Pero esto no quita que hay situaciones en las cuales la situación regresiva ha llevado a una ecuación simbólica. Entonces yo creo que este es un punto importante.
Hay otros puntos que quiero mencionar que surgieron de lo que decía Silvana.
En primer lugar quiero hablar un poco del tema este porque tal como lo planteó Silvana me temo que quede un poco confuso el hecho. Silvana dije que Melanie Klein habla con mucha claridad de que es necesario pensar que hay representaciones de instinto de muerte porque esto es lo que explica los movimientos defensivos. Pero en realidad no es así. Para explicar los movimientos defensivos no es necesaria la representación del instinto de muerte; basta, por ejemplo, con la representación de la mutilación. Es más, la representación del instinto de muerte es absolutamente imposible por la más elemental lógica porque no hay lugar en donde pudo haber quedado registrada la experiencia de haber muerto. Miren que no digo la experiencia de estar muriendo porque la experiencia se estar muriendo se puede registrar cuando uno no se muere. Pero si uno está muriendo y va teniendo esa experiencia y después muere, tiene la experiencia de estar muriendo y

hasta eso se va a llevar a la tumba, por así decir. Cuando murió el lugar que tiene la experiencia de la muerte no la tiene porque se desintegró. Entonces esto es lo que dice Freud con mucha claridad y este es uno de los grandes errores de Melanie Klein que habla siempre de las ansiedades de muerte que no son ansiedades de muerte, toman esa representación.
La segunda cosa que quería decir también es que no hay que confundir hablar de la constitución y de la herencia con hablar del psiquismo fetal. El psiquismo fetal es otra cosa. Es decir, primero que durante la vida fetal hay experiencia psíquica lo cual, digámoslo claramente porque paradójicamente Arnaldo Racovsky que tanto defendió el psiquismo fetal nunca lo dijo con claridad. Pero decir que hay psiquismo fetal durante la vida fetal es decir que hay conciencia fetal, no que hay psiquismo inconciente. Este es el punto. Y esto no tiene que ver con hablar de la serie complementaria y de la constitución y de la herencia.
En tercer lugar decir que Melanie Klein concebía la genitalidad como integración tampoco es cierto. Por la integración para Melanie Klein era muy anterior a la genitalidad. Es decir, era en la posición depresiva y esto es muy anterior a que hubiera un predominio de la genitalidad.
Y por último la cosa más interesante de todas es esto que dice Silvana de que “leyendo a Melanie Klein uno tiene la sensación de que Melanie Klein se refiere directamente a que la culpa es la culpa por la conciencia del daño y lo importante es que la culpa viene misteriosamente de otro lado como estamos diciendo últimamente “la oscura huella de la antigua culpa”; sino que en realidad la culpa nace del acto agresivo dañino”. Racker decía, y esto otra vez le da razón a lo que dijo espléndidamente Gustavo, de que Racker era un kleiniano de otra categoría. Racker dice “es el amor el que le dice al odio mira lo que has hecho”. Pero esto ¿Genera sentimientos de culpa o genera sentimientos de responsabilidad?. Y ahora viene la cuestión de plantearse que diferencia hay entre sentir responsabilidad y sentir culpa. Como Uds. saben la palabra culpa por su etimología viene de colpo., quiere decir golpe, significa que esto “mea máxima culpa”. Pero resulta que el sentimiento de culpa no es la responsabilidad. El sentimiento de culpa es lo que yo hago con la responsabilidad. La transformo en autoagresión. Esto es lo culpa. La culpa se diferencia de la responsabilidad en que la culpa pone en obra nuevamente el daño digiriéndola sobre una disociación de mí mismo. Entonces la culpa no viene del acto dañino. La culpa viene de una precondición anterior que genera la diferencia que existe entre, si Uds. quieren, la tristeza por el daño ocurrido y la actitud de procurar sobrellevar ese daño, sacarlo, diríamos. Bueno, acá tenemos que plantearnos la cuestión fundamental porque Melanie Klein habla mucho de reparación, pero lo importante no es el tema de la reparación. Lo importante es que es inmensa la cantidad de daños que son irreparables como lo sabemos todos los días. Hay cosas que nosotros podemos reparar y hay otras que no podemos reparar. Si yo rompo este vaso puede intentar construir otro igualito. Pero si dada la mala suerte de que este vaso tiene una característica fundamental que yo no puedo reproducir, yo no puedo reparar. Y lo importante de la culpa es que justamente lo que hace a la responsabilidad es que todo lo que se intenta a los fines de disminuir mis sentimientos de culpa va en sentido contrario a la verdadera motivación que llamo reparación.
Y la otra cuestión importante es que, volviendo a lo que dije al principio, el sentimiento de responsabilidad frente a un daño que se diferencia para mi gusto del sentimiento de culpa en que el sentimiento de culpa perpetúa el daño bajo la forma de la autoagresión, no se puede anular muchas veces cuando el daño es irreparable, pero sí se puede compensar. Volvemos otra vez a la misma cuestión. Entonces yo creo que esto es un punto importante.

Dr. Luis Chiozza:

La culpa es melancolía, la responsabilidad es otra cosa. Es decir, sí efectivamente siento que yo produje, intervine, tengo algo que ver con esto que sucedió y esto que sucedió es un daño y este daño que yo ejecuté puede ser reparable o irreparable. Cuando es reparable la cuestión no es tan grave. Cuando es irreparable lo único que hace es duelo pero, el duelo no es la culpa. La culpa es justamente lo contrario del duelo. La culpa es el castigo. Este asunto de "ojo por ojo y diente por diente", si yo te corto un brazo en qué te beneficia a vos que yo me corté el brazo. Esto no es responsabilidad. Y esto me parece una distinción fundamental porque tiene que ver con un gran equívoco que ha transformado a muchos rituales religiosos en lugares de psicopatología como la mortificación de la carne, la expiación de la culpa.
Sin embargo, piensen Uds. cuál es el sujeto que no entra en simpatía cuando prende la televisión y ve que la señora que le han matado la hija, quiere que encuentren al asesino, si es posible lo mate con la pena de muerte y si no es posible matarlo que lo hagan sufrir. No quiere que vaya a la cárcel para protección para que este asesino no siga matando. No, no, quiere por venganza que lo hagan sufrir. Y todo el mundo lo comprende esto y hasta me siento mejor si sé… es más cuando lo vemos estas películas de los vengadores anónimos, por ejemplo, nos identificamos con eso y estamos contentos de que el sujeto por fin haya masacrado al tipo que masacró a su hijo. Y esto es el gran equívoco.

Dr. Gustavo Chiozza.

Eduardo cariñosamente me pidió hablar. No sé si tengo mucho más para decir, pero puedo seguir diciendo lo mismo a ver si de alguna manera lo puedo decir más claro. También si nosotros pensamos en la transferencia-contratransferencia y en los puntos de urgencia compartidos y que comprender al otro es ponerse uno en el lugar del otro, por más que el paciente sea psicótico, o si Uds. quieren un dañado cerebral, y la teoría en la que creemos y estamos plenamente convencidos, implica que nosotros lo podemos comprender hasta de alguna manera donde nosotros podemos llegar a identificarnos con esta cuestión. Y de lo que podremos hablar o hacer un encuentro entre él y yo. O sea, que por más deformado que él tenga el cerebro de alguna manera yo tendré que hablar de cómo yo siento a los objetos poniéndome en el lugar de él. El otro día Chiozza, no me acuerdo si en el seminario de los jueves o en alguna otra reunión de tantas que tenemos, hablaba del juego del culo sucio. Imaginemos que un chico juega al culo sucio en la sesión; probablemente, no sé Melanie Klein, no me quiero agarrar con ella, pero un analista deformado kleinianamente podría interpretar la persecución por ser atacado con heces peligrosas. Y podría pensar que en su percepción de objetos parciales del mundo el chico se siente perseguido por unos escíbalos peligrosos. Pero de alguna manera esto también es parte del prejuicio pensar en el chico como en un ser en formación, un sujeto no completo, un sujeto primitivo, que hace pis y hace caca y no mucho más. ¿Y desde dónde comprendo esto yo?, si yo no soy así. Y entonces cuando uno piensa en la vergüenza, completo el sentimiento de vergüenza con todo lo que implica, la humillación, la culpa, el sentimiento de falta, la castración, hay un espesor en esa interpretación que no es sencillamente el ser descubierto en sus deseos hostiles de atacar al objeto envidiado con heces asesinas, ácidas. Algo de esto yo siento que empobrece notablemente en pensarlo así.

Ahora cuando Racker dice que el paciente envidia el pecho del analista o el pene y por ahí cambia pecho por pene porque como el analista es varón no tiene pecho, pero es una absurdidad de cambiar pecho por pene. Claro, tal vez es cierto que si el paciente fuera muy psicótico y muy regresivo o si el paciente soñara por ahí el paciente podría soñar que le practica una felatio al analista. Eso no quiere decir que el paciente le quiere hacer un felatio al analista, de la misma manera que Freud ya aclaró muchos años antes, que Klein, de Racker y de todos ellos, que si uno soñaba que se moría el hijo uno, no quería decir que lo quería matar. Entonces el sueño armó estas representaciones sobre todo para disfrazarlas. Pero entonces lo que esta enviando es el pecho, pero no el pecho del cual nace, con el que el chico tomo contacto cuando era chico. Estas son representaciones, son metáforas. Y si el paciente se podría confundir si yo le sigo hablando de mi pecho porque soy un hombre, bueno, obviamente no es la mejor interpretación. Inclusive estas interpretaciones son tan fuertes que sucede lo mismo que siempre digo yo con el tema de las malas palabras. Cuando un paciente, para escribir lo que siente utiliza representaciones fuertes, chocantes, generalmente malas palabras, que como sabemos las malas palabras siempre aluden a los genitales incluyendo también lo anal, conviene que cuando uno interpreta no repita esas palabras porque son palabras tan fuertes que cuando el paciente oye la palabra se la representa porque eso le da placer y porque esto le da vergüenza y no escucha la interpretación. Y algo de esto también tiene cuando nosotros le vamos a hablar de la caca y le vamos a hablar del pene y le vamos a hablar de la vagina. Algo de esto también tiene esta cuestión. Entonces es desventajoso técnicamente, es una simplificación teórica y termina en una situación de pobreza cuando uno se lo toma muy en serio y cuando uno lo implementa técnicamente. Pero no es lo mismo, como me ocupé de subrayar, el concepto de persecución kleiniana que es un concepto utilísimo. Y si yo no recuerdo mal, Freud no le da la trascendencia que le da Klein a este concepto.
Mismo envidia y gratitud es un tema enorme. Pero es un tema enorme, pero cuando uno lee el artículo es como si vos tuvieras un artículo que se llama Los Cuatro Gigantes del Alma y lo vas a leer y te encontrás los trastornos hepáticos y el caso Mary. No es lo mismo. El título de los Cuatro Gigantes del Alma no es para escribir los trastornos hepáticos y el caso Mary. Y en Envidia y la gratitud es un poco esta cuestión. No es cuando Racker escribe Carácter y Destino o cuando Racker escribe sobre la música y el músico. No escribe de la música y del músico en los mismos términos que Racker te describe un caso clínico porque son dos cosas distintas.

Dr. Luis Chiozza:

Con respecto a lo que preguntaba Hilda de la culpa si es irresponsabilidad, yo diría que sí. Yo diría que es muy fuerte decirlo así pero yo lo suscrito totalmente. Después voy a explicar mejor porqué.
Qué significa compensar?. Y compensar significa “hice cosas malas, voy a tratar de hacer cosas buenas”. Como dije antes hay una diferencia muy grande entre si yo entre las cosas buenas que hago reparan con las cosas malas que hice o no las reparan, pero igual son cosas buenas y hay cosas que son irreparables, entonces cabe el duelo. Y con esto vamos a lo que decía Eduardo.
Eduardo planteaba un poco “reparar la culpa, la venganza son todas cuestiones que están teñidas por el mismo color” y falta otra palabra que es la expiación de la culpa “hacer cosas para expiar la culpa”. Son generalmente movimientos de círculo vicioso que conducen a situaciones dañinas. Porque tenemos que decirlo, la culpa interfiere la

reparación cuando es posible y cuando la reparación es imposible interfiere el duelo que permitiría la salud y la reparación en otros ámbitos que compensan, el hacer cosas buenas. Esto yo creo que es el grave error que de alguna manera es difícil a veces… Gustavo lo dijo muy bien esto… cuando uno se encuentra con una psicoanalista de la talla de Melanie Klein, que ha hecho tantas cosas buenas, y a veces es difícil saber si uno no está… él empezó su participación diciendo… no sé si en última instancia no estoy exagerando… siempre está la prudencia que uno tiene porque a veces no se trata tanto de Melanie Klein sino del movimiento kleiniano. No es lo mismo Lacan que los lacanianos, no es lo mismo Freud que los freudianos, y así sucesivamente. Pero, de todas maneras yo diría que la impresión que uno tiene, la que yo tengo, la que tuve porque ahora hace mucho que no la leo, leyendo Melanie Klein es que hay una cierta cuestión que se confunde entre este manejo de la reparación y la culpa con el pensamiento religioso que para mí es neurótico, como decía Freud "una neurosis obsesiva universal". Y ojo que Weizsaecker dijo "pero la religión no es solo eso". Weizsaecker tiene razón pero, Freud también tiene razón. Porque la religión tal como la conocemos es una neurosis obsesiva universal dañina y enfermante. Lo cual no significa que la religión, en su nacimiento, cuando fue una filosofía, por ejemplo, el cristianismo, no fuera otra cosa que va mucho más allá de la religión. Y no es casualidad que este artículo tan bonito sobre los dolores, el otro sobre la historia clínica y otro que todavía no tradujo Dorrit, pero que prometió hacerlo, sobre la relación entre médico y enfermo, son los tres artículos con los cuales Weizsaecker contribuyó a una revista que él fundó con otros dos religiosos. La revista se llamaba *Creature* y después se podría hablar también de lo significa *creature* en el pensamiento de Weizsaecker y en el pensamiento de Jung, en el cual él intervino de representante a la religión protestante. Estaba otra persona que mencionaba Dorrit, que ahora no me la acuerdo, que era representante de la religión católica y estaba nada menos que Martín Buber como representante del judaísmo. Y Weizsaecker planteó que estaba de acuerdo con lo que decía Freud que la religión era una neurosis obsesiva universal pero que no era solo eso. Melanie Klein con este tema de la teoría de la culpa y la reparación, me parece que de alguna manera queda presa de esta cuestión.

Después está el tema de la conciencia. Es necesario aclarar que la conciencia y la similitud entre la conciencia y los objetos totales es que en el pensamiento de Melanie Klein y de muchos seguidores, y lo mismo pasó con el simbolismo, son adquisiciones tardías. Mientras que esto es lo que nosotros combatimos, que el simbolismo no es una adquisición tardía, cosa que ha dado una polémica que no ha terminado más. Actualmente la polémica ha desaparecido por una cosa muy interesante, porque cada vez son más los sujetos que niegan el simbolismo, pero después se comportan en sus investigaciones como alguien que lo acepta. Tanto es así que esto se ve con más claridad cuando se piensa en la especificidad. Fue una batalla espantosa. Todo el *establishment* en contra de la especificidad pero la batalla terminó ¿Por qué terminó? Porque en realidad nadie acepta la especificidad pero todos estudian y hay una psico oncología, una psicocardilogía y si no hay especificidad no tiene sentido hablar de una psico oncología y de una psicocardiología. Lo mismo pasa con los objetos totales y lo mismo pasa con el tema de la conciencia moral con la diferencia de que, y en esto yo temo también ser injusto como lo dije, tal vez soy injusto si pienso que si bien está claro que Freud no pensó como Melanie Klein en que los objetos totales se adquieren y que se nace sin la capacidad de reconocer a la madre completa hasta que no se hace la posición depresiva y que la confusión inicial es una insuficiencia del aparato mental y no es defensiva. Si bien en esto Freud no acompañó a Melanie Klein como no la acompañó en el superyó temprano… también es cierto como dijo muy bien Gustavo, desarrolló en realidad también un esquema en donde todo era el Edipo del chico de cinco años. Pero también es cierto

que la obra de Freud está llena de alusiones al superyó temprano. Es más, habla del superyó en los animales. Me explico?.
En el tema de la conciencia moral Freud habla muchas veces del pequeño salvaje y da mucho pie. Pero bueno, tal vez es ser injusto con Freud. Pero de todas maneras la conciencia moral no es una adquisición tardía, es una adquisición desde el primer momento. Ahora cuando vos preguntás ¿Pero cómo? ¿Entonces qué quiere decir? ¿Qué es lo que se desarrolla? Ah, que sea una adquisición de primer momento no quiere decir que no se desarrolle. Que yo tenga desde el primer momento contacto con los objetos totales no quiere decir que mi conocimiento de los objetos totales progrese a tal punto que pediría más. Ha progresado tanto la epistemología que hoy en día no se tiene la caracterización de los objetos como se tenía antes, es decir, para un físico los objetos no son lo que son para nosotros; como lo muestra claramente Eddington cuando dice que hay dos mesas, la mesa con la cual yo vivo y la mesa que yo tengo en mi representación como físico.
Pero la última cosa que vos dijiste tiene mucho que ver con lo que dijo Gustavo y con lo que preguntó Eduardo sobre los objetos parciales y por eso vuelvo sobre el tema. Y muestra la importancia de este tema porque a pesar de que Gustavo ha sido clarísimo en lo primero que dijo, de todas maneras en tu pregunta demuestra la dificultad de acceder rápidamente a este pensamiento. Porque vos decís ¿Qué es esto de los penes voladores?. Conviene interpretar en otros términos que se refieren a los objetos totales y nunca recurrir a estas representaciones tan primitivas?, dijiste vos. Pero resulta que la esencia del asunto es que justamente no pensamos que las representaciones primitivas no son de objetos totales. Pensamos que los objetos parciales, y acá voy a la cuestión que yo le decía a Gustavo que hay que desarrollar un poquito mejor para que se entienda bien la diferencia entre el simbolismo y la ecuación simbólica. Que un sujeto haga una ecuación simbólica no es que no tiene capacidad de simbolizar, es que defensivamente es una regresión. Y entonces no son los objetos primitivos los penes voladores, los penes voladores son una construcción psicótica, una combinatoria. Una combinatoria que es producto de una defensa que mezcla las cosas de otro modo. Y para decirlo más claro lo voy a decir de este modo, que es muy interesante porque Gustavo hizo una linda representación, la de la vergüenza. Yo siento vergüenza y la siento por una situación completa pero también es cierto que esta situación completa como pasa siempre con cualquier representación de algo completo, va a tener rasgos sobresalientes. Es inevitable que las cosas que representamos completamente tengan rasgos sobresalientes. Que es lo que hace un diseñador gráfico cuando hace una síntesis? pone un pico y el asa y nos dibuja esto y ya vimos esta jarra ¿Por qué? Porque la jarra, el pico y el asa, por así decir, son las características esenciales pero, esto no significa que vos podés verter agua solamente con el pico y el asa. La jarra necesita del diseño completo para poder funcionar. Pero un diseñador te hace ver una jarra con el pico y con el asa. Del mismo modo la vergüenza de un objeto total tiene rasgos sobresalientes que tiene que ver con las zonas pudendas. Y entonces la vergüenza aparece vinculada a esos rasgos sobresalientes que son las zonas pudendas, que viene de pudor, que tiene que ver con la vergüenza. Pero lo que pasa es que esto en un paciente que está en una situación groseramente hablando, neurótica, tiene su conexión simbólica con la vergüenza completa. Pero lo que dice Gustavo va a un punto muy interesante que hay que desarrollar un poquito más porque es cierto que hay otros pacientes psicóticos en donde el movimiento defensivo ya le hizo, como pasa con la deformación de los afectos, que hay condensación y desplazamiento sobre un elemento de la clave, en el paciente psicótico hay condensación y desplazamiento sobre un pene y, como pasa con los sueños, el pene se transforma en un órgano que vive solo. Por eso se habla de penes voladores. Eso ya

no es el retorno a una situación regresiva. Esto es una defensa que de alguna manera deforma la cuestión tomando, transformando el símbolo en ecuación simbólica, que es el famoso ejemplo de Hanna Segal. Por eso digo que una parte del pensamiento kleiniano esto lo conoce. Sin embargo, yo creo que sigue siendo cierta la objeción de Gustavo. No sé como sería en Melanie Klein. En lo que vos dijiste a Gustavo sobre el caso Richard yo te recuerdo que Gustavo dijo "que él le mandaría a sus hijos a analizar con Melanie Klein". Con esto te esta diciendo que él no piensa que ella es una analista descaminada. Lo que piensa que en su formulación teórica, a pesar de con toda la prudencia que lo dijo yo creo que es cierto que si bien a lo mejor ella no se confundía, de todos modos no lo tenía tan claro porque escribió de una manera que llegó a la concretización de esta cuestión que llevó a pensar que eso es lo normal en la infancia, cuando no es lo normal en la infancia sino que es el producto de la defensa. Esto me parece el punto esencial. Y a qué llevó esto, llevó a una cosa muy interesante porque Gustavo dijo "cuando yo tengo un paciente más o menos sensato, yo le hablo de la envidia que tiene por mi pene y él va a entender que me estoy refiriendo a la envidia que tiene por mí". Y la pregunta es si se trata de la envidia que tiene por vos y él lo va a entender, en realidad él te esta perdonando la vida por el hecho de que vos le dijiste que la envidia era por el pene. Pero esto a qué da lugar?, da lugar a otra cosa que yo quería añadir a lo que vos dijiste, que muchas veces el mundo kleiniano llegó a una exageración de que empezaron a interpretar en términos de penes voladores y los pacientes no estaban en la posición de poder hacer la transformación y entonces qué hacían, intelectualizaban . Qué decían? "yo no lo siento pero, como tengo fe en el psicoanalista que por otro lado hay una transferencia y una relación". Entonces nos hemos encontrado con cosas… recuerdo un caso de la mujer de un paciente que se fue analizar porque tenía una conducta promiscua porque se acostaba con todo el mundo y entonces cuando fue el analista le interpretó que estaba buscando el pene del padre. Y entonces ella dijo "bueno, está bien, ahora está claro, este es el asunto, estoy buscando el pene de mi padre". Uds. se dan cuenta a que conducía esto. Es más, en un Congreso de México el analista kleiniano que funcionaba de este modo le interpretaba en términos de "Ud. siente, por ejemplo, la envidia por Pa-Ma el Dr X", él era el doctor X. Como si fuera "Ud. tiene Pa-Ma Dr Chiozza". Esto generó en México un escándalo tan grande que los mexicanos cuando hacían referencia en la general decían "la paciente de fama Doctor Chiozza", no era Chiozza, era el doctor X, no le digo el nombre y hablaba de la paciente de Pa-Ma porque era ridículo. A esto se refiere la expresión los penes voladores que Uds. la habrán escuchado porque en el mundo kleiniano llegaba un momento que se decía con sorna que se interpreta en término de penes voladores, que quiere decir que la habitación estaba llena de estos objetos parciales. Entonces a mí me parece que este es un punto importantísimo. Y yo creo que me parece muy lúcido lo que decía Gustavo con respecto a que hay una diferencia entre el espíritu comprendido por Bateson, comprendido por Racker, comprendido por Weizsaecker y aún en las cosas de Freud que en los planteos de Melanie Klein.

Dr. Gustavo Chiozza.

Pedí la palabra cuando Silvana habló de que ella no proponía una vuelta a esta forma de trabajar y el caso Richard y pedí la palabra porque dije "bueno estuve muy vehemente" y después vos dijiste esta cuestión. Yo creo que hay cosas por las cuales valdría la pena volver a la forma de trabajar de Melanie Klein, por ejemplo, Melanie Klein trabajaba con el niño y no con los padres y una inmensa cantidad de analistas de niños dicen ser kleinianos o chiozzianos o lo que fuere, en el fondo anafreudianos porque piensan que los

padres enferman al chico y son malos y el analista es bueno. Y esto es pensar que los padres son los objetos originales sobre los cuales el analista no recibe o a lo sumo recibe transferencia falso enlace y es cuestión de desenfermarlos para que cuando sean grandes no transfieran estos objetos neuróticos. Entonces en un montón de sentidos Melanie Klein, también Arminda Aberastury y, por ejemplo, estas cosas a mí me llenan de reverencia y de emoción cuando, por ejemplo, me cuentan que ella descubría que la mucama le pegaba al chico y entonces ella no le dijo nada a los padres y le interpretó al chico hasta que los padres terminaron echando a la mucama sin haberse enterando que le pegaba al chico. Es como si uno dijera esto es una convicción en el análisis que a veces yo no sé si la tengo. Y entonces hay muchas cosas que son muy valiosas. Pero, no por casualidad Bruno Bettelheim que habló de la traducción de las obras de Freud era alemán y Racker era alemán, y Weizsaecker era alemán y Ortega era español y Garma era español y estudió a Freud en alemán y nosotros somos latinos, somos españoles, italianos. No somos anglosajones. Y Bateson no sé pero estuvo un montón en las islas del Pacífico y en Balí y Bion se crió en India y Solms habla alemán y se crió en Sudáfrica. No es casual. Cuando Freud creó todo ese comité psicoanalítico, no era lo mismo inclusive Sticker con su cosa tipo Groddeck, esa su exageración, no era lo mismo que Jones. Y el psicoanálisis se encajonó en esta cosa casi psiquiátrica y no por casualidad. Y Melanie Klein yo estoy seguro que si ella tenía esta capacidad para interpretar seguramente entraría en un contacto anímico, no sé si espiritual o afectivo con el niño, muy profundo, sino no podría haber interpretado lo que interpreto este sería el punto más débil de mi argumentación sobre la espiritualidad. Pero al mismo tiempo está esta cosa de concreción del psicoanálisis psiquiátrico, del enfermo y del sano, que llevó a que todo el mundo pensara que la contratransferencia era una perturbación y que la contra-transferencia le pasaba solamente a Racker. Y a que Melanie Klein con ese contacto tan profundo que tenía con Richard y con todo los pacientes no descubría la contra-transferencia. En ese sentido por eso me remitía a la cuestión de los puntos de urgencia compartidos. A ver… inicio la argumentación al revés. Nosotros cuando vemos un material acá el jueves nos preguntamos si es mujer, si es hombre, si es grande, si es chico. Inclusive uno podría decir si la primera parte de la desgrabación de la cinta no estuviera yo puedo agarrar de donde empiezo e interpretar y lo tomamos como un método válido por todas las consideraciones que no voy hacer. Si un paciente me cuenta que sueña que el marido, una paciente, y me refiero a este ejemplo porque después me voy a referir a un ejemplo concreto de un Estudio Patobiográfico. Supongamos que una paciente me cuenta que soñó que el marido abusaba sexualmente de la hija. Yo como analista interpreto esto como un símbolo, como una fantasía, es decir, esto me remite a un inconciente donde hay otras cosas. Pero si un analista hubiera entrado a la supervisión de ese jueves omitiendo la parte de que esto era un sueño podría decir que la paciente es psicótica y que es un delirio. De hecho tuvimos un caso en un Estudio Patobiográfico que la paciente afirmaba que el marido abusaba sexualmente de la hija y esto era la prueba de su perturbación psicótica, es la diferencia entre una ecuación simbólica y un símbolo. Pero resulta que en esa oportunidad Chiozza dijo que lo que llamábamos psicótico, o sea, esto es psicótico si yo hago un diagnóstico. Y ya hemos abundado un montón de que analizar y hacer diagnóstico son cosas bastantes incompatible cuando uno entiende lo que es el psicoanálisis en esta situación espiritual. Entonces es como si la paciente dijera “si yo digo lo que a mí me parece no me van a creer, y entonces lo tengo que exagerar al punto de la realidad”, hasta inclusive creérselo ella. Pero su inconciente ha creado esta psicosis otra vez como si hubiese creado un sueño, teóricamente hablando digo. ¿Por qué? Porque el que dice lo que hay en su inconciente soy yo desde mi contratransferencia y yo soy sano y percibo objetos totales. Y supongo que su inconciente es sano percibo objetos

totales y a los fines de la defensa, así como en un caso trae un sueño en otros casos lleva este sueño a superponerlo con la vigilia y entonces decimos que es un paciente psicótico. Pero a los fines de mi interpretación, de interpretar lo que importa, en el sentido del afecto reprimido, no son situaciones tan diferentes. Se entiende lo que quiero decir?. Ahora después si me preguntan si lo tengo que internar o medicar, sí son asuntos diferentes. Justamente a mí me parece que un psicoanalista no tiene demasiada competencia en este segundo aspecto porque si tuviera que decir lo que siente dice “es una pena que lo mediquen y que lo internen”. Yo quisiera tener un poco más de tiempo para interpretar y sería todo tanto mejor!. Entonces cuando el psicoanalista tiene que decir “hay que medicar” o es un psicoanalista que no ha entendido el psicoanálisis o lo dice con un desgarro en el alma porque es como si vos dijeras “tengo que cortar un brazo que se podría haber vendado y habría curado”. O por lo menos estaba la chance y valía la pena jugarse. Entonces esta es la situación. Entonces cuando Hanna Segal que ni siquiera es Melanie Klein pone tanto énfasis en la diferencia entre el símbolo y la ecuación simbólica otra vez está… yo creo que está malentendiendo pero, si no lo está malentendiendo ella esta generando el malentendido en el lector de que esta es una diferencia de sustancia, que es una diferencia en la cosa en sí. Y que esta diferencia yo la tengo que hacer primero para saber como trabajar después. Y esto es lo que uno no quiere enseñar más, lo que uno quiere es deshacer ese malentendido porque es lo que ha llevado al psicoanálisis mundial incluido muchísimo por el cientificismo anglosajón a este malentendido y en donde los alemanes y los latinos nos hemos arrodillado y estamos haciendo un psicoanálisis psiquiátrico, estamos haciendo un psicoanálisis de enfermos, de trastornos mentales y estamos haciendo una cura. Y entonces después, retrotrayendo esto a la primera reunión de este año, nos preguntamos ¿Todo el mundo se tiene que analizar?. Pero cuando nos hacemos esta pregunta la estamos haciendo desde el psicoanálisis psiquiátrico, del psicoanálisis médico. Si pudiéramos todos compartir el enamoramiento y el arte y la espiritualidad del psicoanálisis en Weizsaecker, en Racker, mismo en Freud, no estaríamos preguntando “todos nos tenemos que psicoanalizar?” estaríamos preguntando ¿Quién me analiza?. Este es el punto tan importante que tenemos que tener claro.

Dr. Luis Chiozza.

Quería decir varias cosas.
La primera, retomando esto que dice Gustavo de la ecuación simbólica, yo estoy totalmente de acuerdo con que es así. En realidad una ecuación simbólica es lo que desde el punto de vista de la semiótica se llama un signo y se diferencia como lo ha hecho de manera genial la autora de un libro que se hizo célebre “La nueva clave de la Filosofía”, que basó toda la filosofía a partir de la semiótica, que fue Susanne Langer. La significación se da siempre en signos y en símbolos. Lo interesante de esta cuestión de que yo me ocupé mucho de ejemplificarlo a través de la pata de palo, a través de la señal de la estación de gasolina. La diferencia entre signo y símbolo es el punto vista. No es, como dice Gustavo, no es un asunto de sustancia. Lo que hace un sujeto cuando hace lo que se llama una ecuación simbólica es negar su capacidad de reconocer el símbolo y regirse por una situación de signo. Y lo que hace que uno lo llame psicótico o que diga que es un delirio, es lo grosero e inadecuado de la situación porque este tipo de ecuaciones simbólicas la hacemos nosotros todos los días. Voy a dar un ejemplo. Yo supónganse que entro todos los días en mi oficina, me saco el sobretodo en el invierno y lo cuelgo en el perchero. Mi secretaría llega diez minutos más tarde y si ve el sobretodo

en el perchero dice que yo llegué, sino lo ve dice “no llegó”. Ella está usando como signo de mi presencia lo que en realidad es un símbolo de mi presencia. Bien, esto en general funciona, todos funcionamos así. Por eso dijo Ortega “nunca vio nadie una naranja, vemos media y pensamos que detrás está la otra mitad”. Pero qué pasa si un día viene la secretaría y dice Chiozza está en la oficina, entra y no me ve, porque yo me olvidé el sobretodo el día anterior?. Es decir, esto muestra que nosotros hacemos lo mismo que el psicótico y lo que hace que lo llamemos psicótico es la inadecuación, llamémosle la exageración como dijo recién Gustavo, el sujeto en su afán de que le crean fuerza las cuestiones y construye un delirio y dice “efectivamente mi marido se acuesta con mi hija”. Porque si yo digo que sospecho para decir que él realmente tiene una conducta promiscua, no me lo van a creer. Entonces esto es muy importante y tiene que ver con la otra cuestión. Gustavo lo dijo muy bien y yo quisiera agregar a lo que él dijo que en realidad cuando nosotros analizamos un paciente, hace muchos años que yo escribí esto aún sabiendo que es muy difícil de llevar a la práctica pero, que es el encuadre correcto. Un psicoanalista jamás tiene que tener a cargo la protección de su paciente porque eso es incompatible con que el psicoanalista dé lo mejor de sí. Es decir, si la sociedad que rodea al paciente, el médico, la familia, piensan que el paciente corre un riesgo, ellos tienen que ocuparse de ver si se va a internar, si se va a medicar. El analista lo que tiene que hacer es interpretar. Este es el encuadre mejor. En la práctica es muy difícil.

La tercera cuestión es la más interesante de todas para mí. Nosotros decimos que frente a una situación que ocurre entre dos personas, no se debe decir, como a veces establecen los tribunales, “son culpables en un cincuenta por ciento cada uno o son culpables en setenta y treinta”. Esto es una cuestión de tribunales. La cuestión desde el punto de vista operativo es que nosotros, sea cual fuera de los dos que tenemos acostados en el diván, tenemos que interpretar fuera de la matemática como que cada uno tiene el cien por cien de la responsabilidad. Porque la responsabilidad no tiene límites. Es más, la responsabilidad desde el punto de vista del determinismo es insostenible y desde el punto de vista del sentido común, es inevitable. Esto no voy a abundar ahora porque yo lo expresé de mil maneras.

Pero a mí me parece que hay una cosa muy importante, y vuelvo con esto a lo que dijo Silvana. Silvana dijo “Melanie Klein, a pesar de que fue una de las personas que con más vigor y con más convicción analizó al niño en lugar de hacer puericultura con los padres”. Dijo “el niño encuentra al padre que él fabrica en su relación con él y yo analizo al niño” “cambio al niño y cambiaré la relación con los padres”. Pero también dijo Silvana “no obstante eso Melanie Klein dice que no es lo mismo que el niño se encuentre con un tipo de carácter de padre que con otro”. Y entonces vamos a la cuestión del punto de urgencia compartido. Si bien desde el punto de vista operativo nosotros necesitamos poner a nuestro paciente en el punto de su máxima responsabilidad, porque está bien, a veces el paciente no puede, no es que no quiere, no puede. Pero ¿Qué significa que no puede?. ¿Sabemos si no puede?. Nosotros tenemos que pensar en el paciente como alguien que hace su enfermedad, no como alguien que la sufre pasivamente porque ese es el enfoque, no porque nosotros pensemos si puede o no puede. Si no puede, paciencia. Como dice Gustavo “yo trataré de salvarle el brazo”; si no se puede, no se puede. Pero qué ocurre?. Cuando nosotros planteamos las cosas de este modo llegamos a la situación de que frente a una situación que sucede vamos a encontrar responsabilidad en los dos. Que duda cabe que cuando ocurre un acontecimiento, cuando a un sujeto lo asaltan y lo matan, si generalizamos analizando la situación vamos a ver que no todo depende del agresor, también depende de la víctima. Esto está claro. Pero esto no debe quitarle el hecho de que me parece importantísimo de que hay una diferencia de asimetría. No es lo mismo ser asesino que asesinado. Y del mismo modo se puede decir que frente a una

situación, tomemos cualquiera, la rivalidad, por ejemplo. La rivalidad podemos decir se sostiene porque se sostiene de a dos puntas, si no con una soga donde uno no tira, la soga se afloja aunque el otro tire todo lo que quiere. Pero esto no significa que desde los dos extremos la rivalidad se tensa con la misma fuerza. Y lo mismo pasa con el punto de urgencia. Que el analista tenga la coincidencia de punto de urgencia del paciente no quiere decir que el analista tenga el mismo grado de escotomas o de neurosis o lo que sea, que el paciente. Y esto se puede representar muy fácilmente a través de un esquema. Se puede decir “frente a este paciente este analista tiene una contratransferencia negativa; los demás, ponemos cinco más, no la tienen”. Frente a este otro paciente los cinco analistas tienen contratransferencia negativa. Esto qué significa?, significa que en la gestación de esta transferencia-contratransferencia la contribución no es igual. Entonces no debemos confundir la coincidencia de los puntos de urgencia con sostener que ese mismo conflicto opera en ambos participes del vínculo con la misma intensidad o con la misma gravedad. Me parece que esto es importante y creo que sigue siendo cierto. Es cierto que el niño fabrica sus padres, pero también es cierto que cuando lo fabrica se encuentra con una materia prima y que puede fabricar un padre de esta manera con esto pero, con el otro padre no lo va a poder fabricar por mejor disposición que tenga porque a ese padre que tiene no le da el piné para que el hijo fabrique el que podía fabricar con otro padre. Entonces a mí me parece que este es un asunto muy importante.

La infancia

. El malentendido y la incomunicación

. Trastornos en la infancia

El tratamiento psicoanalítico

a) La entrevista con los padres
b) Lenguaje no verbal
c) Encuadre. El comportamiento de los niños en la sesión psicoanalítica
d) Interpretaciones
e) Frecuencia de sesiones

El propósito de este trabajo es volver a reflexionar acerca de la infancia y sobre algunos aspectos de la teoría de la técnica en el ejercicio del psicoanálisis con niños.

La infancia [1]

Desde los primeros momentos de la vida post-natal, el infante está gobernado por sensaciones de necesidad, placer y displacer.[2]

Establece su primer vínculo con la madre y ésta desempeña un papel importante, en la medida en que proporciona satisfacción y elimina el malestar.[3]

En un comienzo el bebé no diferencia su cuerpo del de la madre y luego descubre que son dos seres diferentes. Poco a poco aprende a ser "Yo" y además descubre que los otros también se sienten "Yo". (Chiozza L 2009).

Chiozza L (2012) sostiene que cuando el lactante progresa en su conocimiento del mundo y descubre que la madre no le pertenece, porque esta regida por una voluntad que él no domina, este conocimiento quedará registrado en una parte inconciente de su alma como una de las experiencias más penosas de la vida.

Con sus progresos el niño pone en contacto a su boca con casi todos los objetos que se hallan al alcance, como un modo de familiarizarse con ellos, al mismo tiempo que experimenta satisfacción.

Alrededor del año, la zona oral que conserva la capacidad de obtener placer va desplazando su predominio por la estimulación de la región anal y genital que se continúa con el aprendizaje del control de esfínteres alrededor de los dos años.

En los estadios tempranos del desarrollo, la agresión que forma parte constitutiva de su ser, se manifiesta bajo el predominio de las distintas zonas erógenas que actúan como "espacios" a través de los cuales el niño aprehende el mundo y marcan las características de lo percibido.[4]

La curiosidad genital, que recae en el interés por la diferencia existente entre los sexos, por la intimidad de los progenitores y por el misterio del nacimiento, se desencadena, tal como lo describe Aberastury A.(1992), a partir de la fase genital previa, en la cual la aparición de los dientes determina para el infante el abandono del pecho y esto lo impulsa a la búsqueda de otra forma de unión en la que los genitales están destinados a ser los herederos.

---

[1] Consideramos temprana infancia al período que se extiende desde el nacimiento hasta los dos años, infancia desde los dos hasta los nueve, pubertad desde los diez hasta los doce y adolescencia a partir de los doce. Estos períodos son aproximados y dependen de la evolución de cada niño.

[2] No nos ocuparemos en este trabajo del desarrollo en la vida pre-natal.

[3] Nos referimos a la madre o a un sustituto materno.

[4] Los impulsos sádicos, los puede manifestar como el deseo de destruir comiendo, utilizando en este caso como instrumento de la agresión los dientes, en la fase anal a través de comportamientos tercos, dominantes o posesivos y en la fase genital por medio de conductas de tinte competitivo.

Los primeros años se caracterizan por una afluencia de emociones internas y estímulos externos que el niño trata de organizar. Se siente frente a vivencias extremas, que al mismo tiempo lo hacen sentir autor de todas y cada una de las cosas que ocurren. Resulta llamativo, que cuando dibujan círculos o esferas, les produce mucho malestar dejarlos sin completar, es decir, se empeñan en remarcar y dar un cierre a las figuras y se impacientan si no lo logran. Interpretamos por un lado, que el círculo simboliza la figura materna y por otro, el cierre parece ofrecerle la idea de que existe una contención y un orden necesarios en ese período de la vida, dado que uno de los mayores trabajos que sienten que tienen que llevar a cabo, es dominar la ansiedad. [5]

Desde el principio se le impone una lógica incoherente, para el adulto que no la comprende, es una lógica adecuada exclusivamente a sus intereses, que puede describirse como actitud omnipotente, narcisista y egocéntrica, sus deseos como perversos, sus temores como infundados y sus angustias como exageradas, siendo ese su modo de ser niño. [6]

La inclinación a estar centrado en sí mismo, le permite fantasear por ejemplo, que al cerrar los ojos y no poder ver, es él mismo el que desaparece.

El mundo se les presenta como un "mundo de grandes", adonde tiene que llegar. Ubicado en el espacio que los circunda y dado el nivel de integración que ha alcanzado su Yo, la observación recae sobre aspectos parciales que "sabe" enteros y es necesario diferenciarlos de los objetos que construye el adulto. [7]

Se va conectando con las cosas del mundo de modo fugaz y su atención "salta" de una cosa a la otra sin interrupción, sus emociones cambian rápidamente y en sus vivencias predomina el presente, como cuando frente a la ausencia del objeto, se comporta como si no lo fuera a ver "nunca más". Y por otra parte, es llamativa la capacidad minuciosa y detallista en sus observaciones, así como la posibilidad de recordar sucesos que van influyendo en sus aprendizajes. El niño va logrando el conocimiento conciente de pasado y futuro, a partir de los dos años aproximadamente.

A medida que crece las nociones de tiempo, espacio, objeto y causalidad, se van conformando paulatinamente.

---

[5] La intensidad emocional en torno a las mociones edípicas, es generadora de conflictos que pueden expresarse a través de diversos trastornos. Las dificultades para dormir, como el insomnio, son atribuidas muchas veces a la existencia de dichas ansiedades.

[6] Freud A (1976) destacaba que las actitudes orales del infante se critican como manifestaciones de gula, los deseos anales como muestras de desaseo, las apetencias agresivas como maldad y el exhibicionismo como desverguenza, siendo estas actitudes la particular forma de ser niño.

[7] Es necesario recordar que no existe la posibilidad de percibir al "objeto total", dado que nunca puede ser percibido en su totalidad. Comentario de Chiozza L al trabajo de la Lic. Silvana O Aizenberg acerca de: "La comprensión psicoanalítica de los bebes que se enferman"". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, 2006.

La capacidad de pensar, sostiene Chiozza L (2009) se ejerce desde el comienzo mismo de la vida, nace de una carencia y evoluciona al modo de un ensayo "mental", pre-meditado de la acción, para poder satisfacer eficazmente la necesidad.

Podríamos pensar que la vida anímica del niño, se complejiza en dos aspectos, que se influyen mutuamente, por un lado todos los aprendizajes nuevos que le permiten al Yo manejarse más adecuadamente, contemplando su necesidad con las posibilidades y por otro, sus impulsos, sus fantasías inconcientes y las defensas frente a ellos.

La teoría psicoanalítica sostiene que la estructura anímica del niño, en comparación con la del adulto, se caracteriza por un menor desarrollo del proceso secundario y una mayor permeabilidad entre los sistemas conciente e inconciente, que permiten comprender la mayor posibilidad de conexión que tiene con "sus" contenidos inconcientes, con los que "pertenecen" a los objetos significativos de su entorno vital y con aquellos que responden al "saber innato", producto de la experiencia filogenética heredada.

Sin embargo, sabemos que proceso primario y proceso secundario, no se pueden concebir uno separado del otro. Dentro del automatismo del proceso primario, están ya contenidos los anteriores procesos secundarios. [8]

Un niño muy pequeño tiene contacto con la realidad, pero no con la realidad del adulto y en este sentido también, tiene una conciencia diferente a la del adulto, lo cual no quiere decir que no tenga una riquísima vida psíquica. Podemos decir que la conciencia de un bebe, es una conciencia que en el adulto posteriormente va a formar parte de la conciencia inconciente.

Esta particular manera de ser lleva a definir a los niños como más auténticos, más espontáneos y más directos en sus apreciaciones.

Si bien en la actualidad, no se pone en duda que los niños tienen conciencia, también pareciera ser que ese criterio no es del todo aceptado.[9]

El pequeño se resiste a la frustración e intenta obtener aquello que desea de manera inmediata, empleando para satisfacer sus deseos, diferentes mecanismos como el llanto, al servicio de la extorsión melancólica.[10]

Chiozza G (2001a) describe este recurso, el de obtener satisfacción a través de lograr el favor de sus padres, como acciones de "meta indirecta", que cuando perduran más allá de lo adecuado, pasa a ser la mayoría de las veces, un mapa inadecuado para el trato con la realidad es decir, un malentendido.

La adecuación al principio de realidad y la tolerancia a la frustración que forman parte del comienzo de la vida, son condiciones que el niño va

[8] El proceso primario establece importancias y el proceso secundario establece diferencias.

[9] Colocarle aritos a las nenas recién nacidas o la circuncisión al varón recién nacido, argumentando que no les duele, pareciera ser un criterio limitado en cuanto a la conciencia del niño.

[10] Diferenciamos el llanto que tiene un carácter extorsivo, del llanto de los primeros momentos de la vida cuya principal intención es la comunicación.

afianzando con su crecimiento. La forma en que enfrente la desilusión de sus expectativas, establecerá un patrón que se repetirá una y otra vez en sus experiencias posteriores.

Los mecanismos de defensa en la temprana infancia, cumplen una función necesaria en la estructuración del aparato psíquico, para ello necesita reprimir algunos impulsos o la intensidad de los mismos. En algunas circunstancias estos mecanismos, son adecuados a los fines de su crecimiento y en otras inadecuados, como cuando el niño acentúa actitudes opuestas a los sentimientos que experimenta y los inhibe, por ejemplo, parte de la agresión dirigida hacia sus objetos primarios, desarrollando una atención y solicitud especial hacia ellos dando lugar a verdaderas formaciones reactivas.

La proyección de sus impulsos, adquiere muchas veces la forma de creaciones imaginarias, de monstruos peligrosos como los que aparecen en los cuentos cuyos ataques temen. De esta manera depositan en el ambiente un impulso que les pertenece.

Dada su dependencia para poder satisfacerse material y emocionalmente, el niño puede sentir que corre el riesgo de provocar desagrado con su conducta. Esta supeditación, a veces es vivida como una verdadera amenaza, que se manifiesta en el surgimiento de fantasías crueles como la de ser castigado o abandonado.

Reconocer que un niño se siente invadido por sentimientos, que de acuerdo a cada etapa evolutiva, necesitará satisfacerlos o reprimirlos, forma parte de una perspectiva más integrada para encarar o comprender la infancia.

El apremio por acceder a ciertos logros y avanzar con rapidez, son conductas por medio de las cuales el niño trata de atemperar su sentimiento de inseguridad y constituye muchas veces un impedimento para su desarrollo.

Con su evolución, va aprendiendo a inhibir la satisfacción directa y asentando lo aprendido en un proceso de identificación, por medio del cual, se apropia de modos de comportamiento de sus padres u otras personas y tiende a adoptar sus actitudes y valores.

Para la adquisición del lenguaje hablado, cuando el infante oye su propio parloteo, tiende a repetir los sonidos semejantes a los que ha oído con anterioridad de su madre u otras personas, entonces se apega a sonidos humanos particulares. El entorno refuerza esas vocalizaciones, que son como sus propios sonidos y así aprende el niño que es conveniente imitar la palabra, para lograr una mejor comunicación. De este modo, va adquiriendo gradualmente y por imitación el lenguaje de los adultos que lo rodean.

Los desarrollos de Chiozza L. (1970i) acerca del psiquismo pre-natal y las fijaciones tempranas, conducen a plantear que la represión está presente desde el comienzo mismo de la vida y permite suponer que una división

fundante del aparato psíquico tuvo lugar en esos momentos originarios. La existencia de un psiquismo temprano y una trama edípica pre-natal, nos permite pensar en la presencia de disposiciones afectivas previas al nacimiento, que anteceden a las que se instalaran durante los primeros años.

Nos parece importante destacar que en la temprana infancia, la noción de psíquico y somático, no se presenta en la conciencia del niño como algo diferenciado, sino que conservan su esencial unidad. La disociación entre físico y psíquico, es una adquisición que va incorporando con la evolución y el crecimiento.

Al malestar que un niño puede sufrir por un dolor abdominal o un padecimiento respiratorio, lo experimenta sin una clara discriminación entre corporal y anímico, estando implícita la indisoluble relación entre sus trastornos y los correspondientes estados afectivos o significados inconcientes.

La disociación cuerpo y alma son nociones adquiridas. Chiozza L (2012) destaca que un niño pequeño aprende que la mano de su cuerpo, la mano que ve, es la misma mano que siente, la mano de su alma. Ve los movimientos de su mano delante de sus ojos "antes" de saber que la mano que ve, es su mano.[11] Señala, que de acuerdo con la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, planteada por Freud S las dos manos son la misma y funcionan "lejos" de toda discriminación conciente.

La interpretación de somático y psíquico, destaca el autor, depende de los diversos grados de abstracción. Es posible pensar, afirma, que la conciencia humana habitual percibe como somático a lo que ha alcanzado un determinado nivel de abstracción "consolidada" y como psíquico a lo que sucede como un proceso de abstracción "en curso".

Esto nos lleva a pensar que si el nivel de abstracción que un niño logra es progresivo, la distinción de categorías como cuerpo y alma, que son dos modos de percibir de la conciencia, son el resultado de un proceso evolutivo.

Si bien el impulso vital se materializa predominantemente en el crecimiento, la sublimación como satisfacción de deseos desplazados, es esencial a lo largo del desarrollo. [12]

La adquisición de habilidades, es un paso hacia formas más adelantadas de funcionamiento, en el sentido del consenso adulto, que son recompensadas con el dominio de sí y el desarrollo de la capacidad de espera antes de

[11] Sabemos que cuerpo y alma son dos categorías de la conciencia humana que se refieren a un existente acerca del cual no puede decirse que es psíquico o es somático y dado que son dos modos en que lo inconciente puede registrarse en la conciencia, puede decirse que lo inconciente es psíquico sin dejar de ser físico y físico sin dejar de ser psíquico. (Chiozza, L. 2012)

[12] En el desarrollo del niño, tienen fundamental importancia, la interrelación entre las características de sus propios impulsos, la tolerancia a la frustración y la postergación de la satisfacción

actuar. Al mismo tiempo implica cierta disminución en la vitalidad y en la flexibilidad típica de la infancia.

Constituye un error creer que los sentimientos de los niños son menos intensos que las emociones correspondientes de los adultos o subestimar la significación de las actitudes emocionales, argumentando que son demasiado pequeños para tomar las cosas en serio.

Chiozza L. (2009) destaca que existe una lamentable costumbre generalizada de hablar con los niños como si fueran tontos, lo cual a veces finalmente los transforma en tontos. Agrega que el hecho de que un niño no sepa, no entienda o no pueda y se comporte como alguien que "no tiene juicio", no significa que el niño sea tonto o que sea incapaz de comprender. Por el contrario, aclara, los niños tienen una inteligencia, amplia y general, que se va perdiendo en aquellos sectores en los que dejan de usarla.

En este sentido, mencionamos a Rita Carter, quien en su libro Mapping the Mind citado por Chiozza. L (2009, pág 116) señala, que si bien un recién nacido tiene la misma cantidad de neuronas que un adulto, las conexiones interneuronales son escasas y en gran medida no están aún mielinizadas, pero el número de conexiones y su eficiencia crecen a gran velocidad hasta alcanzar su máximo a la edad de seis años. Agrega que si bien es cierto que el adulto puede seguir estableciendo conexiones nuevas, vinculadas al ejercicio de distintas funciones, después de los seis años predomina el proceso que va desconectando las que no se utilizan. También destaca que se ha llegado a suponer que algunas habilidades particulares y extraordinarias que se observan en algunos adultos, se deben a la incompleta desaparición de conexiones, normales en la infancia, que habitualmente se destruyen.

Chiozza L (2003) sostiene que un niño pequeño nos muestra una alegría, inmune a los sentimientos de culpa, que solemos designar con la palabra "inocencia". Cuando observamos a un niño que crece en su primer año de vida, afirma, no puede dejar de conmovernos la transparencia de su mirada y nos conmueve aún más comprobar que durante la convivencia con los más íntimos, se introduce en su manera de ser la malicia y la desconfianza. Desarrolla sentimientos de culpa concientes, generados en lo que solemos llamar "influencia del medio", que operan como un "contagio" de "estilo" que abre la compuerta de la represión primaria. [13] El niño nace con disposiciones inconcientes que va desarrollando con su crecimiento, así como sucede por ejemplo cuando va adquiriendo la capacidad para avergonzarse , que no experimenta en su más temprana infancia.

El, autor aclara que nacemos con una disposición a establecer un vínculo filial-materno colmado de significancia y que esta relación configura una

[13] Chiozza L (2010) Alude a las compuertas que mantienen reprimida una culpa inconciente que el psicoanálisis interpreta como un legado ancestral que coincide con lo que denomina "pulsiones de muerte".

emoción que denominamos apego. El efecto de esa impronta, deja huellas indelebles en el carácter, que luego se transfieren sobre otras personas que pasan a constituir aquellas para las cuales vivimos y cuya falta se siente como abandono, añoranza y desolación. De este vínculo dependen también nuestros ideales y nuestra imagen del mundo.
Sabemos que cuando un niño nace se inserta en un ambiente en el que reinan dos modelos familiares (vivan o no lo padres, sean biológicos o adoptivos) y conciliar estos modelos, a veces, se convierte en una verdadera hazaña para su crecimiento.
Por otra parte, los cambios actuales que implican cierta pérdida en la forma tradicional de la familia, la existencia de diferentes roles paternos, así como también los avances científicos en las distintas formas de procreación, nos enfrenta con la constitución de vínculos que llevan al replanteo de la existencia de una nueva organización familiar y sus repercusiones. No obstante, consideramos que no parece concebible la idea de la infancia y el crecimiento, sin figuras de identificación que transmitan hábitos y creencias, que le permitan al niño saber como comportarse en la vida.
A lo largo de su crecimiento necesita sentirse aceptado y querido y esto alimenta la confianza en si mismo, que contrarresta la fantasía de ser insuficiente, con su consecuente fantasía de castración.
El beneplácito que recibe el niño de las personas que lo asisten, constituye un representante fundamental del sostén de la autoestima, que configura el sentimiento de dignidad, que a su vez coincide con el de merecer el suministro (Chiozza L. 2012). Por esto, afirma Chiozza L (2009), recorremos la vida con el íntimo anhelo de ser bendecidos por la sonrisa de alguien que nos acepte tal cual somos.

El malentendido y la incomunicación

Si bien el malentendido forma parte de toda convivencia humana, los conflictos subyacentes a los vínculos paterno filiares, así como la particular manera que tiene el infante de sentir, percibir, pensar y relacionarse, impide muchas veces un adecuado entendimiento y comunicación. Dicho entendimiento, adquiere en este período de la vida, una importancia fundamental, porque el niño en íntima vinculación con las características de su entorno, va consolidando su carácter.
Chiozza L (1984) destaca la importancia y la dificultad del entendimiento, al punto que sostiene que a veces nos hacemos la ilusión de habernos entendido para sentirnos aliviados. [14]
Chiozza G (2000b) describe la existencia de un malentendido primario, inevitable, presente en toda forma de comunicación que forma parte de un limite natural que obedece a "la forma en la que estamos construidos" y un

[14] "El malentendido". Conferencia dictada por Chiozza L. el 22 de agosto de 1984 en el anfiteatro de la Fundación Cultural Pro-música de Buenos Aires.

malentendido secundario, evitable, que surge a los fines de defender una fantasía optativa, como por ejemplo, el deseo de mantener el malentendido del falso privilegio del padre.[15]

El niño vive su infancia y el adulto muchas veces tiende a atribuirle motivos o sentimientos que son diferentes que los suyos y también él tiende a atribuirle al adulto intenciones que no le corresponde. "Construye" las características de sus objetos de acuerdo con sus fantasías infantiles y crea distintas imágenes de sus padres, que a su vez provoca diferentes reacciones.

Aunque sabemos que el infante tiene una percepción poco deformada de los estados anímicos de las personas significativas, debido a su particular permeabilidad con los contenidos inconcientes, forma parte de las luchas inherentes a su crecimiento, debatirse entre su propia percepción de lo que ve y siente, con aquello que le transmiten y en el intento de adecuarse, a veces no logra dimensionar o comprender adecuadamente aquello que le sucede y aquello que acontece a su alrededor.

La distancia generacional que separa al adulto del niño, los conflictos que giran en torno al vínculo entre padres e hijos y los derivados del consenso social, exponen al niño a vivencias de desconcierto, desprotección y miedo y al mismo tiempo los padres suelen experimentar desconcierto o turbación, cuando sienten que para la crianza de los hijos, tienen que enfrentar una de las tareas más difíciles que han tenido que asumir en la vida.

Si bien los niños reciben atenciones y cuidados que les permite sentirse protegidos y que les ofrecen un marco de afecto y contención, también tienden a sentir que "nadie" los entiende.

Cuando un niño se resiste a admitir limites, puede estar dominado por diferentes conflictos y a veces su comportamiento puede ser interpretado, como la necesidad de "llamar la atención" u ocupar un lugar protagónico en la familia y en cambio podría ser que con su conducta que describimos como rebelde, exprese el deseo inconciente de ser mirado para ser ayudado y contenido en sus impulsos.

El pequeño, muchas veces, confunde su natural dependencia con el sentimiento de impotencia y reacciona con enojo , que generalmente dirige a las personas más significativas. El enojo o el aislamiento, pueden estar denunciando un profundo sentimiento de incomunicación.

También los padres, a partir del sentimiento de impotencia para asumir sus funciones, pueden "abusar" de la dependencia infantil, esperando que los hijos se comporten del modo como ellos desean, sin considerar o respetar su individualidad.

[15] El falso privilegio del padre, descripto por Chiozza L. (1977b) ilumina el malentendido generado en la infancia a partir del cual el niño se siente ineficaz e inferior, comparado con el progenitor rival. Sus deseos de ser "grande", para casarse con la persona amada y tener hijos fracasa y este fracaso lo experimenta como rechazo.

La injerencia que los padres poseen sobre el infante, disponen como ya dijimos, al desarrollo de fantasías optativas, como los sentimientos de culpa.[16]
Por otra parte, es frecuente también, la fantasía ubicua en los padres de sentirse culpables por las dificultades que tienen los hijos.
Otro de los malentendidos, que forma parte del crecimiento y del padecimiento de celos, es experimentar la llegada de un hermano como símbolo vital en sí mismo y de unión entre los padres, como reflejo de una traición que representa abandono y que lleva a sentir que es "otro" el que viene a ocupar su lugar.
Chiozza L (1984) señala la lamentable confusión, tanto de parte de los padres como de los hijos, en creer que la preferencia por un rasgo caracterológico, es la preferencia por el hijo entero.[17]
Durante las diferentes etapas del crecimiento, el niño puede asumir actitudes que revelan su necesidad de hacer como él quiere, es decir, hacer "como se le da la gana". Si bien esto puede formar parte de una necesidad de autoafirmación y de una necesidad de "poner a prueba", cierta autonomía, también puede expresar la intención de hacer activo aquello que vive pasivamente, pretendiendo que sea otro quien se acomode o se adapte a las circunstancias. Es frecuente que un niño sienta que es él quien tiene que acomodarse "a todo" y también es frecuente que los padres experimenten malestar, cuando sienten que necesitan postergar aspectos de su vida, para ocuparse del cuidado o la demanda de sus hijos.
Una de las preguntas que los adultos formulan habitualmente, es acerca de cuales son los límites necesarios para la crianza de un niño, cuáles de los que se implementan los ayudan y cuales los perjudica en su vida. Cómo proceder cuando se oponen a aceptar las normas familiares o sociales?
Sabemos que los límites forman parte de una estructura necesaria para el crecimiento y que la transgresión genera sentimientos de culpa, que conducen a la necesidad de seguir transgrediendo. Aberastury A (1991) destacaba que el tema de la libertad en la educación tuvo importancia en el psicoanálisis desde el primer momento, pero que su historia no fue en los primeros años una historia feliz, ya que ingenuamente se pensó que una permisibilidad sin límites, podría ser la solución en la profilaxis de la neurosis y en ese sentido, señalaba, que detener un acto que se desprende espontáneamente en un momento de la evolución, es tan pernicioso para el desarrollo como acelerarlo.

Trastornos en la infancia

[16] Chiozza G. (2000b) describe la existencia de una culpa primaria, por aquello que escapa a las posibilidades del yo y una culpa secundaria que surge de fantasías optativas.
[17] Comentario de Chiozza L en la presentación del trabajo "Los hijos" de la Lic. Mercedes Palombo, en FEPSEO, l984

Desde un comienzo el conflicto está presente en la vida psíquica del niño. A partir de sus primeros momentos tropieza con dificultades o perturbaciones y si bien en ocasiones puede enfermar gravemente, porque se enfrenta con la tramitación de excitaciones que exceden sus posibilidades yoicas, su impulso vital así como la elaboración de sus ansiedades, le posibilita generalmente la superación de los mismos. [18]

No podemos determinar un criterio de normalidad del desarrollo emocional e instintivo de un niño. A lo largo de su crecimiento se suceden cambios fundamentales y durante el proceso de adaptación, va afianzando su forma de ser, de relacionarse y de enfermar.

Describimos que algo "anda mal" en su desarrollo, cuando sus trastornos son frecuentes, perduran y perturban su crianza, así como también su relación con el entorno. (Aizenberg, Silvana 2007)

Chiozza L (2010) describe que cuando el recién nacido siente que tiene que renunciar al pecho materno, que consideraba propio, comienza a sentirse como "mutilado" en la imagen de si mismo. Esto, afirma, constituye la primera falta y la más importante carencia después del nacimiento, que forma parte de los cimientos del complejo de Edipo y el "complejo de castración" que lo acompañan a lo largo de la vida. Ese sentimiento que se experimenta como una impotencia y como una incapacidad para conservar lo que es propio, es el origen de los sentimientos de envidia, celos y rivalidad.

La necesidad de compensar esa primera falta, afirma el autor, suele conducir al deseo de ser protagonista. Cuando la intención de ser protagonista fracasa, surge la necesidad de reconocimiento, que suele llevar a conductas complacientes que son producto del temor al abandono.

El modo en que el niño integre dichos sentimientos, así como la capacidad para realizar duelos, determinara las características de su evolución. Chiozza L (2010) sostiene que los remanentes no duelados, es un proceso que dura toda la vida, pero que ya se alcanza en la infancia, porque el afán de protagonismo y de reconocimiento, se percibe fácilmente en los niños.

Sabemos que todo síntoma o enfermedad es expresión de distintas fantasías inconcientes y dado que estas se desarrollan en el vínculo con las personas del entorno, la enfermedad de un niño funciona como el fusible de un circuito eléctrico y constituye el emergente de conflictos inconcientes familiares. (Chiozza L y Aizenberg Silvana 1992)

La noción de que un niño es un "emergente" del grupo familiar, junto con la idea de que percibe inconcientemente las fantasías inconcientes de los padres, constituye uno de los pilares del concepto acerca de una temática o fantasía familiar. (Chiozza L y colab. 1975)

[18] Freud S (1905d) al ocuparse del psiquismo infantil remarcó la importancia que tienen los sucesos de los primeros años como plenos de significatividad. Mencionó la angustia de nacer como el verdadero orígen de la angustia, que se desprende del estado de desamparo del lactante y destacó que desde un comienzo el conflicto está presente en la vida psíquica del niño.

El niño tiene la capacidad de identificarse con conflictos que forman parte de las identificaciones que han realizado sus propios padres. En este sentido, podemos decir, que fue concebido con el mismo conflicto que ellos padecen.
Cuando Chiozza L (2012) se refiere al sentimiento de aquello que "nos hace falta" describe que es una historia que viene de lejos, que hunde sus raíces en los comienzos de nuestra propia vida y que es la continuación de la de nuestros progenitores.
También es importante destacar que las primeras impresiones de la vida, en la medida en que ejercen un efecto importante o ejercen un efecto traumático, que no fue elaborado o duelado, son las que perduran.
Las alteraciones que se manifiestan en la conducta o en una enfermedad somática, pueden sustituirse mutuamente y es así que en la práctica clínica observamos que cuando un niño "mejora" o se "cura" de una enfermedad orgánica, puede desarrollar trastornos equivalentes en su comportamiento. Un paciente asmático, por ejemplo, puede dejar de serlo y en su lugar desarrollar una conducta impaciente, irritante o de desanimo, vinculado al conflicto que gira en torno a su necesidad de dependencia e independencia y a sus perturbaciones en el intercambio con el medio.
La infancia no transcurre en el paraíso que frecuentemente preferimos atribuirle. Las penurias infantiles, que no pudieron duelarse, se pueden traducir en la vida del niño en estados melancólicos, paranoides o maníacos. (Chiozza L 2010)
La fantasía de tener un amigo invisible, suele ser muchas veces un recurso para atemperar el sentimiento de desolación y miedo.
Entendemos que los miedos de los niños a los peligros "externos", forman parte no solo de la proyección de sus impulsos destructivos, sino también al predominio del pensamiento mágico-omnipotente, propio de la primera infancia, por medio del cual puede imaginar la existencia de personajes extremadamente persecutorios. Mientras juegan a tener poderes especiales, juego típico de la infancia, van accediendo a un enfrentamiento gradual con aquellas vivencias frustrantes, que experimentan como algo desestabilizador en su vida.
Chiozza L (2011)[19] formula que un niño, como todo ser humano tiene procedimientos efectivos dentro de la salud y procedimientos alternativos, que buscan ser efectivos dentro de la enfermedad. Es decir, cuando no puede resolver sus conflictos en salud, los "resuelve" en enfermedad.
Cuando somos niños, sostiene el autor, (Chiozza L. 2009) estamos llenos de preguntas y a medida que nos hacemos grandes vamos, lamentablemente, renunciando a preguntar. Esto sucede, afirma, porque hemos sentido muchas veces que nuestras preguntas fueron recibidas como

[19] Comentario de Chiozza L en la revisión del trabajo: "La comprensión psicoanalítica de los bebés que se enferman" de Silvana Aizenberg (2011)

algo que molesta u otras veces recibimos respuestas apresuradas, que no nos convencían y que para creerlas también era necesario acostumbrarse a dejar de pensar.

El tratamiento psicoanalítico

Psicoanalizar a un niño implica una forma de hacer, cuya realización se basa fundamentalmente en el conocimiento de la teoría y la teoría de la técnica que caracteriza al psicoanálisis en general.

Acerca de cuales son las semejanzas y las diferencias entre el tratamiento de niños y el de adultos, solemos afirmar que si bien existen algunas diferencias, éstas no son tantas y se relacionan con algunas particularidades en la técnica.

El paciente, sobre todo si es pequeño, se expresa esencialmente a través de juegos y dibujos y sabemos que todo aquello que realiza durante la sesión constituye un lenguaje. Manifiesta su deseo de comunicación y entiende que la sesión es un espacio en el que puede comunicar aquello que le preocupa y por lo que sufre.

Chiozza L (1998) sostiene que los distintos materiales extraverbales de una sesión psicoanalítica, dependen de caminos interpretativos diferentes, que pueden recorrer líneas conceptuales tales como las que categorizan al dibujo, al juego, la conducta, el mito o el teatro y que la posibilidad de recorrer esos caminos depende, a su vez, de los distintos conocimientos que el psicoanalista posea. No solo trabajamos con lo que el paciente dice, sino también con lo que hace, con sus gestos, con sus trastornos, con sus enfermedades.

Para Winnicott D.W. (1980) el psicoanálisis de niños era la base de su tarea y sostenía que si algún estudiante le preguntara, acerca de su trabajo, respondería siempre que es el entrenamiento en psicoanálisis. Destacaba que lo central reside en la capacidad de identificación con el paciente y la importancia de que el terapeuta asimile los conflictos expresados por él en el vínculo analítico y aguarde, antes que perseguir ansiosamente su cura.

En nuestra tarea clínica, nos encontramos frecuentemente con la vivencia contratransferencial de apremio por resolver el o los motivos que desencadenaron una consulta o una solicitud de análisis.

La intención analítica de solucionar los trastornos, parece constituir un objetivo estimulado por la necesidad de obtener resultados que atemperen o encubran el sentimiento de insuficiencia en la comprensión más profunda del paciente o en el propósito de lograr una contratransferencia positiva con los progenitores o personas encargadas del niño, en quienes se proyecta al objeto perseguidor.

Partimos en cambio de la convicción, de que el trabajo con niños, aún siendo muy pequeños, radica en la comprensión del vínculo transferencial-contratransferencial y en el abordaje de las resistencias-contrarresistencias.

Cuando afirmamos que el análisis permite modificar, en el vínculo con el analista, un mapa del mundo que se ha adquirido en la infancia y sostenemos que el carácter es un conjunto de hábitos o premisas inconcientes que se adquieren en ese momento de la vida, nos preguntamos qué características particulares define nuestra tarea con un niño cuyo mapa, sostenemos, se esta construyendo en sus primeros años. Chiozza L (1998) sostiene que para intervenir psicoanalíticamente sobre un "modo de ser", no se trata de interpretar una presunta realidad cronológica, sino que es necesario interpretar el "material" como si se tratara de un sueño o una fábula, que alude a una fantasía inconciente atemporal y perpetua, que se repite en el acto de la convivencia presente. Es ese acto el objeto de nuestro análisis y en este sentido trasciende la edad que pueda tener el paciente.

La relación que se establece entre paciente y analista, suele estar impregnada por afectos e importancias, que no corresponden a la "realidad", sino que dependen de la transferencia de las figuras paternas sobre los sutitutos actuales y esto conduce a que se comporten de acuerdo con este "falso enlace". [20]

Chiozza L (2008) destaca que: "La infancia adquiere para el psicoanálisis un carácter prototípico porque los vínculos que en ella se establecen son, entre los que pueden ser recordados y verbalizados, los más precoces. "Lo infantil", por este motivo, se arroga la representación del origen de la transferencia. Sabemos, sin embargo, que el complejo de Edipo infantil, clásico (que ha podido ser reprimido y puede llegar a ser recordado porque se ha construido en el preconciente), se constituye en base a transferencias de contenidos prenatales, relativos a las experiencias filogenéticas, que han sido heredadas". (pág.198)

En el proceso de análisis el paciente revive sus modos habituales de sentir, hacer y pensar. Todo lo que hace y dice durante la sesión, oculta y revela conflictos que surgen al modo de una "denuncia" de afectos reprimidos que esperan poder ser "oídos".

El niño viene al análisis para repetir y también para cambiar. El analista con su presencia y sus interpretaciones se convierte en un nuevo modelo de identificación. El cambio transferencial, puede lograrse no solo por la posibilidad de hacer conciente la transferencia, sino por la experiencia emocional que se le brinda al paciente, por medio de la intervención del analista como personaje inesperado.

Solemos afirmar que los niños tienen la capacidad de diferenciar lo esencial de lo accesorio y si bien en el análisis pueden desarrollar resistencias francas, la menor fijeza en sus conflictos, cuando no están muy

[20] Para Klein M (1952) la transferencia se origina en los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto en los primeros estadios. Los objetos amados y odiados, dependen del amor, el odio, las fantasías, las angustias y las defensas que actúan en el niño desde el principio.

comprometidos con su enfermedad, les permite comunicarse con naturalidad y "frescura". Habitualmente decimos que son menos tolerantes a sostener un vínculo en el que suceda "nada".

El psicoanalista, por su parte, puede reaccionar con incomprensión frente al drama particular del paciente, producto de una identificación complementaria o a partir de la universalidad de los temas puede recuperar la identificación concordante, que implica comprender el punto de urgencia compartido, es decir, aquello que los dos tienen en común. (Chiozza L 2010)

Como ya dijimos, la diferencia entre el psicoanálisis de niños y el de adultos es solamente de técnica y no de principios, pero dada las características propias del niño, su natural dependencia de los padres y su modo de expresión y comunicación a través del juego, llevan a la implementación de algunas particularidades de la técnica clásica y su encuadre.

a) La entrevista con los padres

Movilizados por las dificultades del hijo, que constituyen en si mismas un pedido de ayuda y en algunas ocasiones por una solicitud manifiesta del paciente, son los padres quienes establecen el contacto inicial con el analista, deciden o no la iniciación de su tratamiento y se hacen responsables de asumir el contrato analítico.

La habitual pregunta acerca de si es posible analizar a un niño prescindiendo de la participación activa de los padres, conlleva aceptar que la tarea en si misma es factible, porque asumimos como ya planteamos, que el trabajo analítico consiste en la comprensión de la transferencia-contratransferencia que se desarrolla entre paciente y analista, aunque también nos vemos necesitados de reconocer, que la presencia "real" de los padres, tanto en una entrevista inicial como durante el tratamiento, forma parte de una necesidad, dado que son ellos quienes pueden asumir el compromiso adulto y desde este punto de vista están estrechamente involucrados.

Klein M (1932) solía tener un breve contacto inicial con los padres y prescindia luego lo más posible de ellos, centrándose en la comprensión de las fantasías inconcientes, del modo más cercano posible al encuadre clásico en el análisis de adultos. La autora pensaba que era posible trabajar psicoanalíticamente con el niño y que no debía contarse con la ayuda de los padres, ni alterar la educación en el hogar, pues solo su mejoría podría condicionar cambios "reales" en el medio familiar.

Formada en el pensamiento kleiniano, Aberastury A. (1962) convencida de que la modalidad de dar consejos a los padres, que había ensayado en sus primeras épocas, era inoperante y muchas veces agravante, continúa con la

orientación de mantener con los padres las entrevistas que resulten indispensables, sin tratar de influir sobre su conducta habitual. [21]
Afirmaba: "Cuando comprendí que un niño sabía que estaba enfermo y que desde la primera hora de juego mostraba su fantasía inconciente de enfermedad y curación y aceptaba al terapeuta por su propia decisión, se me hizo muy claro el papel que jugaban los padres (…) (pág.135)
En su participación a la mesa redonda sobre patobiografía de niños, Chiozza, G (2006) describió que tanto el motivo de consulta como la participación de los padres para la realización de un estudio, comienza a hacerse más individual, cuando se trata de adolescentes mayores y que en la medida en que aumenta la capacidad del paciente para aportar representaciones propias y contar su propia historia, la perentoriedad con que necesitamos las representaciones aportadas por los padres disminuye. Este criterio lo hacemos extensivo al tratamiento de niños, que aunque se trata de una técnica diferente a la del estudio patobiográfico, también consideramos que la presencia de los padres va haciéndose menos necesaria, a medida que la edad del paciente se hace mayor, aunque como también señaló Chiozza G, tenemos además que contemplar las consideraciones legales que hacen a la minoridad.
Entendemos que el relato de los progenitores contribuye al esclarecimiento de las circunstancias vitales del niño y en ese sentido son representaciones que nos permiten construir una historia biográfica, aunque no pensemos que tienen un grado de coincidencia con una "verdad histórica", sino que es siempre una construcción. Forma parte de los "mitos familiares", plenos de significados, que aluden a los vínculos entre el paciente y sus objetos que forman parte del ámbito en el que se desarrolla.
La información que brindan los padres, que alude a sucesos acontecidos en el "pasado" del paciente y su familia, los interpretamos como "recuerdos" que, como sostiene Chiozza L (1979), son representaciones de algo que está ocurriendo actualmente. Al ocuparse de la revalorización de la historia, el autor plantea que su sentido primordial, no es el de la secuencia antecedente consecuente, sino el de una temática recurrente e iterativa que se constituye como "story", narración o mito.
Suele surgir la pregunta acerca del modo en que integramos los datos que recibimos en el trabajo analítico, sin que esto nos lleve a perder de vista que es el niño el paciente y sin que el tratamiento se transforme en el análisis de los padres. Interpretamos que el "material" que deriva de la transferencia-contratransferencia que se establece con ellos, forma parte del "material" del paciente, dado que son aspectos disociados, dicho en otros términos, que se corresponden con la "realidad psíquica" del paciente.

[21] La autora propone concertar una o dos entrevistas semi-dirigidas con los padres antes de conocer al niño centradas en el motivo de consulta, algunos datos evolutivos, el relato de un día de vida, las relaciones familiares, enfermedades, etc.

Si bien aquello que moviliza a los progenitores para una consulta o para una solicitud de tratamiento, puede diferir del motivo manifiesto que aduce el hijo o que interpretamos forma parte de la inquietud del niño, sostenemos que esta diferencia es solo aparente y que podemos encontrar, una identidad de significado en los motivos latentes de la misma.

También queremos señalar, que las entrevistas con los padres, en las ocasiones en que es necesario realizarlas, ofrece al analista una vivencia muy particular, que es "ver" a la pareja como si fuera a través de "los ojos" del niño, dado que él tiene una relación con cada uno de los progenitores y una relación con el interjuego de ambos.

El criterio frente a dichas reuniones, es sostener un encuadre suficientemente claro, en el que sea explícito que el tratamiento es del hijo, sin embargo no podemos restarle importancia al hecho de que a veces, dichos encuentros, puede también movilizar o desencadenar transferencias positivas, que pueden constituir una colaboración eficaz para el tratamiento.[22]

De la observación clínica se desprende que el mismo paciente puede, muchas veces, ofrecer al analista por medio de su comunicación verbal o no verbal, el relato de acontecimientos de su vida o de sus padres que ellos no mencionaron durante las entrevistas.

En ocasiones el entorno del paciente puede influir con una presión resistencial, que muchas veces "ataca" al tratamiento, interrumpiendo su continuidad . La experiencia nos muestra que concluida la sesión analítica el niño "regresa" a una situación familiar que a veces es muy conflictiva y que no le ofrece el apoyo ambiental que requiere para analizarse. Aunque no desconocemos que las resistencias de los padres tienen su equivalente en las resistencias del niño y que él es alguien activo para movilizar sus propias resistencias y las de su familia, también sabemos que es preciso contar con un entorno que tenga confianza o convicción en el método analítico, para que el niño pueda hacer suyos los cambios que va realizando durante el proceso.

Consideramos que es dicha confianza también la que influye, desde un inicio, para la búsqueda de la ayuda analítica.

Como terapeutas, nos encontramos con el inconveniente de que no es poco habitual que los padres pidan o esperen un relato acerca de lo que sucede durante las sesiones y que comprendamos que muchas veces se sientan tironeados" entre el deseo de que su hijo reciba ayuda psicoterapéutica y al mismo tiempo apenados, por no ser ellos quienes puedan ayudarlo.[23]

[22] En la práctica analítica consideramos conveniente informar al niño de las entrevistas con los padres, aunque el proceso de su análisis, transcurre en el ámbito en el que la interpretación surge predominantemente del vínculo transferencial-contratransferencial, de la asociación libre del paciente que se expresa a través de juegos y dibujos y del análisis de su resistencia.

[23] El malentendido recae en la confusión de equiparar la ayuda terapéutica con el cumplimiento de funciones paternas.

Esta vivencia puede alimentar celos o envidia y generar transferencias negativas. Los niños a veces perciben que su tratamiento puede despertar malestar en los padres y en este sentido, optan por minimizar la importancia que el análisis tiene para ellos.[24]

Cuando durante su experiencia analítica, el niño no fue suficientemente comprendido, esta situación constituye en gran parte una nueva frustración en su vida, pero también observamos que el encuentro con un terapeuta con intención de comunicarse, le deja la esperanza de poder ser entendido y ayudado en un nivel más profundo.

c) Lenguaje no verbal

En la sesión, que constituye el campo en el que se da el encuentro y el "diálogo" entre el paciente y el terapeuta, el niño "dice jugando". [25]

Consideramos que lo lúdico durante la sesión psicoanalítica adquiere predominantemente una función elaborativa, aunque en algunas oportunidades forma parte de una actividad, que si bien expresa significados, se funda en la ausencia de apremio y también puede ser expresión de la necesidad primaria de jugar con "otro".

El niño puede escenificar el cumplimiento de un deseo sofocado en su conducta. Adopta un papel activo, repitiendo experiencias que vivió pasivamente. La repetición de las vivencias traumáticas le permiten, de algún modo, sentir que domina las situaciones que lo perturban, brindándole en ese mismo acto, una ganancia de placer directa pero proveniente de otra fuente. (Freud, S. 1920)

Un niño que tiene dificultades de aprendizaje, suele jugar tomando el papel de un maestro que enseña o que castiga severamente a los que se equivocan o no aprenden.

Aberastury A. (1968) se ocupó de demostrar que no solo las situaciones traumáticas aparecen en el juego, sino que también existe una relación específica entre la maduración y el desarrollo, que motiva su aparición o desaparición a una edad determinada. Así por ejemplo, demostró que el juego de esconderse, aparecer y desaparecer, como el de la "sabanita", característico entre los cuatro y seis meses responde a un momento del desarrollo en el que el bebe trata de elaborar el desprendimiento de la relación con la madre.[26]

En otras oportunidades nos hemos preguntado por qué si un niño es capaz de hablar prefiere jugar y sostuvimos que para el infante no solo es ese su

[24] Aberastury A (1962) destacaba que se establece un doble proceso de transferencia-contratransferencia con los padres y con el niño. Señaló que el encuentro con los padres les despierta a ellos diferentes vivencias (sentimientos de fracaso, culpa, humillación e injuria narcisista, temor a ser juzgados o acusados etc.).

[25] Cuando nos referimos al juego, lo hacemos extensivo a otras modalidades expresivas no verbales como el dibujo.

[26] En la etapa del control de esfínteres, el niño elige jugar con recipientes para trasvasar sustancias de un lugar a otro, ejercitando la entrega voluntaria de los contenidos del cuerpo.

natural modo de ser, sino que la expresión verbal, aún teniendo el dominio del lenguaje hablado, le resulta insuficiente para traducir su imaginación y sus fantasías.[27]

Si contemplamos el juego o el dibujo de un niño, vemos como en una imagen, una simultaneidad y una condensación de significados, que más allá del código verbal, requerirían de la sucesión de numerosas palabras, que además, no llegarían a abarcarlos y describirlos con una riqueza semejante.

Probablemente el niño siente que al entrar en contacto con el lenguaje hablado, algo de sus ilusiones cambia o se pierde. Por otra parte, también destacamos que al desplegar en un "mundo de ilusión", la intensidad de sus afectos y sus conflictos, experimenta la vivencia de preservar a quienes quiere y necesita.

El niño mientras juega investiga. Su mundo es rico, cambiante e incluye interjuegos permanentes de "fantasía" y "realidad". La cualidad de este tipo de mensaje, señala Chiozza L (1968;1983), corresponde al proceso de pensamiento que denomina terciario.[28]

El autor (Chiozza L 1991) destaca que el juego es una acción de ensayo, a pequeña cantidad, que precede a una acción a plena cantidad. Lo define como un "pensamiento actuado". Esta acción, sostiene, se acompaña de dos características esenciales, el placer que se experimenta mientras se lo realiza y la conciencia de que no va en serio.[29] [30]

Con el crecimiento y la adquisición de nuevas posibilidades expresivas, el niño intenta retener la imagen a través del dibujo y trata de recrear objetos en imágenes inmóviles, como una nueva manera de enfrentar la angustia de pérdida.[31]

Cuando un niño dibuja, puede completar su acción con palabras o realizar gestos que tienen el valor de asociaciones. En algunos casos, si no comprendemos lo que está realizando indagamos sobre algunos detalles del dibujo o sobre lo que éste representa.

Aunque algunos niños presentan inhibiciones para jugar y esta dificultad es expresión de algún conflicto de importancia en su vida, en pocas ocasiones sucede que no mire los juguetes o intente tocar alguno.

---

[27] Para comprender la naturaleza de los lenguajes no verbales o icónicos (del griego ,imagen), Bateson G. (1972) cita una frase de Isadora Duncan: "Si yo pudiera explicarle a Ud. de que se trata no tendría sentido que lo bailase".

[28] Klein M (1929) al describir el juego en los niños, señala que éstos ponen en marcha mecanismos de disociación y proyección que constituyen la base del fenómeno transferencial y es la fuerza propulsora del trabajo analítico.

[29] Jugando los niños representan sus fantasías acerca de la vida amorosa de los padres, de ellos mismos, el nacimiento del hijo, las actividades de masturbación. El juego con muñecos y animales les permite elaborar las funciones maternas y paternas.

[30] El ámbito de ilusión en el que se hace posible el juego, se funda en la capacidad simbólica e incluye la conciencia del "como si". (Aizenberg, Silvana y Casali L 1995)

[31] Aberastury A (1968) en su libro El niño y sus juegos realiza una rica descripción de la aparición de juegos específicos, desde el nacimiento hasta los ocho años.

Acerca de la participación activa que el analista pueda tener en la actividad lúdica, su "hacer", depende en primer lugar de la solicitud del paciente y es conveniente que sea él quien asigne los roles de las escenificaciones que propone y al mismo tiempo resulta enriquecedor cuando describe cada papel con el mayor detalles posible. No es el terapeuta quien sugiere el juego y sus características. [32]

Sobre el juguete, que es reemplazable, el niño plasma una historia. Es un objeto inanimado, que recibe una transferencia falso enlace que coincide, a su vez, con la transferencia sobre el analista. [33] [34]

La expresión gráfica, del mismo modo como el juego, forman parte de la asociación libre del paciente y a través de estos símbolos podemos aproximarnos a los significados inconcientes. Hay niños que dibujan más de lo que juegan, posiblemente porque encuentran en ese modo de expresión, la posibilidad de mostrar su capacidad reparatoria que los tranquiliza, porque el dibujo, al quedar plasmado en una hoja, cuando no es destruido por el paciente "perdura" y el juego, en cambio, con sus imágenes y escenas "desaparece".

c) Encuadre. El comportamiento de los niños durante la sesión psicoanalítica.

Entre las diferentes conductas inherentes a la edad de cada niño, algunas se constituyen como francas resistencias, que dificultan o impiden el tratamiento.[35] [36]

En este sentido es necesario establecer un encuadre que facilite la tarea, sin que éste tenga un carácter riguroso, en el cual las normas no permitan excepciones.

Sabemos que las dificultades que surgen para respetar el encuadre, están motivadas básicamente por el conflicto que implica aceptar un modelo de vínculo de características pos-natales, dado que la fantasía que subyace a todo tratamiento es intrauterina y el paciente, aunque sea un niño pequeño, desea que sea el terapeuta quien pueda satisfacer sus necesidades o resolver sus dificultades.

---

[32] Cuando el niño es muy pequeño, solemos inferir de su conducta, como por ejemplo cuando entrega un juguete para que el terapeuta lo sostenga en sus manos, cual es el rol que quiere que desempeñemos.

[33] Chiozza L (1991) destaca que tanto el cajón de juegos como los juguetes constituyen la neurosis de transferencia a la que el paciente retorna en cada sesión, para retomar una historia y proseguirla. Comentario en la presentación del trabajo: El juego en el psicoanálisis de niños. CCMW 25 de octubre de 1991

[34] El deseo de que el analista tome contacto con los juguetes y experimente vivencias semejantes a las que el tiene o la expectativa de que al representar un personaje le ayude a completar aquello que quiere comunicarse, son motivaciones que impulsan la actividad lúdica durante las sesión.

[35] Los niños muy pequeños pueden necesitar asistencia directa, como la higiene después de ir al baño, que en algunas circunstancias difícilmente puede ser rechazada.

[36] Klein M (1926) sostiene que el comportamiento de los niños lleva a ciertas modificaciones de la técnica, sin apartarse de lo esencial para conservar la actitud puramente analítica.

El valor comunicativo del accionar del paciente, determina las características de la transferencia positiva y negativa. Cuando la transferencia es negativa, la resistencia al análisis es intensa y el paciente puede manifestarse a través de acciones que buscan una gratificación directa, como cuando quiere tocar los objetos del consultorio, no dispuestos para él, dibujar sobre la pared en lugar de dibujar en el material apropiado, burlarse, agredir verbalmente con palabras insultantes, gestos o escupir, etc. [37] También queremos destacar, que estas resistencias, al mismo tiempo que pueden ser intensas, se manifiestan con un grado importante de variabilidad, es decir, con poca estereotipia en el empleo de sus mecanismos de defensa.[38]

La intención de perturbar el encuadre es equivalente a la que puede surgir en el análisis de adultos, cuando el paciente confunde el asociar libremente, con el decir lo que se le ocurra, dado que sabemos que también con las palabras se puede trastocar el encuadre.

Resulta un malentendido frecuente, la idea de que en el psicoanálisis de niños, la posibilidad de acción o el despliegue de "actividad", que implica el jugar, obstaculiza el cumplimiento de la regla de abstinencia que sostiene el proceso analítico. Como ocurre en el caso del adulto, el encuadre determina la falta de gratificación directa y es esta condición de frustración y no la inhibición de la acción, la que permite llevar adelante el trabajo.

Un niño que no se adapta a las consignas puede mostrar, por un lado, que no tiene incorporado hábitos o pautas de comportamiento o que su necesidad de desobedecer responde a sentimientos de culpa, por medio de los cuales trata de ser reprendido o castigado y por otro, puede ser expresión de sus sentimientos de envidia o celos a través de los cuales intenta inhabilitar la función del analista.

La acostumbrada pregunta sobre cómo debemos proceder, frente a las conductas resistenciales, constituye muchas veces, un desplazamiento que encubre la insuficiencia de comprensión. Formando parte de esta dificultad, en algunas oportunidades el analista asume una actitud contrarresistencial, identificándose con una figura ideal protectora.

Cuando el paciente infringe el encuadre, evitamos la formulación de la interpretación psicoanalítica. Chiozza L (2009) sostiene que cuando un paciente intenta comunicarse mediante alteraciones del encuadre, interpretarlo es legitimar ese lenguaje. En esos casos, afirma, conviene optar por aceptar la situación o por establecer firmemente que se trata de

[37] En el material que disponemos en el consultorio para el juego de los niños, no incluimos juegos de cartas, dados, ni de mesa, porque consideramos que en la mayoría de los casos, limita u obstaculiza la tarea.

[38] Excluímos a aquellos niños cuyo desarrollo afectivo, en la primera infancia, esta severamente afectado por disociaciones y fijaciones extremas.

una transgresión inaceptable, sin considerar dicho material como algo para ser interpretado.

Algunos niños, por su corta edad o independientemente de ello, se resisten durante algún período del tratamiento, a entrar al consultorio sin la compañía de alguno de sus padres o del adulto que los acompaña. Este requerimiento puede relacionarse con diferentes motivaciones inconcientes, como por ejemplo, la proyección en el analista de una figura amenazante, a quien teme enfrentar o puede expresar el propósito de que el analista, siendo espectador del encuentro con sus allegados, pueda comprender algo más de la relación que tiene con ellos y pueda influir positivamente sobre sus vínculos.

Cuando el paciente muestra una franca dificultad y oposición a deponer su actitud, nos vemos necesitados a aceptar su requerimiento y utilizamos ese encuentro, como espacio de observación, evitando realizar interpretaciones que lo expongan demasiado, frente a la complejidad o intensidad de sus conflictos.

Klein M (1975) al ilustrar su técnica de análisis tempranos, planteó que en su encuentro con dificultades en el encuadre, se vio obligada a adoptar método técnicos especiales, que no recomienda como procedimiento, excepto como último recurso. En el caso de su paciente Ruth de cuatro años y tres meses, con una fuerte fijación a su madre, un rechazo a los desconocidos e importantes crisis de angustia que no le permitían permanecer en el consultorio con la analista, decidió aceptar que su hermana mayor permaneciese con ella durante unas sesiónes.[39]

Las demandas afectivas tanto de cariño, como las conductas agresivas dirigidas hacia el analista, tienden en la mayoría de los casos, a inhabilitar la tarea.[40] También interpretamos que aquello que un niño expresa como descuido o agresión, encubre impulsos masoquistas que, a veces, constituyen un punto de urgencia del paciente.

Es necesario destacar que en algunas circunstancias, el niño espere en el pedido de un abrazo o un beso al analista, una oportunidad de agradecimiento, aunque también es interesante señalar que cuando la motivación es expresar la gratitud, y no alterar el encuadre, eso sucede generalmente terminada la sesión.

Cuando el comportamiento es desbordado, de difícil contención y no logramos que la interpretación movilice al paciente para que pueda cambiar su conducta, nos vemos necesitados a interrumpir la sesión de ese día. En esos casos, el objetivo, es evitar una mayor transgresión con sus

[39] Se trataba de una hermana veinte años mayor que la paciente.

[40] No es inusual que un niño quiera treparse a la falda del analista, abrazarla, besarla o por el contrario agredirla físicamente.

consecuentes sentimientos de culpa, con la expectativa de poder restablecer posteriormente el espacio de trabajo de manera más adecuada.[41]

En la actualidad los pacientes suelen traer a su sesión diversos juegos electrónicos, celulares, Ipod, etc. Interpretamos que estos objetos, así como sucede muchas veces con los juguetes que los niños traen al consultorio, forman parte de la necesidad de mostrar aspectos propios o relacionados con su vida familiar. Sin embargo, los aparatos electrónicos y la disposición del niño a aislarse, para jugar a los "jueguitos", nos llevan a comprender que esto puede expresar, entre otras razones, la necesidad de mostrar su vivencia de soledad o abandono.

En algunas ocasiones, podemos incorporarlos al trabajo analítico, así como sucede cuando un paciente adulto trae fotografías para mostrarlas y otras veces nos vemos necesitados a limitar su empleo.

Cuando quieren dejar en su cajón de juegos, los objetos que traen y si esto es posible por tamaño o valor, los incorporamos al material de juego que ya dispone, con la posibilidad de que el paciente pueda llevárselos nuevamente cuando lo disponga. Interpretamos que la solicitud de dejar objetos personales en su cajón de juegos puede revelar, por ejemplo, la necesidad de unión con el analista, como figura de identificación u objeto protector

Traer comida al consultorio, tareas escolares para completar o el pedido de utilizar juegos reglados como cartas o juegos de mesa, necesitan ser limitados, cuando son una clara evidencia del deseo de distraer al analista, para alejarlo de su función.

Ocurre también con asiduidad, que un niño quiera llevar a su casa algo del material de juego. Comprendemos que su pedido puede estar relacionado con el deseo de llevar al analista o al mismo análisis a su ámbito personal, no obstante la mayoría de las veces, tendemos a negarnos a satisfacer esa solicitud, no solo porque al paciente le resulta difícil reintegrar posteriormente lo que se lleva, sino porque es un material dispuesto para el tratamiento y que simbólicamente forma parte de la relación transferencial-contratransferencial que es necesario preservar. Puede suceder que en algunas circunstancias el pedido tenga un carácter perentorio y que sea necesario recurrir a la excepción.

El uso inadecuado del material, así como romper hojas o destruir juguetes, generalmente simboliza algo del maltrato hacia si mismo o hacia la relación analítica, que cuando ocurre de manera recurrente es necesario detenerlo. El pedido de reposición del material gastado o roto, en una medida adecuada, puede mostrar la disposición para la reparación, que al

[41] Aberastury A (1962) sostiene que la interpretación adecuada, es la que puede conducir al niño a modificar su accionar y si por el contrario no desiste de su actitud, dejarlo sin poner límites aumentaría su angustia y sus sentimientos de culpa.

mismo tiempo representa el nivel de adaptación del paciente a la "realidad".
Las preguntas que los niños formulan y que habitualmente surgen de su natural curiosidad y poca inhibición, deseando recibir enseñanzas, opiniones o acerca del consultorio y la vida privada del analista, puede ser satisfecha, teniendo en cuenta el contexto en el que las realizan, aunque en algunos casos traspasa las posibilidades y la utilidad de dar una respuesta.
La actitud analítica de tolerancia y flexibilidad, es una condición derivada de la comprensión y la aceptación de que el paciente se comporta de un determinado modo, porque no puede hacerlo de otro. Las diferentes estrategias como "seducirlo" o "amenazarlo", para lograr que cambie su actitud, forma parte de una contratransferencia contrarresistencial, que se aleja de la posibilidad de lograr un cambio adecuado

d) Interpretaciones
Chiozza L (2009) sostiene que la interpretación psicoanalítica depende de la contratransferencia y que a su vez implica comprender el segundo sentido del material de las sesiones, que no solo se constituye con el discurso verbal, sino también con el comportamiento, el dibujo, el juego o el síntoma somático.
Los cambios que el autor introdujo, en la teoría de la técnica, sobre la conveniencia de interpretar la transferencia en silencio, que equivale a pensar en que todo lo que el paciente hace es actual y reactivado por la presencia del analista y acerca de formular la interpretación utilizando un lenguaje indirecto, son implementados en la tarea con los niños.
Las interpretaciones pueden aludir a los juguetes como personajes del juego – objetos personificados – o a las personas representativas de su vida, que encarnan las distintas escenas o temáticas.
Sabemos que el analista es el receptor directo del afecto del paciente, explicitarlo puede hacer peligrar la relación analítica, ya que existe el riesgo de que el niño olvide el carácter transferencial del vínculo (Chiozza L. 1977)
Es necesario diferenciar entre las intervenciones que el analista realiza que son traducciones de aquello que el niño tiene en la conciencia y no puede comunicar, de las que son interpretaciones de lo inconciente, es decir, de lo que el niño no puede comunicarse a sí mismo porque lo tiene reprimido.
No todo lo que tiene significado puede ser dicho y a veces los niños quieren ser comprendidos sin que sean explicitados sus sentimientos.[42]
Frente a distintas interpretaciones, el paciente selecciona de manera inconciente, aquellas palabras que contienen mayor carga afectiva para él

[42] En el encuentro con el paciente adquiere fundamental importancia lograr un equilibrio entre el decir y el callar y éste se alcanza en el momento en el cual paciente y analista están involucrados simpáticamente en una misma temática. (Chiozza L 1968)

y las intervenciones demasiado frecuentes pueden "gastar" la importancia de las mismas.
Aunque sabemos que la contratransferencia es un proceso que "llega antes" que la comunicación verbal de la interpretación y es el resultado de la comprensión de las transferencias recíprocas, las interpretaciones formuladas en el "lenguaje de la vida", adquieren en el análisis de niños una importancia especial. Un lenguaje que forma parte de lo cotidiano, adecuado a la edad del niño, a partir de la coincidencia de intereses que facilita la comunicación.
También pensamos que aunque el paciente se expresa jugando, es beneficioso que el analista, en la medida de lo posible, intente establecer con él un diálogo verbal, que estimule ese tipo de comunicación. Es importante recordar que los niños mucho antes de hablar comprenden el significado de las palabras y los conceptos.
La contratransferencia que resulta de la identificación concordante y de la cual nace la comprensión, proviene de las temáticas que, con las variantes acordes a sus diferentes edades, el niño y el analista tienen en común, es decir, el punto de urgencia compartido y de la permeabilidad del analista con el niño que él fue alguna vez.
Sabemos que, así como el niño expresa con menos deformación sus fantasías inconcientes, es decir "engaña" menos, también "se engaña" menos, percibe y responde más directamente a las emociones inconcientes del analista.
Si el paciente expresa un desacuerdo explícito o implícito a la interpretación, éste puede ser, de acuerdo a los lineamientos de la teoría psicoanalítica expresión de una resistencia, aunque a veces, cuando una interpretación "no funciona", puede derivar de una insuficiencia en la interpretación o puede revelar que fue realizada en un momento o de una manera inapropiada. Si el analista "descuida" la urgencia de cierto material, el paciente puede reaccionar abandonando el juego, mostrando ansiedad o manifestando el deseo de abandonar el análisis.

e) Frecuencia de sesiones

Del mismo modo como sucede en el tratamiento de adultos, la intervención terapéutica requiere de un trabajo sostenido, que dependerá también del número de sesiones a las que el paciente concurre.
Los argumentos que los adultos esgrimen acerca de los impedimentos o inconvenientes para que un niño pueda tener sesiones frecuentes, se apoyan generalmente en que son pequeños, que tienen actividades escolares y extraescolares diversas, que ocupan gran parte de su tiempo disponible. Si bien los motivos expuestos y la colaboración que tienen que brindar los

padres, implica una reconocida constancia en el esfuerzo, esto no justifica que la tarea analítica pueda realizarse espaciada en el tiempo.
Por otra parte, queremos destacar, que no es frecuente en la experiencia clínica, que un niño se oponga a la frecuencia de sesiones o manifieste su disconformidad.[43]
Cuando un niño tiene trastornos que le dificultan su crecimiento y su adaptación o enferma somáticamente, siente que algo se apodera de él y que su sufrimiento a veces es muy intenso.
Winnicott D. (1971) sugería que si un niño pudiera concertar un tratamiento de cinco veces por semana durante un largo período, aconsejaría el psicoanálisis, no porque el niño esté muy enfermo sino porque en ese marco podría brindar una historia mas completa y sería más rápido el resultado.
Si pensamos que es el mismo niño quien con su trastorno o su enfermedad se ocupa de comunicar su necesidad de ser ayudado y que el tratamiento psicoanalítico le permite hacer conciente afectos, que amplían su conciencia y que esta ampliación de sentido influye y determina su modo de ser, consideramos que la ayuda analítica es conveniente que se realice en un marco adecuado para ser lo mas eficaz posible.[44]

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, Arminda – *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1962

Aberastury, Arminda – *El niño y sus juegos.* Editorial Paidós, Buenos Aires 1968

Aberastury, Arminda – *Aportes al psicoanálisis de niños.* Editorial Paidós, Buenos Aires 1991

Bateson, Gregory (1972) – *Pasos hacia una ecología de la mente*. Editorial. Carlos Lohlé, Buenos Aires 1976

[43] No es poco habitual que un niño, terminada su sesión pregunte si va a volver al día siguiente o que pida volver.
[44] Chiozza L (1998(1994)) afirma que si tenemos en cuenta que el modelo que forma parte del carácter se adquirió en la infancia y es egosintónico, podemos admitir la importancia de la elaboración en el proceso de análisis.

Chiozza, Luis (1968) – Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina. En *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Editorial Paidós, Buenos aires 1980

Chiozza, Luis (1975) – Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos. En *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Alianza Editorial, Buenos Aires 1995

Chiozza, Luis (1976 (1974)) – La transformación del afecto en lenguaje. En *Cuerpo afecto y lenguaje.* Editorial Paidós, Buenos Aires 1976

Chiozza, Luis (1977) – Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico. En *Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar*. Biblioteca del CCMW. Editorial Paidós, Buenos Aires 1980

Chiozza, Luis (1977b) – El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo. En *Presencia ,transferencia e historia.* Alianza Editorial, Buenos Aires 2000

Chiozza, Luis (1998 (1994)) – Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis. En Obras completas Tomo IX. Libros del Zorzal, Buenos Aires 2008

Chiozza, Luis – A manera de prólogo. En *Psicoanálisis: presente y futuro*. Editorial. del CIMP, Buenos Aires 1983

Chiozza, Luis y Aizenberg, Silvana (1992) - Por qué se enferman los niños? . En *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Alianza Editorial, Buenos Aires l999

Chiozza, Luis – Corazón, hígado y cerebro. En *Obras completas*, Tomo XVIII. Libros del Zorzal, Buenos Aires 2008

Chiozza, Luis - Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente. En *Obras completas*, Tomo XIV Libros del Zorzal, Buenos Aires 2008

Chiozza, Luis – *Tres edades de la vida*. Libros del Zorzal, Buenos Aires. 2009

Chiozza, Luis – *Mi cuerpo, los otros y yo.* Libros del Zorzal, Buenos Aires 2009

Chiozza, Luis - *Caperucita Verde. Un cuento para padres*. Libros del Zorzal, Buenos Aires 2010

Chiozza, Luis – *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente*. Libros del Zorzal, Buenos Aires. 2010

Chiozza, Luis – *La culpa es mía. La construcción de la culpa.* Libros del Zorzal, Buenos Aires. 2011

Chiozza, Luis – *Hipertensión ¿Soy o estoy hipertenso?* Anexo gráfico. Libros del Zorzal, Buenos Aires 2012

Chiozza, Luis – *El interés en la vida. Sólo se puede ser siendo con otros*. Libros del Zorzal, Buenos Aires 2012

Dolto, Catherine – *Francoise Dolto Infancias* - Libros del Zorzal, Buenos Aires 2006

Freud, Anna – *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1976

Freud, Sigmund (1905d) – Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*. Tomo VII, Amorrortu Editores, Buenos Aires 1980

Freud, Sigmund (1920) – Más allá del principio de placer. En *Obras Completas*. Tomo XVIII, Editorial Amorrortu, Buenos Aires 1979

Freud, Sigmund (1937) – Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas.* Tomo XXIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires 1980

Klein, Melanie (1932) – Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Desarrollos en psicoanálisis*. Ediciones Hormé S.A.E., Buenos Aires. 1967

Klein, Melanie (1932) – Técnica del análisis del niño. En *El psicoanálisis de niños.* Editorial Paidós, Buenos Aires 2008

Klein, Melanie (1952) - Los orígenes de la transferencia. En *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Editorial Paidós, Buenos Aires 2008

Rifkin, Jeremy – *La civilización empática. La carrera hacia una conciencia global. En un mundo en crisis*. Editorial Paidós, España 2010

Sluckin, Wladyslaw – *El aprendizaje temprano en el hombre y el animal.* Siglo veintiuno editores S.A., México 1976

Sperling, Melitta – *Psicoterapia del niño neurótico y psicótico* – Editorial Paidós. Buenos Aires 1980

Winnicott, Donald – *Clínica psicoanalítica infantil*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1980

REFERENCIAS

Aizenberg, Silvana y colab – El juego en el psicoanálisis de niños (segunda comunicación). Presentado en CCMW, Buenos Aires 22 de septiembre de 1992

Aizenberg, Silvana y Casali G. Liliana – La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños. Presentado en el CCMW, Buenos Aires 6 de octubre de 1995

Aizenberg, Silvana y Casali Liliana – El material en el análisis de niños. Simposio 1995. Fepseo

Aizenberg, Silvana – Revisión de algunos aspectos de la técnica y la teoría de la técnica del psicoanálisis de niños. Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 10 de septiembre de 2004

Aizenberg, Silvana - La evolución de los conflictos en la temprana infancia. Presentado en Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 9 de noviembre de 2007.

Chiozza, G. (2000b) - Lo inconciente y lo des-conocido. Simposio 2000. Fundación Luis Chiozza.

Chiozza, Gustavo (2001 a) – El malentendido en los vasallajes del Yo. Simposio 2001. Fundación Luis Chiozza

Chiozza, Gustavo (2006) – Participación en la mesa redonda sobre: La Patobiografía de niños. Fundación Luis Chiozza. 2006

Chiozza, Luis – El valor afectivo. Fundación Luis Chiozza 12 de diciembre de 2003.

La teoría de la técnica en el tratamiento psicoanalítico de niños

En un trabajo anterior nos ocupamos de describir algunas características propias de la infancia y del tratamiento psicoanalítico de niños (Aizenberg S., 2012).

Planteamos, a partir de Klein, M (1932) y como lo hicimos en otras ocasiones, que aunque la estructura anímica del niño difiere en muchos aspectos de la del adulto en tanto es un ser en desarrollo que siente, se comunica de modo diferente y transita por etapas evolutivas de cambios veloces, que la distinción entre el psicoanálisis de niños y el de adultos es solamente de técnica y no de principios[1] (Aizenberg, S. y Casali, L., 1995; Aizenberg S., 2004).

En este sentido Chiozza L (2012) destacó que la teoría fundante del psicoanálisis es semejante para el tratamiento de niños y el de adultos y señaló que no es necesario establecer diferencias entre ambos, dado que el análisis transcurre en el presente y que en el adulto continúa "estando" el niño, no solo el que fue sino el que continua siendo.[2]

Si bien sabemos que la teoría general y la teoría de la técnica forman parte de una unidad conceptual, y que ambas se influyen e iluminan mutuamente, en esta oportunidad retomaremos algunos aspectos de la teoría de la técnica inherentes al psicoanálisis de niños, en el intento de ir logrando un mayor esclarecimiento.

Estos aspectos son: la entrevista de padres, el consultorio y el material de juegos, el juego, el analista y el niño y el encuadre.

La entrevista de padres

En relación al frecuente interrogante acerca de si es posible analizar a un niño prescindiendo de la participación activa de los padres, consideramos que la tarea en si misma es factible, aunque también nos vemos necesitados de destacar que la presencia "real" de los progenitores, tanto en una

[1] En el trabajo: *Acerca de la infancia y el tratamiento psicoanalítico de niños* (Aizenberg, S., 2012), describimos la intensidad de las ansiedades que acompañan los cambios evolutivos en la infancia. En esa oportunidad Chiozza L afirmó, que las ansiedades extremas por las que atraviesa un niño nos muestra claramente que es un ser en crisis.

[2] Comentario de Chiozza L en la presentación del trabajo: *Acerca de la infancia y el tratamiento psicoanalítico de niños* (Aizenberg, S., 2012).

entrevista inicial como durante el tratamiento, forma parte de una necesidad dado que son ellos quienes pueden asumir el compromiso adulto.

Ante el comienzo del tratamiento de un niño, Klein M (1932) solía tener un breve contacto inicial con los padres y prescindía luego lo más posible de dichos encuentros, afirmando que era posible trabajar psicoanalíticamente con el paciente y que no debía contarse con la ayuda de los adultos, ni alterar la educación en el hogar, pues solo su mejoría podría condicionar cambios en el medio familiar.

Como terapeutas, reiteradamente nos encontramos con el no poco habitual inconveniente, de que los padres de un niño en tratamiento, piden orientación, indicaciones, diagnóstico y pronóstico o esperan un relato acerca de lo que sucede durante las sesiones con el hijo. [3]

Comprendemos que esta solicitud esta movilizada, principalmente, por el apremio que tienen para resolver los trastornos del hijo y de ese modo también poder aliviar el sentimiento de culpa que experimentan. Al mismo tiempo, pensamos que la dificultad frecuente para aceptar o colaborar con el tratamiento, se debe a que se sienten "tironeados" entre el deseo de que el hijo reciba ayuda psicoterapéutica y la pena por no poder ser ellos solos quienes puedan ayudarlo.

Por otra parte, observamos en la tarea clínica que cuando los niños perciben que el tratamiento puede despertar malestar en los padres, optan por minimizar la importancia que el análisis tiene para ellos.[4] [5]

Aberastury, A. (1962) siguiendo los lineamientos de Klein, M. y convencida de que la modalidad de dar consejos a los padres -que había ensayado en sus primeras épocas- era inoperante y muchas veces agravante, mantenía las entrevistas que eran indispensables, sin tratar de influir en su conducta habitual. Partía de la idea de que el niño es alguien que piensa, percibe, comprende, puede expresar su mundo interno y colaborar en el proceso analítico.

---

[3] Es frecuente que los padres realicen llamados telefónicos, informando acerca de algún acontecimiento de la vida del niño, de las circunstancias familiares o que pidan consejos acerca de alguna decisión, como por ejemplo, el cambio de colegio.

[4] Aberastury, A (1962) señaló que se establece un doble proceso de transferencia-contratransferencia, por un lado con los padres y por el otro con el niño. Destacó que las entrevistas a los padres, a veces les despierta sentimientos de fracaso, culpa, humillación e injuria narcisista, temor a ser juzgados o acusados, etc).

[5] En algunas ocasiones, los hijos pueden experimentar que la aceptación de la intervención psicoanalítica representa una traición familiar, que puede afectar a sus padres y que puede constituir una amenaza de pérdida del amor parental.

Señalaba la autora, que bajo ningún concepto debía revelarse a los padres detalles de las sesiones, que era conveniente contarle al niño cuando se concertaba una entrevista, así como también el contenido de las mismas, reservándose el derecho de no darle una información que considerase negativa para él.

Concebimos que la eventual entrevista con los padres, es una comunicación que es necesario dar al niño sin que esto constituya en si mismo un pedido de autorización para realizarla.[6]

Los cambios actuales en la estructura tradicional de la familia implica muchas veces tener que adaptar algunas condiciones, para poder concretar las entrevistas. Por ejemplo, cuando se trata de padres separados y quieren evitar el encuentro conjunto o cuando uno de los progenitores quiere que el hijo se analice y es explícito que el otro se opone.

Si bien realizar entrevistas con cada uno de los padres por separado puede generar incomodidad y resistencias, dado que cada uno de ellos puede proyectar en el analista un personaje persecutorio que cuenta con información privada, generalmente esto no representa un obstáculo insalvable para poder realizarla. Si, en cambio, no es aconsejable tomar a un niño en tratamiento cuando alguno de los progenitores manifiesta su disconformidad.

Asumimos esta actitud, guiados por el convencimiento de que esta situación representa un conflicto para el mismo niño en el camino de aceptar su análisis, si cuenta con la negativa de uno de ellos y también porque tenemos que contemplar los motivos legales que hacen a la minoridad, en relación a la autorización de la intervención terapéutica.

Para la participación de los padres en el proceso de análisis de un niño, hacemos extensivo el criterio que Chiozza, G. (2006) describió para la intervención de los padres en la realización de los estudios patobiográficos. Destacó que la presencia de ellos comienza a hacerse menos necesaria cuando se trata de adolescentes mayores y que en la medida en que aumenta la capacidad del paciente para aportar representaciones y contar su propia historia, la perentoriedad con que necesitamos los aportes de los padres disminuye.

La modalidad frente a las reuniones con los padres es sostener un encuadre suficientemente claro, en el que no haya dudas de que el tratamiento es del

[6] Aberastury, A (1962) sostenía que es necesario informar al paciente de cualquier encuentro casual con los padres. en que se haga referencia a él, como llamadas telefónicas, mensajes, etc.

hijo. Las entrevistas tienen el carácter de una intervención puntual, un "espacio" que forma parte del tratamiento psicoanalítico con el niño, pero que no puede sustituir, en ningún caso, su asistencia.

Sin embargo, no queremos restarle importancia al hecho de que a veces dichos encuentros pueden favorecer una transferencia positiva, que constituye una colaboración eficaz y que también es de importancia para el paciente. Es necesario remarcar que el desarrollo de un vínculo positivo con los padres, funciona también como un permiso que recae sobre el propio deseo del niño de aceptación de su tratamiento.

Son diversas las vicisitudes que derivan de la transferencia-contratransferencia que se establece entre los padres y el analista. En este sentido, nos solidarizamos con el espíritu de las palabras de Aberastury, A (1962) quien afirmó: "Cuando comprendí que un niño sabía que estaba enfermo y que desde la primera hora de juego mostraba su fantasía inconciente de enfermedad y de curación y aceptaba al terapeuta por su propia decisión, se me hizo muy claro el papel que jugaban los padres" (pág.135).

La experiencia nos muestra que concluida la sesión analítica, el niño "regresa" a una situación familiar que a veces es muy conflictiva. Aunque no desconocemos que las resistencias de los padres tienen su equivalente en las resistencias del niño y que él es alguien activo para movilizar sus propias resistencias y las de su familia, también sabemos que es preciso contar con un entorno que tenga confianza o convicción en el método analítico, para que el niño pueda hacer suyos los cambios que va realizando durante el proceso.

En el ámbito del psicoanálisis de niños en nuestro país, fue Aberastury, A (1962) quien se ocupó de puntualizar las características de las entrevistas de padres, formulando reglas precisas para realizar un interrogatorio con datos detallados acerca de la vida del niño y su entorno, sin abandonar el criterio de que los padres hablen del hijo y de su relación con él.

Sostenía la autora, que antes de iniciar el análisis era necesario realizar una o varias entrevistas con ellos para obtener el máximo de información y también para esclarecer los principios básicos del tratamiento. Estas reuniones dirigidas, que no se realizan en presencia del niño, aclaran el motivo de consulta, la historia del niño, su evolución, descripción de un día de vida, enfermedades, operaciones o accidentes, hábitos familiares, ideologías, religión, etc.

Con los años transcurridos desde estas postulaciones, la experiencia clínica nos llevó a reconsiderar la utilidad de confeccionar un cuestionario tan minucioso. Si bien pensamos que la mayor cantidad de datos recibidos de la vida del paciente y su familia, son representaciones que pueden ser un aporte importante para profundizar en la comprensión de las vivencias del niño y en la identificación del analista con sus trastornos, también partimos de la idea de que no es imprescindible obtener un relato extremadamente detallado, dado que lo esencial en nuestra tarea es la comprensión e interpretación de aquello que el niño ofrece en cada una de sus sesiones.

Sostenemos, como ya señalamos, que psicoanalizar tanto a un adulto como a un niño, implica una forma de hacer, cuya realización se basa fundamentalmente en el conocimiento del cuerpo de teoría que caracteriza al psicoanálisis en general. Ambos exigen el análisis sistemático de la transferencia, la contratransferencia y las resistencias.

Klein, M (1952), refiriéndose a la transferencia en los niños, subraya la idea de que en el psiquismo de un niño toda experiencia se entrelaza con la "realidad", de modo que el "retrato" de los padres "reales" durante un tratamiento, sufre siempre una distorsión de grado variable. Aunque también aclara que el modo en que el niño crea las imágenes de sus padres, no significa negar las circunstancias vitales y la influencia que el ambiente ejerce sobre él.

Por otra parte, también los padres aportan su personal visión acerca del hijo y muchas veces tienden a minimizar o a exagerar las dificultades momentáneas, olvidan mencionar acontecimientos familiares u omiten relatar alguna circunstancia penosa.

La información que recibimos y que alude a sucesos acontecidos en el "pasado" del paciente y su familia, la interpretamos como "recuerdos" que, como sostiene Chiozza L (1977) son representaciones de algo que esta ocurriendo en la actualidad.

Consideramos que las representaciones que ofrecen los padres en el encuentro con el analista, que permite construir una historia biográfica, no tienen un grado de coincidencia con una "verdad histórica", forman parte de los "mitos familiares", plenos de significados.

Desde su aspecto manifiesto, el relato de los padres nos permite penetrar en la "novela familiar": la modalidad del carácter de cada uno, el tipo de vínculo que tienen entre ellos y con el niño y el clima afectivo en el que el paciente crece y se desarrolla. Desde el contenido latente, interpretamos la

información recibida como símbolos inconcientes, compartidos por él y su familia.

Suele surgir el interrogante acerca del modo en que integramos los datos que recibimos de los padres en el trabajo analítico, sin que esto nos lleve a perder de vista que es el niño el paciente y sin que el tratamiento se transforme en el análisis de los padres.

Interpretamos que el "material" que deriva de la información de los adultos forma parte del "material" del paciente, dado que son aspectos disociados del mismo, dicho en otros términos, que se corresponden con la "realidad psíquica" del niño. En este sentido, también sabemos que podemos encontrar una identidad de significado en los motivos latentes, es decir, admitimos la existencia de una temática inconciente compartida entre el paciente y sus padres.

Cuando un niño padece un trastorno o se enferma, esto le sucede dentro de lo que podríamos denominar una "enfermedad conjunta". Él es un emergente de conflictos familiares inconcientes, por lo que solemos decir que el niño funciona como el fusible de un circuito eléctrico [7] (Chiozza, L y Aizenberg, S, 1995).

El reconocimiento de una temática compartida entre el niño y sus padres o del niño con cada uno de sus padres, amplia el campo del proceso transferencial-contratransferencial. En este sentido, queremos recordar que si bien el contenido manifiesto que moviliza a los progenitores para una solicitud de tratamiento puede diferir del motivo manifiesto que aduce el hijo, o que interpretamos que forma parte de la inquietud del niño, sostenemos que esta diferencia es solo aparente y que, como ya dijimos, podemos encontrar una identidad de significado en los motivos latentes de la misma.

También queremos destacar que las entrevistas, en las ocasiones en que es necesario realizarlas, brinda al analista una vivencia muy particular, que es "ver" a los padres como si fuera a través de "los ojos" del niño, dado que él tiene una relación con cada uno de los progenitores y una relación con el interjuego de ambos.

En síntesis: nuestra tarea en el análisis de niños, se centra fundamentalmente en la comprensión de las fantasías inconcientes, que se expresan en la transferencia-contratransferencia y es ese trabajo el que nos

[7] Consideramos que no solo el niño sino el adulto, con sus trastornos o enfermedades, también es un emergente del entorno familiar.

aproxima al conocimiento acerca de la modalidad caracterológica del niño y de las características de la relación que tiene con su ambiente. La entrevista con los padres forma parte de una necesidad, dado que son ellos quienes pueden asumir el compromiso adulto y facilitan la adecuada concurrencia del niño al análisis. El desarrollo de una transferencia positiva con ellos, permite establecer o re-establecer aspectos del encuadre, dado que muchas veces sufre alteraciones a partir de la mayor o menor tolerancia frente a los cambios del niño y en la repercusión de sus propios conflictos.

El consultorio y el material de juegos

Si bien no siempre es posible disponer de un ámbito de trabajo, cuyas características sean apropiadas para la infancia, como un espacio amplio para que el niño pueda desplazarse, correr o jugar con una pelota, si en cambio es necesario contar con algunos elementos esenciales, como una mesa y una silla adecuadas a la edad del paciente y un entorno que no ponga en peligro su integridad física o que esté sobrecargado de adornos u objetos valiosos que puedan dañarse.[8] En la práctica clínica, reparamos también en la utilidad de la existencia de un diván, para que el niño aún muy pequeño, pueda recostarse.

Partimos de la necesidad de que cada niño disponga de una caja personal, que contenga su material de juegos y sus dibujos. Sabemos que estos elementos van cobrando importancia, porque simbolizan sus fantasías y desde este punto de vista, podemos considerarlos como la neurosis de transferencia a la que el paciente retorna en cada sesión.[9]

Para Aberastury, A (1962), la caja de juegos individual debe ser cerrada con una llave, al que tienen acceso solamente el niño y el terapeuta para que no se produzcan cambios o que no falte nada en la caja. El paciente debe abrirla al comienzo de cada sesión y cerrarla al finalizar la misma. Dicha disposición, interpreta, es un símbolo que alude al secreto profesional.

Si bien concordamos con la autora acerca de la importancia que tiene para el niño que su espacio de análisis sea privado, y que su material de juegos quede guardado en su caja y no disperso en el consultorio cuando termina la sesión, pensamos que no es tan necesario que sea guardado bajo llave.

[8] Es frecuente el juego de los niños con plastilina o que armen aviones de papel para hacerlos volar.
[9] Comentario de Chiozza L a los trabajos: “El juego en la sesión psicoanalítica. Primera y segunda comunicación”, CCMW 1992,1993.

Consideramos que la confianza en el analista y en la conservación del secreto profesional, dependerá fundamentalmente de la transferencia positiva que logre desarrollar el paciente en el vínculo con su analista.

En algunas circunstancias, el terapeuta puede tener que sacar en ausencia del paciente de la caja de juegos un dibujo del niño y es importante volver a incluirlo, explicitando que el material fue tomado para seguir estudiándolo.

Sabemos que es necesario que el material de juegos se componga de objetos sencillos, cuya selección se hará de acuerdo a la edad de cada paciente. No incluimos el uso de fuego, agua o témperas, porque introduce complicaciones y pensamos que el niño cuenta con otros elementos para expresarse.[10]

En la experiencia analítica, observamos frecuentemente la capacidad que tienen los niños de mostrar con pocos recursos materiales sus fantasías, así como la habilidad para asignar a un mismo objeto o juguete, diferentes significados. Su creatividad así como la inhibición para jugar, forman parte del contenido de la sesión, que será interpretado de acuerdo con el momento analítico por el que está atravesando.

Entre los elementos de la caja, especialmente el material gráfico es necesario reponerlo cuando se acaba, aunque esto dependerá del significado que tiene para el niño dicha reposición, sea que lo solicite o que se comporte como si ignorara la necesidad del mismo. Utilizamos el mismo criterio para incluir juguetes nuevos, aunque también es importante destacar que la incorporación de estos también se relaciona con los diferentes momentos evolutivos por los que atraviesa el niño, que a su vez se corresponde con la emergencia de nuevos intereses.

Generalmente es conveniente conservar en la caja de juegos los juguetes rotos, aunque esto también dependerá de la ansiedad que la presencia de esos objetos le ocasione al paciente.

Romper hojas, destruir juguetes o el uso inadecuado del material de juegos, muchas veces expresa en la transferencia el maltrato hacia el terapeuta, que a su vez encubre el maltrato que el niño siente que recibe desde los adultos o que experimenta consigo mismo, frente a su sentimiento de impotencia. Por otra parte, el pedido de reponerlos puede evidenciar su disposición a la

[10] El material de juego, se compone de cubos, platos, muñecos, animales, autos, aviones, plastilina y material gráfico

reparación, que al mismo tiempo representa el nivel de adaptación del paciente a la "realidad".

No queremos dejar de mencionar una conclusión técnica que compartimos con Aberastury, A (1962). La autora sugiere que no siempre es conveniente reponer lo roto y propone mantenerlo en la caja de juegos, aunque el niño pretenda no verlo. Este rechazo, sostiene, obedece muchas veces a la negación de sus tendencias destructivas o de sus síntomas. Alejar de la caja lo destruido, significa alejar de su conocimiento que hay algo destruido o enfermo en él mismo y que no se siente capaz de arreglar. También destaca que cuando el niño quiere ejercitar sus tendencias reparadoras, es creativo en el uso de elementos como la plastilina o la goma de pegar.

Pensamos que conservar lo destruido, en algunas ocasiones, puede representar para el paciente que el analista lo acepta con sus trastornos y dificultades.

Es frecuente que un niño traiga un juguete y quiera dejarlo en su caja de juegos y si esto es posible por tamaño o valor, lo incorporamos al material que ya dispone, con la consigna de que puede llevárselo cuando lo disponga. En muchas circunstancias interpretamos que dejar un objeto personal puede contener el deseo de mostrar algo de su vida familiar o la necesidad de expresar su deseo de unión con el analista.

Los dibujos de un niño durante la sesión, constituyen un relato acerca de lo que le pasa y éste es, a su vez, expresión de las vicisitudes transferenciales-contratransferenciales. Enriquece la comprensión del gráfico de un niño, la posibilidad de observar el modo en que se comporta al dibujar, su movilidad o inmovilidad en el consultorio, su humor, su actitud corporal, la mayor o menor importancia que tiene para él la presencia del analista, etc.

Cuando los niños dibujan, es preferible que lo hagan libremente y la experiencia clínica muestra que suelen agregar palabras o realizar gestos que tienen el valor de asociaciones. En algunos casos, si no se comprende lo que está dibujando, se lo puede interrogar sobre algunos detalles de su diseño o sobre lo que éste representa, pero no debe abusarse de este recurso.

En síntesis: el consultorio y el material de juegos es el "campo" en el que se desarrolla el encuentro y el "dialogo" entre el paciente y el terapeuta. El niño "dice" jugando y dibujando y la intervención psicoanalítica, a través de hacer conciente la transferencia-contratransferencia, se dirige a

esclarecer el significado de por qué el paciente juega a determinado juego o dibuja determinado dibujo, en ese momento particular de su sesión de análisis.

El juego

Aunque sabemos que la transferencia trasciende la actividad lúdica e incluye todo lo que el paciente "hace" y "dice" en una sesión, sus conflictos y sus resistencias se expresan predominantemente a través de juegos y dibujos que expresan un contenido manifiesto (la resistencia) y encubren un contenido latente (lo resistido).

Consideramos que la actividad lúdica durante la sesión psicoanalítica, adquiere predominantemente una función elaborativa.

El impulso a jugar, característico de la infancia, entraña una compulsión a la repetición movilizada por la ansiedad que siente el niño. El juego le posibilita proyectar sus fantasías, elaborar los cambios a los que se siente expuesto por su crecimiento, los sucesos de su vida cotidiana, las situaciones que experimenta como excesivas para su yo, así como los conflictos que pone de manifiesto a través de sus trastornos o enfermedades orgánicas.

Por medio del juego, el niño tiene la oportunidad de volver una y otra vez sobre acciones conocidas y esta repetición le permite sentirse más seguro en el camino de integrar vivencias y conformar su identidad.

Solemos decir que un niño que juega reprime menos que aquel que por conflictos no logra hacerlo. Sin embargo en la práctica clínica observamos que aún el niño comúnmente inhibido en el juego, mostrará cierto interés por los juguetes o los tocará.[11]

Klein, M (1932) destaca que cuando la angustia persecutoria, depresiva y los sentimientos de culpa disminuyen, disminuye también la necesidad de repetir más y más veces las experiencias vividas y las modalidades primitivas de sentir se mantienen con menos "terquedad".

El juguete, como objeto material, esta presente en la sesión psicoanalitica y configura, igual que la persona del analista, una percepción actual que desencadena transferencias. La transferencia sobre el juguete (o la representación juguete), coincide con la transferencia sobre el analista (o

[11] Es necesario diferenciar entre el juego espontáneo de un niño y el que hace en la sesión psicoanalítica, cuya intención es principalmente la comunicación.

representación analista) y constituye una transferencia falso enlace, es decir, sucede por el hecho de que analista y juguete están en el aquí y ahora de la sesión.

El juego, que le posibilita al niño escenificar situaciones y asumir diferentes roles, le permite hacer activo aquello que vive pasivamente. Por ejemplo, los niños que tienen dificultades en el colegio suelen representar la escuela, asumiendo el papel de maestros severos que castigan y reprenden a otros que siempre se equivocan o que no aprenden.

El paciente jugando puede expresarse más fácilmente, porque siente que la vinculación con los objetos significativos queda más alejada de su conciencia. Su juego constituye un desplazamiento útil, por la importancia que tienen para él los objetos "reales" y su necesidad de preservarlos. Su sensación es de menor riesgo de poder concretar daños y de menor temor a la retaliación.

Klein, M (1932) destacó que los impulsos del niño, en particular los destructivos, encuentran un modo privilegiado de expresión en su jugar, como si éste fuera un refugio contra la ansiedad surgida de su temor a la destrucción. En este sentido, lo ayuda a expresarse con la tranquilidad que le brinda la sensación de que puede detener su juego cuando él lo desea.

Aunque solemos decir que los niños son más auténticos, más espontáneos o más directos en sus apreciaciones que los adultos y que esto de algún modo facilita la comunicación y el contacto con ellos, también queremos señalar que para lograr una adecuada identificación concordante, es necesario reconocer que su estructura anímica es distinta a la del adulto y que se expresan y se comportan de manera diferente.

Solemos describir que los primeros años se caracterizan por una afluencia de emociones internas y estímulos externos, que el niño trata de organizar, que tiene una mayor permeabilidad entre los sistemas conciente e inconciente. Sus vivencias giran en torno a sus propios impulsos y ansiedades y desde este punto de vista, se les impone una lógica adecuada exclusivamente a sus intereses. Su penetrante atención oscila entre el deseo de captar los estímulos que recibe del "mundo externo" y la inclinación a centrarse en sí mismo y sumergirse en su mundo de fantasías. En reiteradas ocasiones, señalamos que dado el nivel de integración que ha alcanzado su yo, su observación recae sobre aspectos parciales que "sabe" enteros y sobre ellos proyecta la intensidad de sus emociones. Observamos que frente a la ausencia del objeto, el niño se comporta como si no lo fuera a ver "nunca más". Por un lado, sus emociones cambian rápidamente y por otro,

es sorprendente la capacidad que demuestran para poder recordar sucesos que van influyendo en su aprendizaje.

En la sesión de un niño predomina la acción; puede jugar, moverse, hablar y gritar. Sorprende la habilidad que despliega para escenificar sus fantasías y sorprende también el interjuego permanente entre "fantasía" y "realidad". Por ejemplo: puede jugar a que conduce el vuelo de dos aviones enemigos, que se atacan en el aire lanzando rayos láser, mientras emite los sonidos del ruido de los motores y pronuncia amenazas de destrucción y muerte. Simultáneamente se identifica con alguno de ellos, se tira al piso, como símbolo de estar derribado y se levanta rápidamente, mostrando que no esta vencido.

Si contemplamos el juego, vemos como en una imagen, una simultaneidad y una condensación de significados, que requerirían de la sucesión de numerosas palabras, que además, no llegarían a abarcarlos y describirlos. En este sentido, consideramos que a través del lenguaje no verbal los niños expresan aquello para lo cual el lenguaje verbal parece ser, en ocasiones insuficiente, es decir aquello que no pueden "poner en palabras".

Recordamos a Freud, S (1908), cuando afirma que un niño que juega se comporta como un poeta, que despierta en la contratransferencia sentimientos inherentes a una vivencia de conmoción estética.

Chiozza, L (1968) sostiene que el juego, la transferencia-contratransferencia, el teatro, el arte en general, configuran un modo de pensar que corresponde al proceso terciario, que amalgama el proceso secundario, "lógico", con el proceso primario, "mágico".

En este sentido, la cualidad del tipo de mensaje que nos transmite el niño y que intentamos describir parecería corresponder, de acuerdo con las ideas del autor, a este modo diferente de pensar que denomina proceso terciario [12].

Respecto a la participación del analista en el juego del niño, técnicamente es adecuado participar cuando el paciente lo solicita, asumiendo y respetando el papel que él mismo le adjudique en su juego, pidiéndole indicaciones precisas para desempeñar el rol. También necesitamos recordar que, muchas veces, ante la incomprensión del significado de la actividad lúdica, el analista puede limitarse a jugar y no ejerce el papel de

[12] Para Chiozza L (1968; 1983) el juego, la transferencia-contratransferencia, el teatro, el arte en general, configuran un modo de pensar que corresponde al proceso terciario. El proceso terciario es un modo de pensamiento que amalgama los procesos primario y secundario

terapeuta. Por su parte, es necesario que el niño, así como conserva la conciencia del "como si" en la medida en que juega, pueda conservar también la conciencia de que el terapeuta no está sólo jugando con él, sino psicoanalizándolo.

Aberastury, A (1968) se ocupó de señalar que existen juegos específicos que permiten desplegar fantasías particulares correspondientes a cada etapa del desarrollo. Describió, por ejemplo, que en el niño entre los cuatro y seis meses, el juego de esconderse, de aparecer y desaparecer detrás de una sabanita, responde a la necesidad de elaborar las fantasías correspondientes al desprendimiento de la madre. Alrededor del año, con el interés que demuestra por algo hueco que puede contener objetos, alude a la experiencia de unirse y separarse, así como también a la elaboración del dar y el recibir. La curiosidad por los huecos y los objetos que puedan penetrar, son inclinaciones que surgen también durante este período y se vinculan con la percepción conciente de las diferencias anatómicas entre los sexos y el interés por la genitalidad.[13] A los dos años, a través de la satisfacción que experimentan al jugar con agua, tierra o arena, intentan procesar el aprendizaje del control de esfínteres, así como a los tres años, los varones muestran claramente su pasión por los autos o lo aviones, como reflejo de su potencia y desarrollo masculino y la niña se interesa por las muñecas y los utensillos de comida, como expresión del carácter femenino y el aprendizaje de la maternidad.

Continuando con las reflexiones de la autora, pensamos que el placer por vestir y desvestir a los muñecos es una inquietud que surge en los niños de dos o tres años, por medio del cual revelan su ansiedades frente a la curiosidad genital o expresan hábitos familiares como el de ver desnudos a los padres. En la sesión de análisis, el niño a través del juego de desvestir muñecos, revela muchas veces el deseo de que en la sesión se pueda hablar de la intimidad de sus sentimientos.

La necesidad de elaborar su crecimiento y los conflictos alrededor de la genitalidad, se ve reflejado en niños a partir de los tres años, en el interés por jugar con sus dedos, flexionándolos haciéndolos aparecer y desaparecer. Cuando aprenden a contar con los dedos de la mano habitualmente muestran la adquisición de conocimientos que implican orden y secuencia. Recordemos que el niño va adquiriendo las nociones de espacio y tiempo con su evolución.

[13] Aberastury, A (1984) planteó la existencia de una fase genital previa, anterior a la fase anal modificando el esquema clásico del desarrollo sexual del niño.

Del mismo modo como admitimos que hay juegos típicos o específicos, para cada etapa del crecimiento, también los dibujos expresan fantasías específicas correspondientes a las diferentes edades.

La expresión gráfica, del mismo modo que el juego, forma parte de la asociación libre del paciente y adquiere las características de una comunicación destinada a "otro". Hay niños que dibujan más de lo que juegan, posiblemente porque encuentran en ese modo de expresión la posibilidad de aliviar su ansiedad sintiendo que reparan los objetos que destruyeron en su fantasía.

Aberastury, A (1984) demostró que para la infancia los dibujos adquieren el valor de verdaderos relatos. A través de ellos cuentan una historia que les permite expresar sus intereses, sus conflictos, así como sus enfermedades orgánicas [14] .

El dibujo del cuerpo humano, los animales, la casa y los objetos, constituyen un logro que tiene una secuencia cronológica en la infancia. Con el crecimiento van perfeccionando sus creaciones, con formas más definidas y comprensibles para el observador. La figura humana y el énfasis en alguna parte del cuerpo muestra, por un lado, sus vivencias en relación a la adquisición de su propia identidad y el interés por algún aspecto de su desarrollo, como lo intelectual, lo visual, lo genital, etc.

Si bien el dibujo menos abstracto pierde algo de la riqueza de los contenidos del proceso primario, también muestran con su menor condensación y desplazamiento, un avance que implica una mayor consolidación del proceso secundario, en si mismo evolutivo.

Sabemos que el desarrollo del proceso secundario, implica el logro de un progreso que le posibilita al niño una mayor adecuación a la realidad (en el sentido del consenso adulto). El niño va adquiriendo dicha adecuación con su crecimiento a expensas de adquirir rigidez y disminuir la flexibilidad típica de la infancia.

A partir de los tres o cuatro años, surge el placer por delinear el contorno de sus manos, apoyándolas sobre una hoja de papel. La particular fascinación por ver retratado una parte de su cuerpo, concretado en las imágenes, les significa posiblemente una evidencia de su presencia o

[14] Aberastur,y A (1984) postuló que el niño tiene una percepción de su enfermedad y una fantasía acerca de ella que plasma en su dibujo. Por ejemplo, niños que sufren ausencias, afirmaba, pueden dibujar solo el rostro, eliminando la cabeza o niños que atravesaron traumas operatorios y fueron sometidos a anestesias, diseñan una cara sin ojos, sin nariz o sin orejas simbolizando la ausencia de la percepción conciente.

existencia. Se corresponde también, con el momento en que su atención esta centrada en el "hacer", en su crecimiento y en la materialización de su propio desarrollo. Las manos aluden a la experiencia de que pueden tomar y dejar los objetos de acuerdo a su voluntad, que en otro sentido se relaciona con la adquisición de sus identificaciones. Es llamativo, también, el gusto que muestran por dibujar sobreponiendo su propia mano a la del adulto, comparando el tamaño.

En un nivel más profundo, el interés por las manos alude al proceso de aprendizaje que el niño tuvo que realizar, como sostiene Chiozza, L (2008), cuando percibe que su propia mano y la que usa para percibir, (sentir y mover) son la misma. El juego típico infantil "que linda manito que tengo yo", sostiene, es un testimonio de la existencia de ese proceso en el desarrollo cognoscitivo.

El empleo de los diferentes colores con los que colorea sus dibujos, es expresión de contenidos afectivos específicos y le facilitan la transmisión de sus emociones. Sabemos, por ejemplo, que el rojo alude al color del fuego, a la sangre y se asocia con las pasiones; el amarillo al fuego, a la luz del sol, la energía y los ideales; el verde remite al color de la naturaleza, lo joven, la fertilidad y representa la esperanza; el blanco a la luz, la pureza, la inocencia. Los niños habitualmente suelen rechazar el color negro, porque lo equiparan a lo sucio, lo malo, lo triste y al misterio, aunque en algunas oportunidades lo emplean con verdadero interés y mucha decisión.

La satisfacción que experimentan al mezclar colores y la curiosidad por descubrir el resultado de dicha mezcla, evidencia básicamente el intento de elaborar la unión entre los padres y el proceso de identificación con cada uno de ellos.

Respecto a las comunicaciones verbales de los niños durante la sesión, no es frecuente que relaten episodios de su vida, ni que se dispongan a comentar sucesos familiares.[15] Tampoco cuentan espontáneamente sueños y cuando lo hacen, a veces, no es suficientemente claro cual es el límite entre su imaginación que desarrolla en el momento actual de la sesión y el contenido manifiesto de su sueño. Aunque sabemos que las imágenes del sueño habitualmente expresan contenidos más reprimidos que las fantasías diurnas, dicha diferenciación no nos resulta tan necesaria para el análisis de las vivencias del paciente.

[15] Nos referimos particularmente a niños entre los tres y seis años, aproximadamente.

La posibilidad de que el paciente pueda contar sus sueños o pesadillas en su sesión de análisis, dependerá no sólo de la tolerancia que el mismo desarrolle para "revivir" a través de su relato su malestar y su angustia, sino también del momento transferencial por el que esta atravesando. Freud, A (1976) sostenía que un niño es capaz de dar, por amor al analista y por breve tiempo, un tipo de asociaciones que ayuda a la labor analítica. Cita el caso de una nena que cerraba los ojos y, colocada en una posición en cuclillas, seguía con gran atención todo lo que imaginaba, denominando a esto "ver cuadros".

Cuando un niño tiene pesadillas o terrores nocturnos, que no le permiten dormir relajadamente por las noches, de las cuales estamos informados por los padres, podría ser que en algunas circunstancia sea conveniente que preguntemos acerca del contenido de las mismas, esclareciendo previamente que sabemos de su existencia por el relato de los progenitores.

En síntesis: El juego le brinda al niño la oportunidad de elaborar las vivencias relacionadas con su crecimiento y los conflictos que lo afectan, de procesar psíquicamente algo que impresiona sus sentidos. Es el ámbito del "como si" que le ofrece la oportunidad de expresarse más fácilmente, porque siente que la vinculación con los objetos significativos, queda más alejada de su conciencia. La transferencia sobre el juego o el juguete, le permite proyectar sus conflictos, temores y coincide con la transferencia sobre el analista.

El niño y el analista

Sabemos que la transferencia y la contratransferencia se co-determinan mutuamente y analizar este proceso implica comprender los sentimientos de paciente y analista en función de un modelo de relación que surge de la historia infantil de cada uno de ellos. (Chiozza L, 1986)

En el proceso de análisis el paciente revive sus modos habituales de sentir, hacer y pensar. Todo lo que hace y dice durante la sesión, oculta y revela conflictos que surgen al modo de una "denuncia" de afectos reprimidos que esperan poder ser "oídos".

Chiozza, L (1977) afirma que si la transferencia es el producto de un modelo de relación que se intenta repetir con el analista, el cambio de esa transferencia puede lograrse a través de hacerla conciente, por medio de la experiencia emocional transformadora proporcionada por un analista que,

mediante la comprensión de su contratransferencia, aporta a la vida del paciente un personaje inesperado.

Comprendemos que la relación que se establece entre paciente y analista, suele estar impregnada por afectos e importancias que no corresponden a la "realidad", sino que dependen de la transferencia que entendemos es depositada en las figuras paternas y recae sobre los sustitutos actuales, es decir, el analista, y esto conduce a que el vínculo adquiera las características de un "falso enlace".[16]

El niño viene al análisis para repetir y también para cambiar. Es usual ser espectador del alivio de la ansiedad que experimenta el niño a partir de la intervención del analista, cuando siente que no se repiten pautas familiares.

Nos preguntamos qué características definen nuestra tarea con un niño, cuyo "mapa", sostenemos, se esta construyendo en sus primeros años. Hemos señalado que Chiozza, L (1998 (1994)) considera que para intervenir psicoanalíticamente sobre un "modo de ser", no se trata de interpretar una presunta realidad cronológica, sino que es necesario interpretar el "material" como si se tratara de un sueño o una fábula, que alude a una fantasía inconciente atemporal y perpetua, que se repite en el acto de la convivencia presente. En este sentido, es ese acto el objeto de nuestro análisis y la labor terapéutica trasciende la edad que el paciente pueda tener.

Es necesario diferenciar, entre aquellas intervenciones que el analista realiza durante una sesión, de las que constituyen interpretaciones psicoanalíticas propiamente dichas. Sabemos que todo analista influye con su presencia y también sabemos que en algunas ocasiones, movilizado por una contratransferencia complementaria, puede realizar comentarios o hacer preguntas que alejan al paciente del punto de urgencia que predomina en una determinada sesión.[17]

La intervención del analista, mientras el niño juega o dibuja, formulando preguntas que interrumpen aquello que esta haciendo o sobre su vida como por ejemplo, si tiene amigos, pelea con sus hermanos o acerca de cómo modo transcurrió su fin de semana, constituyen frecuentemente intervenciones contraresistenciales, que dificultan la labor terapéutica y alejan al niño de su comunicación. Si bien, como ya dijimos, forma parte

[16] Chiozza, L (2008) afirma que la infancia adquiere para el psicoanálisis un carácter prototípico porque los vínculos que en ella se establecen son, entre los que pueden ser recordados los más precoces y en este sentido "lo infantil", se arroga la representación del orígen de la transferencia.
[17] La contratransferencia proviene de la empatía o identificación concordante con el yo del paciente y de la identificación complementaria, con los objetos internos. (Racker, E 1960)

de la actividad del analista de niños participar del juego cuando él lo solicita, también es necesario destacar que frente al lenguaje no verbal es conveniente conducirnos de un modo análogo a como lo hacemos frente al lenguaje verbal del paciente adulto, colaborando con una atención que posibilite hacer conciente la contratransferencia.

Chiozza, L (1979) sostiene que en algunos casos se produce durante el tratamiento una hipercatexia de la representación del terapeuta, porque se omitió interpretar la transferencia. En este sentido, aclara, muchas veces el callar es un "error" en la técnica psicoanalítica, pero también advierte que no debemos atribuir a la palabra hablada un valor, en todos los casos, superior al del silencio. En este sentido subraya que en el contexto de una sesión suele ocurrir que el "hablar por hablar", porque se considera necesario "decir algo", no es una actitud adecuada. Sugiere que frente al silencio indeseable, es mejor que se hable con palabras que no pretendan ser interpretaciones psicoanaliticas.

Muchas veces, la intervención del analista está movida por la intención de solucionar los trastornos del paciente, estimulado por la necesidad de obtener resultados que atemperen o encubran el propio sentimiento de insuficiencia en la comprensión más profunda o en el propósito de lograr una contratransferencia positiva con los progenitores del niño, en quienes se proyecta al objeto perseguidor.

En relación al pago de los honorarios, es natural, si se trata de un niño pequeño o de edad escolar, que sean sus padres quienes se hagan cargo de concretar el mismo, aunque es necesario recordar que el niño tiene conciencia de que los padres pagan su tratamiento, así como pagan otras cosas de su vida. En este sentido, es adecuado informarle cuando conversamos con los progenitores acerca del tema. Por otra parte, suele suceder que el paciente trate de asegurarse la concurrencia al análisis y que no lo traigan tarde a sus sesiones.

En síntesis: partimos de la convicción de que el trabajo analítico con niños, aún siendo muy pequeños, radica esencialmente en la compresión del vínculo transferencial-contratransferencial, que permite el abordaje de las resistencias y contraresistencias. El niño revive sus modos habituales de sentir, hacer y pensar siguiendo un modelo de relación que intenta repetir con el analista. Viene al análisis para repetir y también para cambiar.

Encuadre

Un juego deja de ser juego, afirma Chiozza, L (2013), cuando se quebrantan sus reglas y un proceso psicoanalítico deja de ser proceso psicoanalítico, cuando se perturba su encuadre. Así como un cirujano respeta las reglas que aseguran la asepsia, el psicoanalista, agrega, debe fijar un encuadre para "limpiar" el campo de observación dentro del cual trabaja.

Klein, M (1932) señala que si bien el comportamiento de los niños lleva a veces a ciertas modificaciones de la técnica, es necesario conservar un encuadre que no nos aparte de lo esencial para conservar la actitud puramente analítica. Remarca que en su encuentro con dificultades en el tratamiento, se vió obligada a adoptar métodos técnicos especiales que no recomienda como procedimiento, excepto como último recurso.[18]

Consideramos que la necesidad de establecer un encuadre es imprescindible para facilitar el desarrollo de la tarea analítica, pero también nos parece importante destacar que éste no debería tener un carácter riguroso, en el cual las normas no permitan excepciones.

Entre las diferentes conductas inherentes a la edad de cada niño, algunas se asumen como francas resistencias, que dificultan o impiden el tratamiento.

Distinguir entre aquellos comportamientos que forman parte de la naturaleza propia de la infancia y los que se constituyen en resistencias, dependerá fundamentalmente de la posibilidad de hacer conciente la transferencia-contratransferencia, que conducirá al encuentro con la interpretación adecuada.

Que un niño pequeño quiera tomar o jugar con las pertenencias del analista, como los adornos del consultorio, libros o artículos del escritorio, no siempre es expresión de su resistencia. En muchas ocasiones su accionar durante la sesión adquiere un ritmo activo y acelerado propio de la infancia, como cuando quieren prender y apagar la luz, asomarse a la ventana, enroscarse en las telas de las cortinas, esconderse, saltar sobre el diván, arrastrase en el piso o sacarse las zapatillas, etc.

[18] En el caso de su paciente Ruth de cuatro años y tres meses, con una fuerte fijación a su madre y rechazo a los desconocidos que derivaban en importantes crisis de angustia que no le permitían permanecer en el consultorio con la analista, decidió aceptar que su hermana mayor , veinte años mayor que la paciente, permaneciese con ella durante unas sesiones.

Estas conductas pueden estar al servicio de mostrar su interés, su curiosidad, así como el deseo de introyectar al analista, entrando en contacto con los objetos del consultorio. Y también, puede ser una demostración de su dificultad para aceptar límites, revelando que no tiene incorporado hábitos y pautas de conducta y expresar la necesidad de ser reprendido por sus sentimientos inconcientes de culpa.

En este sentido, como ya dijimos, es importante diferenciar entre aquellos comportamientos propios de la infancia, cuyo objetivo durante la sesión psicoanalítica es la comunicación para ser comprendido, de aquellos otros que se manifiestan como una ruptura al encuadre y son expresión de resistencia.

El accionar del paciente y la contratransferencia del analista, determinarán las características de la transferencia positiva y negativa. Cuando la transferencia es negativa, las acciones buscan una gratificación directa, queriendo el paciente que el consultorio se transforme en su hogar o a través de demandas afectivas o de inclinación destructiva, por medio de las cuales intenta inhabilitar la función del analista. [19] [20]

Es interesante señalar que cuando el paciente quiere abrazar o besar al analista como expresión de auténtico cariño y agradecimiento y con la intención de no alterar el encuadre, ese pedido sucede generalmente terminada la sesión.

Sabemos que las dificultades que surgen para respetar el encuadre están motivadas básicamente por la dificultad que implica aceptar un modelo de vínculo de características post-natales, dado que conocemos que la fantasía que subyace a todo tratamiento es intrauterina y el paciente, aunque sea un niño pequeño, desea que sea el terapeuta quien pueda satisfacer sus necesidades o resolver sus dificultades. Es decir, el encuadre lleva siempre implícito la postergación de una satisfacción directa.

Algunos niños, por su corta edad o independientemente de ello, se resisten durante algún período a entrar al consultorio sin la presencia de un adulto que los acompañe. Este requerimiento puede relacionarse con la proyección

[19] Los niños muy pequeños pueden necesitar asistencia directa, como por ejemplo ayudarlos con la vestimenta, sacarse o ponerse un abrigo o cuando van al baño, circunstancias que en algunas ocasiones difícilmente puede ser rechazada. Klein, M (1926) sostenía que el comportamiento de los niños lleva a ciertas modificaciones, que son necesarias, pero sugería no apartarse de lo esencial. Remarcaba que si un paciente muy pequeño quería ir al baño y no podía hacerlo solo, lo acompañaba, al mismo tiempo que trataba de hacer lo menos posible por él, teniendo cuidado de mantener la actitud de amistosa reserva que parece necesaria para establecer y mantener la situación analítica.

[20] En algunas oportunidades, los niños quieren tomar o utilizar los objetos del consultorio, no dispuestos para él, dibujar en la pared, agredir verbalmente, escupir, etc.

en el analista de una figura amenazante o peligrosa, a quien temen enfrentar y, al mismo tiempo, puede mostrar su resistencia al trabajo del análisis.

La demanda de inclusión de los padres durante el desarrollo de una sesión, puede indicar el propósito del paciente de que el analista, siendo espectador del encuentro con sus allegados, pueda comprender algo más de la relación que tiene con ellos y pueda influir positivamente sobre sus vínculos.

En algunas oportunidades y debido a la ansiedad que tiene el niño, la participación de los padres durante la sesión es un recurso inevitable, aunque dicha medida, generalmente, debe tener un carácter transitorio porque expone al paciente, al analista y al adulto que lo acompaña a una situación compleja, en la que es difícil preservar la intimidad.

Otras veces sucede lo opuesto. El paciente se resiste a salir del consultorio una vez terminada la sesión, revelando tal vez de esa manera, por un lado, el deseo de prolongar el encuentro analítico para poder comprender algo más de lo que le pasa. Sin embargo, por otro lado, su resistencia para admitir la consigna que impone el encuadre, puede formar parte de su resistencia. En algunas ocasiones nos vemos necesitados a solicitar a la persona que lo acompaña, que se ocupe de retirarlo.

Cuando el comportamiento es de difícil contención y no logramos que la interpretación, en primera instancia como recurso terapéutico, movilice al paciente para que pueda deponer su actitud, suele suceder que nos vemos necesitados de interrumpir la sesión de ese día. En esos casos, el objetivo es evitar una mayor transgresión con sus consecuentes sentimientos de culpa, con la expectativa de poder restablecer posteriormente el espacio de trabajo de manera más adecuada.

Consideramos, siguiendo a Aberastury, A (1962), que es la interpretación la que puede conducir al niño a modificar su accionar y que dejar al paciente sin ponerle los límites necesarios aumentaría su angustia y sus sentimientos de culpa.

En este sentido, sostenemos que no es la actividad física de un niño, como caminar o acostarse en el piso, lo que obstaculiza el cumplimiento de la regla de abstinencia, sino que es el encuadre el que determina la falta de gratificación directa y es esta condición de frustración y no la inhibición de la acción la que permite llevar adelante el trabajo.[21]

[21] Resulta un malentendido frecuente, la idea de que en el psicoanálisis de niños, la posibilidad de acción que incluye el jugar, obstaculiza el cumplimiento de la regla de abstinencia. Como ocurre en el caso del

En la actualidad los pacientes suelen traer a su sesión juegos electrónicos, celulares, Ipad, etc. Estos elementos, así como sucede con los juguetes que los niños traen al consultorio, forman parte de la necesidad de mostrar aspectos propios, como pueden ser su inquietud o inseguridad en relación a la adquisición de nuevos conocimientos o las dificultades que siente que tiene en la comunicación o la desinteligencia en la vida familiar. Sin embargo, su uso excesivo puede constituir una alteración al encuadre.

En algunas ocasiones, los pacientes quieren utilizar el celular para hacer llamados a sus familiares o amigos, mandar mensajes y sacar fotos. Si bien entendemos que en su solicitud puede estar expresando una particular angustia, relacionada con su vivencia de soledad o miedo y su necesidad de recuperar el contacto con lo "conocido", creemos conveniente limitar su empleo, dado que consideramos que el niño tiene otras formas de expresión de sus necesidades o conflictos.

En los momentos en que el paciente, al finalizar la sesión, se opone a guardar el material de juegos en su caja, pensamos que es conveniente colaborar para que lo guarde o que los guarde el mismo analista. Aunque sabemos que de ese modo el niño puede estar expresando, por ejemplo, el deseo de asegurarse de que al irse del consultorio queda su presencia ocupando un lugar central en la vida del terapeuta. Esta misma fantasía se pone de manifiesto, cuando el paciente quiere pegar sus dibujos en las paredes para que queden expuestos.

Traer comida al consultorio, tareas escolares para completar o el pedido de utilizar juegos reglados como cartas o juegos de mesa, necesitan ser limitados, cuando son una evidencia del deseo de distraer al analista para alejarlo de su función.

Los juegos de mesa, si bien pueden ser interpretados entendiendo alguno de sus significados, como la posibilidad de elaborar la rivalidad, la competencia y la ansiedad por ganar, como si eso fuera un símbolo del triunfo para su vida, muchas veces el hecho de que es necesario seguir reglas de juego, distrae o aleja de un contacto más espontáneo.

En la tarea clínica suele suceder, que un niño quiera llevar a su casa algún material de su caja de juegos. Entendemos que su pedido puede estar movilizado por el deseo de llevar al analista a su ámbito personal, ya sea para mantener con él un vínculo de familiaridad o para que pueda

---

adulto, el encuadre determina la falta de gratificación directa y es esta condición de frustración y no la inhibición de la acción, la que permite llevar adelante el trabajo.

presenciar el clima familiar en el que él se desarrolla, no obstante habitualmente tendemos a negarnos a satisfacer esa solicitud, no sólo porque al paciente le resulta difícil reintegrar lo que se lleva, sino porque sobre el material de juegos se proyecta parte de la relación transferencial-contratransferencial, que es necesario preservar.

Observamos que los niños, con su particular habilidad, fuerzan algunas actitudes, intentando comprobar o poner a "prueba" al terapeuta para ver cual es su reacción frente a determinadas circunstancias o cuál es su capacidad de tolerancia frente a la frustración.

Los niños formulan variadas preguntas, que surgen de su natural curiosidad, acerca del consultorio, la vida privada del analista u otros aspectos. También sabemos que tienen poca tolerancia a que sus preguntas no sean satisfechas. A veces podemos responderlas teniendo en cuenta el contexto en las que el paciente las realiza, aunque sabemos que no son en si mismas parte esencial de la actividad analítica.

Aunque las resistencias de los niños muchas veces pueden ser intensas, porque la tendencia natural a angustiarse conduce a momentos de transferencias masivas, que impiden la tarea del análisis, también necesitamos recordar que por lo general tienen un grado importante de variabilidad, es decir, con poca estereotipia en el empleo de sus mecanismos de defensa.[22]

La frecuente pregunta acerca de cómo debemos proceder frente a las conductas resistenciales del paciente, pensamos que oculta una insuficiencia en la comprensión del contenido inconciente del material durante la sesión psicoanalítica.

La dificultad de acceder a una identificación concordante, que generalmente posibilita la formulación verbal adecuada de la interpretación, lleva al analista a asumir actitudes contraresistenciales, identificándose, por ejemplo, con una figura ideal protectora.

Si bien decimos que la interpretación es, en primer lugar, el modo privilegiado en que intentamos movilizar a un niño cuando se encuentra en franca resistencia, en algunas oportunidades, cuando no puede aceptar el encuadre nos vemos necesitados de utilizar ese encuentro como espacio de observación, evitando realizar interpretaciones que lo expongan a la

[22] Excluimos a aquellos niños cuyo desarrollo esta severamente afectado por disociaciones y fijaciones extremas.

complejidad o intensidad de sus conflictos y a una intensificación de sus resistencias.

Chiozza, L (2008) sostiene, que cuando un paciente intenta comunicarse mediante alteraciones del encuadre, interpretarlo es legitimar ese lenguaje. En esos casos, afirma, conviene optar por aceptar la situación o por establecer firmemente que se trata de una transgresión inaceptable, sin considerar dicho material como algo para ser interpretado.

Es labor del terapeuta admitir que la repetición de la conducta de los pacientes, que se expresa en la dificultad para adecuarse a la regla fundamental del análisis y en poder sostener el encuadre, depende de sus conflictos. Para un niño, del mismo modo que para un adulto, representa un verdadero esfuerzo cambiar sus hábitos que, como sabemos, forman parte de su carácter.

En síntesis y, para finalizar nuestro recorrido: si bien el comportamiento de los niños durante la sesión de análisis lleva a veces a ciertas modificaciones de la técnica, es necesario conservar un encuadre que no nos aparte de lo esencial para conservar la actitud analítica. Un proceso psicoanalítico deja de ser proceso cuando se perturba su encuadre, aunque también es importante destacar que éste no debería tener un carácter riguroso, en el cual las normas no permitan excepciones.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A (1962) "Nacimiento de una técnica", en *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1962

Aberastury, A (1968) *El niño y sus juegos*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1968

Aberastury, A (1984) "La fase genital previa", en *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Buenos Aires l984

Aberastury, A (1984) "Los dibujos infantiles como relato", en *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1984

Chiozza, L (1968) "Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina", en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1980

Chiozza, L (1977) "Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico", en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Biblioteca del CCMW, Editorial Paidos, Buenos Aires 1980

Chiozza, L (1983) "A manera de prólogo", en *Psicoanálisis: presente y futuro* Biblioteca del CCMW. Editorial del CIMP, Buenos Aires 1983

Chiozza, L y Aizenberg, S (1992) "Por qué se enferman los niños", en *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Alianza editorial, Buenos Aires 1995

Chiozza, L (1998 (1994)) "Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis", en *Obras Completas* Tomo IX. Libros del Zorzal, Buenos Aires 2008

Chiozza, L (1979) "Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia", en *Hacia una teoría del arte psicoanalitico*. Alianza editorial, Buenos Aires 1998

Chiozza, L (2008) *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente*. En Obras Completas, Tomo XIV Libros del Zorzal, Buenos Aires 2008

Chiozza, L (2013) *¿Para que sirve el psicoanálisis? El qué-hacer con el paciente*. Editorial del Zorzal, Buenos Aires 2013

Freud, A (1976) *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1976

Freud, S (1908) "El creador literario y el fantaseo". Obras Completas. Amorrortu Editores. Buenos Aires 1979

Freud, S (1920) *Más allá del principio de placer*. Obras completas Tomo XVIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires 1985

Klein, M (1932) *Técnica del análisis del niño*. Obras completas. Tomo 2, Editorial Paidós, Buenos Aires 2008

Klein, M (1952) "Los orígenes de la transferencia". Obras completas. Tomo III. Editorial Paidós, Buenos Aires 1991.

Racker, E (1960) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1964

REFERENCIAS

Aizenberg, S y Casali, L (1995) "La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños". Presentado en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Buenos Aires 1995

Aizenberg, S (2004) "La revisión de algunos aspectos de la técnica y la teoría de la técnica del psicoanálisis de niños". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 2004

Aizenberg, S (2012) "Acerca de la infancia y el tratamiento psicoanalítico de niños". Presentado en la Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires 2012

Chiozza, L (1986) "Acerca de cómo interpretar la transferencia". XVII Simposio del CIMP, Buenos Aires 1986

Chiozza, G (2006) Participación en la mesa redonda sobre: La Patobiografía de niños. Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 2006.

El desarrollo en la infancia, acerca de las identificaciones

Lic. Silvana Aizenberg

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
14 de Noviembre de 2014

El propósito de esta presentación, es volver a reflexionar acerca del desarrollo en la infancia y la importancia de las identificaciones, ligadas al vínculo que el niño tiene con las personas significativas de su entorno.

La intención es ahondar en la comprensión de algunos aspectos de la vida post-natal, que implican junto a la materialización del crecimiento, el desarrollo de conflictos. [1]

Sabemos que el modo en el que el niño elabora sus primeras experiencias, deja huellas indelebles en sus identificaciones e influye de manera decisiva en su carácter y en su modo de enfermar.

En nuestra Institución, disponemos de numerosos trabajos y publicaciones destinadas a describir la evolución en la infancia, la importancia de las identificaciones tempranas, así como a la investigación de las enfermedades somáticas relacionadas con la problemática familiar.

Queremos retomar estos temas y con ese objetivo, transcribiremos algunos aspectos de la teoría psicoanalítica y reproduciremos una breve reseña de un caso clínico.

Las identificaciones

A partir de Freud, S. (1923b) admitimos la capacidad que tiene el infante para relacionarse con los objetos desde los primeros momentos de la vida y que las primeras identificaciones, son manifestaciones de una ligazón afectiva, que tienen un carácter duradero.

El proceso de maduración, solo tiene efecto en la medida en que existe un medio ambiente que lo posibilite. El desarrollo se caracteriza por el impulso hacia la integración, cuyo significado adquiere una creciente complejidad a medida que el niño va evolucionando en el camino de su mayor individuación.

Winnicott, D. W. (1975) quien se ocupó tanto desde la pediatría, como desde el psicoanálisis al estudio del desarrollo emocional en el niño, postuló que la dependencia en la primera infancia es determinante de los procesos

[1] En esta presentación no nos ocuparemos de describir las identificaciones en la vida pre-natal.

psíquicos y que éstos, son susceptibles de malograrse en las primeras fases después del nacimiento.[2]

Enfatiza la importancia que Melanie Klein otorgó a la posición depresiva, como factor vital para el desarrollo emocional y la idea de conflicto en la relación bi-personal del niño con su madre, conflicto que tiene su origen en los impulsos destructivos que acompañan al impulso amoroso.

En este sentido, también plantea que los mecanismos de defensa, como la escisión, la proyección o la introyección, son necesarios para el crecimiento y también pueden ser un intento de denunciar los efectos de la falta de provisión ambiental.

Para el autor, el niño pequeño y el cuidado materno son inseparables y se pertenecen mutuamente.[3]

La importancia que tiene para el infante el ambiente que lo rodea, es una afirmación indiscutible, ya que todo recién nacido con su natural indefensión depende de la asistencia para subsistir.

La carencia de "holding", lo afecta, no solo porque no recibe los cuidados que necesita, sino también porque lo enfrenta con la ansiedad que le despierta su propia vivencia de desamparo y falta de contención para hacerle frente a sus necesidades.

Una de las ansiedades centrales para el niño, es la separación de todo aquello que le resulta agradable, de la presencia de las personas que quiere y que siente que lo sostienen. Chiozza, L. (2010) al describir la "primera falta", enfatiza la vivencia angustiosa que tiene el bebe al descubrir que no forma una unidad indivisible con la madre.

También sostiene que nacemos con una disposición a establecer un vínculo materno-filial colmado de significancia y que en ese vínculo se realiza la impronta que deja grabada la figura de la persona que nos ofrece los cuidados maternales. El efecto de esa impronta, deja huellas profundas en el carácter, que luego se transfieren sobre otras personas que pasan a constituir aquellas para las cuales vivimos y cuya falta se siente como abandono, añoranza y desolación. (Chiozza, L. 2013)

[2] Para Winnicott, D.W. (1975) La enfermedad esquizofrénica o la propensión a la psicosis, las ubica como el negativo de procesos positivos de maduración.

[3] Winnicott, D.W. (1975) destaca que al hablar del cuidado materno, se refiere al recibido tanto de la madre, como del padre.

En los primeros vínculos, afirma, no solo se aprende cómo hacer algunas cosas, sino que se aprende qué cosas se deben o no se deben hacer o que cosas se deben o no se deben desear, configurando de ese modo los ideales y la imagen del mundo.

El nacimiento es el desenlace de un proceso natural, que marca el comienzo de un nuevo momento, en el que se despliegan las relaciones que se establecieron durante la etapa fetal con la madre umbilical y con los objetos "heredados".

Partimos del conocimiento de que la identificación, es el proceso mediante el cual un sujeto asimila un aspecto una propiedad, un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste.

Las identificaciones primarias son aquellas que se adoptan en forma directa de las cualidades de los objetos inconcientes, de las imagos heredadas de los padres y arquipadres y las secundarias, corresponden al período post-natal, las que se realizan a partir de los vínculos con los objetos que adquieren el valor de modelos y permiten adoptar las cualidades de la cultura en la que el niño se inscribe. [4]

Chiozza, L. y colab. (1997b (1995)) destacan que las identificaciones secundarias, pueden modificar o reforzar las cualidades obtenidas por las identificaciones primarias. Cuando las identificaciones se integran armoniosamente, afirman, permiten el establecimiento de una identidad sólida, en la que se amalgaman de un modo estable distintas cualidades y conforman el carácter del yo.

Freud, S. (1905d), al ocuparse del psiquismo infantil, destacó que el niño aparentemente desaprensivo e inocente, lleva dentro una instancia psíquica severa, el superyó, introyección de las enseñanzas de sus padres.

Para Chiozza, L. (1963a) existe un superyó precoz, establecido en un período del desarrollo en el cual la debilidad del yo incipiente conduce a la disociación. Correspondería al precipitado en el mundo interno de las identificaciones primarias y el niño desarrolla un superyó tardío, producto de las identificaciones secundarias, que se configuran a partir de aquella parte del superyó precoz que no quedó definitivamente disociado.

[4] No incluimos en el texto de este trabajo la descripción del concepto de identificación primordial, proceso por el cual se alcanza la identidad de especie, que a su vez implica la renuncia a aquellas cualidades ajenas a dicha especie. (Chiozza y colab. 1995)

Es necesario señalar que el infante tiene la capacidad de identificarse con conflictos que, a su vez, forman parte de las identificaciones que han realizado sus propios padres. En este sentido, el niño se identifica con el tronco común y esto nos permite decir que fue concebido dentro del marco del mismo conflicto que sus padres padecen.

Chiozza, L. (2013) sostiene que las normas que contribuyen a conformar el carácter, provienen del ligamen afectivo con las personas de la convivencia y del superyó, que funciona como representante de los progenitores o de la propia conciencia.[5]

Subraya que a lo largo de la vida, somos impregnados por un entorno que nos contagia los pensamientos y los hábitos, que al mismo tiempo imaginamos propios.

El modo, por ejemplo, en que los padres encaran las resignaciones o los fracasos, constituye un parámetro en el que el niño se apoyará. Los adultos que estimulan a través de su propia conducta, la ilusión de que se puede vivir sin tener que elegir y renunciar o también la dificultad para gozar lo que la realidad posibilita, condicionan un terreno de identificación en el que predominaran dichas características. (Aizenberg, Silvana 2007)

También destacamos, que entre las luchas inherentes al crecimiento, el niño tiene la de debatirse entre su propia percepción de lo que ocurre afectivamente y aquello que los padres conciente o inconcientemente intentan mostrar. Por un lado, necesita identificarse con el modelo y la enseñanzas de los que lo rodean y por otro, cuando su sentir no coincide, se siente confundido y culpable.

Destacamos que el hecho de que un niño asuma y comparta temáticas comunes, no implica culpabilizar a los progenitores por sus trastornos o su enfermedad.

Aclaramos, que dado que el niño es un ser en formación, la mayor dependencia de sus padres y la mayor injerencia que éstos poseen sobre su vida y su constitución, pueden haber facilitado la fantasía ubicua de “culpar” a los padres por la enfermedad del hijo. (Aizenberg, Silvana; Casali, L. 1995)

[5] El niño, desde el comienzo, se halla inserto en la trama edípica universal, a partir de la cual configurará su versión personal. Como protagonista de esa trama irá construyendo identificaciones que condicionarán su forma particular de ser.

Cuando resaltamos la influencia que el medio ejerce sobre la infancia, deducimos que como en todo vínculo, el niño aporta con sus propias condiciones al mismo. Construye las características de sus objetos, de acuerdo con sus fantasías infantiles y al mismo tiempo no es menos acertada la idea complementaria, de que sus representaciones concientes e inconcientes acerca de los padres, coinciden también con aspectos que ellos poseen como objetos de la realidad material.

Chiozza L. sostiene que si bien no caben dudas acerca de la influencia que los padres ejercen sobre la manera de ser de los hijos, al punto que eligen el nombre con el que lo llamaran toda la vida, tampoco cabe duda que los hijos "crean" a los padres que tienen y que la madre que vive dentro del alma de un niño es siempre el producto de una interrelación. (Aizenberg, S. 2007)

En este sentido, comprendemos que se trata de un vínculo que se establece movido por una motivación común.

En otras oportunidades nos ocupamos de profundizar acerca de la singularidad que conduce a un niño pequeño, a expresar en un trastorno de conducta o en una enfermedad somática, fantasías inconcientes propias y de los padres. Planteamos, también, que el niño puede percibir la existencia y las características de la enfermedad orgánica de los padres, así como las fantasías implícitas en ella, constituyendo esto la base de sus identificaciones. (Chiozza, L. y colab (1998(1975)); (Rosmaryn, A. y colab. 1980); (Aizenberg, Silvana 2006).

Esto nos permite afirmar que el niño, desde pequeño, es parte del "cuerpo familiar" y extrae tanto para su crecimiento "normal" como para el desarrollo de sus patologías, los materiales de la misma fuente inconciente que el "organismo familiar".(Aizenberg, Silvana 2006)

Chiozza, L. (2013 a) postula que las enfermedades que los seres humanos, en el cuerpo o en el alma padecemos, se desarrollan siempre inseparablemente unidas con una "enfermedad" del espíritu, que mancomuna a los miembros que se integran en una existencia colectiva.

A partir de los dos años de edad, coincidiendo con el control de esfínteres, que simboliza un nuevo desprendimiento a los ya logrados después del nacimiento, el niño va logrando una mayor separación de las personas que lo asisten, al mismo tiempo que va reforzando sus identificaciones, que asientan su modo de ser y las características de sus trastornos.

A partir del psicoanálisis sabemos que un objeto perdido, es decir, una investidura de objeto, es sustituida por una identificación y contribuye esencialmente a la conformación del carácter.

Cuando nos preguntamos acerca de por qué un niño "elige" determinados rasgos familiares para identificarse, recurrimos al comentario de Chiozza, L. (2012) acerca de por qué un niño asume y padece determinada enfermedad somática en la infancia. Afirmó que todo niño posee procedimientos efectivos dentro de la salud y procedimientos alternativos que buscan ser efectivos dentro de la enfermedad y que el niño usa estos mecanismos de manera inconciente y automática.[6]

CASO CLINICO

Motivo de consulta[7]

Lionel tiene 6 años y sus padres consultan porque desde que comenzó el pre-escolar, hace un año, tiene episodios frecuentes de incontinencia fecal diurna, en su casa, en el colegio o durante las diferentes actividades que realiza.[8] [9]

Comentan que lo ven angustiado por lo que le sucede y también comentan que ellos están preocupados, porque los episodios lo afectan cada vez más en el ámbito social y les apena verlo sufrir.

No se explican el motivo de lo que le pasa y aunque implementaron diferentes técnicas para ayudarlo, como el escribir en un papel los días

[6] Comentario del Chiozza, L. en su participación al trabajo "Acerca de la infancia y el tratamiento psicoanalítico de niños". Aizenberg, Silvana (2012)

[7] El relato de los progenitores contribuye al esclarecimiento de las circunstancias vitales del niño y nos permite construir una historia biográfica, aunque no pensemos que tienen un grado de coincidencia con los sucesos de la "realidad". Forma parte de los "mitos familiares", plenos de significados, que aluden a los vínculos entre el paciente y sus objetos que forman parte del ámbito en el que se desarrolla. (Aizenberg, Silvana 2012)

[8] Encopresis es una perturbación de las primeras etapas de la maduración en la infancia. Frecuentemente sobreviene durante el día. Es una incontinencia fecal que generalmente se produce como consecuencia de un estreñimiento de larga duración. Se caracteriza por un escape reiterado e involuntario de heces en momentos y lugares inesperados. El estreñimiento de larga duración o incontinencia fecal, causa la dilatación del extremo final del intestino, lo que se asocia a la pérdida o disminución de la sensación de necesitar ir al baño. El aumento de la dilatación del recto, causa la distención del esfínter anal externo, causando el escape involuntario de heces. . (Wikipedia.org/wiki/encopresis infantil)

[9] En esta presentación no nos ocupamos de profundizar acerca de la fantasía específica de la encopresis infantil.

exitosos que había logrado la evacuación o darle regalos como premio, se desesperan porque no encuentran la solución adecuada.

Refieren, que desde los dos años y seis meses, el niño logró el control urinario diurno y nocturno, pero que no tuvo el mismo destino el control anal, sino que por el contrario se fue agravando su incontinencia.

También relatan que a partir de los dos años, aproximadamente, redujo espontáneamente la ingesta de alimentos, cuando hasta ese momento "comía de todo". La dificultad con la comida pasó a ocupar un lugar central en la familia y por ese motivo, habitualmente, surgen discusiones. Dicen que a veces Lionel llega a ser tan testarudo que en una ocasión estuvo cuatro días sin comer

Siente rechazo a todo lo que le parece sucio, se opone a limpiarse solo y cuando está en el colegio no quiere ir al baño, porque le parece que a las instalaciones les falta higiene.

Cuando se enoja, pierde el control, insulta, tira libros, juguetes o desarma su cama furiosamente. Últimamente muerde los puños de sus buzos o sweaters hasta que los rompe.

Su rendimiento escolar es satisfactorio, aunque desde el colegio les informaron que es llamativa su excesiva exigencia y competitividad. Quiere ser siempre el mejor y el primero para todo. Cuando jugaba al fútbol, actividad que abandonó, se sentaba en un rincón y no quería jugar si no estaba seguro de poder ganar.

Por otra parte, a veces se muestra muy tímido y le cuesta sociabilizar. Tiene temor a quedarse solo, a la oscuridad o a los ruidos. A los padres les llama la atención que, aunque sea de día, pide que lo acompañen hasta la puerta del baño.

Es sensible a las críticas y en muchas ocasiones se queja y no quiere que lo miren. Es intolerante a las frustraciones y si le ganan en algún juego, se ofusca, se pone colorado, grita, golpea o llora desconsoladamente. Como sucede cuando los padres le limitan el uso de la Tablet, porque les parece que es su principal interés y que la ansiedad por jugar, les hace temer que desarrolle una fijación.

Comentan que más allá de las dificultades en la convivencia, Lionel suele ser cariñoso y sorprendentemente tolerante con su hermana Lucía de 3 años. Les

extraña que él no pueda defenderse cuando ella lo molesta y que en algunas ocasiones, se comporta como un niño muy inhibido.

Se relaciona con la madre mejor que con el padre. El padre sostiene que entre su mujer y el hijo existe un amor muy grande y una dedicación materna incondicional, que él por su parte estimula, porque en su propia historia no tuvo un buen vínculo con su madre. También reconoce que a veces le gustaría que el hijo lo quiera a él, como le parece que la quiere a ella.

Datos evolutivos

Andrea y Fernando llevaban 3 años de casados antes del nacimiento de Lionel. El embarazo cursó con pérdidas debido a la existencia de una placenta anterior, que le impuso a la madre un reposo absoluto durante varios meses. El parto fue a término, natural y el paciente tuvo una leve icteria del recién nacido.[10]

La madre cuenta que si bien comenzó a trabajar en su casa, cuando su hijo tenía dos meses, no dejó de amamantarlo hasta el octavo. Dejó el chupete y la mamadera promediando el segundo año

La evolución psicomotriz fue adecuada, no tuvo inconvenientes con la dentición, que comenzó alrededor de los 6 meses y camino un poco después de haber cumplido un año.

Tuvo algunos episodios de bronco-espasmos, tiene bruxismo y a los 2 a y 6 meses expidió una lombriz de gran tamaño, suceso que el pediatra estimó como algo habitual en la infancia.[11]

No manifiesta curiosidad por la sexualidad, ni inclinación a tocar sus genitales, así como tampoco formuló preguntas acerca del origen de los niños, aunque reconocen que es marcado el interés y la búsqueda del contacto físico con la madre. En una ocasión dijo que él estuvo en "la panza" de su mamá, que le hizo un agujero y salió por la "cola".

El padre expresa su ambivalencia respecto a la modalidad educativa que tiene que asumir con sus hijos. No sabe si es conveniente "doblegar" algunas

[10] El término placenta anterior indica que la misma se ubica en la cara anterior del útero. Se diferencia de la placenta previa, porque ésta última se implanta en la porción inferior del útero. (Wikipedia.org/wiki)

[11] Ascaris lumbricoides, es un parásito del intestino delgado del hombre. Se lo denomina lombriz intestinal por su forma delgada. Posee gran resistencia metabólica y una gran capacidad de reproducción, lo que explica la gran incidencia de casos que infecta al humano. (Wikipedia.org/wiki.Ascaris lumbricoides).

actitudes de ellos o si es adecuado estimular el diálogo. Agrega que este es un tema conflictivo para él, porque su propio padre era muy estricto en algunas ocasiones.

Los padres

La madre es diseñadora industrial y el padre es ingeniero. Trabajan juntos en emprendimientos creativos. Por un lado, ambos comparten la tarea, situación que los lleva a estar juntos todo el día y por el otro no logran entenderse bien porque cuentan que cada uno tiene su propia manera de ver las cosas y les resulta muy difícil ponerse de acuerdo.

La situación laboral no es buena. Andrea dice que ella siempre fue muy responsable y dedicada en sus trabajos y que en este momento de su vida siente mucho malestar porque no obtiene lo que quiere. El padre comenta que hace unos años tenían una vida más independiente, con otras posibilidades económicas y que actualmente las circunstancias del país, los perjudica al punto que necesitan recibir ayuda de sus propios padres, situación que los incomoda y los avergüenza.

Ambos describen con autenticidad, el desencuentro en el que viven y la dificultad que tienen para ponerse de acuerdo. El interés por la economía es la principal preocupación. Cuentan que por las noches es frecuente que surjan conversaciones acerca del dinero y dicen que es tanta la necesidad que tienen de encontrarle alguna solución a sus problemas, que no pueden evitar exponer a los hijos a esas discusiones. El padre agrega que cuando decidieron formar una familia, los dos aportaban dinero para la economía familiar y repartían equitativamente los roles para la crianza de los hijos.

Relatan que Lionel en más de una oportunidad les propuso ingeniosas ideas para que ellos concreten, con el propósito de poder ganar dinero y poder comprar muchas cosas. También dicen que en una conversación con la abuela materna, él dijo que era millonario.

La intimidad y la vida sexual de la pareja están afectadas, aunque dicen que cuando encuentran la oportunidad de tener relaciones sexuales, el encuentro es satisfactorio y que esa es una de las razones para no separarse.

Andrea cuenta que sus padres vivieron en la cultura del esfuerzo, la exigencia y el sacrificio y que con ese criterio las criaron a ella y a su hermana, cuatro

años menor, soltera, médica, que dedica su vida con rigurosa severidad al trabajo.

El padre de sesenta y seis años, es contador y ocupa un cargo jerárquico en una empresa extranjera, en la que se desempeña exitosamente. Su madre, de sesenta y tres, es ama de casa.

De su infancia relata que los padres al mismo tiempo que estuvieron siempre presentes y muy involucrados en todo lo que ella hacía, también estimulaban su creatividad y alimentaban la esperanza de que ella pudiera triunfar.

Remarcó, que su vida matrimonial difiere mucho de la que tenían sus padres, dado que ellos tenían una vida armoniosa en la que predominaban los mismos valores. No recuerda haber asistido a ninguna discusión o pelea en su casa.

Fernando, en cambio, cuenta que su infancia, fue más compleja y difícil. Sus padres se separaron cuando él tenía 9 años, después de haber adoptado a un hijo.

Describe a su padre de setenta años, como una persona muy trabajadora y activa. Se dedica a la administración de sus propios campos, logró un muy buen pasar económico que le permitió brindarles a sus hijos una vida acomodada.

La madre tiene sesenta y nueve años, es maestra jubilada, tuvo una vida muy sufrida y su inestabilidad anímica le impidió hacerse cargo de sus hijos. La relación que Fernando tiene con ella fue y sigue siendo muy distante.

Recuerda las profundas angustias de los días domingos, cuando era pequeño, que estando con su padre tenía que volver a la casa de la madre. Era tanto el malestar que él padecía, que su madre facilitó para que fuera a vivir permanentemente con el padre.

Hora de juego

Lionel se presentó como un niño desenvuelto y sin temores. Contó que en el colegio sacó muchos sobresalientes y que tiene amigos.

Dijo que con sus compañeros van a hacer una banda musical, en la que el va a tocar la guitarra y que un día va a llegar a ser famoso. Dijo: “Te imaginas

mi música escuchando en mi auto?" y agregó: "Me falta mucho para llegar al secundario, apenas estoy en primer grado".

Dijo que su padre lo reta mucho, que tiene que obedecer y hacer todo lo que el quiere. Agregó: "Jamás escucha lo que yo quiero y no me hace caso". Contó que un día el padre lo obligó a comer pollo, a pesar de que él le explicó "mil veces", que no quería. En cambio, dijo que su mamá pocas veces lo reta y además le compra muchas golosinas.

Se describe a si mismo como un poco "cabrón", parecido a su hermana, que para él es una nena nerviosa, caprichosa y hace cosas que no tiene que hacer.

Cuenta que sus padres discuten mucho, porque uno quiere hacer una cosa y el otro quiere otra y que cuando están enojados entre ellos, explica: "Mi papá le dice que haga lo que ella quiere y ella le dice que haga lo que él quiere".

De sus juegos, el preferido es el Lego. Comenta: "Me llamo el millonario, porque tengo la mayoría de los Legos".

Describe sus miedos nocturnos a la oscuridad y a las pesadillas. Agrega que no le gusta dormir, porque siente que es como cerrar los ojos y "perder una hora de tiempo".

Confiesa avergonzado que se le "escapa la caca" y que el supone que le sucede, porque no quiere perder momentos divertidos. Dijo: "Si estoy en un cumple y justo van a pinchar la piñata, yo me aguanto, me aguanto hasta que se me sale. A veces camino con las piernas cerradas para que nadie se de cuenta"

Dice que su mayor deseo es que todo lo que le gusta pueda transformarse en realidad y que le suceda como a Dios en la Creación, que "cada día decía algo y se hacía".

Relata que a veces convence a su hermana que lo deje hacer todo lo que él quiere y que a cambio le va a dar caramelos, pero que como luego no los compra, tiene muchos caramelos pendientes para darle. Aclara: "como cien caramelos, que los acumulo para el final".

Mientras conversaba dibujo dos rostros correspondientes a personajes de la serie infantil Angry bird y coloreó uno de rojo y otro de verde. Luego copió algunos de los materiales que tenía a su disposición, un martillo, el tubo de

una voligoma y una tijera con sus hojas cerradas. Todos los dibujos los hizo en tamaño pequeño y los recortó. También se interesó por un carretel de cinta Scotch , que intentó dibujar pero no pudo. [12]

Dijo que es "fanático" de los juegos de Angry birds, especialmente de uno de ellos porque: "Tocas dónde queres que vaya la protagonista y ella va".

[12] Los personajes de Angry birds pertenecen a una serie de video juegos, creados en 2009. Son pequeños pájaros enojados, que tratan de defenderse con unas gomeras, del ataque de unos cerdos que robaron sus huevos.

Voligoma

La zona erógena anal, desde la teoría psicoanalítica

Haremos una breve síntesis de algunos conceptos psicoanalíticos, acerca de las fantasías en torno a la zona erógena anal.

Freud, S. (1905d) destaca la importancia del valor erógeno de la zona anal. Sostiene que los trastornos intestinales tan frecuentes en la infancia, se ocupan de que no falten excitaciones intensas en esa zona. Los niños que sacan partido de la estimulabilidad, retienen las heces, hasta que la acumulación de estas provoca fuertes contracciones musculares, que pueden ejercer un poderoso estímulo sobre la mucosa anal.

Subraya que la idea de pene, posee una significatividad anal-erótica, vinculando, el bolo fecal con el de pene y la mucosa excitada con la del recto.

En la temprana infancia, el desplazamiento del interés de la boca al ano, lleva al niño a experimentar las heces como un objeto que ha sido incorporado parcialmente y al mismo tiempo, como un producto de esa zona del cuerpo, que es vivido como muy poderoso y destructivo.

Chiozza, L. y colab (1993) mencionan a Abraham (1921) quien relaciona los actos excretorios del niño con la elevación de su autoestima. La creencia infantil en la omnipotencia de los pensamientos y de los deseos puede proceder del período en el que se atribuye gran importancia a las excreciones. Por eso, sostiene que el control temprano de la defecación constituye una prematura destrucción de la megalomanía infantil.

Freud, S. (1905d) remarca, que muchas veces el niño puede rehusarse a defecar, cuando la persona encargada de su crianza lo desea, reservándose esa función para cuando lo desea él mismo. El mundo exterior se le enfrenta por primera vez, como un poder inhibidor, hostil a sus aspiraciones. No debe expeler sus excrementos cuando él quiere, sino cuando otras personas lo determinan.

Para moverlo a renunciar a estas fuentes de placer, se le declara que todo lo que atañe a estas funciones es indecente y está destinado a mantenerse en secreto. En este momento, debe intercambiar placer por dignidad social.

Sostiene que al contenido de los intestinos, el niño lo trata como a una parte de su propio cuerpo, representa el primer “regalo” por medio del cual puede expresar su obediencia o su desafío

Chiozza y colab. (1993) siguiendo a Freud, S. señalan que la defecación, en el período correspondiente al control de esfínteres, representa para el niño una renuncia que hace por amor al objeto. Debe decidir, señalan, entre entregar sus heces o retenerlas como satisfacción autoerótica y así constituye el desafío, la terquedad.

Sostienen, que la educación que impone una renuncia a los placeres anales, expone el narcisismo del niño, a una severa frustración. Cuando el niño se identifica con la demanda de los adultos, se siente gratificado y experimenta su logro como el de ser un buen niño, pero cuando no lo logra, tratan de alcanzar compensaciones detrás de las cuales se oculta la obstinación y el deseo de aferrarse al primitivo derecho a la autodeterminación.

Al referirse al control anal, afirman, que el niño comienza a través de esa fase con un afán de autodeterminación y dominio, que se extenderá luego a los objetos que lo rodean, generándose la vivencia de una imaginaria autosuficiencia. La sujeción de los esfínteres, corrobora el uso de su voluntad conciente.

Cuando se hace presente un conflicto de características anales, como la incontinencia, también la relacionamos con una represión libidinal temprana, que aleja al niño de la posibilidad de complacerse con los productos de la defecación y obtener placer en el mismo acto de la evacuación.

Aberastury, A. (1984) destaca que el control de esfínteres, simboliza uno de los momentos decisivos en la vida del infante. Del mismo modo que cuando un niño comienza a caminar, aunque su progreso es estimulado, puede temer que con su alejamiento pueda perder la presencia de sus padres cuando los necesite; con el control esfinteriano que le despierta ansiedades y angustias particulares en torno a la posesión del objeto, el niño también puede sentir que su mayor independencia va a ser castigada con el abandono.[13]

El análisis de varones le ha hecho suponer la existencia de fantasías de incorporación del pene del padre por el ano, que cuanto más aceptadas, más lo conducen a la potencia eréctil y de allí la identificación con el pene del padre, como símbolo de potencia

[13] Aberastury, A. (1984) afirma que el control de esfínteres y el abandono de los pañales representan una situación ya vivida por el niño, cuando en el nacimiento se desprende de las membranas fetales.

Para Freud, S. (1905d) en la producción de lo inconciente, los conceptos de caca, dinero, regalo, hijo y pene se distinguen con dificultad y son tratados como si fueran equivalentes entre sí y se pudieran sustituir sin reparo unos por otros.

El autor destaca que el temor vinculado a la defecación, vivenciada como un acto agresivo o prohibido, puede engendrar fantasías taliónicas, que conduce a una contractura espasmódica del esfínter anal, como producto del miedo vinculado a la excitación anal.

Las fantasías de gratificar a los objetos con heces idealizadas o atacarlos con heces omnipotentemente dañinas, marca un tipo de vínculo ambivalente en el que de acuerdo con Meltzer (1974) citado por Chiozza y colab. (1993) surge en el niño, el temor a ser atacado en el ano por los objetos malos.

Al referirse a los rasgos caracterológicos, asociados a la zona erógena anal, Freud, S. (1917), menciona tres cualidades del carácter, el ser ordenado, ahorrativo y terco. El aseo, el orden, la formalidad, son formaciones reactivas, contra el interés de lo sucio, lo perturbador, lo que no debe pertenecer al cuerpo.

Chiozza, L. (2013) sostiene que "Cuando el psicoanálisis estudia las vicisitudes de la excitación orgánica ligada al ejercicio de la actividad fisiológica el esfínter anal, descubre que se constituye alrededor de dos funciones, una expulsiva y otra retentiva. Dado que la realización de una función transcurre con una cierta cuota de placer, desde las primeras experiencias infantiles, el contenido de la ampolla rectal se convierte en algo valorado. Por eso puede surgir el deseo de postergar la evacuación para aumentar o controlar el placer". (pág.131)

El autor destaca que a partir de testimonios aportados por los mitos, por la literatura, por el lenguaje popular y por la observación de la conducta de los niños, le permite al psicoanálisis afirmar que el valor que más allá de la conciencia, se otorga a la materia fecal, se transfiere de manera inconciente sobre el dinero.

Señala que, si el valor fundamental del dinero depende de su poder adquisitivo, cae por su propio peso la importancia que posee tener en cuenta que el dinero es una fuente de poder.

También sostienen que en los individuos en que predomina el rasgo anal, el interés por las posesiones se acentúa. Son personas, afirman, que trasladan

casi todas sus relaciones a la categoría de tener (aferrar) o del dar, es decir, a la categoría de propiedad.

Consideramos que a partir de los dos años, aproximadamente, coincidiendo con el período del control de esfínteres que le posibilita al niño una mayor autonomía y simboliza un avance en el camino de su individuación, va consolidando características más estables y resistentes de su identidad. Si bien el primer año, con progresos como el destete, la dentición, la marcha y el lenguaje, constituye una etapa de progresos fundamentales en la evolución y en el desprendimiento, pensamos que es en el segundo, coincidiendo con el control de esfínteres, que representa el ejercicio voluntario de la función esfinteriana y el abandono de la envoltura de los pañales, símbolos de protección materna, que el infante inaugura un nuevo momento en la adquisición de sus identificaciones y en el establecimiento de su carácter.

Sabemos que el segundo año de vida encuentra al niño en condiciones motrices e intelectuales más definidas. Es la época en que comienza a manifestar con mayor claridad sus propias necesidades e intereses. Por un lado, se niega a recibir aquello que siente como imposición desde los adultos y por otro, necesita de la asistencia paterna y de sus enseñanzas. Quiere autoafirmarse y comienza a hacer uso de su oposición, no solo a través del lenguaje hablado sino también a través de sus reacciones; no admite fácilmente los límites y a veces se comporta como si no escuchara las advertencias de los mayores. Es la fase en la que el niño acompaña el "no sistemático" de los padres con su propia negativa. Cuando esta modalidad, no evoluciona favorablemente, el niño persiste en una actitud de terquedad u obstinación. (Aizenberg, Silvana 2007)

Qué expresa Lionel con su síntoma? [14]

Siguiendo los desarrollos que realizamos hasta aquí, intentaremos comprender algunos significados del trastorno de Lionel, destacando particularmente aquellos aspectos vinculados a sus identificaciones con las figuras paternas.

[14] En esta oportunidad no nos ocupamos de desarrollar aspectos de la teoría de la técnica del psicoanálisis de niños, así como tampoco describiremos el análisis del proceso transferencial-contratransferencial de la hora de juego.

Comprendemos que el deseo de acceder a desarrollos importantes, poder sobresalir y la avidez por tener mucho dinero, que encubre el temor al fracaso, como símbolo de incapacidad o impotencia, se expresa tanto en la encopresis de Lionel, como en la modalidad caracterológica de los padres.

Durante la hora de juego, el niño se empeñó por mostrarse desenvuelto, seguro, con pocas dificultades para tener amigos. Mencionó que en el colegio sacó muchos sobresalientes, que se considera millonario porque tiene la mayoría de los Legos y expresó su anhelo de ser famoso como cuando dijo que con sus compañeros van a hacer una banda musical.

Los padres, por su parte, comentaron acerca de las dificultades que ellos tienen en el terreno laboral. Dijeron que no accedieron a la forma de vida que querían y que se sienten alejados de sus expectativas de progreso. Contaron que la frustración por lo económico es un motivo de preocupación constante, que al mismo tiempo les invade el clima familiar. Se sienten disgustados y enojados y expresan su malestar con reproches y reclamos mutuos, que repercuten en la desavenencia matrimonial.

Consideramos que la retención y el escape de la materia fecal, propias del trastorno que el niño padece, revelan un aspecto del conflicto en torno a la necesidad manifiesta de obtener y concretar logros y la ansiedad latente frente al sentimiento de insuficiencia o temor al fracaso.

Mencionamos desde la teoría psicoanalítica, que un niño puede experimentar a la materia fecal, no solo como un estímulo que recae sobre la mucosa anal, sino como un objeto, que es vivido como muy poderoso y que la excreción puede ser interpretada como un signo de enorme poder.

Destacamos que, de acuerdo con Freud, S., los conceptos de heces, dinero, hijo, pene, son tratados en el inconciente como si fueran equivalentes entre sí y que se pueden sustituir unos por otros.

Retomemos lo planteado por Chiozza, L. (2013) cuando explicita que dado que el dinero depende de su poder adquisitivo, se constituye como una fuente de poder. Destaca que el ansia de poder que se manifiesta en el afán excesivo de acumular dinero, suele ocultar el fantasma de una amenazante impotencia y que esas ansias desmesuradas tienden a menoscabar la convivencia cotidiana.

Interpretamos que el sentimiento de insuficiencia y el rechazo a la frustración, conducen a Lionel y a su familia a alimentar la esperanza en la

errónea creencia de que lograrían el bienestar con el aumento de las adquisiciones y el poder que otorga el dinero. El paciente le sugería a los padres ideas ingeniosas, con el propósito de ganar dinero.

Los dibujos que el paciente realizó, por su tamaño pequeño, parecen aludir a su sentimiento de insignificancia. La dos caras pintadas una de rojo y otra de verde, reproduciendo a los personajes de Angry birds, nos permiten interpretar por un lado, su enojo representado también en el nombre de la serie cuya traducción literal se refiere al estar enojado y por otro a su sentimiento de inmadurez e insuficiencia. Recordamos también la leve ictericia que sufrió al nacer, como una manifestación temprana de este último sentimiento.[15]

Del comportamiento del niño se desprende que quiere que las cosas se acomoden a su necesidad o a sus deseos y que reacciona ofuscado o muy irritado antes las frustraciones. Los padres contaron que cuando no puede ganar o le parece que algo no le salió bien o ante alguna limitación en sus deseos, grita, insulta, tira libros o desarma su cama furiosamente.

El comentario acerca de Dios y la Creación y la posibilidad de que los deseos puedan convertirse en realidad, revela su necesidad de sentirse como una persona todopoderosa.

La omnipotencia del pensamiento, es una característica propia de la temprana infancia, que con el crecimiento y la adecuada evolución, va adecuándose al principio de realidad.

Esta adecuación y la tolerancia a la frustración, son condiciones que todo niño va afianzando con su crecimiento y para ello necesita reprimir algunos impulsos o la intensidad de los mismos. Con su evolución, va aprendiendo a inhibir la satisfacción directa y asentando lo aprendido en el proceso de identificación, por medio del cual, se apropia de modos de comportamiento y valores de sus padres u otras personas.

Los padres de Lionel también contaron del enorme malestar que experimentan, cuando no pueden materializar sus proyectos creativos y destacarse. Reaccionan malhumorados, cuando confunden los límites de su propio yo con un rasgo de insuficiencia y para atemperar ese pesar proyectan

[15] Las caras de los dibujos, también pueden representar a cada uno de sus padres, proyectando en el rostro rojo la excitación en el vínculo con la madre y en el verde, la insuficiencia y el sentimiento de persecución que experimenta con su padre, en la figura que tiene un brazo levantado que parece amenazante.

la responsabilidad de sus dificultades laborales, por ejemplo, en las circunstancias por las que atraviesa el país.

Frente a la sensación de impotencia, solemos reaccionar con enojo. Chiozza, L. (2013) sostiene que cuando una persona se siente potente, no necesita enojarse, ejerce su potencia. Cuando uno se enoja, aclara, suele pensar que el éxito vale a cualquier precio y que el mal se justifica.

El dibujo del martillo y la voligoma, pueden representar el contenido fecal, como símbolo de fantasías fálicas, para intentar atemperar el sentimiento de minusvalía. Sentimiento que posiblemente deriva del malentendido de confundir ser pequeño con ser inferior. Tal vez este malentendido lo lleva a Lionel a expresar su disgusto, porque todavía le falta mucho para llegar al secundario, porque "apenas" está en primer grado.

En los orígenes familiares de los padres, hallamos un modo de ser semejante. Los ideales de progreso y el valor depositado en lo económico fueron determinantes para Andrea y Fernando. Dijeron que recibieron de sus padres una importante influencia. Los describieron como personas muy activas, con significativos desarrollo en sus trabajos, que les impartieron enseñanzas estrictas y que la necesidad de progreso la experimentan como una imposición.

Dijimos que a partir de los dos años, etapa que enfrenta al infante con el control de esfínteres, el niño comienza a desarrollar sus deseos de autoafirmación y adquirir mayor independencia.

Cuando la necesidad de autoafirmación o la intención de imponer los propios deseos se instala de manera rígida e inflexible, se despliegan conductas como la obstinación o la terquedad. Los padres contaron que a veces el hijo puede ponerse tan obstinado, como cuando se negó a comer durante cuatro días o como cuando insiste tercamente en jugar con la Tablet y reacciona de manera descontrolada cuando no se lo permiten.

Con su resistencia a evacuar, cuando su edad madurativa lo requiere y la educación lo impone, el niño muestra un rasgo de carácter que está en íntima conexión e identificación con el carácter de los padres. Retener las heces, parece expresar su propósito de hacer a "su manera" aunque la incontinencia involuntaria posterior le represente un motivo importante de sufrimiento.

Citamos a Freud, S (1905d) quien destaca que el contenido intestinal puede representar para el niño un “regalo”, por medio del cual puede expresar su obediencia o su desafío.

La descripción, que hace el niño, de que sus padres discuten porque cada uno quiere hacer a su manera, revela un rasgo esencial del carácter familiar, que a su vez queda plasmado en el trastorno de Lionel, cuando no quiere ceder o aflojar.

Los padres comentaron que en la convivencia cotidiana, cada uno tiene su propia manera de ver y encarar las cosas, que cada uno quiere imponer su voluntad y que la mayoría de las veces, no pueden ceder ni cambiar de opinión.

El paciente también comunicó su percepción de la inflexibilidad de su padre, cuando dijo que él le explica muchas veces lo que quiere y que el padre “no le obedece” y “no le hace caso”.

Resulta llamativa la palabra “doblegar”, que el padre empleó para manifestar sus dudas respecto a la actitud que tiene que asumir en la educación y la implementación de límites para la crianza de sus hijos. Concebimos que en el ámbito de esta familia, los vínculos se establecen bajo la premisa de imponerse y no dejarse doblegar.

La disminución de la ingesta de alimentos, es otra forma que emplea el paciente para imponer su voluntad que, por otro lado, posiblemente va acompañada de cierta sensación de que al comer poco va a tener menos necesidad de evacuar y que de ese modo va a poder sostener su actitud y también evitar la vergüenza que siente por su incontinencia.

Es sugestivo el comentario que Lionel hace acerca de uno de los juegos electrónicos que más le gusta, porque dijo que puede tocar un botón y la protagonista se dirige en la dirección que él desea.

El miedo a la oscuridad y el temor a dormir para no tener pesadillas lo justifica diciendo que no quiere “perder una hora de tiempo”. Si bien esta referencia es un argumento que utiliza porque desconoce o no puede admitir sus temores, también nos permite suponer la existencia de rasgos obsesivos de carácter, por medio de los cuales quiere ejercer control tanto sobre la

eficacia de sus fantasías hostiles, así como sobre el temor a la retaliación por sus propios impulsos.[16]

El comportamiento de los padres, por su parte, también revela la existencia de rasgos obsesivos. Describieron sus reiteradas e ineficaces conversaciones para resolver los problemas económicos y el padre comentó sus dudas recurrentes en torno a la educación de los hijos.

Destacamos que la fantasía de gratificar a los objetos con heces idealizadas o atacarlos con heces omnipotentes, genera una ambivalencia que lleva al niño a temer ser atacado en la zona anal por los objetos "malos". En la medida en que la defecación es experimentada como un acto agresivo o prohibido, engendra temores y fantasías taliónicas.

Sabemos que la proyección de los impulsos, adquiere muchas veces, en la infancia, la forma de creaciones imaginarias, como la de monstruos peligrosos y que de esta manera el niño, deposita en el ambiente un impulso que le pertenece.

Por un lado, Lionel es un niño que trata de imponerse, grita, llora y por otro inhibe su agresión, como cuando se muestra vergonzoso, poco sociable y sumamente tolerante con su hermana, evitando defenderse cuando ella lo molesta.

El bruxismo y el desgarrar las mangas de su sweater, parecen ser expresión no solo de su conflicto ante el desarrollo de una agresión adecuada, sino que a través de esta modalidad muestra su hiperexcitación frente a las fantasías masturbatorias inhibidas. Recordemos que el niño por una parte busca un contacto cercano con la madre y por otro, no muestra inquietudes ni formula preguntas acerca de la sexualidad.[17] [18]

Los padres informaron acerca de sus propias dificultades genitales y el distanciamiento en la intimidad. Consideramos que esta situación, también es un modelo de identificación para el paciente. Además, la distancia afectiva entre los padres, tal vez los estimula a la búsqueda de una gratificación afectiva a través de un contacto más cercano con el hijo.

---

[16] Para Freud, S. (1917-1917) entre los cuadros sintomáticos en que aparece la neurosis obsesiva, los más importantes se revelan, como nacidos de la presión de las mociones sexuales sádicas hiperintensas (…) los síntomas sirven para defenderse contra esos deseos o expresan la lucha entre la satisfacción y la defensa.

[17] La investigación sexual de los niños, es característica de la sexualidad infantil y su coartación en el conocimiento, recae sobre la sintomatología de las neurosis. (Freud, S. 1916-1917)

[18] Recordemos que el paciente dejó el chupete y la mamadera un poco tardíamente, reteniendo el predominio de lo oral, como un intento de retraso evolutivo.

Posiblemente su problemática edípica, influye en el desarrollo de sus miedos. Sabemos por el relato de los padres de la estrecha ligazón que el paciente tiene con su madre y también del malestar que el niño experimenta cuando su padre lo reprende. Con el comentario de que la madre pocas veces lo reta y que le compra muchos caramelos, muestra su vivencia de tener con ella un vínculo gratificante y exclusivo.

La fantasía de posesión del objeto, forma parte del trastorno retentivo. Señalamos que durante el aprendizaje del control de esfínteres, el niño comienza a sentir que ejerce dominio sobre sus actos y sobre sus objetos. El control obsesivo y el temor a la separación con su consecuente pérdida objetal, es un sentimiento activo tanto en la vida de Lionel como en la de sus padres.

El relato de Lionel acerca de los caramelos que le debe a su hermana y que "acumula hasta el final", muestra la fantasía de querer guardar todo para él, simbolizada esta misma fantasía, en la acumulación de las heces, como un equivalente de sus deseos de posesión.

En este sentido, también relacionamos el trastorno de la placenta anterior, que sufrió la madre durante el embarazo y que la retuvo en un reposo prolongado, así como los episodios aislados de bronco-espasmos del niño, con un conflicto en la separación del vínculo primario materno filial.

La preocupación por la limpieza, la resistencia a limpiarse solo, el comentario que hace acerca de que a los baños del colegio les falta higiene, son formaciones reactivas, contra sus propios impulsos genitales o pensamientos que considera indecorosos. Describimos que uno de los conflictos implícitos en la incontinencia, puede relacionarse con una represión libidinal temprana, que aleja al niño del placer en el acto de la evacuación. [19]

El dibujo de una tijera pequeña, con las cuchillas cerradas, puede simbolizar por un lado, la inhibición de su agresividad y por otro la contracción esfinteriana para evitar defecar. Asociamos con el comentario que hizo el paciente de que en los cumpleaños, camina con las piernas cerradas, para disimular la incontinencia.

[19] La formación reactiva es una actitud o un hábito de sentido opuesto a un deseo reprimido y puede adquirir el valor de síntoma. Para Freud, S. se trata de un mecanismo particular que consiste en luchar directamente contra una representación penosa, sustituyéndola por rasgos de carácter como la escrupulosidad, el pudor , la desconfianza, etc. (Laplanche, J y Pontalis, J.B 1981).

El interés por copiar la forma de un carretel de cinta scotch, representa su deseo de tener los elementos que le permitan reparar a los objetos y poder unir, aquello que puede desunirse.

Entre otras identificaciones concordantes, podemos equiparar la sensibilidad de Lionel a las críticas, con el malestar y la vergüenza que experimentan los padres cuando necesitan recibir ayuda.

Es significativo que sus dibujos fueron una copia y no el resultado de su imaginación. Si bien, el significado de una u otra forma de producción puede expresar contenidos inconcientes semejantes, el haber elegido copiar, posiblemente forma parte de su intención de mostrar la importancia que tiene para él copiar, en el proceso de adquisición de sus identificaciones.

También sobresale su intención de recortar las figuras que dibujó, separándolas de la hoja de papel. Interpretamos esa acción como una fantasía de separarse de la madre, con la expectativa de poder acercarse al padre, incorporarlo e identificarse con él en sus aspectos varoniles.

Recordemos, que el niño cuando era pequeño, expulsó una lombriz de gran tamaño. Dicha circunstancia nos permite suponer la existencia de fantasías tempranas, en torno a la incorporación del padre, como un intento de adquirir potencia, así como fantasías relativas al embarazo y nacimiento por el ano. Lionel, en una ocasión mencionó a sus padres, la idea acerca de cómo había sido su nacimiento. [20]

Durante su hora de juego, si bien dibujo, eligió la expresión verbal como forma de comunicación. Posiblemente esta opción fue un intento de asegurarse una mejor comprensión, así como también el deseo de ejercer mayor control sobre sus expresiones.

En síntesis, hemos querido retomar, a través de la exposición de algunos aspectos de la teoría psicoanalítica y con la reseña de un caso clínico, la importancia de las identificaciones para el desarrollo en la infancia, así como la noción de que el niño comparte las fantasías de los padres, cuyo contenido en común, puede expresarse en cada uno de los integrantes del grupo familiar como síntoma neurótico, como rasgo de carácter o bien como enfermedad somática.

[20] La fantasía de nacimiento por el ano, es una de las teorías infantiles descriptas por Freud, S. (1905d) que el niño construye, bajo el predominio de la zona erógena imperante en ese momento de su vida y para postergar el conocimiento conciente de la diferencia de los genitales, con la consecuencia angustia de castración.

La experiencia psicoanalítica nos permite afirmar que la concientización y adecuada elaboración del niño del contenido latente de su trastorno y su entramado con las fantasías familiares, puede crear condiciones favorables para el desarrollo de identificaciones más logradas.

Consideramos que el esclarecimiento de esta temática, amplía las posibilidades terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. (1984) *Aportes al psicoanálisis de niños.* Editorial Paidós, Bs.As. 1984.

Chiozza, L. (1963a) *Cuando la envidia es esperanza.* Historia de un tratamiento psicoanalítico. Alianza Editorial, Bs.As. 1998.

Chiozza, L. y Aizenberg, Silvana (1992) *Por qué se enferman los niños?*. En *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Alianza Editorial, Bs.As. 1999.

Chiozza, L., Lacher, G., Lanfri, E., Schupack, H. (1993) "Fantasías inconcientes específicas de las várices hemorroidales". En *Los sentimientos ocultos….* Editorial Alianza Estudio. Bs.As. 1993.

Chiozza, L. , Boari, D., Chiozza, G., Corniglio, H. Funosas, M. Grus, R. Pinto, J.M., Salzman, R. (1997b (1995)) "El significado inconciente específico del SIDA ". En *Del afecto a la afección*. Alianza Editorial. Bs. As. 1997.

Chiozza, L., Fonzi, A. Laborde, V. (1998 (1975)) "Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos". En *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*. Alianza Editorial. Bs.As. 1998.

Chiozza, L. (2010) Una concepción psicoanalítica del cáncer". En Cáncer, ¿Por qué a mi, por qué ahora?. En *Obras Completas*, Tomo XIX. Libros del Zorzal, Bs.As. 2010.

Chiozza, L. (2012) *Hipertensión ¿Soy o estoy hipertenso?* Anexo gráfico. Libros del Zorzal, Bs.As. 2012

Chiozza, L. (2013) *Intimidad, sexo y dinero ¿Alguien sabe quién soy*?. Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2013.

Chiozza, L. y Abad, C. (2013) Conversaciones sobre por qué nos enfermamos. Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2013.

Freud, S. (1905d) *Tres ensayos de teoría sexual*. En *Obras Completas*. Tomo VII. Amorrortu Editores, Bs. As. 1979.

Freud, S. (1908) "Carácter y erotismo anal". En *Obras Completas*. Tomo IX. Amorrortu Editores, Bs.As. 1979.

Freud, S. (1916,1917) La vida sexual de los seres humanos, en *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. *Obras Completas*. Tomo XVI. Amorrortu Editores, Bs.As. 1979.

Freud, S. (1917) "Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal". *Obras Completas*. Tomo XVII. Amorrortu Editores, Bs.As. 1979.

Freud, S. (1923b) *El yo y el ello. Obras Completas*. Tomo XIX, Amorrortu Editores, Bs.As. 1979.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1981) *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Labor S.A. Bs. As. 1981

Rosmaryn, A. D., Aizenberg, S., Aracama, H.E., Ini, C, Trincavelli, G. (1980) "Percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres". *EIDON,* CIMP*,* Paidós, Bs.As. 1980.

Winnicott, D.W. (1975) *El proceso de maduración en el niño* (Estudios para una teoría del desarrollo emocional). Editorial Laia, S.A. España 1975.

Referencias bibliográficas

Aizenberg, Silvana, Casali, L. (1995) "La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 6 de octubre de 1995.

Aizenberg, Silvana (2006) "La comprensión psicoanalítica de los bebés que se enferman". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 25 de agosto de 2006.

Aizenberg, Silvana (2007) "La evolución de los conflictos en la temprana infancia". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 9 de noviembre de 2007.

Aizenberg, Silvana (2012) "Acerca de la infancia y el tratamiento psicoanalítico de niños". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 28 de septiembre de 2012.

Chiozza, L. (2003) "El valor afectivo". Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 12 de diciembre de 2003.

En la actualidad es cada vez más frecuente la consulta psicoanalítica por niños que presentan dificultades en su desarrollo, con problemas de conducta, de aprendizaje, en la comunicación verbal, y en la adaptación social, que ocasionan importantes perturbaciones en la convivencia familiar, en la escolar y que son diagnosticados con la sigla TGD.

El TGD es una clasificación del DSM-IV que define patrones del desarrollo infantil y sus alteraciones, con el objetivo de formular un diagnóstico y establecer un plan de intervención terapéutica[1].

El uso de esta denominación comenzó a difundirse en l980, modificando las categorías previas de psicosis de la niñez y de esquizofrenia de inicio infantil, por la de trastorno profundo generalizado o penetrante del desarrollo.

De acuerdo con los criterios del DSM-IV, el TGD incluye el autismo, el síndrome de Asperguer, el de Rett, el de Tourette y el trastorno desintegrativo de la infancia (Ludicibus, L., 2011)[2], que describiremos brevemente más adelante.

El autismo tiene un papel protagónico y en ocasiones la denominación de TGD y autismo se utilizan como sinónimos. Actualmente también proponen la sigla TEA para definir un trastorno de espectro autista[3].

Los pacientes que reciben estos diagnósticos padecen desde épocas tempranas alteraciones cognitivas y conductuales asociadas, que son variables en el curso de la vida, con grados diferentes de severidad y con limitaciones en la autonomía. Tienen básicamente afectadas tres áreas nucleares del comportamiento: la interacción social, la comunicación verbal y la conducta, que suele ser repetitiva, con actividades estereotipadas.

Agradezco a la Lic. Liliana Casali su cálida y generosa colaboración en la corrección de este trabajo.

[1] El DSM-IV es un manual diagnóstico estadístico de trastornos mentales.

[2] El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADD) es una nomenclatura psiquiátrica introducida en 1987 en el DSM-IV y no está incluida entre los síndromes clasificados como TGD.

[3] La O.M.S a raíz de la elevada incidencia y prevalencia de este trastorno decide decretar, a partir del 2008, el 2 de abril como el día mundial de concientización del autismo.

Es necesario aclarar que la psicosis y la esquizofrenia infantil, que forman parte de esta clasificación, se diferencian de los otros trastornos mencionados por la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, conducta desorganizada y catatonía.

Al TGD se lo denomina generalizado, porque afecta simultáneamente a más de una línea del desarrollo, aunque puede haber áreas de funcionamiento conservadas o normales.

Los síntomas se presentan en su gran mayoría en la temprana infancia, pero habitualmente se diagnostican después de los 3 años de edad. Es común que al comienzo las conductas del niño sean interpretadas como una negativa voluntaria a prestar atención, a admitir límites o a adecuarse a los requerimientos del entorno, atribuyéndolas a características que suelen considerarse propias de la infancia, como por ejemplo la pereza o el escaso sentimiento de responsabilidad.

No se comprobó la mayor ocurrencia de estos trastornos dentro de ningún estrato social determinado, ni en ninguna cultura en particular. En cambio, es conocida la mayor incidencia en varones y cuando se registra en mujeres suele cursar con una sintomatología más severa.

Si bien los síndromes incluidos en esta nomenclatura son diferentes entre sí y cada uno de ellos tiene sus manifestaciones propias, desde la clínica no existe una clara delimitación entre un cuadro y otro, y frecuentemente se emplean términos comunes para definirlos. La mayor parte de los síntomas y signos aparecen conjunta o separadamente en cada uno de los cuadros.

En términos generales, los pacientes presentan dificultades en la socialización, no reconocen reglas, no buscan el contacto, incluso para satisfacer necesidades primarias como el hambre. Tienen trastornos en la comunicación verbal, pueden llegar al mutismo total, con incomprensión del lenguaje hablado y escrito, y con ausencia de mímicas congruentes. Desarrollan conductas repetitivas y estereotipadas, como tics, muecas, deambulación, compulsiones obsesivas y torpeza motora. Tienen hipersensibilidad acústica, táctil y al dolor. Pueden presentar problemas de alimentación, falta de sueño, excitabilidad aparentemente inexplicable y difícil de controlar, dificultades con el control de esfínteres, miedo a personas

y lugares extraños, así como conductas de pánico sin una causa manifiesta. Ofrecen resistencia a los cambios, aunque sean pequeños, en sus rutinas habituales. También muestran irritabilidad, agresión y autoagresiones: suelen golpearse contra los muebles o el suelo, con las manos o los puños. Pueden permanecer durante horas repitiendo movimientos una u otra vez, colocando en posición extraña los dedos de las manos, o fascinados ante estímulos del medio aparentemente nimios. A veces parecen ser sordos cuando se les habla o frente a los ruidos, aunque pueden extasiarse cuando cruje un papel de caramelo. Suelen balancearse en una y otra dirección o dar vueltas ininterrumpidamente sin mostrarse mareados. Son capaces de centrarse en armar un rompecabezas aunque su interés principal parece recaer en la unión de las piezas y no tanto en la forma o figura a componer.

Se comportan, habitualmente, como si no pudieran aprovechar sus experiencias y utilizarlas para encarar situaciones actuales o prever futuras. Así, un niño puede sostener un coche de juguete y sólo mirar como las ruedas se mueven, mientras parece no tener idea de cómo pueden ser utilizadas.

La evolución a partir del seguimiento a largo plazo de niños con TGD hasta la edad adulta, revela que el pronóstico es variable. La estadística informa que aproximadamente un 25% alcanza un progreso considerable con algún grado de independencia y el 65 o 70% restante muestra deficiencias muy significativas.

Las medidas terapéuticas sugeridas incluyen la indicación de psicofármacos para controlar la ansiedad y lograr una mejor adecuación ambiental, aunque no mejoran las dificultades específicas de aprendizaje. Desde el punto de vista conductual proponen promover el bienestar emocional, disminuir experiencias negativas, estimular la autonomía personal, así como también la re-educación de la familia. Suelen indicarse instituciones educativas especiales, que disponen de maestras integradoras y profesionales en neurolingüística para encarar específicamente las dificultades del lenguaje y favorecer la comunicación[4].

[4] Hasta fines de 1970 no se indicaban psicofármacos en salud mental infanto-juvenil. En la actualidad se usan diferentes tipos de fármacos dependiendo de los síntomas. Se indican neurolépticos, benzodiacepinas, antidepresivos, antihistamínicos, betabloqueantes, psicoestimulantes y otros (Andrade Martínez, J.M. 2012).

Es significativo que muchos autores, desde la neurología y la psiquiatría, sostienen que los niños diagnosticados con TGD no son abordables a partir de un tratamiento psicoanalítico.

Sin embargo, los desarrollos psicoanalíticos actuales brindan un marco conceptual, que nos permite sostener no sólo la posibilidad sino también la necesidad de aplicar el psicoanálisis a los niños con este padecimiento. Un padecimiento que, como mencionamos, incluye distintos cuadros que describiremos brevemente a los fines de nuestro trabajo.

Autismo

Leo Kanner describió por primera vez en 1943 el autismo como un cuadro psicótico con rasgos característicos, que se presenta en la primera infancia. Consideró que el niño autista poseía una mente "subdesarrollada", con una marcada deficiencia en la interacción o comunicación social y un repertorio restringido de actividades e intereses. La mayoría de los síntomas se ponen en evidencia entre los 15 y 24 meses. El niño no reconoce reglas sociales, no realiza un juego interactivo, presenta trastornos en la comprensión, ecolalia, estereotipias motoras, rutinas rígidas difíciles de modificar. Tiene hipersensibilidad acústica, táctil y al dolor.

No saluda espontáneamente, ni responde al saludo convencional. Sus actividades no muestran un sentido aparente. Tienen conductas de agresión o autoagresión. Presentan una marcada selectividad en la atención, miran ciertas partes del objeto durante largos períodos, con dificultad para incorporar nuevos estímulos.

La mitad de los niños autistas no adquieren el lenguaje oral y cuando lo hacen tienen múltiples defectos en su verbalización. Usan frases aprendidas, que repiten. Necesita la inmutabilidad del ambiente y las pautas cotidianas. Una vez aprendido un patrón de resolución lo repiten siempre de la misma manera sin posibilidad de adaptación a las variaciones. Los fenómenos más frecuentes y repetitivos incluye el rascarse, aletear con las manos y mecerse.

Trastorno de Asperguer

Fue descripto por Hans Asperguer en 1943 e ignorada durante más de treinta años tanto por la literatura como por los profesionales. Al principio se creía que Asperguer describía un niño muy distinto al que citaba L. Kanner para el autismo y no tuvo reconocimiento. Poco a poco las similitudes resultaron evidentes y el reconocimiento de síndrome de Asperguer fue un cambio importante en la práctica disgnóstica de los últimos tiempos.

Padecen trastornos en la comunicación emocional, lenguaje estructurado, con alteraciones en la comunicación, buen nivel cognitivo, torpeza motora. La diferencia clave con el autismo es que estos niños no presentan trastornos en el desarrollo del lenguaje durante la infancia y tienen habilidades mejor desarrolladas. Tampoco hay retraso en otros aspectos del desarrollo intelectual, sin embargo cuando crecen no son muy distintos a los niños autistas en cuanto a las deficiencias de carácter social y obsesiones. El

diagnóstico se hace en la adolescencia e incluso en la adultez, lo que implica un cuadro más leve que puede pasar inadvertido al principio del desarrollo. No obstante sus efectos no son leves, de hecho las dificultades que experimentan pueden resultar intolerables. Las deficiencias se reflejan sobretodo en la interacción de los grupos de iguales y aumenta con las expectativas de la edad. Sus limitaciones se hacen más visibles fuera del hogar. Cuando el niño inicia su pre-escolaridad es comparado con otros y en ese momento sus dificultades se hacen evidentes. Esto significa que ni la adquisición del lenguaje, ni el desarrollo social seguirá una buena evolución. Tienen patrones de conducta e intereses repetitivos y restringidos. Aunque estén divididas las opiniones acerca de si el síndrome de Asperguer y el autismo deben considerarse categorías distintas, el mayor consenso es que ambas son variantes del mismo trastorno evolutivo subyacente del cual el autismo es la manifestación más grave y se detectaría a una edad más temprana.

Trastorno de Rett

Andreas Rett fue el primero en describir la enfermedad en 1966. Afecta la mayoría de las veces al sexo femenino que desarrollan síntomas parecidos al autismo después de un desarrollo normal. El trastorno es demasiado atípico y solo inicialmente se manifiestan signos de desconexión que evocan el autismo y hace que se confunda con el diagnóstico hasta que el cuadro se manifiesta con más claridad. Presentan un desarrollo inicial normal, por lo menos hasta los primeros seis meses y luego comienza una regresión de las funciones psíquicas. En algunos casos ocurre una desaceleración del crecimiento craneal (microcefalia), regresión psicomotora, pérdida de habilidades manuales y uso productivo de las manos, trastornos motores progresivos de intensidad variable y evolución por etapas. Marcha atáxica, con regresión del lenguaje y retraimiento en la interacción social. Mirada rígida dirigida hacia las personas, disfunción respiratoria, anormalidades en el electro-encefalograma con o sin convulsiones. Epilepsia, crisis tónico-clónicas y parciales que se desencadenan al despertar o al dormirse. A partir del año tienen una persistente pérdida de habilidades adquiridas, sobretodo a nivel motor.

Trastorno de Tourette

Lleva el nombre del neurólogo francés, George Hilles de Tourette, quien describió el trastorno en 1885. Tiene su inicio en la infancia, generalmente antes de los diez y ocho años de edad, caracterizado por múltiples tics motores y vocales. Estos tics aumentan y disminuyen. Se pueden suprimir temporalmente. El síndrome de Tourette se consideraba un síndrome raro, a menudo asociado a la exclamación de palabras obscenas o comentarios socialmente inapropiados y despectivos (coprolalia), pero este síntoma está presente en una pequeña minoría de afectados. La prevalencia de tics transitorios y crónicos en niños de edad escolar es alta y los tics más comunes son parpadeo de ojos, toser, carraspear, olfatear y movimientos faciales. Un Tourette grave en edad adulta es una rareza. No afecta la inteligencia o la esperanza de vida. Los varones lo sufren 3 ó 4 veces más que las mujeres. Los síntomas en la mayoría de los casos son moderados.

Trastorno desintegrativo infantil

Este trastorno fue descripto por Theodor Heller en 1908. Se presenta como una demencia infantil, encefalopatía o psicosis desintegrativa y es el que con más frecuencia fue asociado a sucesos ambientales. La característica es una marcada regresión de múltiples áreas de actividad tras un desarrollo previo normal por lo menos en los dos o tres primeros años.

Comienza con un período de irritabilidad, agresividad, temores excesivos y diversos trastornos de conducta. En pocas semanas se puede producir una pérdida casi total de las funciones previamente adquiridas. Antes de los 10 años el niño experimenta una pérdida significativa en todas sus áreas de habilidades.

En relación a la nomenclatura actual, nos preguntamos acerca de la conveniencia de incluir síndromes diferentes dentro de una misma clasificación. Si bien todos comparten varios síntomas y signos, concentrarlos dentro de una misma denominación, por un lado, puede restar importancia a rasgos específicos de cada uno de ellos. Por el otro, unirlos dentro de una misma categoría, permite resaltar la característica que todos tienen en común, es decir, se trata de alteraciones que afectan a la evolución, la adaptación y el crecimiento tempranos.

El planteo de una mayor incidencia del trastorno generalizado del desarrollo en la actualidad, genera interrogantes. Encontramos que, con frecuencia, a partir de algunos síntomas suele diagnosticarse rápidamente que el niño padece TGD. Es usual que pediatras, neurólogos, psicopedagogos e incluso maestros, clasifiquen dificultades de adaptación de los niños con esta nomenclatura. Más allá de las imprecisiones en la estadística, nos inclinamos a pensar que este posible incremento está relacionado con la crisis de normas y valores imperante en nuestra época, que influye de un modo particular en los desórdenes de conducta y las dificultades de aprendizaje, en tanto nos encontramos con modelos de identificación en crisis, que afectan el adecuado desarrollo de la infancia.

Chiozza, L. (2015) citando a Gebser, señala que en la historia de la civilización humana sólo hubo una crisis de valores semejante a la que hoy padecemos. La primera, que marcó el pasaje de una época en la que predominaba el pensamiento mágico a otra en la que adquirió relevancia el pensamiento lógico, y la segunda, en la que hoy vivimos, que surge junto con el descubrimiento de que el pensamiento racional posee una capacidad limitada en el trato con la realidad. Dentro de estos cambios destaca que si

bien el pensamiento racional nos condujo a progresos enormes en la tecnología, no se acompañó con un desarrollo equivalente en el terreno afectivo.

El autor sostiene que si vivimos en el fin de una era y en el comienzo de otra, se comprende que nuestro mundo de valores no sea coherente ni ordenado y que coexistan en él, mezclándose y oponiéndose entre sí, valores actuales y anacrónicos. En el universo axiológico del hombre de nuestros días, destaca, cada cual se rige por una ética que construye a su manera y de ese modo valores como la libertad, la justicia, la dignidad, la honradez, la responsabilidad y otros, han perdido vigencia o se manifiestan como una degradación moral. El auge del individualismo, señala, muestra sus formas caducas y toma la forma de un "vacío existencial", que lleva a sentir que la vida individual o la vida en su conjunto carece de sentido.

Chiozza, L (1913; 1915) considera que las enfermedades que los seres humanos padecemos y que se manifiestan en el cuerpo o en el alma, se desarrollan siempre inseparablemente unidas con una "enfermedad" del espíritu, que mancomuna a los miembros que se integran en una existencia colectiva. En este sentido remarca que el paciente que hoy recurre a la psicoterapia es alguien que padece una crisis de valores, una crisis que comparte con un consenso mayoritario dentro de la sociedad que habita.

La importancia que tiene para el niño el ambiente que lo rodea, es una afirmación indiscutible, dada su natural indefensión que lo hace depender de la asistencia ajena para poder subsistir[5].

El niño "de hoy", inmerso en su medio, percibe la ausencia de orden, normas y valores coherentes que le permitan llevar adelante adecuadamente su crecimiento y sus identificaciones. Percibe el "vacío existencial" en los adultos de su entorno.

Si bien la evolución y los cambios son inevitables y forman parte de la vida, sabemos que las crisis surgen siempre frente a situaciones de cambio, y

[5] Cuando nos referimos al entorno infantil, concebimos que trasciende el ámbito de lo familiar. El niño comparte sus primeras experiencias de vida, con objetos parentales sustitutos, abuelos, guarderías, jardines de infantes, etc.

también que es necesaria la perduración de algunos hábitos y costumbres, como símbolo de un marco definido que posibilite al niño incorporar nuevos estímulos y aprendizajes, dentro de una estabilidad emocional que permita el desarrollo.

En los primeros vínculos, la educación y la cultura configuran el estilo que filtra nuestros actos y posibilita la comunicación de nuestros afectos. Así, el niño no sólo aprende cómo hacer algunas cosas, también aprende qué cosas se deben o no se deben hacer y qué cosas se deben o no se deben desear, conformando de ese modo sus ideales y una imagen del mundo (Chiozza, L 2013) [6].

La manera, por ejemplo, en que los padres encaran las resignaciones o los fracasos, constituye un parámetro en el que el infante se apoyará. Los adultos que estimulan a través de su propia conducta la ilusión de que no deberían existir frustraciones ni carencias, que no es necesario enfrentar dificultades o realizar esfuerzos para llevar adelante objetivos, que se puede vivir sin tener que renunciar a deseos, junto con la dificultad para gozar aquello que en la realidad es posible, condicionan un terreno de identificación en el que predominarán dichas características[7] (Aizenberg, Silvana, 2014).

Los cambios actuales que involucran, entre muchos otros aspectos, la pérdida de la estructura tradicional de la familia y los desarrollos de distintas formas de procreación, se evidencian en las diferentes formas de organización familiar con las que hoy nos encontramos. Si bien no es concebible la idea de la infancia y el crecimiento sin figuras de identificación, los cambios en la organización familiar tradicional, imponen al niño modelos de identificación con figuras adultas que hoy carecen de estabilidad o coherencia.

[6] A partir de Freud, S. (1923b) admitimos la capacidad que tiene el infante para relacionarse con los objetos desde los primeros momentos de la vida y sabemos que las primeras identificaciones, son manifestaciones de una ligazón afectiva, que tienen un carácter duradero. Partimos del conocimiento de que la identificación es el proceso mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma total o parcialmente de acuerdo al modelo.

[7] Es necesario destacar que el hecho de que un niño asuma y comparta temáticas comunes con el ambiente familiar, no implica culpabilizar a los progenitores por sus trastornos o su enfermedad.

Consideramos que las diferentes funciones parentales actualmente aparecen poco discriminadas. Padres y madres que trabajan y se ocupan indistintamente del sostén del hogar y de la crianza de los hijos, parejas de homosexuales, de travestis, madres o padres solos, etc., ofrecen al niño modelos de identificación en los que las funciones tanto femenina y masculina como materna y paterna, quedan muchas veces mezcladas y confundidas. En este sentido, podemos comprender que el niño experimente confusión y desconcierto cuando necesita crecer y "acomodarse" de acuerdo con los modelos de identificación que se le ofrecen.

Hoy es frecuente escuchar, tanto en el ámbito de la pediatría como de la psicología, que un niño de seis años, por ejemplo, que manifiesta interés en algunas conductas del sexo opuesto, como jugar con muñecas, debe ser considerado homosexual. Últimamente son muchos los cambios propuestos como convenientes para una mejor crianza de los niños, como el consejo de prolongar el amamantamiento hasta que el niño mismo decida su interrupción, prolongándose, a veces, hasta más de los tres o cuatro años y también la indicación de estimular el colecho con los padres, como un modo de garantizar su salud física y anímica.

A partir de la aceptación de la existencia de una temática o fantasía familiar representada por un contenido en común, que puede expresarse en el paciente y en los demás integrantes de la familia, como síntoma neurótico, como rasgo de carácter o bien como enfermedad somática, consideramos que la desadaptación al medio, con manifestaciones como la incomunicación, la desconexión afectiva, etc., constituyen conflictos compartidos entre el paciente y su entorno[8].

En numerosas oportunidades hemos mencionado el hecho de que cuando un niño enferma, no solo está sometido a sus propias angustias y sentimientos de culpa, sino también a la influencia que ejerce sobre él el proceso de socialización.

De las historias clínicas que hemos tenido la oportunidad de conocer, se desprende que los pacientes con TGD son criados en ambientes

[8] El niño tiene la capacidad de identificarse con conflictos que, a su vez, forman parte de las identificaciones que han realizado sus propios padres. En este sentido, se identifica con el tronco común y esto nos permite afirmar que fue concebido dentro del marco del mismo conflicto que sus padres padecen.

desorganizados, con una modalidad de funcionamiento en el que las normas y los límites están alterados, y que dan lugar a una convivencia ambivalente y caótica. Predomina, generalmente, un alto componente de ansiedad, que afecta el rendimiento general.

A partir de la comprensión psicoanalítica, admitimos que el crecimiento se va complejizando. Por un lado, surgen aprendizajes nuevos y por otro, se despliegan las fantasías inconcientes, el conflicto entre las tendencias instintivas y las defensas que el niño desarrolla frente a ellas.

Cuando mencionamos la influencia que el medio ejerce sobre la infancia, comprendemos que, como en todo vínculo, el niño aporta sus propias condiciones al ligamen familiar. Su particular manera de percibir y sentir, es decir, el modo en que aplica su propia lógica, su propio modo de interpretar los hechos de su vida, participa activamente en sus identificaciones[9].

A su vez las identificaciones implican, junto a la materialización del crecimiento, el desarrollo de conflictos. El modo en el que el niño elabora sus ansiedades y el modo en que se defiende de las vivencias que experimenta como una tormenta afectiva, deja huellas indelebles que influyen de manera decisiva en su carácter y en su forma de enfermar.

En este sentido consideramos que la mayor existencia de trastornos del desarrollo en la actualidad, deriva de la combinatoria que entrelaza el particular modo del niño de incorporar e identificarse con los objetos, con las características del entorno familiar y el medio educativo y social en el que crece y se conforma.

Inmerso en un ámbito que no ofrece modelos de identificación más integrados, el niño necesita recurrir a mecanismos de defensa que se ponen de manifiesto a través del desarrollo de comportamientos desadaptados.

Cuando el ambiente presenta al niño modelos confusos o incoherentes, en los que predominan, por ejemplo, la confusión de roles, la falta de pudor, la

[9] Sabemos que todo acto de percepción es, también, un acto de interpretación ejercido desde un sistema de creencias (Chiozza, L. 1974d).

inconsistencia en las rutinas y los límites, etc., la elaboración de la conflictiva edípica, los celos, la envidia, la rivalidad y la culpa, suele estar perturbada.

Aberastury A. (1984) afirmaba que los resultados de una educación sin represiones, es decir sin organización o limites adecuados, demostraron que es ineficaz y perjudicial, porque los niños educados de esa forma se muestran insatisfechos, inadaptados y con angustias serias. El régimen de supuesta "libertad" no es experimentado como cariño y seguridad, sino como abandono e inseguridad.

La observación clínica evidencia la angustia, el desconcierto y la vivencia de desprotección que experimenta un niño cuando no puede procesar bien lo que ve, lo que escucha y lo que percibe, cuando se encuentra frente a situaciones en las que no puede diferenciar lo que es valioso, de lo que no lo es. Necesita encontrar signos o señales que le aporten un sentido coherente a sus percepciones. Necesita recibir conocimientos en los que predomine una adecuada proporción entre el significado de los mismos y su importancia afectiva.

Aunque sabemos que el infante tiene una percepción poco deformada de los estados anímicos de las personas significativas, debido a su particular permeabilidad con los contenidos inconcientes, forma parte de las luchas inherentes a su crecimiento, debatirse entre sus propias percepciones y sensaciones y lo que el entorno le transmite. En el intento de adaptarse, a veces no logra dimensionar o comprender adecuadamente aquello que le sucede y aquello que acontece a su alrededor.

Chiozza L. (2012) destaca que nuestros pensamientos y sentimientos son "reflejos" parciales y limitados, que recortan inevitablemente los hechos en el proceso mediante el cual captan y experimentan su significado y su importancia. La observación muestra, agrega, que cuando los seres vivos quedan expuestos a situaciones que superan sus posibilidades (o cuando están fuertemente motivados por sus deseos), pueden llegar a captar y experimentar las circunstancias de su entorno de una manera distorsionada y perjudicial.

Nos encontramos con una infancia en la que muchas veces predomina la intolerancia a la frustración, el rechazo a la aceptación de límites y la

dificultad para realizar duelos, acordes con los signos que suelen predominar en el espíritu de nuestra época. Desde la clínica observamos en el comportamiento de los niños, actitudes que pueden ser descriptas como: "voy a hacer todo lo que me viene en ganas, solamente aquello que me gusta". Interpretamos que a través de esta modalidad intentan vivir de una manera más fácil, evitando la cuota de penuria necesaria que llevan implícita el esfuerzo y el duelo.

Las teorías o mitos sobre el origen de los trastornos generalizados del desarrollo fueron cambiando a lo largo de los años. Se decía, por ejemplo, que era el resultado de un ambiente externo inadecuado para el desarrollo del niño, especialmente por la presencia de "madres frías", con dificultades en el contacto afectivo, por traumas sufridos en el nacimiento, etc. La bibliografía científica actual considera que el TGD es producto de perturbaciones en la actividad cerebral, resultado de disfunciones genéticas y alteraciones anatómicas.

A partir de la comprensión de que toda enfermedad configura una forma de expresión, un modo de lenguaje, se "deshace" la posibilidad de interpretar las alteraciones en la conducta, las dificultades de expresión verbal, la pobreza de atención o de capacidad lúdica, como expresiones carentes de sentido, en su doble connotación de propósitos y afectos comprometidos.

De acuerdo con los desarrollos de Chiozza, L. (1995) sabemos que sensación, percepción y recuerdo, son procesos que ocurren entrelazados y se ocultan mutuamente. Toda percepción lleva implícito un recuerdo y nuestra atención "se enfoca" según nuestros intereses e importancias, inseparables de los afectos que las originan. En este sentido es posible afirmar que en todos los procesos cognitivos participan las emociones.

Cuando el Yo se siente invadido por estímulos que experimenta como provenientes de la realidad, y no logra integrarlos en un conjunto coherente de significados, suele sufrir una tormenta afectiva de la que intenta defenderse volcando su atención hacia el mundo interno para atemperar su ansiedad confusional. A su vez, a través de este mecanismo regresivo trata de acceder a las huellas mnémicas de anteriores experiencias de satisfacción (Chiozza, L., 1995).

Podemos interpretar entonces que el pensar y accionar inadecuado del niño, bajo la forma de una aparente desconexión u otros comportamientos desadaptados puede ser, por un lado, un intento de apartar de la conciencia aquello que es vivido como estímulos abrumadores y, por el otro, el deseo de ir al encuentro de "aquellos recuerdos" que le permitan enriquecer y dar un nuevo orden al campo de su conciencia.

Cuando decimos que el niño se siente frente a vivencias abrumadoras, suponemos, como ya planteamos, la existencia de una problemática equivalente en el adulto a cargo de su crianza. De todos modos queremos destacar que, en tanto el infante se encuentra expuesto a estímulos que no logra integrar adecuadamente, en el camino de materializar su crecimiento, intensifica sus mecanismos de defensa.

Sabemos que los mecanismos de defensa son necesarios y eficaces, y también sabemos que pasados un cierto límite, enferman. Asi, por ejemplo, para enfrentar aquello que lo angustia y experimenta como peligroso y con la intención de sentirse invulnerable y dejar de sufrir, el niño puede recurrir a la negación y a los pensamientos omnipotentes. En ocasiones, se comporta como si no tuvieran necesidades o como si pudiera prescindir de la asistencia ajena.

Al referirse a los mecanismos de defensa que intervienen en el desarrollo de cuadros psicopatológicos en la primera infancia, Klein M. (1946; 1952) considera que el empleo excesivo de la disociación y de la identificación proyectiva configura un mundo lleno de objetos hostiles que generan angustias intolerables, llevando al niño a la interrupción del contacto e intercambio con la realidad y al refugio en los objetos internos idealizados. El estudio del niño pequeño le permitió tomar conciencia de la asombrosa complejidad de los procesos que actúan, en gran parte simultáneamente, en los estadios tempranos del desarrollo.

A partir de la investigación psicoanalítica de los trastornos hepáticos, Chiozza, L. (1963) sostiene que cuando los proyectos o ideas superan la capacidad hepática para materializarlos, son sentidos como algo enloquecedor y destructivo. El yo necesita defenderse del contacto con ellos y pueden ocurrir distintos desenlaces que recorren la gama de los procesos letárgicos, que incluyen el aburrimiento, la modorra, el atontarse, etc. El

fenómeno tan común de la distracción o de la dispersión (falta de concentración), configura una forma menor de disociación que permite alejarse, al menos temporariamente, de los contenidos que resultan traumáticos.

Un grado mayor de disociación suele conducir al encierro narcisista y al aislamiento, y constituye un mecanismo defensivo que está presente en la mayoría de los trastornos mencionados, particularmente en el autismo. Los pacientes se disocian para evitar aquellas percepciones que experimentan como violentas y displacenteras para el Yo y para eludir el malestar de las frustraciones. La necesidad de reprimir vivencias traumáticas, los lleva a querer evitar todo aquello que les muestre su indefensión y esto puede desencadenar inhibiciones o conformar las bases para el establecimiento de fijaciones. Cuando la ansiedad es muy intensa, el niño puede llegar a un grado de disociación, en el que puede sentir que su propio cuerpo se transforma en un objeto.

Las dificultades en la comunicación verbal suelen simbolizar la inhibición para ponerse en contacto con el mundo "externo" y para el intercambio social. La dificultad de emitir palabras parece estar vinculada con el temor de proyectar e introyectar contenidos internos que posiblemente experimenta como peligrosos.

Podríamos decir que el niño rechaza el mundo "externo", cuando siente que algo lo desconcierta, lo confunde y opta por aislarse, sumergirse en un mundo "interno", al que le atribuye ilusoriamente ser proveedor de una tranquilidad y una satisfacción ilimitadas. Como si estuviera inmerso en un mundo mágico, en el que él mismo y los objetos que los rodean tienen todas las posibilidades, pero que al mismo tiempo, implica renunciar a los estímulos que favorecen el crecimiento.

Meltzer, D. (1975) afirma que cuando un niño no puede enfrentar las exigencias de la realidad se mantiene en un estado de autonomía ilusoria, como una disociación desprovista de angustia. Se "desmantela", dice, para separar las experiencias traumáticas, tratando de ese modo de quitarles su significado.

Chiozza, G. (2006) al referirse al crecimiento y al duelo en la infancia sostiene que frente a la dificultad para hacer los duelos que exige el crecimiento, el niño puede sentirse culpable por lo que deja atrás o aferrarse al pasado resistiéndose al crecimiento, o sea, dos aspectos en conflicto. Por otra parte, remarca la importancia del duelo por los padres que no coinciden con la imagen ideal que los niños construyeron en la primera infancia. Poder realizar el duelo por la imagen omnipotente de los padres es también, sostiene, la aceptación de uno mismo con sus limitaciones.

El enojo, la rebeldía, los estallidos de furia, las reacciones impulsivas cuando los niños gritan, pegan y se pegan, son otras manifestaciones características de estos síndromes. Constituyen respuestas defensivas ante la dificultad de aceptar límites o de aceptar aquello que se opone a sus deseos que, al mismo tiempo y dada la ineficacia de su comportamiento, los hace sentir enfrentados con el sentimiento de insuficiencia que quieren eludir.

Conocemos la vinculación entre la frustración y las pulsiones agresivas. Ya Klein, M. (1952) sostenía que así como la frustración de la voracidad oral puede despertar pulsiones agresivas, toda privación en la vida que se experimenta como voracidad, aumenta la frustración y fortalece las pulsiones agresivas.

La compulsión, así como la tendencia a ejecutar los mismos actos de manera reiterativa, muestra la necesidad del niño de poder contar con un ámbito que experimente como estable y coherente para poder adquirir un orden interno. Con la repetición de sus actos, intenta sentir que logra una constancia para sentirse más seguro. Para Freud, S. (1920g) la compulsión a la repetición estaría íntimamente ligada al principio de constancia y éste, a su vez, al principio de placer.

En este sentido, aquello que para el observador puede ser considerado un acto de terquedad, como un constante retornar a lo mismo que no se puede abandonar, puede estar al servicio de refugiarse en experiencias conocidas para evitar la angustia de situaciones que desorganizan al Yo.

Sin embargo, sabemos que no es la reiteración de los actos, sino la mayor capacidad hepática de elaboración, aquella que aleja de la compulsión a la repetición[10].

El fantaseo y la capacidad de juego, son los modos que el niño emplea para elaborar los cambios inherentes a su crecimiento, sus ansiedades y conflictos. Por medio de la actividad lúdica intenta elaborar la amenaza de abandono, la curiosidad sexual, la agresión, sus sentimientos de culpa, la incapacidad de reparación, etc. Es una actividad esencial en la infancia y las inhibiciones para jugar pueden perjudicar el aprendizaje y el crecimiento en general.

El avance de la ciencia, la tecnología y los medios de comunicación, desplazaron en gran medida a los juguetes por computadoras, teléfonos celulares, juegos electrónicos o juguetes sofisticados de mecanismos complejos. Si bien por un lado, este progreso permite nuevos aprendizajes, la incorporación de conocimientos y un enriquecimiento del pensamiento, al mismo tiempo limíta en cierta medida, la posibilidad de proyectar e intentar elaborar sentimientos, fantasías y conflictos que se proyectan sobre los juguetes y las escenas que con ellos se pueden desplegar.

La crisis actual en el ámbito familiar nos devuelve la imagen de niños que parecen ser educados más por la televisión que por los adultos que los tienen a cargo. No es inusual ver niños que cuando comienzan a hablar se expresen imitando el lenguaje de personajes televisivos.

Observamos muy a menudo, la influencia negativa de algunos medios de comunicación, que crean imágenes confusas y difunden serios errores de pensamiento.

Chiozza, L. (2012), relacionando la influencia del medio y el lenguaje, destaca que el pensamiento y la civilización evolucionan y que como producto de esa evolución, también hay palabras que en distintas épocas se utilizan con mayor frecuencia y adquieren significados nuevos.

[10] Chiozza, L. (1983) se refiere al carácter metafórico de la expresión compulsión a la repetición, cuando afirma que volver sobre un estado anterior implica la existencia de un psiquismo que contempla y reconoce una semejanza que nunca es una identidad.

Aunque los juegos electrónicos, los video juegos u otro tipo de juegos mecánicos, como dijimos anteriormente, pueden estimular la actividad deductiva, la agudeza visual y hasta los actos reflejos, también generan conductas dependientes que tienden al sedentarismo, disminuyen la actividad física natural y necesaria para la infancia y la posibilidad de un mayor contacto social. El objetivo de pasar de nivel, característica común de la mayoría de los video juegos, genera al mismo tiempo en los niños inquietud y nerviosismo en el afán por triunfar para aplacar la vivencia de riesgo de fracaso.

También es habitual observar que los nuevos aprendizajes que el niño incorpora, en un ritmo acelerado, van acompañados de un retraso en las etapas de crecimiento y de maduración, como la adquisición del lenguaje o el control de esfínteres. En síntesis, podemos decir que los niños oscilan entre la independencia y la dependencia; por un lado, apegados al mundo de la electrónica parecen prescindir de la enseñanza de los adultos y por otro parecen quedar más dependientes de su atención y cuidado.

Sabemos que todo niño al nacer posee un bagaje constitucional, un psiquismo que con el desarrollo dará forma a su particular manera de ser. La crisis de valores de la sociedad moderna, como ya dijimos, expone al niño a una serie de estímulos que cuando no logra integrarlos, conforman ideales confusos de los que necesita defenderse. Sabemos que la regresión es la defensa que se impone muchas veces frente a las situaciones de crisis.

G. Chiozza (2014) al ocuparse de la función parental destaca que ésta puede dividirse en dos aspectos básicos: proteger y preparar. Afirma que la protección está destinada a evitar que el niño enfrente cirunstancias para las que aún no está preparado y que podrían perjudicarlo. Consiste en ayudarlo para que, gradualmente y en su justa medida, pueda enfrentar la realidad sin sufrir daños irreversibles. Al principio, afirma, la protección será más relevante que la preparación, y la preparación en la medida en que el niño va creciendo irá sustituyendo a la protección.

La referencia a los cambios actuales, la crisis de valores y el caos normativo que afecta a la organización familiar y al desarrollo de la infancia, nos coloca frente al cuestionamiento acerca de si estamos atravesando un momento de evolución o involución cultural.

Cuando Chiozza, L. (2012) se ocupa de reflexionar acerca de los cambios actuales y la crisis en el mundo, destaca que uno de los descubrimientos más desconcertantes de los últimos años, puede expresarse diciendo que el caos en algunas ocasiones se organiza, para convertirse en un nuevo orden que surge inesperadamente de un cambio catastrófico.

Pensamos, entonces, que los trastornos generalizados del desarrollo, pueden ser considerados como una manifestación que pone en evidencia las características del mundo actual y que constituyen una respuesta adaptativa que tal vez encuentre otras formas en el camino de la evolución. Chiozza L. (2015) sostiene que solo podremos encontrar una mejor manera de relacionarnos con la patología social que forma parte de nuestra circunstancia, si adquirimos conciencia de su magnitud verdadera.

En relación al niño enfermo, sostenemos que al enfermar siente que algo se apodera de él, que su sufrimiento a veces es muy intenso y que las frustraciones acumuladas estimulan el desarrollo de fantasías que incrementan su temor a no ser comprendido. En este sentido, consideramos, junto a Aberastury, A. (1984), la posibilidad y la conveniencia de analizar a niños muy pequeños o que padecen serios trastornos. La autora describe, por ejemplo, que el paciente denominado autista tiene la posibilidad de conexión con el analista desde la primera sesión y la capacidad de expresar mediante el juego las fantasías sobre su enfermedad. Sostiene que su aguda ansiedad le permite establecer de inmediato una transferencia fuerte que hace posible el análisis. Cuando avanza el proceso terapéutico, el incremento del interés por su mundo interior le posibilita dar una visión a veces impresionante de sus fantasías.

A modo de síntesis

Destacamos que en la actualidad es cada vez más frecuente la consulta psicoanalítica por niños con dificultades en su desarrollo.

Describimos que la sigla TGD es una clasificación que engloba diferentes síndromes como el de Asperguer, Rett, Tourette y el trastorno desintegrativo de la infancia.

Nos preguntamos acerca de la conveniencia de incluir los diferentes síndromes dentro de una misma clasificación. Por un lado, puede restar importancia a rasgos específicos de cada uno de ellos. Por el otro, resalta la característica esencial que todos tienen de afectar el crecimiento temprano del niño.

Reflexionamos acerca de la mayor incidencia de estos trastornos en nuestra época y señalamos que a partir de algunos síntomas se suele diagnosticar rápidamente que el niño padece TGD. Señalamos que el posible incremento estaría vinculado con la crisis de valores y normas que influye particularmente en los desórdenes de conducta y en las dificultades de aprendizaje, al ofrecer al niño modelos de identificación que están en crisis.

Destacamos la importancia de las primeras identificaciones y afirmamos que la confusión entre normas y valores antiguos y modernos, constituyen estímulos que el niño no puede procesar adecuadamente. No puede integrar en un orden de significancia lo que ve, lo que escucha y lo que percibe.

Sostenemos que el infante recurre a mecanismos defensivos extremos para defenderse de aquello que lo abruma y le impide la adecuada materialización de su crecimiento.

El avance tecnológico acelerado, que desplaza el interés por los juguetes tradicionales, así como los medios de difusión que transmiten imágenes confusas y errores de pensamiento, perturban el adecuado desarrollo de la infancia.

Consideramos que los niños que son diagnósticados con la sigla TGD, sienten su yo desorganizado ante la presencia de múltiples estímulos o nuevos ideales frente a los cuales se sienten insuficientes. Sus conductas alteradas son mecanismos defensivos para intentar postergar y evitar el impacto o para intentar elaborar el encuentro con aquello que sienten que los supera.

Señalamos que los diferentes comportamientos que forman parte de este trastorno generalizado del desarrollo, revelan y ocultan afectos y conflictos inconcientes.

Afirmamos que la enfermedad como padecimiento conforma un acontecimiento que es transferible, capaz de despertar afectos y cambios en los otros, y constituye un acontecimiento social.

Resaltamos la importancia y la conveniencia de la intervención psicoanalítica temprana para los niños con estos trastornos.

Bibliografía

Aberastury, A. (1984) “La libertad y sus límites en la educación”, en *Aportaciones al psicoanálisis de niños.* Editorial Paidós, Bs.As. 1984

Aberastury, A. (1984) “Detención en el desarrollo del lenguaje en una niña de 6 años”, en *Aportaciones al psicoanálisis de niños.* Editorial Paidós, Bs.As. 1984

Freud, S. (1920g) *Más allá del principio de placer*. Obras completas. T XVIII. Editorial Amorrortu. Bs.As. 1976

Freud, S. (1925) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Obras completas. Tomo XIX. Amorrortu Editores, Bs.As. 1979.

Freud, S. (1923b) *El yo y el ello.* Obras completas. Tomo XIX, Amorrortu Editores, Bs.As. 1979.

Ludicibus, Laura (2011) “Trastorno generalizado del desarrollo”. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Vol XVII, N 1, 2011

Chiozza, L. (1974d) “La interpretación del material”, en *Psicoanálisis: presente y futuro.* Ed. CIMP, Buenos Aires, 1983.

Chiozza, L. y Aizenberg, Silvana (1992) “¿Por qué se enferman los niños*?”, en Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Editorial Alianza, Madrid 1999.

Chiozza, L.(1995 (1983)) *Reflexiones sin consenso*. *O.C.* Tomo IV Alianza Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2008*.*

Chiozza, L. (1963) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos.* Alianza Editorial, Bs.As. 1998.

Chiozza, L. (2012) *El interés en la vida. Sólo se puede ser siendo con otros*. Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2012

Chiozza, L. (2013) *Intimidad, sexo y dinero ¿Alguien sabe quién soy?*. Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2013.

Chiozza, L. (2013) *Conversaciones sobre por qué nos enfermamos*. Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2013.

Chiozza, L. (2015) *¿Para qué y para quién vivimos?. El camino de los sueños.* Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2015

Klein, M. (1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", en *Desarrollos en psicoanálisis*. Editorial Hormé. Bs.As. 1967

Meltzer, M. y otros (1975) *Exploración del autismo*. Editorial Paidós. Bs.As. 1975

Referencias bibliográficas

Aizenberg, Silvana (1997) "Una aproximación a la comprensión psicoanalítica del autismo infantil". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 1997.

Aizenberg, Silvana (2003) "Algunas reflexiones psicoanalíticas acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad-impulsividad". Presentado en el Simposio 2003 de la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 2003

Aizenberg, Silvana (2007) "La evolución de los conflictos en la temprana infancia". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 2007

Aizenberg, Silvana (2014) "El desarrollo en la infancia, acerca de las identificaciones". Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires 2014.

Andrade Martines, J.M. (2012) "Tratamiento psicofarmacológico en los TGD (Trastorno generalizado del desarrollo). A propósito de un caso". Revista de Psiquiatría. Bs As. 2012.

Chiozza, G. (2014) “Reflexiones sobre la función parental en la formación y en el análisis del carácter”. Presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, diciembre 2014

Descripción de la enfermedad

La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio que se caracteriza por la obsesión de perder peso a partir de una dieta autoimpuesta. Las personas limitan exageradamente la ingesta de alimentos al punto de poner en riesgo su vida [1].

Normalmente comienza con la restricción de los hidratos de carbono ya que existe la creencia de que engordan, a continuación rechazan las grasas, las proteínas e incluso los líquidos [2].

Las enfermas[3] sufren una distorsión en la percepción de su tamaño corporal, se ven con sobrepeso a pesar de estar generalmente muy por debajo de los parámetros recomendables por la edad o la estatura. Se sienten insatisfechas y experimentan displacer con su propio cuerpo y su apariencia. Generalmente el miedo intenso a aumentar de peso las lleva también a obsesionarse por hacer actividad física.

Se describen dos tipos de modalidades anoréxicas, la restrictiva, en la que la disminución del peso se consigue con la dieta o el ejercicio físico intenso, y la bulímica, que apela a los atracones y las purgas aunque haya ingerido una pequeña cantidad de alimento.

Por lo general la bulimia se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas, seguidas de vómitos auto-inducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos. Una vez establecido el ciclo comer-vomitar, es muy difícil que las pacientes logren interrumpirlo. Se ha demostrado que con el empleo de laxantes no se logra perder más de un 5% de las calorías ingeridas y, en cambio, se acentúa la alteración funcional del

Agradezco a la Lic. Liliana Casali su generosa colaboración en la corrección de este trabajo.

[1] Algunos datos descriptivos, que exponemos en este trabajo, fueron extraídos del texto de Herscovici C.R. y Bay L. (1991)

[2] En algunas ocasiones, por el contrario, toman mucho líquido o también recurren al vaciamiento gástrico retardado que lleva a la constipación crónica, para sentir saciedad y evitar comer.

[3] En el texto de este trabajo, al referirnos a los pacientes con anorexia, mencionamos a las de sexo femenino. La enfermedad afecta también al sexo masculino aunque en menor proporción.

intestino y se producen pérdidas de agua y minerales que pueden causar severas perturbaciones en el medio interno [4] [5].

En los últimos años ha aumentado significativamente el número de pacientes con anorexia nerviosa que presentan también síntomas de bulimia. El hecho de que las dietas y los ciclos de atracones y vómitos se puedan presentar de manera conjunta, avala la idea de considerar ambas modalidades emparentadas desde el punto de vista diagnóstico.

El término "anorexia" proviene del griego *a-ian-* (negación) + *orexis* ("apetito, hambre, deseo"). Si bien el significado de la palabra alude a la "falta de apetito", las pacientes afectadas no dejan de comer porque carecen de apetito o porque han perdido interés en la comida; por el contrario, su vida está centrada en la preocupación por los alimentos [6] [7] .

No parecen tener conciencia del peligro que representa la disminución de la alimentación y la ausencia de nutrientes esenciales para su organismo. A pesar de su evidente mala salud, habitualmente niegan su enfermedad minimizando sus síntomas y esta misma negación las lleva a oponerse a todo tratamiento médico. No se sienten motivadas a aceptar ningún tipo de terapia y, cuando lo hacen, parecen soportarlo como un mal menor frente a la alternativa de la internación o de la alimentación por sonda [8] [9].

Los síntomas que acompañan, conjunta o parcialmente, la disminución del peso pueden ser: constante sensación de frío, fragilidad en uñas y cabellos,

[4]Los episodios de sobrealimentación descontrolada han sido denominados en lengua sajona como "bingeeating", que no tiene una traducción literal en español y significa "parranda" o "fiesta" alimentaria, donde se unen el descontrol y el placer.

[5] La bulimia recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines. Sucedía en las clases sociales altas y era señal de poder. Esta costumbre fue cambiando cuando la obesidad dejó de ser considerada un signo de prosperidad.

[6] https:es.wikipedia.org/wiki-anorexia

[7] Las pacientes habitualmente son traídas a las consultas tanto clínicas como psicológicas y se muestran como si no tuvieran conciencia de enfermedad. Usan mucha ropa, amplia o superpuesta para disimular la delgadez, los caracteres sexuales secundarios , y para intentar paliar la sensación constante de frío. También es frecuente que se peinen de modo tal que el cabello al caer sobre el rostro oculte la prominencia de los pómulos.

[8] Generalmente recurren a la terapia psicoanalítica cuando, después de otras tentativas de curación, sus condiciones generales están ya deterioradas y la enfermedad se ha convertido en crónica.

[9] La alimentación por sonda nasogástrica es un recurso con menos riesgos que la alimentación parenteral. La información médica es que en los centros de atención clínica del mundo está disminuyendo el empleo de ambos métodos.

piel áspera y amarillenta, a veces cubierta de vello fino y oscuro más abundante que lo normal, y petequias. Los dientes presentan alteraciones en el esmalte cuando las pacientes son vomitadoras. Suelen tener anemia, debilitamiento óseo, atrofia del tono muscular, bradicardia e hipotensión arterial casi constantes, disminución de los glóbulos blancos, niveles bajos de potasio en sangre, deshidratación y convulsiones. Sufren cansancio, estados confusionales y alteraciones neurológicas.

Otro síntoma, característico de las mujeres, es la falta de menstruación o incluso infertilidad. La inhibición de los caracteres sexuales secundarios, por el bajo peso, confieren a la enferma un aspecto similar al del periodo pre-puberal. La ausencia de menstruación generalmente es un motivo de preocupación importante tanto para la enferma como para los familiares [10].

Esta enfermedad puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque frecuentemente suele darse en la adolescencia entre los 14 y 18 años y por lo general se la diagnostica cuando la enferma ha perdido al menos el 15% de su peso corporal. Si bien afecta tanto a mujeres como a hombres, se observa predominantemente en las mujeres.

Desde el campo médico se ha descripto mejor la dimensión de esta enfermedad en los últimos años y el incremento del número de pacientes que es significativo ha llevado a considerar que tiene un carácter epidémico.

Como factores de incidencia, desde la bibliografía médica, se señalan los socio-culturales, que centran la atención en la comida, las dietas y el talle. El ideal cultural de belleza se asocia a la figura delgada, esbelta y aun desnutrida, y va acompañado de la creencia de que la gordura es mala. Son ejemplo las modelos de cine, televisión o revistas, que muestran imágenes de lo que debe ser considerado bello y transmiten el mensaje acerca de la belleza como condición relevante para ser amadas o respetadas [11] [12] [13] [14].

[10] La amenorrea (falta de menstruación durante al menos seis meses) responde a un disturbio de la función hipotalámica, relacionada con la pérdida de peso y con alteraciones en los neurotransmisores.
[11] Paradojalmente la anoréxica adquiere una fisonomía de fealdad.
[12] Los medios de publicidad ofrecen dietas variadas con promesas de índole "mágicas" de adquirir siluetas atractivas en tiempos breves.
[13] Las pacientes anoréxicas conocen con precisión el valor calórico de las porciones de comida que van a comer.

Chiozza y colab. (1997 (1996)) sostienen que el ideal de belleza que dicta una época puede no coincidir con el ideal de salud, y desde este punto de vista consideran que el ideal de belleza de una época puede expresar una patología social que, desde el consenso, presiona hacia un determinado conflicto que representa un punto de urgencia de la época.

Un aspecto característico de estas pacientes es la variedad de recursos engañosos que son capaces de esgrimir, para convencerse a sí mismas y a los demás que la alimentación que ingieren es la adecuada. Es frecuente que dobleguen sus esfuerzos por bajar de peso y al mismo tiempo intenten demostrar que no están debilitadas, sino que gozan de más energía.

Cuando en el curso de la enfermedad van perdiendo peso, no se atreven a recuperar el nivel anterior y tienden a mantener el nuevo estado como una conquista que refuerza el margen de seguridad para no engordar.

El aislamiento social y la marcada reducción en sus intereses, les ocasionan un serio déficit en su autoestima y al mismo tiempo ese déficit forma parte del complejo que desencadena el aislamiento e influye sobre la enfermedad.

Es necesario destacar que debido al riesgo en que ponen su vida, se les suele atribuir intenciones suicidas, aunque de las investigaciones clínicas realizadas eso no se corresponde con la experiencia.

El curso de la anorexia es muy variado. Aún no se comprende, desde el ámbito de la medicina tradicional, qué factores contribuyen a que un paciente se recupere completamente y otro se convierta en crónico y en este sentido consideramos que esta afección, dada la complejidad que puede presentar, debe ser tratada lo antes posible.

La medicina emplea medicamentos antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, aunque estos fármacos no disminuyen

[14]Algunas actitudes alimentarias frecuentes son: la evitación de los carbohidratos, la elección de productos dietéticos, la ingestión lenta de pequeños trocitos de comida, el placer de preparar alimentos para que otras personas coman, etc.

el deseo de bajar de peso. En algunos casos se requiere de la hospitalización y pueden necesitar alimentación intravenosa o sonda de alimentación [15].

Algunos autores destacan que es una enfermedad que no debe ser confundida con el síntoma llamado anorexia, que puede acompañar otras circunstancias tales como estados febriles, enfermedades digestivas o situaciones transitorias de la vida cotidiana. La *anorexia nerviosa*, en cambio, es una enfermedad específica caracterizada, como ya dijimos, por una pérdida auto-inducida de peso, acompañada por una distorsión de la imagen corporal, que es indicativa de cierto estado de alteración anímica caracterizada por la deformación o distorsión de la "realidad".

Algunas referencias históricas

En la Edad Media, época en que los valores religiosos estaban muy arraigados, la anorexia era vista como una meta espiritual a alcanzar. Se habló de la "santa anorexia" y el "ayuno ascético", en el que se perseguía la búsqueda de las virtudes espirituales mediante la mortificación del cuerpo. Las víctimas en esos momentos eran generalmente mujeres que buscaban un matrimonio con "Cristo" [16].

Los primeros relatos acerca de esta enfermedad dicen que Liduina de Shiedman, una santa del siglo XIV, vivió durante años alimentándose con trocitos de manzana del tamaño de una ostia. Existe otra leyenda medieval de Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que siendo una doncella ayunó y le rezó a Dios, rogándole que le arrebatara su belleza para poder ahuyentar la atención de los hombres. Cuentan que en algunos países de Europa ella fue adoptada como Santa Patrona por aquellas mujeres que deseaban verse liberadas de la atención masculina.

---

[15] El empleo de fármacos para el tratamiento tiene pocos efectos beneficiosos. En los ensayos con medicación el objetivo ha sido producir aumento de peso, corregir la acción de los neurotransmisores hipotéticamente involucrados y modificar la ansiedad o depresión del paciente. Se probaron estimulantes del apetito, como la ciproheptadina, un antihistamínico, antagonista de la serotonina, con efectos sedantes.

[16] Si bien en los informes médicos de comienzo del siglo XIX, no mencionan que el objetivo de la anorexia era el temor a engordar, pensamos que el adelgazar justificándolo por motivos espirituales o religiosos, por ejemplo, expresaría fantasías inconcientes semejantes a las que describimos para las pacientes anoréxicas en nuestros días.

El médico genovés Simone Porta, fue el primero que en el año 1500 empezó a estudiar la anorexia, aunque la primera descripción clínica se atribuye al médico británico Richard Morton, quien en el año 1689 estudió dos pacientes que en ausencia de enfermedad manifiesta se negaban a comer. Morton llamó a este trastorno "consumisión nerviosa". En 1870, Charles Lasege, médico francés, describió estos cuadros como anorexia histérica para resaltar el origen psíquico de la dificultad alimentaria; tuvo el mérito de no plantear un origen orgánico para esta enfermedad y el haber considerado la importancia de la familia en el desarrollo de la anorexia. Poco después William Gull, en Londres en 1874, acuñó el nombre de "anorexia nerviosa" describiéndola como una enfermedad de origen psicológico y destacando su típica aparición en la adolescencia y en mujeres.

Entre 1889 y 1911 se encuentran descripciones de este trastorno en la obra de neurólogos, como Jean-Marie Charcot y Giles de Latourette. Charcot aislaba a las pacientes anoréxicas en institutos de monjes adiestrados para alimentarlas y sostenía que las enfermas eran víctimas de un ambiente patógeno, en especial en el vínculo con la madre, del que tenían que ser alejadas para poder curarse.

En 1913 Pierre Janet dio otra definición y la describió como una psicastenia, vinculándola con la negativa de la mujer a la sexualidad. En 1914 el fisiólogo Morris Simmonds, patólogo alemán, sugirió la hipótesis de la insuficiencia pituitaria grave, es decir una insuficiencia de la hipófisis como la base de la patología, estableciendo así un enfoque endocrinológico para la anorexia nerviosa. Describió a una paciente caquéctica a quien al hacerle la autopsia le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes treinta años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y anorexia nerviosa.

En 1983 Josef Breuer y Sigmund Freud comprenden el nexo de los síntomas histéricos con situaciones traumáticas reprimidas y mencionan, entre otros ejemplos, los vómitos permanentes y la anorexia, que pueden llegar hasta el rehusamiento completo de toda comida. En 1895 Freud describe la anorexia nerviosa como una neurosis alimentaria y la vincula con la melancolía. Considera que la famosa anorexia nerviosa de las niñas jóvenes es una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada. Sostiene que en la época de la pubertad o poco después de ésta, suele presentarse una

neurosis que expresa la desautorización de la sexualidad en la que la pérdida de libido se expresa como una pérdida de apetito.

Victor von Weizsäecker (1956) destacó que entre los procesos de nutrición y sexualidad existe un conflicto que no fue superado. Señala que la sexualidad y la alimentación están tan emparentadas que pueden representar algo en común y sostiene que entre ambas existe una relación oculta, que puede ser equiparada con la relación existente entre el yo y el ello. En la patología, agrega el autor, encontramos fenómenos que muestran que la nutrición tiene facetas que no han sido tomadas debidamente en consideración, como por ejemplo, los cuadros de anorexia y obesidad. Estos padecimientos, sostiene, muestran la importancia de comprender los límites entre los cuales debe transcurrir lo nutritivo para ser llamado normal.

Desde el punto de vista de la psicopatología, la investigación considerada de mayor influencia en nuestra época, surge de los escritos de Hilde Bruch en 1978, psicoanalista de origen alemán, quien se ocupó de los problemas emocionales relativos al comer. Destaca particularmente, a partir del testimonio y el estudio de pacientes anoréxicas, el trastorno de la imagen corporal y la distorsión en la interpretación de los signos de necesidad nutricional.

La categoría diagnóstica de anorexia nerviosa apareció en el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) desde su segunda edición en 1968 y desde entonces la enfermedad sigue presente en el manual a través de todas las revisiones y ediciones.

La anorexia nerviosa desde el psicoanálisis

Los estudios psicoanalíticos acerca de esta enfermedad han intentado comprenderla destacando algunos rasgos de la personalidad de quienes la padecen, y centrando la problemática de este trastorno alrededor de las fantasías orales, asociándolas con las relaciones objetales en la primera época de la vida, y principalmente con dificultades en la relación con la madre.

En la observación clínica ha sido destacada la presencia de hábitos obsesivos en la conducta de las enfermas. Se trata de personas que tienen un carácter

rígido, que se imponen normas reglamentadas; son ordenadas, con una extrema preocupación por la limpieza, aplicadas, afligidas por el rendimiento intelectual, y con serias inhibiciones para expresar sus emociones. Se las describe como personas especialmente buenas, cumplidoras, que tienen una marcada tendencia a complacer y suelen ser motivo de orgullo para su familia [17].

El control riguroso y la planificación que ejercen sobre la ingesta de la comida y su preocupación por la delgadez, apelando a razonamientos y pensamientos recurrentes para lograrlo, forma parte de una modalidad obsesiva.

Sabemos que la racionalización puede constituir una defensa para evitar la emergencia de sentimientos intensos o impedir la realización de acciones que se interpretan como riesgosos o inadecuadas. Freud (1906) considera que el comportamiento obsesivo toma la forma de una hipermoralidad que se acompaña de intensos sentimientos de vergüenza o asco, afectos que buscan evitar la conciencia de deseos hostiles y recuerdos reprimidos de la sexualidad infantil. Sostiene que frente a las tendencias hostiles o sexuales el enfermo apela a un mecanismo de fuga por medio de dudas y prohibiciones, intentando paralizar la ejecución del impulso rechazado.

El autor señala que fenómenos somáticos como el vómito ocurren cuando el sentimiento de suciedad moral produce un sentimiento físico de asco. Menciona el caso de Anna O, para quien la angustia de la conciencia moral intervino en el asco ante los alimentos, durante los primeros meses de la enfermedad de su padre a quien se consagró con sus cuidados. También cita el caso de un muchacho de doce años que tenía dificultades de deglución y menciona como factor determinante de este fenómeno, la irrupción de la sexualidad en el ánimo del niño y la aparición de sentimientos de asco (Freud, 1893-95).

Las pacientes anoréxicas reconocen tener hambre, pero temen no poder parar de comer. La evitación de la gordura se convierte en una idea sobrevalorada y por grande que resulte el sufrimiento que implica la dieta, el

[17]A medida que avanza la enfermedad, la tendencia a complacer va mutando y las pacientes se muestran obstinadas, irritables y arrogantes.

miedo a no poder controlar su enorme interés por la comida es aún mayor. Manifiestan que no pueden dejar de pensar, aunque se lo propongan, y se sienten compelidas a calcular constantemente la proporción entre la cantidad de calorías que ingieren y la energía que consumen diariamente. Relatan que no pueden "sacarse de la cabeza" los pensamientos referidos a la comida y que los experimentan como una orden impuesta que sienten que deben cumplir, con el consiguiente sentimiento de culpabilidad cuando la transgreden.

Una paciente de diecisiete años comentó que tener programado anticipadamente la comida diaria o semanal, por un lado le demandaba el esfuerzo de una estricta planificación, pero por otro le traía un alivio importante, porque sentía que de esa manera evitaba la elección espontánea de lo que deseaba comer, dado que lo sentía como exponerse a mostrar sus propias "ganas".

En este sentido, consideramos que la resistencia y la invencible voluntad de no comer, para evitar el desborde en la ingesta, encubre el temor al desborde afectivo, como si el control extremo de la alimentación les permitiera a las pacientes sostener la fantasía optativa de que van a poder ejercer un control semejante, con la misma rigurosidad, sobre sus emociones y sentimientos.

Ya Melanie Klein (1952) interpretaba las dificultades de alimentación en la temprana infancia y el rechazo a la comida como una defensa contra impulsos sádicos orales. Señalaba que el niño, al no comer, trataba de negar su impulso a destruir lo que amaba y para ello reprimía sus impulsos orales.

En los comienzos, la idea del apuntalamiento de la sexualidad en las funciones corporales lleva a Freud (1892) a comprender los trastornos en la alimentación como expresión de conflictos con deseos o impulsos sexuales

Sabemos, a partir del tratamiento psicoanalítico de pacientes anoréxicas, el temor que tienen a la aparición de fantasías hostiles, de deseos sexuales irrefrenables e ideas de violación.

En el relato de una paciente de quince años, durante sus sesiones psicoanalíticas, surgió como material la tentación y la vergüenza que

experimentaba frente a sus impulsos exhibicionistas, como cuando concurría a una fiesta y quería bailar de manera llamativa para atraer la mirada y la proximidad física de todos los muchachos. También comentó angustiada el horror que sentía frente a sus ensoñaciones diurnas y sueños nocturnos, colmadas de fantasías incestuosas, que la llevaba en la vida cotidiana a mantener una actitud distante con su padre.

La delgadez, afín a la idea de un cuerpo "asexuado", parece ser también expresión de la necesidad de reafirmar un ideal de pureza y dar un testimonio de la abstención de cualquier placer, particularmente el carnal. Algunos autores mencionan que el cuerpo de una anoréxica recuerda al de los ascetas que ayunaban como penitencia.

Refiriéndose a la neurosis obsesiva, Freud (1905d) describe el carácter sexual infantil de la fuerza pulsional comprometida y considera que podría describirse como mociones perversas si se exteriorizaran directamente. Aunque caen bajo la represión y dan lugar al desarrollo de la escrupulosidad, no terminan de sofocarse e intentan reaparecer de continuo acechando desde lo inconciente. El paciente necesita entonces cada vez más esfuerzos y empeños para contrabalancear el asalto de la pulsión y para ello establece nuevos ceremoniales y acciones (Freud, 1907b).

Freud (1907) señala semejanzas entre las acciones obsesivas y la práctica religiosa. Sostiene que el ceremonial obsesivo consiste en restricciones y ordenamientos para ciertas acciones de la vida cotidiana. Estas actividades que parecen carentes de significado a los ojos del observador, lo parecen también a los ojos del enfermo, pero a pesar de ello no es capaz de abandonar su práctica por miedo a la intolerable angustia que le sobreviene. La ejecución del ceremonial se caracteriza además por la particular escrupulosidad con la que se lleva a cabo y adquiere la categoría de una "acción sagrada", rasgos afines a los que encontramos en los preparativos y rituales de las anoréxicas en relación a la comida.

En cuanto al vínculo entre el comer y la necesidad de reprimir el placer que lo acompaña, Brutti, C. y Parlani, R. (1992) al investigar en las fantasías específicas comprometidas en los trastornos de la alimentación y la anorexia, sostienen que el nexo entre ascetismo, ayuno y abstinencia, es expresión de la represión de contenidos eróticos, implícita en el rechazo de la comida.

Destacan que las pacientes no sufren por la abstinencia, sino por lo contrario, obtienen su satisfacción del activo rechazo a la comida. La frustración, afirman, no surge cuando no pueden comer, sino cuando se las obliga a comer o se les impide rechazar la alimentación. En este sentido, la abstinencia en el comer revela la erotización que se oculta en el rechazo a la comida, oculta la satisfacción detrás de la actitud de ascética renuncia, actitud que las anoréxicas asumieron y de la que no pueden liberarse [18].

Hacia los significados de la anorexia nerviosa

Las investigaciones realizadas desde la medicina y la psicología no describen ningún factor desencadenante de la enfermedad en particular. Algunas veces hallan un evento externo que funciona como gatillo, pero señalan que esos sucesos no difieren de otros descriptos como significativos para distintas enfermedades psiquiátricas.

Por nuestra parte, consideramos que no debería sorprender que la enfermedad aparezca en un momento del desarrollo en que las pacientes se ven confrontadas con nuevas experiencias en su vida, y al mismo tiempo sienten que no están preparadas para enfrentar lo que experimentan como exigencias propias y del entorno.

Recordemos que generalmente enferman comenzando la adolescencia en el camino hacia la adultez, y que el cambio del cuerpo infantil y la mayor complejidad que trae aparejado el crecimiento, requiere de una respuesta adaptativa que sienten que no pueden realizar de acuerdo con sus ideales.

Aunque el nivel de inteligencia o desenvolvimiento intelectual, habitualmente las ubica en un rango alto, el determinante parece ser el conflicto generado entre las expectativas y el sentimiento de insuficiencia para alcanzar el nivel deseado, que afecta todas las áreas de su desarrollo y principalmente al desarrollo corporal.

[18] Brutti, C. y Parlani, R. afirman que la dependencia que la anoréxica estructura con respecto al placer implícito en el rechazo de la comida es tal que se la puede asimilar a la dependencia que el toxicómano estructura respecto a la droga; la misma atracción y la misma imposibilidad de liberarse de ella.

Sabemos de acuerdo con Chiozza, L. (1963a) que, cuando los contenidos ideales superan la capacidad hepática del yo, cuando fracasa el deseo de concretar ideas o proyectos, pueden experimentarse síntomas como el asco o la falta de apetito. El autor observa que la anorexia, acompañada muchas veces de repugnancia a las comidas, es un síntoma común en la hepatitis y otras patologías hepáticas. La falta de apetito y el asco serían una respuesta visceral, un desarrollo equivalente de la unión patológica entre idea y materia, es decir, una perturbación en la tarea de materializar o asimilar las exigencias ideales.

Si bien la búsqueda desesperada para alcanzar una imagen de perfección, así como el deseo de cumplir con metas y objetivos ideales, modalidad que como ya dijimos define a estas pacientes, recae sobre todos los aspectos de su vida, la intención principal se asienta en la importancia que adquiere la materialización del crecimiento físico y la adquisición de los caracteres sexuales secundarios.

Esta problemática se hace presente en una etapa de la vida en la que predomina el desarrollo de la sexualidad, el inicio en las posibilidades de procreación, la inserción en la sociedad, etc. [19].

Si bien son pacientes que se empeñan en lograr sus objetivos y acceder a sus propósitos, parecen dominadas por la sensación de que nunca van a colmar las ambiciones propias y las que sienten como provenientes de su entorno. Es típico que los padres las describan como hijas modelos, que no presentaban ninguna dificultad hasta la instalación del cuadro anoréxico.

Una paciente de diecisiete años expresó que no se consideraba merecedora de todos los privilegios y beneficios que su familia le ofrecía, porque no era lo suficientemente brillante, por el contrario, solía sentirse constantemente “un fracaso”.

La necesidad de encubrir la vivencia de minusvalía y su correspondiente sufrimiento, conduce también a las pacientes a través de una defensa

[19]Chiozza, L. (2009) al referirse a las distintas formas de materialización en la trayectoria vital de los seres humanos, describe que suele dividirse en tres épocas. La infancia, en la que predomina el crecimiento y la educación, la adultez en la que predomina la procreación, la constitución de la familia, la inserción laboral en la sociedad y la vejez en la que predomina la sublimación y la decantación espiritual.

reactiva, a experimentar la propia enfermedad como símbolo de potencia o posibilidad de protagonismo. Hilde Bruch (2002) remarca que cuanto más larga es la enfermedad y más peso pierden, las anoréxicas más se convencen de que son especiales y diferentes, de que ser tan delgadas las convierte en seres destacados, extraordinarios, excéntricos y luego sienten que no son capaces de comunicarse con la "gente ordinaria" que no las puede entender.

Cuando en los umbrales de la adolescencia experimentan que su cuerpo, el que están materializando con su desarrollo, las hace sentir insuficientes o indeseables, desean perder toda forma de connotación femenina.

Brutti C. y Parlani R. (1992) afirman que la actitud de no comer, dominada por el sentimiento de no estar en forma, persiguiendo el poder lograr una forma perfecta, no es el verdadero objetivo de la anoréxica. Sostienen, siguiendo las ideas de Chiozza, L., que las pacientes buscan evitar la materialización de su "propia forma". Señalan que el motivo conciente de la conducta anoréxica, expresada en la voluntad de adelgazar para conseguir una belleza ideal, encubre la verdadera intención inconciente de no llenar la "propia forma".

Los autores agregan que en la anorexia se desencadena un rechazo a la asimilación de la forma, que tiene como correspondiente metabólico la necesidad de quemar las reservas energéticas a través de la hiperactividad y la reducción alimentaria. Señalan que el cuerpo de la anoréxica puede parecer un campo desvastado por una lucha interminable dirigida contra el propio cuerpo.

Nos parece posible pensar que el conflicto que impide la materialización del crecimiento y su forma corporal, la intención de no llenar la "propia forma", contiene implícita la fantasía inconciente de que una vez superado el trastorno y en ocasión del momento oportuno, accederán a la forma ideal deseada en la materialización de su crecimiento.

En este sentido pensamos que la anorexia no solo representa el problema que se instala en torno con la comida, sino que encubre la sensación de incapacidad y la convicción de ser incapaces de enfrentar su desarrollo y para resolver o para cambiar nada en sus vidas. El control ejercido con la comida parece calmar momentáneamente las tensiones.

A partir de estas ideas, consideramos que el manejo riguroso de la comida y la disminución de la ingesta, que se ejerce por medio de la persistencia y la tenacidad de pensamientos obsesivos en torno a la cantidad de calorías incorporadas y el gasto de energía, se pone al servicio de evitar el acceso a la conciencia del sentimiento de insuficiencia personal.

Chiozza, L. y colab (1993 (1978-1992) al investigar en las fantasías específicas de los trastornos urinarios, describen que la modalidad calculadora es una manera de vivir que contiene el propósito oculto de especular frente a ideales que no se logran materializar ni resignar. Sostienen que si dicha modalidad especuladora fuera conciente, remedaría al pensamiento obsesivo.

A su vez, el sentimiento de incapacidad o insuficiencia para lograr un crecimiento acorde con los ideales, estimula fantasías regresivas que se ponen de manifiesto en la extrema delgadez, que ofrece un aspecto empequeñecido del cuerpo.

Este aspecto corporal, por un lado, revela la intención inconciente de detener el transcurso del tiempo, manteniendo el cuerpo de la infancia y, por otro, expresa fantasías de retorno al período pre-natal, que indican el deseo de materializar un nuevo nacimiento con las cualidades de un crecimiento corporal, que fue materializado exitosamente en el pasado. La fantasía de retorno al período pre-natal refleja el compromiso de la fijación hepática en esta enfermedad.

En la investigación sobre las fantasías adiposas en la obesidad, Chiozza, L. y colab. (1997 (1996)) señalan que el comer no es la causa de la obesidad sino un medio para lograr el aumento del tejido adiposo, que constituye su meta o finalidad. Destacan el conflicto entre el deseo conciente de adelgazar y la necesidad inconciente de engordar, que es la que efectivamente guía al sujeto en la calidad y cantidad de lo que ingiere.

De modo semejante a lo que ocurre con la sobre-alimentación, el rechazo de la ingesta, el alimentarse con menos cantidad o menor contenido calórico que el necesario, parece ser principalmente un medio que conduce a otra

finalidad. El deseo y la decisión conciente de adelgazar ocultan otros propósitos que se mantienen inconcientes.

Estudiando las fantasías adiposas los autores encuentran que el depósito de reservas energéticas en el tejido adiposo es una acción eficaz, cuya finalidad es la de preparar para la materialización, más específicamente para la materialización implícita en el crecimiento corporal.

Recuerdan que el tejido adiposo comienza a cumplir su función en el octavo mes de vida intrauterina. La alimentación continua fetal hace innecesaria la reserva energética adiposa, ya que el feto cuenta con las reservas de la madre. A partir del octavo mes de gestación el feto comienza a prepararse para el nacimiento, momento a partir del cual deberá realizar un crecimiento corporal con suministros energéticos que ya no son continuos. Designan a este momento como preparativo del crecimiento corporal y como punto de fijación adiposo.

Sostienen que la disminución en la reserva energética, dentro de los límites fisiológicos, es el elemento esencial de la clave de inervación del sentimiento de "impotencia energética". Cuando este sentimiento no se tolera en la conciencia, la desestructuración defensiva de la clave de inervación desplaza el rol de la investidura sobre el elemento más representativo del conjunto; la disminución de la reserva energética: el afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un síntoma, el adelgazamiento, que en situaciones graves puede alcanzar la emaciación. Este tipo de vivencia, afirman, debe desempeñar un rol preponderante en enfermedades como la llamada anorexia nerviosa.

Para los autores frente a ciertas dificultades en la materialización de la forma corporal, existe una confusión de contextos, por ejemplo, el sujeto se prepara "energéticamente" como si se tratara de un crecimiento corporal y no de un desarrollo espiritual.

En la anorexia, la confusión o el malentendido induce a la paciente a no alimentarse, como si no necesitara de alimentos para su subsistencia y como si pudiera vivir sin comer, esgrimiendo de esa manera una fantasía de potencia y una capacidad de autoabastecimiento ilimitado.

Materializar el crecimiento, por el contrario, implicaría poder renunciar a aquello que no quedó suficientemente materializado, que es el equivalente a asumir o admitir una insuficiente realización.

A partir de estas ideas, comprendemos que el conflicto no resuelto en torno a los objetivos ideales, que se presentan como un rechazo a materializar la propia forma corporal y que va acompañado de una actitud de sufrimiento, tensión, tortura y autoreproche, expresa la presencia de una profunda melancolía, como un proceso de duelo que no culminó [20].

Recordamos la cita de Freud que mencionamos anteriormente, para quien la anorexia nerviosa en las niñas jóvenes revelaba la existencia de una melancolía paralela.

Aunque el malestar por el sentimiento de insuficiencia, muchas veces se oculta tras una conducta negadora e hiperactiva y se expresa como sensación de poder y orgullo por la delgadez adquirida, también estudios desde la psicología y la psiquiatría sugieren que la depresión melancólica es relevante en la presentación clínica de la anorexia nerviosa.

La férrea disposición a no comer a pesar de tener hambre, expresa la fantasía de que la abstención voluntaria de la comida revela poder y fuerza. Recordemos que las pacientes se resisten a toda intervención terapéutica y cuando la aceptan postergan toda mejoría, como si de ese modo se mostraran invencibles, con una actitud que parece mostrar que son "dueñas de la situación" y que "nadie puede con ellas" [21].

Identificadas con el ideal, el hecho de ser capaces de tolerar la sensación de hambre parece inducirles a seguir adelante y experimentan una sensación de orgullo y superioridad por haber perdido peso. Se sienten inmersas en una batalla a la que no pueden renunciar. Una paciente de dieciocho años, que padecía la enfermedad desde los quince, hablaba acerca de la superioridad que sentía con su estado. Decía que disfrutaba estando hambrienta y que además le gustaba porque sentía que tenía ventajas sobre los "demás

[20] Es llamativo el aspecto "cadavérico" que adquieren las pacientes con su extrema delgadez y algunos autores también mencionan la semejanza física con las víctimas de un campo de concentración.

[21] En el ámbito social muchas veces se convierte en un motivo de admiración la invencible voluntad de las anoréxicas para rechazar lo que otras personas, encuentran como irresistible.

mortales". Al mismo tiempo expresaba su vergüenza y sus sentimientos de culpa cuando frente a la comida cedía a la "tentación".

Por otra parte, atrapadas en la conflictiva melancólica, las pacientes no pueden gozar de lo que son y lo que tienen, y expresan la desesperanza de poder concretar sus sueños, trazados con muy altos designios. Se sienten en falta y poco valiosas. Experimentan una gran preocupación por la imagen que dan y por lo que se piensa de ellas. Les parece que a pesar de sus empeños por lograr desarrollos exitosos, no son importantes en la vida de los seres significativos y, en ese sentido, son muy vulnerables a la crítica y temen el abandono, aumentando de esa manera su necesidad de afecto y su consecuente frustración.

Cuando Chiozza, L. (1963 a) explora en los motivos que sostienen desde lo inconciente las enfermedades hepáticas, afirma que el tema de lo hepático continua siendo más actual de lo que se sospecha y que se revela en el aumento de la drogadicción, el alcoholismo y enfermedades como la anorexia nerviosa o la depresión del sistema inmunitario, que pueden ser contempladas como la forma manifiesta de una profunda desesperanza encubierta [22].

A partir de la comprensión de que la enfermedad o el síntoma somático, pueden ser contemplados como el desarrollo equivalente de un drama afectivo que no puede soportarse en la conciencia, podemos pensar que la anorexia es un padecimiento que se presenta "en lugar" del desarrollo de una melancolía que permanece en su mayor parte encubierta (Chiozza, L. (2008 (1975)).

Chiozza, L. (1978) ha señalado la importancia de poder comprender la enfermedad somática como un desarrollo equivalente a la depresión melancólica, para poder acceder a nuevos enfoques terapéuticos. Señala que durante el estudio psicoanalítico de los enfermos orgánicos uno va fortaleciendo cada vez más la convicción de que la enfermedad somática, "cualquier enfermedad", además de constituir un desarrollo defensivo

[22]Chiozza, L. (1970 f (1964-1966)) cuando investiga sobre lo hepático sostiene que existen fenómenos que se encuentran más allá de la envidia como la náusea existencial, la afición a lo siniestro, el aburrimiento, la anorexia, la exasperación de la sexualidad, las toxicomanías, etc.

comporta un aspecto de autoagresión inconciente que representa un equivalente corporal de la melancolía.

Acerca de la interacción familiar

Diversos estudios médicos, psicológicos y psiquiátricos, se ocuparon de describir algunas características comunes en la convivencia familiar, como predisponentes de esta enfermedad.

Mencionan la sobreprotección que ejercen los progenitores, que genera un grado importante de aglutinamiento familiar y dependencia de sus integrantes. Señalan que esa sobreprotección influye en el retardo del desarrollo y en la autonomía fuera del ámbito del hogar.

Vinculan la enfermedad con una forma de regresión que busca eludir los conflictos del crecimiento y el desarrollo de la sexualidad e impide el adecuado establecimiento de la identidad.

Destacan que los miembros familiares están atrapados en patrones de interacción, en los cuales la enfermedad o los síntomas de las hijas desempeñan un rol central para evitar conflictos familiares subyacentes, que influyen en el reforzamiento de la sintomatología. Los padres proyectan sus conflictos en el integrante enfermo, como si fuera el único problema familiar.

Constituyéndose como un agente "desviador" de los conflictos conyugales, las pacientes intentan colaborar con la armonía familiar y, al mismo tiempo, tratan de ocupar un lugar de privilegio, un lugar protagónico en el seno de la familia. Una familia en la que suele ser frecuente y persistente la conflictiva de rivalidad y competencia entre sus integrantes [23].

Hilde Bruch (2002) destaca que los progenitores pueden ser descriptos como personas muy ambiciosas, preocupadas por el éxito y la apariencia externa. Tienden a dar una visión ideal de la familia y una vida más armoniosa de la que tienen, negando las dificultades.

[23] Es frecuente que la anorexia nerviosa se presente en hermanas o bien que una de ellas sea la anoréxica en tanto que la otra "batalle" contra la gordura.

A través de la observación de numerosos casos clínicos, la autora se pregunta qué es lo que va mal en las familias para que las hijas crezcan con un déficit de autoestima que las incapacita para disfrutar de la adolescencia.

Destaca la existencia de altas exigencias familiares que exponen a las enfermas a querer satisfacer las expectativas de los padres y al mismo tiempo el temor que tienen a fracasar y a no ser suficientemente valiosas.

Afirma que la dramática de la insatisfacción es el problema fundamental de la anorexia nerviosa, el precedente de la dieta y la pérdida de peso.

Consideramos que éste último aspecto, la dramática de la insatisfacción, es el que nos permite circunscribir el conflicto central compartido entre la paciente y su entorno.

Sabemos que desde la infancia los padres influyen en la consolidación del carácter y que el niño co-participa con su accionar. A partir de la investigación psicoanalítica encontramos que en todos los casos de enfermedad existe una concordancia entre las fantasías inconcientes del enfermo y las fantasías inconcientes de los padres o del medio familiar.

En este sentido, el conflicto que gira en torno a las exigencias ideales, el sentimiento de insuficiencia y la melancolía propia de las pacientes anoréxicas, pueden ser consideradas como la otra cara de una misma moneda, como una temática compartida con el medio familiar.

A modo de síntesis

A lo largo de este trabajo mencionamos un conjunto de fantasías inconcientes que participan y forman parte del desarrollo de la anorexia nerviosa.

Destacamos que las pacientes emplean diferentes modalidades defensivas por medio de las cuales intentan ocultar aspectos latentes de su trastorno: la racionalización, para evitar la interferencia de impulsos y acciones que consideran inadecuadas o riesgosas; el control riguroso de la ingesta como expresión del temor al desborde afectivo; la necesidad de reafirmar, con la

extrema delgadez, un ideal de pureza para negar la presencia de fantasías sexuales e incestuosas; la satisfacción y la erotización oral que se pone de manifiesto en el activo rechazo a la comida, que dificulta la materialización de su crecimiento y la adquisición de su propia forma.

Si bien estas modalidades son descriptas y observables desde la clínica, consideramos que la problemática central que oculta y revela la enfermedad gira en torno a un estado melancólico, como resultado del conflicto no resuelto entre los sentimientos de insuficiencia y el deseo de cumplir con objetivos ideales elevados.

La expectativa por lograr un alto grado de rendimiento recae sobre todos los aspectos de la vida de las enfermas, aunque el propósito principal se asienta en la importancia que adquiere la materialización del crecimiento físico, la adquisición de los caracteres sexuales y el desarrollo de la sexualidad, propios del período de la adolescencia.

El temor a no poder completar un crecimiento satisfactorio, se acompaña de vivencias de sufrimiento, tensión y tortura que son reveladoras de la existencia de una profunda melancolía y nos parece que la anorexia es un padecimiento que se presenta como un desarrollo equivalente.

BIBLIOGRAFÍA

Breuer, J y Freud, S. (1893) *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar*. En Obras completas. Tomo II Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Bruch, H. (1978) *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa.* Editorial Paidós Ibérica, Barcelona 2002.

Chiozza, L. (1970f (1964-1966)) *I. Introducción al estudio psicoanalítico de los trastornos hepáticos.* En Obras completas. Tomo I Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1975) Los afectos inconcientes. En Obras completas. Tomo III Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1978) "La depresión en clínica médica". En Obras completas. Tomo IV Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1993 (1978-1992) "Psicoanálisis de los trastornos urinarios". En Obras completas. Tomo XI Editorial Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L.; Barbero, L.: Busch, D.; Chiozza, G. y Funosas M. (1997(1996)) "Las fantasías adiposas en la obesidad". En Obras completas. Tomo XII Editorial Libros del Zorzal, Bs. As. 2008.

Chiozza, L. (2009) *Tres edades de la vida*. Libros del Zorzal. Bs. As. 2009

Freud, S. (1895) "Manuscrito G. Melancolía (II)". En Obras completas. Tomo I Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Freud, S. (1893-95) *Historiales clínicos*. En Obras completas. Tomo II Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Freud, S.(1900 a) *La interpretación de los sueños.* "El sueño de la muerte de las personas queridas". En Obras completas. Tomo IV Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Freud, S. (1905d) *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras completas. Tomo VII Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Freud, S. (1906) "Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis". Obras completas. Tomo VII Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Freud, S. (1907b) "Acciones obsesivas y prácticas religiosas". Obras completas. Tomo IX. Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Freud, S. (1913) "La predisposición a la neurosis obsesiva". Obras completas. Tomo XII Amorrortu Editores, Bs.As. 1980

Herscovici C.R. y Bay L. (1991) *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.* Editorial Paidós, Bs.As. 1991

Klein, M. (1952) “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebe”. *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Tomo 3. Editorial Paidós, Bs.As. 2008 .
WeizsäckerVictor von (1956) *El hombre enfermo. Una intoducción a la antropología médica*. Luis Miracle Editor, Barcelona 1956

Referencias bibliográficas

Brutti C y Parlani R. (1992) “Una nueva mirada sobre la anorexia”. Presentado en el Centro de Consulta Weizsaecker, Bs.As. 1992.

Introducción[1]

El término "amnesia" del griego *amnesia*, formado por *a,* privativo, y *mnesi*s, recuerdo, memoria, significa "pérdida o debilidad de la memoria, olvido". La amnesia infantil o amnesia de la niñez se caracteriza por la incapacidad o dificultad para recordar los primeros años de la infancia, que abarca eventos desde el nacimiento hasta alrededor de los tres o cuatro años de vida. No se refiere a la completa ausencia de recuerdos sino a la relativa escasez de recuerdos sobre la infancia.[2]

A lo largo de su obra Freud se ocupó de investigar y profundizar en la comprensión del olvido de los recuerdos de la niñez temprana. Destacó que la amnesia infantil no es un descubrimiento del psicoanálisis y que no constituye una incapacidad del niño pequeño para registrar sus impresiones.

Sostuvo que durante la infancia los que nos rodearon nos comunicaron que en esos años, de los que no hemos retenido en nuestra memoria más que algunos recuerdos fragmentarios, reaccionamos ante determinadas impresiones con dolores, alegrías, amor, celos y otras pasiones que nos conmovían, y que ejecutamos actos que fueron tomados por los adultos como prueba de una naciente capacidad de juicio.

Habituados a esta falta de recuerdos de las impresiones infantiles, sostiene, solemos ignorar qué se oculta tras esa falta y nos inclinamos a considerarla algo natural. Sin embargo el niño nos muestra, desde pequeño, una compleja vida anímica en sus razonamientos y en la expresión de sus sentimientos. (Freud 1899)

La experiencia cotidiana y la observación clínica evidencian que los niños, aún antes de haber adquirido la posibilidad del lenguaje hablado, son aprendices inteligentes, rápidos y expertos en incorporar estímulos y en recordar lugares, personas, objetos, enseñanzas y vivencias.

[1] Agradezco la valiosa colaboración de la Lic. Liliana Casali para la realización de este trabajo.
[2] RAE; Wikipedia

Sabemos que el aprendizaje a lo largo de la vida es un proceso complejo a través del cual adquirimos habilidades, conocimientos, conductas, hábitos, y que se trata de una actividad constante. Sabemos también que no habría posibilidad de aprender si no existiera al mismo tiempo la capacidad de recordar.

Parece tener un carácter paradojal que en los primeros años coexista, junto a la enorme capacidad de aprendizaje y de memoria, el olvido de las experiencias tempranas. Y que, al mismo tiempo que desaparecen de la consciencia recuerdos acerca del nacimiento, la lactancia o los "primeros pasos", los niños pueden conservar nítidos otros recuerdos relativos, por ejemplo, a fiestas familiares, cumpleaños, la llegada de un hermano, o el impacto de un accidente.

Freud (1915; 1916) señala también que así como el olvido es un medio para defenderse del displacer que provocaría el recuerdo y las impresiones desagradables pueden olvidarse con facilidad, lo penoso también es difícil de olvidar. Considera que en lo inconsciente coexisten los opuestos y que en la vida anímica se libra un combate de tendencias encontradas y contradicciones, y en ese sentido solo interesa el comportamiento recíproco.

Explorando el tema volvió a surgirnos la pregunta acerca de por qué permanecen tan relegados los recuerdos de los primeros momentos de la vida, cuando la investigación ha revelado que, como ya mencionamos, en ninguna otra época como en los años de la infancia, somos grandes receptores de estímulos y enseñanzas. Una inquietud que nos ha llevado al recorrido y las reflexiones que traemos hoy.

Algunos desarrollos de Freud acerca de la amnesia infantil

A diferencia de la explicación habitual basada en la inmadurez funcional del niño pequeño, Freud (1905; 1914) comprendió que el olvido[3] de impresiones, escenas y vivencias, se reduce las más de las veces a un "bloqueo" de ellas y

[3] Freud enfatiza que el término habitual "olvido", que viene del latin *oblitu*s, de *ob* enfrente, en contra, y *livisc*i, ponerse denso, oscuro, y significa pérdida de memoria de un suceso (Etimologias de Chile) no equivale las más de las veces al "desagaste" de las representaciones sino a la a represión de las mismas.

es el resultado de la represión que afecta a la sexualidad infantil, y se extiende a casi la totalidad de los acontecimientos de la infancia. Si bien no se presenta en todas las personas de la misma manera, el período cubierto por la amnesia infantil llegaría hasta la declinación del Complejo de Edipo y la entrada en la latencia. Considera que la amnesia infantil es la condición para las represiones ulteriores y, especialmente, para la amnesia histérica (Laplanche y Pontalis 1971).

Señala que la amnesia infantil convierte para cada individuo la propia niñez en algo análogo a "una época prehistórica" aunque conservemos, expresa, en forma de huellas en la memoria, sucesos como el nacimiento o la vida intrauterina, que podemos luego repetir como conductas o fantasías que los representan a partir de esas huellas inconscientes (Freud, 1920; 1922) [4].

Remarca también que tal vez únicamente a través de los sueños y la interpretación de los mismos se llega a tomar noticia de importantísimos momentos sobrevenidos en épocas muy tempranas de la infancia, la mayoría de las veces imposibles de recordar (Freud 1914 y 1925) [5] .

Laplanche y Pontalis (1971) recuerdan que a partir de los primeros tratamientos psicoanalíticos y también en el curso de su autoanálisis, Freud observo un hecho significativo de la memoria relativo a los acontecimientos de la infancia: se olvidan hechos importantes, mientras que se conservan recuerdos aparentemente insignificantes. Algunos de estos recuerdos se presentan con una nitidez e insistencia que contrasta con la falta de interés y la trivialidad de su contenido.

Freud (1914) los llama recuerdos encubridores en tanto ocultan experiencias y fantasías sexuales reprimidas y constituyen una formación de compromiso igual que los actos fallidos y los síntomas. El motivo de su supervivencia no se comprende hasta que se encuentran los contenidos reprimidos.

Destaca que los recuerdos indiferentes de la infancia deben su existencia a un proceso de desplazamiento y que son el sustituto de otras impresiones

[4] Freud (1914) describe que los pacientes durante el tratamiento analítico extraen del arsenal del pasado las armas con que se defienden o se resisten a la continuación de la cura.

[5] Freud (1932; 1936) sostiene que las vivencias olvidadas y reprimidas de la primera infancia se pueden también reproducir en el curso del trabajo analítico en sueños y reacciones transferenciales.

que no pueden acceder a la consciencia porque su reproducción está perturbada por la resistencia. El recuerdo importante es reemplazado por otro de menor importancia (Freud, 1901).

Sostiene que en la medida en que el recuerdo encubridor condensa gran número de elementos infantiles, el psicoanálisis le concede gran importancia. Los recuerdos encubridores contienen no solo algunos elementos esenciales de la vida infantil, sino verdaderamente todo lo esencial Solo es necesario saber dilucidarlos mediante el análisis. Representan los años olvidados de la infancia, del mismo modo que el contenido manifiesto de los sueños representa los pensamientos (Freud 1914). Al examinar la distinción entre los recuerdos encubridores y los restantes recuerdos infantiles, llega a plantear la pregunta acerca de si existen recuerdos de los que se pueda decir que emergen verdaderamente de nuestra infancia o solamente recuerdos referentes a nuestra infancia.

Se trata de una pregunta que lo introduce en el tema de la "veracidad" de la memoria o del recuerdo en general. Freud (1914) afirma que la fidelidad de la memoria no tiene ningún valor objetivo y, a modo de ejemplo, explora cómo los recuerdos que surgen como vivencias de "dejá raconté" o "dejá vu" ("ya lo conté o ya lo viví"), se corresponden con la reanimación de una impresión inconciente y pueden servir para rectificar percepciones indeseadas.

Refiriéndose a la técnica analítica y abordando el tema de los recuerdos encubridores, Freud (1914) enriquece su teoría describiendo, a partir del tratamiento psicoanalítico, que los pacientes por lo general no recuerdan aquello que han olvidado y reprimido sino que lo actúan. "No lo reproduce como recuerdo sino como acción; lo repite sin saber, desde luego, que lo hace" (pag 152).

Sabemos que la repetición de algunas actitudes, aunque puedan ser inconvenientes o perjudiciales en la vida, derivan siempre de la significación de acontecimientos vividos que no recordamos y que imprimieron una huella en nuestro carácter. En este sentido, podemos comprender que aunque la amnesia infantil se manifiesta como una ausencia de recuerdos conscientes y los contenidos de la memoria no pueden activarse, influyen en nuestra vida

mediante la repetición y participan en nuestras decisiones determinando, "sin que lo sepamos", nuestra conducta (Chiozza, L (1991 (1990)).

En relación al "saber y no saber" Freud (1913) relata el caso de una paciente histérica que había sufrido una experiencia homosexual que tenía olvidada y cuando la madre, que había asistido a la escena mencionada se la recordaba, la hija reaccionaba con un ataque histérico, tras el cual la comunicación quedaba nuevamente olvidada.

Para el autor no cabía ninguna duda de que la enferma exteriorizaba una violentísima resistencia a "un saber" que le era impuesto y frente al cual la paciente "simuló" estupidez y total pérdida de la memoria. Los enfermos, sostiene Freud, "saben" sobre la vivencia reprimida, pero les falta su conexión con el recuerdo reprimido.

En lo inconsciente las vivencias y experiencias "olvidadas" no han desaparecido. En relación a este tema Chiozza L. (1998 (1994)) cita a Freud cuando describe lo reprimido como algo que se encuentra detrás de "una pared transparente", para aludir a que solemos perder la noción de la importancia de aquello que reprimimos pero no la noción de su existencia.

Expresa que algunas investigaciones psicológicas pueden llegar a convencernos de que las impresiones olvidadas han desaparecido de nuestra memoria sin dejar hondísima huella en nuestra vida psíquica. Sin embargo, aclara, no puede existir una real desaparición de las impresiones infantiles, debe más bien tratarse de una amnesia análoga a aquella que comprobamos con respecto a los sucesos sobrevenidos en épocas más avanzadas de la vida y que consiste en una mera exclusión de la consciencia.

Desde diferentes áreas del conocimiento como la medicina clínica, la neurología, las neurociencias y la psicología, surgen interrogantes y respuestas en torno a las razones que conducen a la amnesia infantil. Es frecuente la afirmación de que existe una estrecha relación entre el lenguaje hablado y los recuerdos, y la versión más frecuente suele ser que el niño no recuerda porque para poder recordar es imprescindible que haya adquirido el dominio del lenguaje verbal.

Es cierto que el lenguaje marca un punto de inflexión en la vida, que funciona como un facilitador de la comunicación y del acceso a la consciencia. A partir de los primeros años el mundo expresivo de los niños se enriquece y pueden expresar en palabras sus pensamientos y emociones. Los desarrollos psicoanalíticos muestran que el lenguaje verbal no es una condición para recordar y que los procesos mentales y las representaciones están activas y se expresan de otras maneras mucho antes del desarrollo del lenguaje hablado.

Es habitual observar en las sesiones psicoanalíticas, por ejemplo, la habilidad que tienen los pequeños para dramatizar en el juego recuerdos relacionados con sus emociones y experiencias vividas en la convivencia familiar, escolar, etc.

Ya Klein (1936) consideraba que en la niñez vivimos, sentimos, fantaseamos y actuamos mucho antes del dominio del lenguaje verbal. A diferencia del adulto, el niño pequeño se expresa predominantemente a través del juego, otra forma de lenguaje que compara con los sueños, en los que la riqueza de fantasías se expresa predominantemente en términos visuales.

La autora sostenía que las palabras, si bien son un medio para referirse a las experiencias vividas, constituyen "una adquisición tardía" en el desarrollo. Con esta descripción la autora parece aludir a que la comprensión que tiene el infante del significado del lenguaje, es anterior al desarrollo de la capacidad para "enunciar" las palabras.

En relación al valor y significado de los recuerdos infantiles y de los recuerdos en general, Chiozza L. (1986; 2007) relata que ya Freud, en el historial del "Hombre de los Lobos" y en sus *Conferencias de introducción al psicoanálisi*s, cuando se interroga acerca del valor de realidad que puede otorgarse a los recuerdos de algunas escenas infantiles, concluye que la imposibilidad de deslindar lo verdadero de lo falso, no disminuye el valor que tales recuerdos poseen como representantes de una realidad psíquica actual.

Algunos desarrollos sobre el recuerdo y el recordar

Chiozza L (1978) señala que "en un sentido amplio" la representación es un recuerdo y "el recuerdo se realiza a partir de la memoria, que es la huella o impresión que dejó la presencia de una cosa percibida". La representación no solo es la idea que constituye el recuerdo, sino también el afecto, que no necesita de las palabras para acceder a la consciencia. Aquello que habitualmente llamamos recuerdo son formaciones mixtas que integran la reactualización de las sensaciones que corresponden al afecto, con la representación de las imágenes correspondientes a la percepción.

Destaca que Freud "subrayó más de una vez que los derivados que encontramos en la consciencia se originan en tres tipos de fenómenos: el recuerdo, la sensación y la percepción" (Chiozza L (1998 (1994); (pág.344).

Considera que la percepción y el recuerdo, son dos elementos fundamentales de la vida anímica, dado que sobre ellos se edifica la importante diferencia entre presencia real (material) y representación "mental" de un particular ausente, es decir la diferencia entre las cosas "reales" y las imágenes "mentales". Ambos constituyen una unidad uno de cuyos términos es inconciente, lo cual equivale a afirmar que se excluyen recíprocamente de la consciencia: para percibir es necesario dejar de recordar y para recordar es necesario dejar de percibir (Chiozza L , 1995).

La sensación se vincula con el afecto, la actualidad y la reactualización. El término recuerdo, que etimológicamente significa "volver al corazón", se presta más para referirse al afecto, mientras que las memorias o rememoraciones aluden a los "recuerdos fríos", a las reactivaciones más abstractas de las huellas anémicas (Chiozza L , 1998).

A pesar de que Freud enfatizó que el devenir consciente de la representación-objeto depende de su conexión con la representación-palabra, es indudable, aclara el autor, que nos hallamos en presencia de un proceso general más amplio y que su comprensión más profunda lleva a poder describir mejor distintos tipos de consciencia (Chiozza L, 1978-1993).

Subraya que la representación-palabra se constituye a través de un proceso análogo al de la constitución de la representación-objeto, mediante la

construcción integradora de distintas cualidades sensoriales, una de las cuales, los restos de la percepción acústica de una palabra oida, establece un ligamen prevalente con los restos mnémicos visuales de una particular representación objeto (Chiozza L 1980 (1977:1978;1979).

Mencionamos en el apartado anterior que los recuerdos anteceden al desarrollo del lenguaje verbal. En consonancia con otros autores, Chiozza L (1989 (1986)) señala que nuestro nacimiento deja dentro nuestro huellas en la memoria, que no se manifiestan en el recuerdo conciente. Estudiando el sentido del olfato y la relación existente entre los recuerdos y la palabra, Bianconi S y Bianconi P (2010) aclaran que cuando se hace consciente un recuerdo especialmente vinculado con el gusto o el olfato, por ejemplo, se reactualizan sensaciones y vivencias de la vida fetal y postnatal temprana, que son anteriores al uso de la palabra hablada.

Otra idea frecuente acerca de los "olvidos" de los primeros momentos de la vida y acerca de la "veracidad" de los recuerdos de la infancia, se vincula con la duda acerca de si los mismos son del propio niño o son inducidos por el contexto: relatos de sus padres, videos, narraciones, fotografías, etc. Es cierto que tenemos nuestro relato de aquello que recordamos y también el relato que podemos hacer de nuestra vida a partir de lo que nos han contado nuestros padres.

Respecto del valor de este último relato, el que nos han contado, Chiozza L (1978; 1993) expresa que es simbólico, que es una alusión a lo que está en nuestra memoria, pero no en nuestro recuerdo. En este sentido subraya que nuestro pasado son los relatos que nos contamos a nosotros mismos. Dicho en otros términos, aquello que el niño evoca o recuerda, más allá de la influencia del entorno, forma parte de su propia "historia", cargada de significado e importancia, es decir, de la historia que pudo "construir".

A partir de la comprensión del significado del tiempo primordial y en consonancia con otros autores, Chiozza L. comprende que el recordar no es una realidad física sino histórica. Recordar no es un "retorno" del pasado sino que son los procesos anímicos de recordar y presentir los que engendran las nociones de pasado y de futuro. Son nociones que pertenecen al "territorio" del alma y que nacen de una carencia actual. Pasado y futuro encubren y a la vez representan algo que nos sucede y nos afecta en el "aquí y ahora", y se

despiertan en la medida en que tienen la capacidad de representar un acontecimiento actual inconsciente. (Chiozza L. ,2007 (1986; 1997; 2007); pág 143)

En este sentido tiene muy poca importancia buscar en los datos de la memoria consciente de un paciente lo que realmente aconteció. Cuando nos ocupamos de comprender una historia, dice Chiozza, L (2007 (1986; 1997; 2007); (pag.76) entendemos que se trata de una versión y que lo que nos interesa del pasado es lo que está vivo en la actualidad y en la manera de vivir el presente.[6]

Destaca que la historia, desde este punto de vista, es algo mucho más rico que el registro "objetivo" de una secuencia. Una sucesión de hechos de significación diversa aunque cronológicamente ordenados, no constituye una historia. Una historia es, en su sentido esencial, un entretejido de temas o "argumentos" que se presentan una y otra vez en el escenario de la vida, y conforman un drama con características universales.

Desde el campo de la neurología y la neurociencia la falta de recuerdos de la primera infancia es atribuida a la formación de nuevas neuronas en el hipocampo- neurogénesis- durante el desarrollo, un proceso necesario para incrementar la capacidad cognitiva y facilitar el aprendizaje.

Solms y Kaplan-Solms (2000; citados por Bianconi, S y Dayen, M, 2010) describen que la corteza frontal es crucial en la recuperación de la memoria y que la misma, al igual que ocurre con el hipocampo, está poco desarrollada en los dos primeros años de vida. De hecho, afirman, hay una fase de crecimiento considerable de la corteza frontal alrededor de los dos años de edad y luego una segunda fase hacia los cinco años. Explican que en los primeros años de vida el nivel de organización del sistema frontal es bajo y por este motivo el niño no puede recuperar los recuerdos de un modo racional y con una secuencia cronológica.

Estiman que el modo de recuperar los recuerdos depende del modo en que han sido almacenados y relacionan esta formulación con los conceptos

[6] Todo recuerdo de aquello que ocurrió, es una representación de aquello que está ocurriendo actualmente. La historia no se realiza con los hechos que han "pasado", sino que solo puede relatar aquello que está vivo en el presente, aquello que no ha terminado de ocurrir. (Chiozza L ((1980 (1977;1978;1979) (pág. 69)

freudianos de represión. Refuerzan su teoría destacando el hecho de que algo que no es recordado concientemente no significa que no sea recordado en absoluto[7].

Chiozza L (1991; 1995) considera que la meta principal de la consciencia es la disponibilidad para acoger nuevas experiencias y esta disponibilidad, agrega, alcanza su máximo cancelando toda huella de las experiencias anteriores. Los recuerdos o representaciones no surgen en la consciencia de manera duradera. Chiozza G (2003) al ocuparse del profundizar en el tema la consciencia, recuerda a Freud, para quien una representación no es conciente de manera constante. Lo característico del estado de la consciencia es que las representaciones pasen con rapidez y que pueden volver a ser conscientes bajo ciertas condiciones.[8]

Nos parece posible pensar que aunque todas las vivencias de la temprana infancia han dejado huellas en la memoria, no todas "necesitan" del acceso a la consciencia. Algunas han sido vividas "adecuadamente", como puede suceder por ejemplo, con las fantasías predominantes en cada fase de la evolución tánato-libidinosa, que se integran naturalmente y son sustituidas por otras durante el desarrollo de las etapas siguientes. También es posible pensar que, en tanto podemos comprender distintas formas de consciencia y de niveles de consciencia inconsciente, aquello que funciona sin alteraciones es "abandonado" a los automatismos inconscientes y no necesita ser registrado por la consciencia habitual.

Desde el campo de la neurología Catherine Loveday sostiene que en el primer par de años el cerebro se desarrolla con increíble rapidez y crea tantas conexiones nuevas que el cerebro de un bebe de un año tiene más conexiones que en cualquier otro momento en su vida. Una de las actividades necesarias para el funcionamiento del cerebro, afirma, es la de

[7] La neuroplasticidad es la capacidad del cerebro de aumentar o disminuir el número de ramificaciones neuronales y de sinapsis, a partir del estímulo sobre el córtex cerebral. Así es como se comprende que la neuroplasticidad sea la base estructural del aprendizaje. (www.educativo.utalca.cl/medios/educativo/neuroplasticidad.pdf)

[8] En este trabajo no nos ocupamos de los desarrollos acerca de la conciencia realizados por Chiozza L y Chiozza G.

"podarse", de deshacerse de algunas de sus conexiones, como si se podara un árbol para tratar de que crezca más sano[9]

Desde nuestro campo, el estudio del proceso de duelo normal, cuyo desenlace lleva a una re-significación, nos lleva a pensar en la modificación, en el "desgaste" de los recuerdos, en la atemperación o el cambio de su significación. Una modificación a la manera en que plantean Chiozza L y colab. (1970 (1968)) cuando interpretan que el llanto tendría el sentido del olvidar, pero no en el sentido de reprimir, sino especialmente en el de "desgastar" las reminiscencias, simbolizado a través del proceso de "borrar" o "disolver" las imágenes visuales.

No todos los recuerdos de la primera infancia sufren el destino de la represión, y posiblemente algunos recuerdos de experiencias vitales tempranas son "desgastados" de una manera semejante.

La idea del recuerdo y el deseo como dos caras de la reactivación de la huella mnémica de la experiencia de satisfacción, una que "mira" hacia el pasado y otra que "mira" hacia el futuro, permiten comprender que el recuerdo de las experiencias, aunque permanezca inconsciente, nos orienta y dirige hacia el encuentro con los objetos que satisfacen la necesidad.

Es cierto que los recuerdos "afectivos", la reactualización de los afectos que forma parte del recordar, puede contribuir a la "puesta en marcha" del proceso de duelo. Y también que cuando se trata de afectos penosos que resultan insoportables, los recuerdos suelen reprimirse, y se dificulta el progreso del trabajo de duelo .

Chiozza L (2005) considera que los recuerdos que ocasionan sentimientos penosos pueden funcionar como "las señales que indican, en los bordes de un camino, la zona en que no debemos ingresar". (pág 187). Describe que la represión oculta lo reprimido tras una "lápida" de dolor y que podemos experimentar un dolor- señal que nos avisa que detrás de esa lápida hay más dolor, un dolor como ese pero más fuerte aún. Recuerda que hay una frase común que expresa muy bien esta situación: "no me hagas acordar" o

[9] (www.webconsultas.com/mente-y-emociones/trastornos-mentales/descubren-la-causa-de-la-amnesia-infntil-11576)

también “no quiero ni acordarme”. Frases que son ciertas y que solemos expresar frente a traumas recientes, y que son aún más ciertas cuando se trata de traumas infantiles reprimidos que han dejado huellas muy profundas. (Chiozza L , 1998 (1994)) .

Refiriéndose a las distintas formas de enfermedad, el autor sostiene que la enfermedad somática es una manera particular de reprimir los afectos penosos, de experimentar “afecciones” en lugar de afectos insoportables. Así, por ejemplo, investigando las fantasías inconscientes de las várices, una alteración de las venas que llevan la sangre de retorno al corazón, Chiozza L y colab. (1991g (1990)) encuentran que este trastorno representa un desarrollo equivalente a lo que hubiera podido manifestarse como un intento de demorar “la vuelta al corazón” de recuerdos penosos que desencadenan sentimientos de nostalgia o de condena insoportables, evitando así la intensidad afectiva que debería acompañar a lo rememorado y ”postergando” la realización de un duelo.

En relación al tema que nos ocupa nos preguntamos entonces cuáles son los afectos penosos que entrañan los recuerdos que, a los fines de la defensa, necesitamos reprimir bajo la forma de la amnesia de los primeros años de la infancia.

“Detrás” de la amnesia infantil

Las represiones infantiles, sostiene Freud, (1937) dependen enteramente de la proporción relativa entre las fuerzas de las pulsiones y el yo. El aparato psíquico no tolera el displacer y si la percepción de la realidad objetiva trae displacer, la percepción tiene que ser sacrificada. Considera que contra el peligro “interior” no vale huida alguna y por eso los mecanismos de defensa del yo están condenados a “falsificar” la percepción de si mismo. Señala que la represión como modo de la defensa en general, protege al yo del contacto con estimulos traumáticos.

En la investigación del psiquismo fetal y del significado específico de las fantasías hepáticas, Chiozza L (1963; 1970) considera que cuando ocurre el nacimiento y se interrumpe de manera repentina el flujo de sustancia que llega a través del cordón umbilical, se produce una insuficiencia yoica frente a

la sobrecarga de estímulos, una vivencia de insuficiencia que adquiere la significación de una forma de castración que el autor denomina “hepática”.

Sabemos que la experiencia de nacimiento y la separación de la “madre umbilical deja una profunda huella que se erige como símbolo de toda separación traumática”. Cuando Chiozza L y colab (2001) investigan los significados del síndrome gripal encuentran que sus síntomas remedan los de “la indefensión” de los primeros días de vida extrauterina, y corresponden a un conjunto de sentimientos que denominan desolación.

El autor comprende que durante la lactancia el bebé se reencuentra con la madre y tiende a pensar, defensivamente, de acuerdo con el principio de placer, que ella es una parte de sí mismo. Pero pronto descubre que la madre no le pertenece, “va y viene” regida por una voluntad que él no domina. “Ese día, en el cual el lactante ha progresado en el conocimiento del mundo, quedará sin embargo registrado en una parte inconciente de su alma como un momento malhadado en el que ha ocurrido una de las experiencias más penosas de la vida” (Chiozza L, 2012 pág.47).

Considera que frente a la necesidad de renunciar a esa parte importante de lo que consideraba propio, experimenta una vivencia que denomina “mutilación” del yo, como si hubiera perdido una parte de si mismo. Se constituye, expresa, “la primera y más importante ‘carencia’ de nuestra vida después del nacimiento”. Se trata, aclara, de “una carencia que podemos considerar fundante”, una “falta” que entraña el sentimiento de estar incompleto y de ser incapaz de conservar lo que es propio (ibídem, pag 48).

La capacidad para acostumbrarse a una realidad inevitable y a moderar los sentimientos penosos depende del proceso de duelo, y los remanentes de la primera falta que no han sido duelados conducen a la búsqueda de compensaciones que siguen una historia típica, “en un proceso que durará toda la vida, pero que ya se alcanza en la infancia, porque el afán de protagonismo y de reconocimiento se percibe fácilmente en los niños” (ibídem, pag 52).

El autor señala que: “A diferencia de lo que ocurre con la primera falta, que hunde sus raíces en lo que no se recuerda, solemos llevar muy cerca de la

consciencia esos remanentes de la segunda y la tercera que no hemos podido finalizar de duelar" (ibídem, pag 53).

Entendemos que la vivencia de "indefensión" en los primeros días de la vida postnatal y la vivencia de "incompletud", de mutilación yoica, parecen corresponder a la experiencia de desvalimiento, debilidad y limitación de yo propias del neonato, vivencias y experiencias que resultan muy traumáticas y "necesitan" quedar ocultas.

En tanto el motivo de la represión es impedir el desarrollo de afectos displacenteros, la reactivación de los remanentes de la primera falta configura una situación de peligro y amenaza con la revivencia de estos afectos traumáticos que no han sido duelados. Una dolorosa sensación de desvalimiento, de insuficiencia, incompletud o limitación yoica, que seguramente acompañan los primeros desprendimientos, "los primeros pasos", en términos de Aberastury, "la dentición, el destete, la marcha y el lenguaje".

Posiblemente podemos hacer extensiva esta interpretación a los olvidos que padecemos lo largo de la vida, como una defensa frente a aquellas situaciones traumáticas que movilizan huellas reprimidas de experiencias en que sentimos superada nuestra capacidad de materialización y nos encontramos con una penosa vivencia de limitación yoica.

Cuando la vida nos enfrenta con alguna situación peligrosa, afirma Chiozza L (2005) se pueden reactivar en nosotros algunas de las experiencias reprimidas, y podemos llegar a revivir sensaciones corporales que hemos experimentado al nacer, acerca de las cuales conservamos huellas.

Nos parece posible pensar que junto con la necesidad de reprimir la sexualidad infantil que Freud destaca como motor de la amnesia infantil, la amnesia de los primeros años de la vida postnatal podría tener que ver con la necesidad de reprimir estos afectos penosos, remanentes de la primera falta que, como ya mencionamos, no lograron ser suficientemente duelados.

Recordamos que Chiozza señala que la concepción de "la primera falta" habla de una carencia fundante en tanto "constituye los cimientos de construcciones que, como el complejo de Edipo, el complejo de castración y

los celos, nos acompañarán toda la vida" (Chiozza L , 2012; pag 48). Y agrega que la persistencia de los remanentes de las faltas (protagonismo, reconocimiento) que no logramos duelar "impregna nuestro ánimo con los cuatro afectos (envidia, celos, rivalidad y culpa) que (…) motivan nuestro ánimo más de lo que solemos creer" (ibídem, pag 53)

Si bien la primera infancia y la latencia son períodos evolutivos diferentes, con características propias, encontramos en una investigación sobre la latencia, una etapa que suele caracterizarse por la represión de la sexualidad infantil, desarrollos en esta misma línea.

Bianconi, S y Dayen, M (2010) al ocuparse de las vicisitudes afectivas propias de la latencia, destacan que según la teoría psicoanalítica en ese período la organización fálica "se va al fundamento" como desenlace de la situación edípica, y que esto conlleva la vivencia de castración, que a su vez motiva una amnesia que abarca los primeros años.

Cuestionan el supuesto freudiano de que la organización fálica "se va al fundamento" como resultado de la represión y, en cambio, sugieren que el desarrollo de la sublimación posibilita una mayor elaboración del complejo que va de la mano, afirman, de la atenuación de la idea de castración.

Señalan que probablemente en la latencia el desplazamiento de la libido hacia otras personas o a la desviación de los impulsos hacia los logros culturales, puede aparecer como un menor interés por la sexualidad. Sin embargo, sugieren que esa etapa constituye un momento de cambio en el que participan activamente la represión y la sublimación y que la sublimación, como dijimos, se vincula con una mayor elaboración de los conflictos.

En este sentido sostienen que la sublimación y la represión se "disputan" el predominio durante la latencia y que de la preponderancia de una u otra modalidad, afirman, dependerá el desarrollo del niño.

Al profundizar en la comprensión de los sentimientos que rodean "las cuatro faltas" que Chiozza describe, establecen una relación entre el período de latencia y el resurgimiento de los remanentes de la vivencia de la "primera falta". Consideran que el niño latente logrará un desarrollo más o menos

saludable según la elaboración que pueda hacer del “tamaño” de su yo en relación con quienes lo rodean.

Retomando las investigaciones de la neurología y las neurociencias, señalan que el desarrollo del lóbulo frontal en la infancia puede estar relacionado con la capacidad de sublimación y que la recuperación de la memoria está en íntima relación con un menor grado de la amnesia infantil, con un mayor grado de integración afectiva y un mayor grado de contacto con las posibilidades del yo ante la realidad.

Para finalizar recordamos a Freud cuando compara la amnesia infantil con represiones posteriores y con la amnesia histérica. Podríamos decir que la necesidad de una mayor o menor represión de los remanentes de las vivencias de mutilación yoica que giran en torno a la “primera falta”, parecen condicionar el grado y las características de la amnesia infantil y también las de la represión en la época de la latencia, entre otros momentos de la vida.

A modo de síntesis

Comenzamos nuestro recorrido recordando que, a diferencia de la explicación habitual basada en la inmadurez funcional del niño pequeño, Freud comprendió que el olvido de impresiones, escenas y vivencias de los primeros años, es el resultado de la represión que afecta a la sexualidad infantil, y se extiende a casi la totalidad de los acontecimientos de la primera infancia. Si bien no se presenta en todas las personas de la misma manera, llegaría hasta alrededor de la declinación del Complejo de Edipo y la entrada en la latencia.

Condición para las represiones ulteriores y, especialmente, para la amnesia histérica, junto con el tema del “olvido” Freud explora distintos aspectos del recuerdo: los recuerdos encubridores, que pueden ser dilucidados a la manera del análisis de los sueños; la “veracidad” de los recuerdos; actuar y repetir en lugar del recordar, etc.

Mencionamos algunos de los desarrollos de L. Chiozza acerca del recuerdo, y su entramado con la percepción y la sensación: la diferencia entre las

representaciones y “las cosas”, entre el recuerdo y la memoria; los recuerdos “afectivos” que contribuyen al progreso del proceso de duelo, y la demora o represión de los recuerdos cuando se acompañan de afectos insoportables; el proceso de recordar que engendra la noción de pasado, un pasado que encubre y representa una carencia actual, etc.

Señalamos que aquello que el niño evoca o recuerda, más allá de la influencia y los relatos que haya escuchado del entorno, forma parte de la historia que pudo “construir”, de su “propia historia”, cargada de significado e importancia.

Respecto de la relación entre la posibilidad de recordar y el dominio del lenguaje verbal, recordamos que percepción y recuerdo son referentes básicos de la consciencia que se entraman y se ocultan mutuamente, y que ya M. Klein consideraba que los niños pequeños, antes de poder hablar, reproducen recuerdos de sus experiencia en sus juegos.

El recuerdo de las experiencias, aunque permanezca inconsciente, “orienta” los deseos. Es posible pensar que aunque todas las vivencias de la temprana infancia han dejado huellas en la memoria, no todas “necesitan” del acceso a la consciencia y no todas sufren el destino de la represión. Algunas han sido vividas “adecuadamente” y son relegadas a los automatismos inconscientes. También, como sucede con los recuerdos en el proceso de duelo, algunos recuerdos de la infancia pueden ser “desgastados”, atemperar su significancia y ser re-significados.

La pregunta acerca de cuáles son los afectos penosos “detrás” de la amnesia infantil, nos llevó a considerar la concepción de L. Chiozza acerca de “la primera falta” y a pensar que, junto con lo que señala Freud, es posible que la reactivación de los remanentes de la primera falta configure una situación de peligro. La amenaza de revivir afectos traumáticos que no han sido duelados: dolorosas sensaciones de desvalimiento, de insuficiencia, incompletud o limitación yoica, que se reactualizan con los primeros desprendimientos, con “los primeros pasos”.

Finalmente, si bien la primera infancia y la latencia son períodos evolutivos diferentes, con características propias, encontramos en una investigación sobre la latencia, que constituye una etapa que puede asemejarse a los

primeros momentos de la vida postnatal, en relación a la necesidad de reprimir afectos penosos, remanentes de la primera falta que no lograron ser suficientemente duelados.

BIBILIOGRAFIA

Chiozza, L. (1963; 1970) Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Acerca del psiquismo fetal y la relación entre idea y materia. *Obras completas,* Tomo I. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1963; 1970) "Acerca del método y el propósito". En *Cuando la envidia es esperanza Historia de un tratamiento psicoanalítico*. *Obras completas*, Tomo II. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1970 (1968) "Una idea de la lágrima". *Obras completas*. Tomo III. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1978) "Acerca de la localización y el momento de la enfermedad somática". En *Presencia, transferencia e historia*. Alianza Editorial, Madrid, Bs.As. 1998.

Chiozza, L. (1978; 1983) "El problema de la simbolización en la enfermedad somática". I Presencia, ausencia y representación". *Obras completas,* Tomo IV. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008)

Chiozza, L. (1980 (1977; 1978; 1979) "El problema de la simbolización en la enfermedad somática". *Obras completas*, Tomo IV. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1986; 2007) "La historia que se oculta en el cuerpo". En *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo. Obras completas*, Tomo XIV. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1989(1986)) "Comentario sobre Narratividad, tiempo y mito en plsicoanálisis y en psicosomática" de Carlo Brutti. *Obras Completas*, Tomo V. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1991g (1990)) "Los significados inconscientes específicos de la enfermedad varicosa". *Obras completas,* Tomo X. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1995) “El psicoanálisis y los procesos cognitivos”. *Obras completas*, Tomo VI. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1998 (1994) “Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis”. *Obras completas*, Tomo IX. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (1998) *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Alianza Editorial, S.A. Madrid-Buenos Aires 1998.

Chiozza, L. (1998) “Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis”. En *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*. Alianza Editorial, S.A. Madrid-Bs.As. 1998.

Chiozza, L. (1998) “Fundamentos para una metahistoria psicoanalítica”. En *Presencia, transferencia e Historia*. Alianza Editorial, Madrid/Bs.As. 1998.

Chiozza Luis y colab. (2001) “Un estudio psicoanalítico del síndrome gripal”. *Obras completas*, Tomo XIII. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (2005) “La recuperación de las ganas”. En *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*. *Obras completas*, Tomo XV, Libros del Zorzal, Bs. As. 2008.

Chiozza, L. (2007 (1986; 1997; 2007) *Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. *Obras completas*, Tomo XIV. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza, L. (2009) “La organización de la consciencia”. En *Corazón, hígado y cerebro*. *Obras completas*. Tomo XVIII. Libros del Zorzal, Bs.As. 2008.

Chiozza L, (2012) *El interés en la vida. Solo se puede ser siendo con otros*. Libros del Zorzal Bs.As. 2012.

Freud, S. (1899) “Sobre los recuerdos encubridores”. *Obras completas*, Tomo III, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980

Freud,S. (1901) “Recuerdos de infancia y recuerdos encubridores”. En *Psicopatología de la vida cotidiana*. *Obras completas*, Tomo VI, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980.

Freud, S. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual. Obras completas*, Tomo VII, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980.

Freud, S. (1913) “Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)”. *Obras completas*, Tomo XII. Amorrortu Editores, Bs. As. 1980.

Freud, S. (1914) “Acerca del *fausse reconnaissance (“déjà raconté)* en el curso del trabajo psicoanalítico”. *Obras completas*, Tomo XIII, Amorrortu Editores, Bs. As. 1980.

Freud, S. (1914) “Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)”. *Obras completas,* Tomo XII, Amorrortu Editores, Buenos Aires 1980.

Freud, S. (1915;1916) “Los actos fallidos (conclusión)”. En *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. *Obras completas,* Tomo XV. Amorrortu Editores, Bs. As. 1980.

Freud, S. (1920; 1922) *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras completas, Tomo XVIII. Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Freud, S. (1925) “Presentación autobiográfica”. *Obras completas*, Tomo XX. Amorrortu Editores, Bs. As. 1980.

Freud, S. (1932;1936) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras. Obras completas*, Tomo XXII. Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Freud, S. (1937) “Análisis terminable e interminable”. *Obras completas*, Tomo XXIII, Amorrortu Editores, Bs.As. 1980.

Klein, M. (1936) “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé”. En *Desarrollos en Psicoanálisis*. Editorial Paidós, Bs.As. 1967.

Laplanche, J., Pontalis, J.B (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor, S.A. Barcelona 1971

Referencias bibliográficas

Benitez de Bianconi, S y Funosas de Dayen, Mirta. "Pensando en la etapa de latencia" (segunda comunicación). Instituto de docencia e investigación. Fundación Luis Chiozza, 23 de julio de 2010

Benitez de Bianconi, S. y Bianconi, P. " Ideas sobre el sentido del olfato". Instituto de docencia e investigación. Fundación Luis Chiozza, 26 de noviembre de 2010

Chiozza, G "El psicoanálisis frente al problema de la conciencia". Instituto de docencia e investigación. Fundación Luis Chiozza, agosto 2003.

La participación de los padres en el tratamiento psicoanalítico de niños

Lic. Silvana Aizenberg

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
30 de Octubre de 2020

En trabajos anteriores nos hemos ocupado de describir que, aunque la estructura anímica de los niños difiere en muchos aspectos de la del adulto –en tanto es un ser en desarrollo que siente, se comunica de modo diferente y transita por etapas evolutivas de cambios veloces– la distinción entre el psicoanálisis de niños y el de adultos es solamente de técnica y no de principios, así como lo sostenía Klein.

En esta ocasión, queremos retomar este tema dado que, cuando hablamos de la diferencia de técnica entre el análisis de adultos y el de niños, aludimos a la adaptación de la técnica de juego –porque los niños se expresan predominantemente jugando y dibujando– pero no nos referimos generalmente a otro aspecto esencial en el análisis de la infancia, que es el lugar que ocupan los padres en el tratamiento de los niños y su participación en este.

No desconocemos el hecho de que en el tratamiento de adultos, en algunas circunstancias, también es necesario entrar en contacto o realizar entrevistas con algún familiar del paciente, pero esto no es tan frecuente y esos eventos no comparten muchas de las características que involucran al análisis de niños.

Con ellos, en cambio, nos vemos en la necesidad de admitir que la presencia "real" de los padres es una presencia activa e inevitable de la que no podemos prescindir, dado que son quienes pueden asumir el compromiso adulto, gestionar el encuentro y hacerse cargo del tratamiento.

Los padres no solo piden la entrevista inicial, movilizados por las dificultades del hijo –que en sí mismas son consideradas un pedido de ayuda– o debido a una solicitud manifiesta del paciente mismo, sino que son ellos quienes deciden si el tratamiento dará inicio o finalizará. Y una vez iniciado, suelen pedir reuniones en forma

irregular, discontinua o inesperada, lo que termina configurando una experiencia clínica singular.

Por estas circunstancias, en el trabajo clínico, muchas veces nos vemos en la necesidad de resolver obstáculos o inconvenientes que ocasionan desencuentros y que repercuten de diferentes modos en el tratamiento del paciente.

Lograr una adecuada identificación o empatía con los padres, que facilite o posibilite llevar adelante el tratamiento, dependerá de los basamentos teóricos que sustentemos, de la experiencia clínica con la que contemos y del establecimiento de un encuadre definido.

Aunque también queremos señalar que, más allá de la significativa utilidad de disponer de un encuadre delimitado y claro, partimos fundamentalmente de la concepción que psicoanalizar a un niño implica una forma de hacer, cuya realización se basa en el conocimiento del cuerpo de teoría que caracteriza al psicoanálisis en general e implica el análisis sistemático de la transferencia, la contratransferencia y las resistencias.

Es decir, partimos de la convicción de que es necesario contar con un encuadre definido, pero sin perder de vista que lo esencial en la técnica es lograr la conexión emocional que deriva de la transferencia-contratransferencia y sin incurrir en la idea de que el encuadre es una regla fija que hay que respetar de manera inamovible.

La habitual pregunta acerca de si es posible analizar a un niño prescindiendo de la participación de los progenitores conlleva a admitir que la tarea en sí misma puede ser factible. Después de todo, la labor terapéutica radica en el análisis del vínculo analítico que establecemos con el niño, utilizando como representación el

“aquí y ahora” de la situación transferencial, aun en el caso de niños muy pequeños. Pero esto no implica que podamos afirmar que sea factible evitar de manera radical la inclusión de los padres en el tratamiento.

Entendemos que, cuando un niño juega, se mueve en el espacio y, por así decir, representa de una manera teatral –a través del juego– todas las vivencias que muchas veces nos permiten comparar la sesión psicoanalítica con el proceso del sueño. Esto nos posibilita sostener que el juego es una representación transitoria, ocasional, del drama central que constituye el punto de urgencia de su vida.

El encuentro del analista con los padres, más allá de la información que puedan brindar, ofrece la posibilidad de una vivencia muy particular. De alguna manera, es como “ver” a los padres a través de “los ojos” del niño, dado que él tiene una relación con cada uno de los progenitores y una relación con el interjuego de ambos.

Ante el comienzo del análisis de un niño, Klein (1932) solía tener un breve contacto inicial con los padres y prescindía luego lo más posible de dichos encuentros, afirmando que era factible trabajar psicoanalíticamente con el paciente y que no debía contarse con la ayuda de los adultos, ni alterar la educación en el hogar, pues solo su mejoría podría condicionar cambios en el medio familiar.

Aberastury (1962), siguiendo los lineamientos de Klein y convencida de que la modalidad de dar consejos a los padres, que había ensayado en sus primeras épocas, era inoperante y muchas veces agravante, mantenía las entrevistas que eran indispensables, sin tratar de influir en su conducta habitual.

Partía de la idea de que el niño es alguien que piensa, percibe, comprende, puede expresar su mundo interno y colaborar en el

proceso analítico. Sin embargo, sobre la base de la necesaria dependencia infantil, decía, existe una fuerte tendencia a considerar al niño como un mero objeto en el grupo familiar y no como una parte activa de este.

La autora puntualizó las características de las entrevistas, formulando reglas precisas para realizar un interrogatorio con datos detallados acerca de la vida del niño y su entorno, sin abandonar el criterio de que los padres hablen del hijo y de su relación con él.

Sostenía que, antes de iniciar el análisis, era necesario obtener el máximo de información. Estas reuniones dirigidas, que no se realizan en presencia del niño, aportan el motivo de consulta actual: los datos biográficos de la familia; la historia del niño; su evolución; la descripción de un día de vida; el relato sistemático de sus enfermedades, operaciones o accidentes; los sucesos traumáticos; los hábitos familiares; las ideologías; la religión, etc.

Con los años transcurridos desde estas primeras postulaciones, la experiencia clínica nos llevó a reconsiderar la utilidad de confeccionar un cuestionario tan minucioso. Aunque pensamos que una mayor cantidad de datos recibidos de la vida del paciente y su familia son representaciones que pueden ser un aporte importante para profundizar en la comprensión de las vivencias del niño y en la posibilidad de identificación del analista con sus trastornos, actualmente partimos de la idea de que no es prioritario obtener un relato extremadamente detallado, dado que lo principal en nuestra tarea es la comprensión e interpretación de aquello que el niño ofrece en cada una de sus sesiones.

En este sentido, no es nuestro propósito durante las entrevistas realizar un “interrogatorio” a los padres, sino establecer un ámbito

en el que ellos tengan la posibilidad de hablar, sin forzar aquello que pensamos que es una actitud defensiva de su parte y tampoco enfrentarlos con lo que nos parece evidente. Hay que considerar que no siempre están dispuestos a reconocer o tolerar aspectos reprimidos.

Winnicott (1980), al referirse a la clínica psicoanalítica infantil, comentaba que, en algunas ocasiones, tomaba nota de todo lo que sucedía a lo largo de la entrevista con los padres, incluyendo lo que él mismo decía. Aunque agregó, que buena parte de esas entrevistas, y en especial sus detalles más sutiles, se borraban "como un sueño al nacer el día".

Desde los fundamentos de la teoría psicoanalítica, sostenemos que tanto los pacientes adultos como los niños, cuando inician un tratamiento, llegan "acompañados" de su entorno familiar, con sus objetos internos, sus identificaciones; es decir, con los padres que cada uno lleva consigo.

Compartimos el criterio de Klein y Aberastury de mantener una actitud en la que se otorga preferencia al tratamiento del niño, a preservar el vínculo que establecemos en el análisis con él, y realizar con los padres las menores entrevistas posibles.

Sin embargo, como terapeutas, reiteradamente nos encontramos como ya mencionamos, con el inconveniente de que los padres, ansiosos por suprimir los síntomas del niño, piden orientación, indicaciones, diagnóstico y pronóstico, o esperan un relato acerca de lo que sucede durante las sesiones. Es frecuente también que realicen llamados telefónicos para informar acerca de algún acontecimiento de la vida del niño, de las circunstancias familiares o que pidan consejos acerca de alguna decisión, como puede ser la conveniencia de un cambio de colegio.

Entendemos que estas solicitudes, por un lado, representan una auténtica inquietud para que su hijo reciba ayuda y, por el otro, pueden ser expresión de diferentes motivaciones inconscientes. Una de esas motivaciones, por ejemplo, está sostenida por la fantasía optativa de que el analista posee una capacidad "fuera de lo común", que es un personaje omnipotente que puede proponer soluciones o resolver las dificultades.

Los trastornos de los hijos generan angustia e intolerancia, frecuentemente se experimentan como un reflejo de las propias dificultades y despiertan la necesidad de aliviar rápidamente los sentimientos de culpa. Sabemos que dichos sentimientos de culpa forman parte de un malentendido, que se construye a partir de la fantasía ubicua de "culpar" a los padres por las dificultades o enfermedades del hijo –algo que es facilitado por el hecho de que el niño es un ser en formación que depende de sus padres y de la injerencia que estos poseen sobre su vida y su constitución–. (Aizenberg y Casali, 1995).

En algunos casos, la ambivalencia de los padres se pone de manifiesto no solo cuando se oponen a su análisis, sino también cuando, durante las entrevistas iniciales, olvidan relatar alguna circunstancia familiar penosa, los síntomas por los que lo habían traído o cuando tienden a minimizar las dificultades o a exagerarlas.

De la observación clínica se desprende que el mismo paciente, muchas veces, durante sus sesiones puede ofrecer al analista el relato, por medio de su comunicación verbal o no verbal, de acontecimientos de su vida que los padres no mencionaron.

Aberastury (1962) proponía que, una vez concertada la entrevista inicial, en primer lugar era conveniente indagar sobre el motivo de consulta, porque el problema inicial más difícil, decía, es hablar de

lo que no “anda bien” con el hijo. Y aunque dichas resistencias, afirma, hayan sido vencidas en gran parte en el momento en que decidieron consultar, sugería seguir este criterio porque disminuía el monto de angustia inicial.

La autora destacó que se establece un doble proceso de transferencia y contratransferencia –por un lado, con los padres y, por el otro, con el niño– y señaló que, a veces, las entrevistas con los progenitores les despiertan a ellos sentimientos de fracaso, culpa, humillación e injuria narcisista, temor a ser juzgados o acusados, etc.

Oponerse a la indicación de tratamiento para el hijo o interrumpir la terapia una vez iniciada se debe, muchas veces, a que se sienten “tironeados” entre el deseo de que reciba ayuda psicoterapéutica y la pena por no poder ser ellos quienes puedan ayudarlo. Incluso a veces surge el temor a que el analista pueda pasar a constituir otro modelo de identificación y ellos dejen de ser los principales receptores del amor de los hijos.

Forma parte del proceso analítico que el analista, con su presencia y sus interpretaciones, se convierta en un personaje inesperado, un nuevo modelo de identificación.

Si bien en la vida de los niños hay personas que intervienen con su presencia y sus enseñanzas: familiares, amigos, maestros, etc. el analista con el contacto semanal frecuente y además de carácter privado, puede estimular en los progenitores una mayor inquietud y un mayor sentimiento de exclusión. En algunas ocasiones suelen comentar la curiosidad que les despierta aquello que el niño hace o dice en el consultorio.

Por otro lado, es una evidencia, desde la experiencia clínica, que los padres tienden a sentirse perseguidos y experimentan una movilización familiar cuando, frente a la ayuda terapéutica, sienten que el niño pone de manifiesto o se "ocupa" de mostrar aquello que ellos necesitan o quieren mantener oculto.

Los padres desean la mejoría del niño y la superación de sus dificultades, pero como al mismo tiempo comparten la vertiente inconsciente que las sostiene, en ese sentido podemos decir que son "cómplices" de los trastornos del hijo.

De este modo, la combinación de conflictos mutuos, muchas veces perturba o impide la posibilidad de la ayuda analítica; ayuda que al mismo tiemplo es solicitada.

Si admitimos que las diferentes actitudes que los progenitores asumen están motivadas no solo por la necesidad de atemperar el sufrimiento que ocasiona el trastorno de un hijo, sino por conflictos inconscientes que forman parte de dicho trastorno, nos planteamos de qué manera procedemos con ellos desde el punto de vista de la técnica y el encuadre.

Entre los aspectos generales que forman parte de la técnica, queremos resaltar que los analistas no somos pedagogos, consejeros ni orientadores de padres. Nuestra tarea no consiste en dar explicaciones, ni adjudicar el trastorno del paciente a un determinado trauma o circunstancia vital acontecida, sino que nos centramos en encontrar significados, comprender aquello que se despliega en el vínculo transferencial-contratransferencial con el paciente, que a su vez revela el estilo con que este, aun siendo muy pequeño, ha aprendido a enfrentar su vida.

Muchas veces, con el propósito de lograr una contratransferencia positiva con los progenitores, en quienes se proyecta al objeto perseguidor, los consejos o las infidencias en las que podemos incurrir como analistas, surgen de la intención de solucionar con rapidez los trastornos del paciente y de la necesidad de obtener resultados que atemperen o encubran el propio sentimiento de insuficiencia en la comprensión más profunda.

Sabemos que la relación que se establece entre paciente y analista suele estar impregnada por afectos e importancias, que depende de la transferencia que es depositada en las figuras paternas y que recae sobre el analista, y esto adquiere un carácter de confidencialidad, que es necesario respetar.

Aberastury (1962) sostenía que la ansiedad persecutoria del analista frente a la presencia de los padres o ante sus resistencias para hacerse cargo del análisis del niño puede encontrar su explicación en la actualización de la conflictiva edípica del propio terapeuta, que lo puede llevar a experimentar la relación con el paciente como la vivencia de “robo” del hijo a los padres.

Siguiendo con nuestro rol de terapeutas, debemos señalar que tampoco formulamos diagnósticos clínicos, dado que partimos de la concepción de que contemplamos toda conducta, síntoma, enfermedad o accidente como expresión de fantasías inconscientes reprimidas. Y, en ese sentido, la diferencia entre formular un diagnóstico y el tratamiento se desdibuja.

Interpretamos que la solicitud de un diagnóstico es una necesidad que puede estar sostenida por el deseo de esgrimir una irresponsabilidad de los padres ante aquello que está sucediendo y quedar colocados en condición de damnificados a quienes hay que

reparar. Una situación semejante podemos encontrarla en algunos niños, dependiendo de la edad.

No es poco frecuente que algunos padres hablen de los trastornos de su hijo justificándose o acusándose mutuamente o aferrándose a una etiología médica o histórica, refiriéndose a que el padecer del niño está vinculado con la enfermedad de algún miembro familiar.

Por otra parte, la obtención de un diagnóstico, puede conducir a la administración de algún medicamento que no es inocuo, con la intervención de la medicina tradicional, y puede traer consecuencias serias o llevar a un deterioro irreversible. En la práctica vemos ejemplos lamentables de esta situación con niños medicados con ansiolíticos a partir de diagnósticos como el ADD (Trastorno por Desorden de Atención) o el TGR (Trastorno Generalizado del Desarrollo).

Cada vez que nos consultan por un niño, recibimos información de él a través de sus padres, la cual nos permite, por un lado, introducirnos en las características familiares –lo que nos posibilita, por ejemplo, formarnos una opinión acerca de quién ejerce la función materna, quién suplanta la falta de padre, etc– y, por otro lado, cuando escuchamos de él a través de sus padres, sabemos que es su visión personal acerca del paciente. De este modo somos capaces de saber cómo y dónde ubican a ese hijo en sus vidas, cuáles eran sus expectativas, cuánto los gratifica o cuánto los desilusiona.

El nacimiento de un hijo impone demandas a los padres, pero al mismo tiempo, les genera expectativas que son depositadas en el nuevo ser. La intolerancia frente al fracaso de las expectativas ideales, frente a la presencia de dificultades que despiertan el

temor de no poder estar a la altura de la función a cumplirlas, genera intensos sentimientos de culpa.

También el niño revela su propia visión acerca de los padres. Klein (1952) subraya la idea de que en el psiquismo de un niño toda experiencia se entrelaza con la "realidad", por lo que podemos decir que el "retrato" de los padres "reales" durante un tratamiento sufre siempre una distorsión de grado variable. Aunque la autora también aclara que el modo en que el niño crea las imágenes de sus padres no significa una negación de las circunstancias vitales ni de la influencia que el ambiente ejerce sobre él.

Nos solidarizamos con el espíritu de las palabras de Aberastury (1962), quien afirmó:

> Cuando comprendí que un niño sabía que estaba enfermo y que desde la primera hora de juego mostraba su fantasía inconsciente de enfermedad y de curación y aceptaba al terapeuta por su propia decisión, se me hizo muy claro el papel que jugaban los padres. (pág. 135)

La aceptación de la problemática edípica en la infancia y la existencia de la sexualidad infantil descriptas por Freud, sirvieron de apoyo a los primeros analistas de niños, que se dedicaron a contemplar especialmente el mundo de fantasía de los pequeños pacientes y "alejaron" a los padres de su consultorio. Sostenían que los padres que verdaderamente importaban eran los fantaseados, los introyectados, los que pertenecen a la realidad psíquica del paciente y no a sus progenitores reales.

Sin embargo, queremos mencionar que, a pesar de esta evidencia que proviene de la teoría psicoanalítica, en la actualidad todavía

existen orientaciones terapéuticas en las que los analistas se ocupan más de los padres que del niño y rompen así la íntima alianza terapéutica con el paciente y el encuadre.

Conjeturar acerca de la inclusión y participación de los padres en el tratamiento de los niños y el encuadre que es necesario mantener con ellos, implica en alguna medida hablar también del paciente. El niño viene al análisis para repetir y también para cambiar. Es usual ser espectador del alivio de la ansiedad que experimenta, a partir de la intervención del analista, cuando siente que no se repiten pautas familiares.

Al mismo tiempo, cuando ya comenzó su tratamiento y los padres piden una entrevista, esto nos expone a tener que asumir con el paciente un criterio explícito y definido. Concebimos que el eventual encuentro con los padres es una información que es necesario dar al paciente sin que esto constituya en sí mismo un pedido de autorización para realizarlo.

La circunstancia de entrevistar a los padres sin la presencia del niño le despierta al paciente un fuerte sentimiento de exclusión y temor a ser descalificado o criticado “a sus espaldas”. Contemplando esta posibilidad, que origina sentimientos de desconfianza, Aberastury (1962) sostenía que era necesario informar al paciente de cualquier encuentro casual con los padres en donde se haga referencia a él.

Si aseveramos que un niño, desde muy temprano, tiene conciencia de su enfermedad y fantasías acerca de su curación, podemos decir que también puede asumir la “responsabilidad” de su tratamiento, entendiendo por responsabilidad el grado de colaboración que puede prestar al proceso de análisis. Por eso es que afirmamos que, cuando analizamos a un niño, nuestro punto de acceso es él y es a él a quien vamos a analizar.

Aun si son muy pequeños o sufren trastornos importantes, quieren comprender por qué se enferman. Quieren y necesitan darle otra significación a su padecer y entienden que la sesión es un espacio en el que pueden comunicar aquello que les preocupa y por lo que sufren.

No obstante, a veces observamos que esta necesidad y la actitud de colaboración que prestan para su análisis, los enfrenta con la inquietud que les despierta la percepción de que su tratamiento puede crear malestar en los padres. Pueden llegar a sentir que la aceptación del análisis y del analista representa una traición familiar, que puede constituir una amenaza de pérdida del amor parental y, en ese sentido, pueden optar por minimizar la importancia que el análisis tiene para ellos.

Recordamos el caso de un paciente de seis años que mostraba un genuino interés durante sus sesiones y con la mejoría de sus síntomas reflejaba que se sentía bien comprendido. Sin embargo, esto contrastaba con la actitud que tenía cuando salía del consultorio y se abrazaba a su madre diciéndole que durante la sesión se había aburrido. Pudimos comprender que de esa manera intentaba defender su espacio analítico, tratando de evitar los celos de la madre por el vínculo que tenía con la analista, los cuales podrían poner en peligro la continuidad de su tratamiento.

Por otro lado, hay niños que se resisten al análisis y lo manifiestan a través de francas actitudes de oposición y son los padres quienes los “traen”. Esta negativa a veces se corresponde con el malestar que experimentan al pensar que la solicitud de análisis es para que alguien los “corrija” y a su vez les despierta la vivencia de abandono.

En este último caso, si el niño ya está en análisis, formará parte del proceso de elaboración comprender el sentido de su resistencia. Sin embargo, no es el analista quien debe asumir la tarea de convencer al paciente, sino que el compromiso con el análisis recae en la posibilidad de que el niño, tras lograr un acuerdo con sus padres, concurra a las sesiones.

Aunque no desconocemos que las resistencias de los padres tienen su equivalente en las resistencias del hijo y que él es alguien activo para movilizar sus propias resistencias y las de su familia, también sabemos que es preciso contar con un entorno que tenga confianza o convicción en el método analítico para que el niño pueda hacer suyos los cambios que va realizando durante el proceso.

Ya Freud (1976) remarcaba la influencia que el entorno familiar puede ejercer en un tratamiento.

> "En los tratamientos psicoanalíticos, la intromisión de los parientes es directamente un peligro, y de tal índole que no se sabe cómo remediarlo. Tenemos armas contra las resistencias internas de los pacientes, cuyo carácter necesario reconocemos, pero ¿cómo nos defenderíamos contra aquellas resistencias externas? (…) Quien conozca las profundas desavenencias que pueden dividir a una familia no se sorprenderá, como analista, si encuentra que los allegados del enfermo revelan a veces más interés en que él siga como hasta ahora y que no sane. (pág. 418)

La observación analítica también nos muestra que, concluida la sesión, el niño "regresa" a una situación familiar que a veces es muy conflictiva. Tienen un contacto cotidiano con los padres y,

mientras se analiza, vuelve a una impregnación patógena dentro del ámbito familiar.

Chiozza, L. (2016) destaca que la enfermedad de una persona, de una familia o del espíritu de un pueblo son entidades que se influyen entre sí y explicita que la enfermedad de un niño puede ser entendida como la neurosis del niño o como una manifestación de los vínculos “enfermizos” de la familia.

Chiozza, G. (2007), al ocuparse de la justificación del trabajo con los padres en las patobiografías de pacientes menores de edad, afirma que, para realizar el estudio patobiográfico, necesitamos indefectiblemente de las representaciones aportadas por los padres, pero que la presencia de ellos y sus aportes comienzan a hacerse menos necesarios y perentorios cuando se trata de niños mayores o adolescentes.

El autor marca las diferencias existentes entre la metodología de trabajo en una patobiografía –que es un abordaje que denominamos transversal– y la de un tratamiento psicoanalítico de niños –que describimos como longitudinal–. Según explicita, la resignificación a los padres en la patobiografía de pacientes menores de edad no tiene parangón con lo que ocurre en el tratamiento psicoanalítico de niños, porque la participación de los padres parece menos determinante; se dispone de un tiempo más prolongado para trabajar con el paciente.

Concordamos con el criterio de que un tratamiento psicoanalítico ofrece mayores posibilidades, dada la frecuencia de sesiones durante un período prolongado en el tiempo, para que el niño pueda expresarse y para que el analista pueda intervenir. Y también estamos de acuerdo con que, en la medida en que los niños pueden

aportar y contar “sus historias”, las entrevistas con los padres se hacen menos necesarias, aunque nunca pueden ser eliminadas.

En las reuniones con los padres es necesario sostener un encuadre en el que no haya dudas de que el tratamiento es del hijo. Las entrevistas tienen el carácter de una intervención puntual, un “espacio” que forma parte del tratamiento psicoanalítico con el niño.

Cuando las entrevistas son necesarias, concebimos que lograr una contratransferencia concordante con los padres, aunque esta no sea verbalizada, contribuye a sostener una transferencia positiva y al desarrollo de un vínculo positivo. Funciona también como un permiso que recae sobre el propio deseo del niño de aceptar su tratamiento. Desde este punto de vista, no queremos restarle importancia al hecho de que, a veces, la intervención de los padres y el encuentro con ellos puede constituir una colaboración eficaz.

Los cambios actuales en la estructura tradicional de la familia implican tener que adaptar algunas condiciones para poder concretar las entrevistas. Por ejemplo, cuando se trata de padres separados y quieren evitar el encuentro conjunto, o cuando uno de los progenitores quiere que el hijo se analice y el otro se opone de manera explícita.

Si bien realizar alguna entrevista con cada uno de los padres por separado puede generar incomodidad y resistencias, dado que cada uno de ellos puede proyectar en el analista un personaje persecutorio que cuenta con información privada, generalmente esto no representa un obstáculo insalvable para poder realizarla. Sí, en cambio, no es aconsejable tomar a un niño en tratamiento cuando alguno de los progenitores manifiesta su disconformidad.

Adoptamos esta actitud guiados por el convencimiento de que el contar con la negativa de uno de sus padres puede representar un verdadero conflicto para el mismo niño, algo que podría alterar su análisis. Pero también porque tenemos que contemplar los motivos legales que hacen a la minoridad en relación con la autorización para que se realice una intervención terapéutica.

Entre las distintas cuestiones que pueden darse en el contacto con los padres, a veces es el analista quien puede considerar necesario concertar una reunión, por ejemplo, para esclarecer contenidos resistenciales de los padres o del hijo, que puedan afectar la continuidad del tratamiento.

Con diferentes niños, de diferentes edades y con distintos conflictos, es necesario a veces adecuar la técnica en relación con la presencia o inclusión de los padres en las sesiones de análisis.

En algunas oportunidades, y debido a la ansiedad o dificultad que tiene el niño, la inclusión de los padres durante la sesión es un recurso inevitable, aunque dicha medida debe tener un carácter transitorio porque expone al paciente, al analista y al adulto que lo acompaña a una situación afectiva compleja, en la que es difícil preservar la intimidad.

Algunos niños, por su corta edad o independientemente de ello, se resisten durante algún período a entrar al consultorio sin la presencia de un adulto que los acompañe. La demanda de inclusión de los padres durante el desarrollo de una sesión, por lo general, puede indicar el propósito del paciente de que el analista, siendo espectador del encuentro con sus allegados, pueda comprender algo más de la relación que tiene con ellos y pueda influir positivamente sobre sus vínculos.

Cuando los pacientes son muy pequeños (1 o 2 años aproximadamente) y recién comienzan su análisis, o cuando padecen temores o fobias importantes que no les permiten ingresar al consultorio sin ser acompañados, se impone atenderlos junto a uno de sus padres. Esta decisión que modifica la técnica habitual, implica también aceptar que durante esos encuentros surge una movilización afectiva en el adulto que está presente durante la sesión que repercute en el paciente.

Nos conducimos con un criterio semejante a cuando realizamos una consulta o en un estudio patobiográfico de un bebé. Observamos e interpretamos al niño en brazos de la mamá (esta conducta se lleva a cabo solo cuando se trata de bebes) y lo hacemos de ese modo porque partimos de la idea de que las palabras del analista influyen en la madre mientras escucha lo que este le dice y también generan movimientos afectivos en la madre que al bebé le "llegan".

Otras veces sucede lo opuesto: el paciente se resiste a salir del consultorio una vez terminada la sesión y, en esas ocasiones, necesitamos que el adulto se ocupe de retirarlo. Esta conducta puede estar al servicio del deseo del paciente de prolongar el encuentro analítico o como expresión de su resistencia para admitir límites, es decir, la consigna que le impone el analista para respetar el encuadre. Y hasta en algunos momentos puede representar el deseo inconsciente del niño de generar discordia y enfrentar a sus padres con el terapeuta.

No compartimos la idea de mantener entrevistas conjuntas con los padres acompañados del paciente o entrevistas familiares, salvo alguna situación excepcional. Puede ocurrir, en alguna ocasión, que el paciente mismo lo solicite apelando al terapeuta para que lo ayude a conversar con los padres acerca de algún conflicto que siente de importancia, pero estas ocasiones son poco frecuentes y

poco convenientes, dado el desarrollo de diferentes transferencias y conflictos individuales que se despliegan.

Suele surgir el interrogante acerca del modo en que incluimos en el análisis del paciente los datos que recibimos de los padres, sin que esto nos lleve a perder de vista que es el niño el paciente y sin que el tratamiento se transforme en el análisis de los padres.

En primer lugar, tenemos que destacar que las representaciones que ofrecen los padres, que posibilitan construir una historia biográfica, no tienen un grado de coincidencia con una "verdad histórica", sino que forman parte de los "mitos familiares", plenos de significados.

El relato de los padres nos permite penetrar en la "novela familiar": la modalidad del carácter de cada uno, el tipo de vínculo que tienen entre ellos y con el niño y el clima afectivo en el que el paciente crece y se desarrolla.

Tener en cuenta los datos familiares, o lo que dicen sobre ellos, y aquello que como analistas percibimos más allá de las palabras ofrece un grado de complejidad.

En este sentido sostenemos que la información recibida enmarca la infancia del paciente y, desde este punto de vista, lo sustancial no son los datos que los padres aportan, sino la interpretación que logramos hacer de esos datos a partir del encuentro con los significados.

Chiozza, L. (2010) describe que un relato alude a un vínculo entre personas y representa una escena de la vida, un tema. Este es un núcleo de significación que organiza el relato y le otorga un sentido inteligible.

Asimismo, los datos que aluden a sucesos acontecidos en el "pasado" del paciente y su familia los interpretamos como "recuerdos" que, como sostiene Chiozza, L. (1977), son representaciones de algo que está ocurriendo en la actualidad.

Consideramos que la información de los adultos forma parte del "material" del paciente, dado que son aspectos disociados de este. Dicho en otros términos, que se corresponden con la "realidad psíquica" del niño. En este sentido, también sabemos que podemos encontrar una identidad de significado en los motivos latentes, es decir, admitimos la existencia de una temática inconsciente compartida entre el paciente y sus padres.

Reconocemos la importancia que tienen las identificaciones para el desarrollo en la infancia, así como la noción de que el niño comparte las fantasías de los padres, cuyo contenido en común puede expresarse en cada uno de los integrantes del grupo familiar como síntoma neurótico, como rasgo de carácter o bien como enfermedad somática.

Los contenidos que se expresan en la enfermedad de un niño podemos encontrarlos plasmados como un desarrollo equivalente en el carácter de los padres. Por ejemplo, un niño con encopresis puede estar mostrando con su trastorno la intención de hacer todo como él desea o necesita; mostrando con la retención de las heces, una conducta de dominio y autonomía en la evacuación. Rasgos semejantes hallamos en la modalidad caracterológica de los padres, en las que generalmente observamos que cada uno quiere imponer su criterio en relación al estilo de crianza del hijo y a las características de la convivencia familiar.

Admitir que los conflictos, los trastornos y los síntomas de los niños son expresión de una temática familiar compartida no implica que

sus dificultades son un mero desplazamiento de los conflictos parentales. Por el contrario, entenderlo de este modo delimita aún más el espacio del niño en el tratamiento.

El reconocimiento de una temática compartida familiar amplía el campo del proceso transferencial-contratransferencial. En este sentido, recordamos que, si bien el contenido manifiesto que moviliza a los progenitores para una solicitud de tratamiento puede diferir del motivo manifiesto que aduce o expresa el hijo, o que interpretamos que forma parte de la inquietud del niño, sostenemos que esta diferencia es solo aparente y que, como ya dijimos, podemos encontrar una identidad de significado en sus motivos latentes.

Chiozza, L. (1995) se ocupó de demostrar, en el conmovedor caso de Milena, de qué manera el tumor en su pierna expresaba fantasías inconscientes incestuosas, compartidas inconscientemente también por sus padres, que tenían además su correspondiente punto de urgencia común con los miembros del equipo de profesionales que la atendían.

Si aceptamos que un niño es el emergente de un grupo familiar, concebimos que con sus dificultades ocupa un lugar en el ámbito de la familia y su mejoría, en algunas circunstancias, puede generar un sentimiento de desestabilización. Entre los motivos de interrupción del análisis, este suele ser uno de los centrales.

En síntesis:

A partir de este recorrido concluimos que trabajar psicoanalíticamente con niños implica indefectiblemente admitir la participación de los padres “reales”, tanto en entrevistas iniciales

como durante el tratamiento, porque son ellos quienes gestionan y deciden la iniciación y la finalización de dicho tratamiento.
Frente a los inconvenientes y las dificultades que el encuentro con los padres ofrece, nos vemos necesitados en primer lugar de lograr una adecuada empatía e identificación con ellos y al mismo tiempo establecer un encuadre definido que facilite y posibilite el tratamiento del niño.

El tomar conciencia de las diferentes transferencias y contratransferencias con los progenitores, aunque no siempre se las verbalice, también influye en el proceso de análisis del niño

El desarrollo de una transferencia positiva con ellos permite establecer o reestablecer aspectos del encuadre, dado que muchas veces este sufre alteraciones a partir de la mayor o menor tolerancia frente a los cambios del niño.

Las características de estos encuentros dependerán, como es lógico, de la edad, el conflicto y las particularidades que distinguen a su entorno.

Aunque parezca algo sobreentendido o natural, generalmente nos vemos necesitados de explicitar a los padres que los trastornos que tienen los hijos no son solo de carácter voluntario, así como tampoco su desaparición. Solemos aclarar que la necesidad de ver al hijo bien y sin problemas los lleva a que, a menudo, no puedan reconocer ni admitir sus dificultades. Señalamos la importancia del análisis y lo que el análisis puede hacer por él.

Cuando un niño padece un trastorno o se enferma físicamente, esto le sucede dentro de lo que podríamos denominar una “enfermedad conjunta”. Él es un emergente de problemáticas familiares inconscientes, por lo que solemos decir que el niño

funciona como el fusible de un circuito eléctrico (Chiozza, L. y Aizenberg, 1995).

En algunas circunstancias y esto a veces coincide con tratamientos ya iniciados, podemos durante una entrevista conversar con los padres acerca de la relación entre el padecer del paciente y los conflictos inconscientes compartidos. Este proceder, que implica el encuentro con lo reprimido, puede aproximarlos a la comprensión del padecer del niño, pero no nos transforma en su terapeuta.

Compartimos como criterio válido para el tratamiento psicoanalítico de niños aquello que Chiozza, G. planteó para los estudios patobiográficos de niños acerca de la necesidad que tenemos de dar una resignificación a los padres. Señaló que el primer argumento a favor de este proceder lo brinda el sentido común; el niño, dice, se halla inmerso en una dinámica familiar y, por lo tanto, para producir cambios significativos en él, deberemos actuar también sobre su entorno.

Remarcamos la importancia de sostener un encuadre que no nos aparte de la actitud analítica –es decir, priorizar al paciente– y sostener con los adultos la menor cantidad de entrevistas posibles.

Consideramos, que las condiciones convenientes para realizar encuentros con los padres, dependen del establecimiento de un criterio definido en el encuadre, pero que no debería tener un carácter riguroso, en el cual las normas no permitan excepciones.

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (1962). Nacimiento de una técnica, en *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Aberastury, A. (1991). *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Chiozza, L. (1995) Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Chiozza, L. (2010). *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente.* Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Chiozza, L. (2016). *La enfermedad. De un órgano, de una persona, de una familia y de un pueblo.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Chiozza, L. (1980). Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico. En *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Buenos Aires: Biblioteca del CCMW, Editorial Paidós.

Chiozza, L. y Aizenberg, S. (1995) Por qué se enferman los niños. En *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Freud, S. (1976). 28ª conferencia. La terapia analítica. En *Obras Completas.* Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Klein, M. (2008) *Técnica del análisis del niño.* Obras completas. Tomo 2. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Winnicott, D.W. (1980). *Clínica Psicoanalítica Infantil.* Buenos Aires: Ediciones Hormé S. A.

Referencia bibliográfica

Aizenberg, S. y Casali, L. (1995) La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños.Centro de Consulta Médica Weizsaecker. Buenos Aires

Aizenberg, S. (2004) La revisión de algunos aspectos de la técnica y la teoría de la técnica del psicoanálisis de niños. Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires

Aizenberg, S. (2012) Acerca de la infancia y el tratamiento psicoanalítico de niños. Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires

Chiozza, G. (2007) Justificación del trabajo con los padres en las paatobiografías de pacientes menores de edad. Simposio 2007, Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires.

El propósito de esta presentación es volver a reflexionar acerca de la identidad en la infancia[1] y de alguna de sus perturbaciones En esta ocasión, no nos ocupamos de la etapa adolescente, si bien consideramos que es un momento crucial en el que se consolida la identidad sexual.

El vocablo "identidad" alude a igualdad, señala lo propio y único. Proviene del latín *identitas*, que significa "ídem, lo mismo, calidad de idéntico". Constituye el conjunto de rasgos o características de una persona que permiten distinguirla de otras en un conjunto. La identidad cultual o nacional, por ejemplo, alude a las características propias de la cultura de un grupo que permiten a los individuos identificarse como miembros, e indica su pertenencia a un cierto grupo[2].

En el lenguaje cotidiano frecuentemente se utilizan los términos "carácter" e "identidad" en forma intercambiable, aunque son términos diferentes que aluden a distintos significados. El carácter es una particular manera de ser que implica un modo de pensar, de sentir y de actuar que es constante y estable. Suele describirse como el componente aprendido de la personalidad, producto de las experiencias con los objetos significativos.

"Mientras que las normas de la autoridad externa, impuesta por los padres o la sociedad, y las normas superyoicas interiorizadas (conciencia moral) son vividas como ajenas al yo, las normas propias, incorporadas, que constituyen el carácter, son inconscientes en su mayor parte y son egosintónicas" (Chiozza y Dayen, 1995J, pág 166).

Freud utilizó el término identidad solamente una vez en toda su obra, cuando trató de explicar en un discurso su vínculo con el judaísmo y mencionó la existencia de una identidad interior que no está basada en la raza o la religión, sino en una aptitud común a un grupo de vivir

[1] Cuando nos referimos a la infancia aludimos al período comprendido desde el nacimiento hasta la pubertad.
[2] http:/rae.es

en oposición y ser libres de prejuicios que coartarían el uso del intelecto [3].

Las bases que sentó Freud y el progreso de la teoría psicoanalítica llevaron a describir la identidad como una "construcción" que conlleva a las identificaciones como aspecto esencial. La identificación, es el proceso mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro, y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste.

La identidad, por su parte, es el producto de una particular combinatoria o ensambladura del conjunto de identificaciones de una persona. El psicoanálisis utiliza el término "identidad" para referirse al resultado del proceso por el cual nos constituimos en diferentes entre nuestros semejantes.

Para el desarrollo de la identidad intervienen las sucesivas identificaciones que tienen lugar en la persona a lo largo de su desarrollo. Su adquisición y su mantenimiento "es un proceso dinámico: en rigor de verdad puede decirse que, por un lado, no termina nunca y que, por otro, permite (dentro de ciertos límites) constantes modificaciones" (Chiozza y col, 1996(1995)).

Así, la identidad posee aspectos o núcleos invariantes y otros donde las variaciones son posibles; esto permite comprender que, por un lado, permanezcamos siendo siempre los mismos y que, por el otro, estemos en constante cambio.

Chiozza y col (1996(1995)) consideran que "Si imagináramos la identidad como constituida en círculos concéntricos, podríamos concebir un primer círculo, muy amplio, que representaría la identidad de especie, dentro del cual se inscriben otros, sucesivamente más pequeños, como los de la identidad de raza, la identidad de clan o linaje, y, finalmente, el círculo que representa la identidad individual" (pag 219). Y, aunque queda implícito, mencionamos también el "círculo" que comprende la identidad sexual.

[3] Citado por Leon Grinberg y Rebeca Grinberg en *Identidad y cambio.* Ed. Kargieman. Bs As. 1971

Los autores señalan que esta metáfora resulta adecuada, además, para obtener una figuración plástica en la que se evidencia que la identidad individual siempre se inserta en el marco más amplio de la relación con los otros.

Sabemos que el psicoanálisis clásicamente distingue dos tipos de identificaciones. Las identificaciones primarias, que son aquellas que incorporan en forma directa las cualidades de los objetos inconcientes heredados, es decir las identificaciones con las protoimagos de los padres y arquipadres, que configuran el "plan genético" de acuerdo al cual se configura el nuevo ser. La expresión "plan genético" comprende el conjunto entero de lo heredado, la herencia biológica y la "herencia arcaica" a la que aludía Freud.

Las identificaciones secundarias son aquellas que se realizan a partir de los vínculos con los objetos de la vida postnatal. Pueden modificar o reforzar las cualidades obtenidas por las identificaciones primarias y conforman el carácter del yo. Mediante ellas se hacen propios los valores y la cualidades de cada cultura en la que las personas se inscriben. (Chiozza y col 1996(1995)).

Este tipo de identificaciones son las que Freud (1923b) considera como sedimentación de las investiduras de objeto resignadas, que contienen la historia de las elecciones de objeto, y que participan en la conformación del yo y del carácter.

A partir de la investigación del psiquismo prenatal, Chiozza (1963(1970)) considera que el Yo se configura a imagen y semejanza del ideal del yo y que el proceso de identificación transcurre en dos fases: por una parte el Yo introyecta estímulos o ideas que configuran el plano o modelo a "copiar" y, por otra, el Yo incorpora la sustancia, la materia necesaria para materializar ese modelo.

Además, toda identificación lograda comporta una asimilación que implica la realización de un duelo primario, a través del cual se renuncia a la parte del objeto y del Yo que deben ser abandonadas.

El autor señala que tras el ideal del yo se esconde la identificación primera y de mayor valencia del individuo, la identificación con el padre de la prehistoria personal. Las representaciones heredadas de

la pareja parental “dan cuenta” de que la situación edípica se halla contenida en el psiquismo desde los primeros momentos de la vida.

Todo niño ya antes de nacer es “dueño” de un aparato psíquico complejo y el nacimiento es el comienzo de un período en el que las identificaciones con los objetos heredados y la relación con el entorno prenatal[4] se entraman con las identificaciones con los objetos significativos y el entorno postnatal.

A la represión de los contenidos prenatales en el nacimiento, se suma la amnesia infantil de las experiencias anteriores a la adquisición del lenguaje, y las identificaciones de la temprana infancia forman parte de procesos que transcurren en forma predominantemente inconciente.

Desde las ideas que venimos reseñando, consideramos que es posible hablar de identidad desde el comienzo de la vida y comprender que la misma se va configurando y consolidando en el curso del desarrollo.

Sabemos que “conviviendo somos” y que el niño “construye y se construye” en el vínculo con sus objetos. Sus padres son su modelo de identificación y, al mismo tiempo, el niño toma sus características de acuerdo con sus fantasías. Fantasías y representaciones concientes e inconcientes que, muchas veces, coinciden con aspectos de los padres como objetos de la “realidad material”.

Chiozza, L (2010) expresa que nacemos con una disposición a establecer un vínculo materno-filial colmado de significancia y que en ese vínculo se realiza la impronta que deja grabada la figura de la persona que nos ofrece los cuidados maternales. Una impronta que deja huellas profundas en el carácter y luego se transfiere sobre otras personas que pasan a constituir aquellas para las cuales vivimos y cuya falta se siente como abandono, añoranza y desolación (Chiozza, L. 2013)

Las identificaciones postnatales transcurren enmarcadas por el complejo de Edipo, con sus vicisitudes afectivas, celos, envidia,

[4] Dentro de las series complementarias el entorno prenatal forma parte de la constitución

rivalidad y culpa. El desarrollo comprende el despliegue del complejo de Edipo positivo y negativo, signado por las tendencias bisexuales en la niña y en el varón, cuyo desenlace normal es la consolidación de la identidad sexual, determinada genéticamente y expresada en la diferencia entre los genitales masculino y femenino.

Freud (1923) describe la existencia de componentes bisexuales durante el desarrollo temprano, y señala que estas disposiciones desaparecen y dejan apenas unas huellas registrables. A raíz del sepultamiento del complejo de Edipo, las aspiraciones contenidas en él se montan y desdoblan de tal manera que de ellas surge una identificación padre y madre, La identificación padre retendrá el objeto madre del complejo y simultáneamente el objeto padre del complejo invertido; sucede de modo análogo con la identificación madre. En la diversa intensidad con que se acuñen sendas identificaciones se espejará la diferencia de ambas disposiciones sexuales.

La idea de la bisexualidad suele basarse en aspectos de la anatomía y de la embriología, en tanto en el varón y en la mujer se encuentran “vestigios” de los genitales del otro sexo. Desde el psicoanálisis, la fantasía de bisexualidad representa un deseo de “completitud” que normalmente es duelado, y lleva a aceptar el propio sexo, a aceptar el propio genital como un par complementario del genital del otro sexo.

El niño, desde pequeño, es parte del “cuerpo familiar” y tanto para su crecimiento “normal” como para el desarrollo de sus patologías, extrae los materiales de la misma fuente inconciente que el “organismo familiar” (Aizenberg S, 2006)

Es así que el infante tiene la capacidad de identificarse con conflictos que, a su vez, forman parte de las identificaciones que han realizado sus propios padres. Se identifica con el “tronco común”, es decir, con los conflictos por lo general reprimidos, de los padres.

La noción de que un niño es el “emergente” del grupo familiar, junto con la idea de que percibe inconcientemente las fantasías inconcientes de los padres, constituye uno de los pilares del concepto acerca de la temática o fantasía familiar. Un contenido en común que puede expresarse en todos los integrantes del grupo familiar como síntoma, como rasgo de carácter o bien como enfermedad somática.

Como escribe Chiozza (2016) se trata de “la enfermedad de un órgano, de una persona, de una familia, y de un pueblo”

En la experiencia clínica observamos que los rasgos caracterológicos de los padres se encuentran muchas veces reflejados de manera “amplificada” en las conductas de los hijos, en otras palabras, como si fueran caricaturas de los mismos.

Nos preguntamos que diferencias se pueden establecer entre las identificaciones de la primera infancia y las posteriores.

Desde un punto de vista podemos decir que no hay diferencias. Las identificaciones no son privativas de las primeras etapas, sino que, como dijimos, la evolución implica la necesidad de consolidar las adquiridas e incorporar otras nuevas, que implican la realización de duelos por aquellos ideales que no pueden ser materializados.

Desde otro, las identificaciones de la primera infancia tienen un carácter fundante, constituyen rasgos básicos que serán reforzados o modificados por las identificaciones posteriores. Estos rasgos básicos nos permiten afirmar que un niño entre los cinco o seis años ya tiene conformados los rasgos predominantes de su carácter.

La seudo identificación, que sabemos se corresponde con la introyección de un objeto que no ha sido asimilado todavía en el yo, forma parte de un proceso normal que vemos habitualmente plasmado en el juego de los niños, en el que asumen diferentes roles e imitan el comportamiento y las actividades de personas más o menos cercanas, que luego podrán culminar o no en identificaciones más o menos logradas.

Es frecuente que en la infancia los niños idealicen a los padres, con la fantasía de una figura que pueda brindarles toda la protección y el cuidado que sienten que necesitan. Un objeto de características omnipotentes que, a su vez, podría eximirlos de la tarea que significa asumir aquella parte de la responsabilidad que les impone su propio crecimiento, aún siendo pequeños.

La expectativa de que existe un objeto con capacidades extra-ordinarias también puede generar por un lado, el sentimiento de que

se trata de un modelo ideal inaccesible y, por el otro, despertar sentimientos de envidia o de temor a dañar al padre en la “contienda” de la rivalidad edípica, conflictos que pueden llevar al niño a renunciar a la identificación con él.

La resistencia del niño a admitir que su padre tiene características más cercanas a la “realidad”, suele ir acompañada de la dificultad de hacer el duelo por los límites de las capacidades del padre y también por el límite de sus propias capacidades.

En el proceso de materializar sus identificaciones, el infante se encuentra muchas veces con contradicciones o diferencias entre aquello que interpreta como el deseo conciente y el deseo inconciente de los padres, es decir, con la diferencia entre lo que los padres le dicen o le proponen y lo que él percibe. La disposición para captar y responder en forma inconciente a la modalidad de carácter o a los ideales familiares, se traduce en el desenlace de diferentes identificaciones.

Sabemos que durante las primeras etapas los niños tienen la capacidad de percibir sus propios estados afectivos y los de las personas de su entorno. Y también que esta capacidad natural suele ser más o menos reprimida en aras de “facilitar” el proceso de adaptación a la realidad.

Obstfeld E. (1990) en su trabajo acerca de las identificaciones y la dificultad para el cambio, sostiene que el sentimiento de traición impide muchas veces la posibilidad de incorporar nuevas identificaciones y abandonar las conocidas.

Pensamos que este sentimiento de traición se encuentra también en la temprana infancia. Asi, por ejemplo, un niño puede sentir que si asume algunas de las características del padre o de algún representante de la familia paterna, traiciona a la madre o alguno de sus representantes, y a la inversa.

La dificultad para adquirir identificaciones adecuadas, recuerda a la que se manifiesta en los vínculos de adopción, en los que tanto los padres como los hijos adoptivos no pueden asumir adecuadamente su identidad. El análisis de esta temática permitió comprender que una

dificultad asociada con dicha inhibición tiene que ver con las expectativas inconcientes de ser padres e hijos ideales. (Aizenberg, S. 1986)

En “la novela familiar del neurótico”, Freud (1909(1908)) describe una fantasía frecuente en la cual el niño modifica los lazos con sus padres, imaginando, por ejemplo, que pertenece a otra familia, y que sus padres son personas importantes, con características ideales. Una fantasía que el autor vincula con la conflictiva edípica y con el deseo de rebajar a los padres como expresión de la rivalidad.

Chiozza y colab.(1996(1995)) en su trabajo acerca del significado inconciente específico del SIDA, describen que el conflicto que subyace al sentimiento de pertenencia familiar corresponde a la imposibilidad de materializar una adecuada identificación primaria, y que los aspectos no duelados se constituyen como un objeto interno, una “familia ideal” a la cual se aspira pertenecer. Esta aspiración, afirman, se fundamenta en la creencia de que esa “familia” ideal reparará la falla en su identidad.

La temática de la identidad y la pertenencia se enriquece y se complejiza a la luz de los nuevos desarrollos acerca del concepto de yo.

Chiozza (2019) señala que “No solo estamos construidos biológicamente por la simbiosis de otros seres vivos (procariotas y eucariotas) que son los ladrillos de nuestro organismo (y que tienen una vida “propia”), sino que además vivimos ‘cableados’ con quienes nos otorgan una imprescindible pertenencia” (pag 199).

Expresa que “Formamos parte de una amplia red multifocal de elementos relacionados que se “copian” se repiten o se reflejan, recíprocamente, desde distintos ángulos”. (…) “Dentro de esta red es posible reconocer estructuras y los ámbitos parciales que llamamos familia, escuela, trabajo, pueblo, nación y sociedad o también el equilibrio del ecosistema de la vida en el planeta”. (Chiozza 2021. Pág.56)

“Solo se puede ser siendo con otros” y únicamente en el marco de una pertenencia nuestra persona “adquiere la razón de ser que la mantiene

viva". Considera que el conjunto que surge de la confluencia de disciplinas distintas conduce a la idea de que aquello que designamos con la palabra "yo" corresponde a un existente cuyo contorno "depende siempre del punto de vista desde el cual se lo contemple". (Chiozza, pág. 208)

En relación a la dinámica de la variación y la invariancia con la que construimos nuestra identidad, sintiendo que hay algo que no varía en el tiempo, señala que la cuestión más importante radica en que cada vez vamos teniendo más consciencia de un yo que tiene una estructura ameboide, que se expande y se contrae.

En este sentido señala también que "Nuestros hábitos conforman nuestro carácter como un sistema que, pensando y sintiendo, "nos piensa" y "nos siente" más allá de lo que denominamos "yo", dentro de una complejidad espiritual que siempre es algo más de lo que podemos pensar y sentir acerca de ella" (Chiozza, 2016, pág 79-80).

El autor comprende que las normas sociales con las cuales nos encontramos al nacer -que influyeron también en la forma en que fuimos concebidos y en las vicisitudes de nuestra gestación, así como en los avatares de nuestra convivencia que constituye nuestro entorno - están condicionadas hoy por una época que transita una crisis que se manifiesta como una falta de coincidencia y de consenso en la asignación de valores.

Una época que, entre otras cosas, la velocidad en las comunicaciones, por ejemplo, dificulta el elaborar y sintetizar estímulos e información o con una comunicación masiva que generalmente lleva a la incomunicación.

Una crisis que enfrenta a los niños con numerosas dificultades, que entorpecen la posibilidad de reconocer con mayor claridad importancias y significados que los ayuden en el proceso de crecimiento y que le faciliten identificaciones adecuadas.

En relación al análisis, solo queremos mencionar brevemente que en el tratamiento psicoanalítico de niños, del mismo modo que ocurre en el de los adultos, el analista es simultáneamente objeto de la transferencia y un personaje real en la vida del paciente, de modo que

el niño intenta encontrar en la relación con él un modelo y también un aliado que le “autorice” el desarrollo o la modificación de sus identificaciones.

Aunque la ambivalencia temprana es intensa y la transferencia negativa se presenta a veces, con toda su fuerza, no hay diferencias sustanciales con las transferencias negativas en el tratamiento de pacientes adultos que, como actualizaciones de núcleos infantiles son también intensas y alternantes.

Acerca de una perturbación de la identidad en la infancia en nuestra época

Sabemos que todo niño desde sus primeros momentos de vida tropieza con dificultades o perturbaciones. El criterio de normalidad o anormalidad atribuido a los trastornos que sufre, dependerá de diferentes evaluaciones cuya importancia es fundamental porque determinara el modo en el que va a ser comprendido y tratado.

Como ya mencionamos, cuando un niño enferma no sólo está sometido a sus propias angustias y sentimientos de culpa, sino también a la influencia de sus objetos significativos, tanto de su entorno familiar como del entorno más amplio en el que él y su familia están insertos.

Chiozza (2016) expresa que “una conducta regida por valores compartidos se logra mediante un proceso cultural de socialización (de educación o de civilización) cuyo núcleo fundamental se adquiere en la infancia”,

Se constituye por obra de la convivencia familiar y las identificaciones, “se puede mejorar en la escuela y permanecer abierto a los ulteriores progresos que puede otorgar la convivencia durante toda la vida” (pag93).

A diferencia de otras, sabemos que nuestra época se caracteriza por una crisis de valores, por “un relativismo moral” que conduce a que “cada cual sostenga valores diferentes o, incluso, a que una misma

persona los sustituya fácilmente frente a un cambio menor de la circunstancia o del momento".

La crisis actual, considera el autor, se manifiesta como "una dificultad caótica" en el proceso de establecer valores compartidos (pag 91, 92). En reiteradas ocasiones ha señalado que es habitual escuchar que cada cual tiene el derecho de pensar y de vivir a su manera, y que es bueno que cada cual exprese y defienda sus ideas.

La inquietud comienza, agrega, cuando reparamos en que si cada cual piensa a su manera y, más aún, si asume sin mayor cuidado que los pensamientos diferentes son una riqueza, es muy difícil que por ese camino se pueda llegar a compartir las mismas normas. Si los pensamientos diferentes no tuvieran consecuencias diferentes, y si esas diferencias no fueran importantes, ¿de qué nos seviría pensar?

Sostiene que teniendo en cuenta que estamos en el fin de una "era" y en el comienzo de otra, "no es de extrañar que nuestro mundo de valores no sea coherente ni ordenado, y que coexistan en él, mezclándose y oponiéndose entre si, valores actuales y anacrónicos. La consecuencia de esta situación, afirma, es doble. Por un lado existen, por así decir, tal número de éticas distintas como de individuos y por otro lado y ante esta crisis, los individuos aislados tienden a quedar más sometidos que nunca a valores arcaicos cuyo origen es inconciente y que ya han sido superados por la evolución de la cultura" (Chiozza (1983 (1982), pág. 86).

"Lo cierto es que hoy, viviendo en los tiempos de lo que se ha llamado la era informática, las condiciones del trabajo cambiaron y la familia nuclear clásica ya no predomina, reemplazada por formas nuevas, no bien establecidas todavía, que generan distintos tipos en crisis" (Chiozza 2016, pag 143)

Junto con la disminución de "la familia clásica" ha aumentado un "conjunto heterogéneo" formado por familias monoparentales (con un solo cónyuge), homoparentales (con cónyuges del mismo sexo) o ensambladas (en segundas o terceras nupcias y con hijos de los distintos matrimonios).

Entre los cambios trascendentes de la época actual, nos encontramos con diferentes versiones de los roles masculino y femenino, de la relación entre el hombre y la mujer, y del ejercicio de la maternidad y la paternidad.

En relación a este tema, por ejemplo, “el ejercicio de la patria potestad, la administración del patrimonio o la condición de jefe de familia, que tradicionalmente quedaban a cargo del esposo, no sólo hoy se distribuyen en combinaciones distintas entre ambos cónyuges, sino que condujeron a modificaciones en el código civil” (Ibidem, pag 144)

Junto al “desorden” de su propio mundo interno, los niños se encuentran inmersos en un entorno complejo que se manifiesta frecuentemente con actitudes contradictorias y faltas de coherencia, como se observa muchas veces en la confusión de los roles parentales y educativos o en la falta de normas compartidas.

A diferencia de otras épocas en que el padre y la madre eran modelos “más claros” de masculinidad y feminidad, actualmente en muchas familias estos roles parecen “desdibujados” y “confundidos”.

Más aún, hoy nos encontramos con un concepto relativamente nuevo, “la identidad de género”, que expresa que la crisis también ha alcanzado a la concepción de la identidad sexual. Una crisis que compromete el mundo de los adultos y los adolescentes, y cuyos “efectos” también se empiezan a observar en la infancia.

La sociedad actual valora la diversidad, es decir la variedad, la multiplicidad, las diferentes formas de algo y, últimamente, la diversidad se relaciona predominantemente con las orientaciones sexuales o de género.

Los diccionarios definen la “identidad de género” como la percepción subjetiva que un individuo tiene de sí mismo en cuanto a su propio género, lo cual puede coincidir o no con su sexo biológico.

Consideran que constituye uno de los elementos de la identidad sexual junto al sexo biológico y la orientación sexual[5]. El nombre “trans” o “transgénero” define a las personas cuya identidad de género no se ajusta a su identidad sexual.

Desde algunas disciplinas y también desde el consenso popular, se habla de identidad de género para establecer que no hay una única forma normal de ejercer la sexualidad.

Como mencionamos, Freud considera que el deseo y la fantasía de ser niña en el varón, y a la inversa en la niña, son expresiones normales en el desarrollo del complejo de Edipo y de las tendencias bisexuales, y tienen un carácter transitorio en el natural proceso de consolidar su identidad sexual.

También afirma, como fundamenta y desarrolla S Bianconi (2021) en su reciente libro *Lo femenino y lo masculino. La mujer y el hombre. En un contexto de bisexualidad*, que la anatomía es destino y que “las diferencias anatómicas implican diferencias emocionales”. Así, recuerda la autora, “Freud señala que ya en la niñez son reconocibles disposiciones masculinas y femeninas¨” (pag 45).

Hoy nos encontramos con una forma de espiritupatía que se manifiesta en número -que parece creciente- de niños pequeños, que expresan su deseo de cambiar su sexo, y de padres e instituciones educativas que sostienen criterios confusos o erróneos, basados en serios malentendidos sobre la sexualidad.

Dentro de esta temática, nos encontramos con distintas expresiones y sucesos. En un artículo de una Revista de psicoanálisis[6] titulado “¿Trastorno de la identidad de género en la infancia?” la autora, psicoanalista, considera que la identidad de género se construye[7] y que “es prejuicioso clasificarla como trastorno”.

Recuerda, como un cambio favorable, la ley de diversidad de género, que posibilita la rectificación del registro del sexo, el cambio de nombre y de imagen, y que fue promulgada en 2013. Recuerda

[5] wikipedia.es
[6] Fortda, Revista de psicoanálisis. Bs As
[7] Es una construcción social, cultural y psicológica que determina el concepto de mujer u hombre

también que a un niño de seis años se le cambió el nombre y el sexo por el sexo femenino en su documento de identidad.

Encontramos que el gobierno escocés, por ejemplo, emitió hace unos meses nuevas pautas de inclusión,, que permiten que los niños desde que ingresan a la escuela primaria puedan cambiar su nombre y su sexo sin el consentimiento de los padres e, incluso, sin que se les informe si el menor así lo solicita. Se trata de algo que está sucediendo a edad cada vez más temprana [8].

Acorde con la "nueva tendencia", en su última actualización el juego virtual Sims 4 eliminó las diferencias de sexo. Propone que en "la creatividad para crear personajes", la forma del cuerpo, el movimiento, el tipo de voz y la vestimenta, sea independiente de que el personaje sea varón o mujer.

Otro dato relevante por la influencia que puede ejercer en el mundo infantil es que hace pocos meses, en el "Día Internacional para salir del closet", anunciaron que el nuevo Superman, hijo de Clark Kent y Louis Lane, es bisexual.

Mencionamos, por último, que recientemente se ha estrenado en el cine una película argentina titulada "Yo nena, yo princesa", que relata la historia de Luana y su "transición", basada en un libro homónimo escrito por su mamá. Se trata de la primera infante trans que obtuvo a los seis años su DNI, sin necesidad de dictamen médico ni judicial. La mamá preside la organización "Infancias libres", que lucha por los derechos de los niños y adolescentes travestis-trans en la Argentina y que considera que "la sociedad está muy confundida y poco informada sobre este tema" [9].

En una primera aproximación en el intento de comprender este fenómeno, pensamos en dos aspectos que son propios de nuestra época y que posiblemente contribuyen a esta forma de espiritupatía que hoy está afectando el desarrollo de muchos niños.

---

[8] Según Jean Chambry, psiquiatra infantil de Francia, hace casi diez años había alrededor de diez solicitudes por año de cambio de sexo y en 2020 pasaron a ser diez solicitudes por mes.
[9] http:/www.pagina12.com.ar; http://unidiversidad.com.ar

Nos parece que la idea que hoy predomina acerca del carácter negativo de establecer diferencias, de la valoración de la diversidad y de la no discriminación -que se expresa, entre otros aspectos, con la idea de "inclusión"-, tiene un carácter cada vez más regresivo y afecta a aspectos básicos y constitutivos: la diferencia entre el hombre y la mujer, y la diferencia de género en el lenguaje, que hoy se busca borrar con el llamado "lenguaje inclusivo".

Leemos que el término "inclusión" implica un enfoque que responde "positivamente" a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales. Se trata un concepto que, como la "no discriminación", parte del malentendido de confundir las diferencias que existen en la realidad –como la que existe entre hombres y mujeres- con diferencias en la valoración.

Nos parece que la idea de que no debe haber diferencias se vincula con otra idea, la fantasía de poder "tener todo", como señalamos en relación a la bisexualidad, y el deseo de evitar la frustración, los límites, la incompletud.

La aspiración de que en la vida todas las necesidades y deseos deben poder satisfacerse de forma inmediata y con poco esfuerzo, el anhelo de que todo es posible y la intolerancia a la espera y a la frustración, son una característica que predomina en nuestra época. Una característica que impregna el mundo de los adultos, un mundo en el que nacen y crecen los niños.[10]

Un entorno en el que los niños se "contagian" de una serie de malentendidos que perturban su desarrollo. Al mismo tiempo, su desarrollo y su crecimiento necesitan tomar una dirección y, en el intento de salir de la confusión y el caos, algunos niños pueden optar por asumir comportamientos que no concuerdan con sus necesidades evolutivas naturales.

Recordamos que hace pocas décadas, una tendencia en la educación que se consideró "de avanzada" –a partir del malentendido de que las represiones y la coartación de los deseos llevaban al desarrollo de

[10] El predominio actual en la actividad de los niños de los juegos electrónicos, los somete a un encierro o "aislamiento" que contiene entre algunas de sus fantasías la ilusión de que pueden dominar el mundo y sus adversidades, para evitar experimentar frustraciones.

síntomas neuróticos y de infelicidad en la infancia- llevó a un “mundo ficticio” de libertad instintiva, de gratificación inmediata y de falta de límites. Una tendencia que tiempo después mostró que sus resultados no sólo eran ineficaces sino perjudiciales, porque los niños educados de ese modo se mostraban insatisfechos, inadaptados y con angustias serias.

Arminda Aberastury (1971) se ocupó del tema de la libertad y los límites en la educación, y en el psicoanálisis de niños subrayó que la técnica analítica tiene que dar libertad a los niños dentro de un encuadre que, si bien no es rígido, constituye un ambiente seguro y estable para el desarrollo de las sesiones analíticas.

El deseo manifiesto del varón de ser mujer y el de la niña de ser hombre –que suelen comunicar con más o menos dificultad a alguno de los padres- aparece ya en niños pequeños aunque con más frecuencia en la pubertad y la adolescencia[11] [12] de hoy, y forma parte de los motivos que inquietan a algunos padres y los llevan a consultar.

En nuestra experiencia con pacientes de esa edad, comprendimos algunos aspectos que nos parece que también pueden estar comprometidos, cuando esta problemática se presenta más tempranamente, en la infancia.

Encontramos que el deseo de tener el otro sexo surge a veces como un desplazamiento y un intento de defenderse de un intenso sentimiento de insuficiencia, de temor a no poder rendir adecuadamente -o a veces del modo destacado al que aspira- en las nuevas tareas que le presenta la vida.

El varón puede tener la fantasía de que las mujeres tienen menos presiones y exigencias, que para ellas la vida es más fácil y no tienen que salir al mundo a enfrentar peligros y contiendas Desde su sentimiento de debilidad e insuficiencia, la niña puede sentir que el varón está más dotado de capacidades y fuerza para enfrentar las dificultades que implica su desarrollo. Fantasías que suelen

[11] Otra situación frecuente es que sienten o piensan que son bisexuales o, también, que les gustan los del mismo sexo. Como mencionamos al comienzo, en este trabajo no nos ocupamos de desarrollar esta temática en la pubertad y la adolescencia

[12]

entramarse con las características de la figura masculina y femenina, y con el desarrollo más o menos logrado del padre y de la madre.

Para finalizar nuestro recorrido, entendemos que la confusión y los conflictos en la asunción de la identidad sexual que “contaminan” la infancia, forman parte de una espiritupatía, de un fenómeno colectivo complejo, que caracteriza a la profunda crisis que está transformando la estructura de la sociedad actual.

.

BILIOGRAFIA

Aberastury A. (1971) *Aportaciones al psicoanálisis de niños.* Ed Paidos. Bs As

Bianconi, Silvia (2021) *Lo femenino y lo masculino. La mujer y el hombre . En un contexto de bisexualidad*. Ed Dunken. Bs As. 2021

Freud, S. (1909(1908)) “La novela familiar de los neuróticos” Obras Completas. Tomo IX. AE

Freud, S. (1923) *El Yo y el Ello.* Obras Completas. Tomo XIX AE

Chiozza, Luis (1963(1970)) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*. Edición del CIMP (Centro de investigación en psicoanálisis y medicina psicosomática). Buenos Aires 1984

Chiozza y Dayen (1995) “El carácter y la enfermedad somática” Luis Chiozza Obras Completas. Tomo VI

Chiozza L. y col (1996(1995)) “El significado inconciente especifico del Sida” Luis Chiozza Obras Completas tomo XII

Chiozza, L. (2010) “Una concepción psicoanalítica del cáncer”. En *Cáncer, ¿Por qué a mi, por qué ahora*. Libros del Zorzal Bs As. 2010.

Chiozza, L. (2013) *Intimidad, sexo y dinero ¿Alguien sabe quién soy?.* Libros del Zorzal, Bs.As. 2013.

Chiozza, Luis (2019b) Ser o no ser “como la gente”. Acerca de la enfermedad y la maldad. Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2019

Chiozza, L. (2016) *La enfermedad. De un órgano, de una persona, de una familia y de un pueblo.* Editorial Paidós en coedición con Libros delZorzal, Buenos Aires, 2016.

Chiozza, L (2020 *La peste en la colmena. Utopias y distopías en la red*. Libros del Zorzal, Bs. As. 2020

Chiozza, L. (2021) *Lo que nos hace la vida que hacemos. Apuntes de todos los días.* Libros del Zorzal. Bs.As. 2021

Obstfeld E. (1990) *El sentimiento de traición y el "complejo de Judas"*. Indagación sobre la dificultad para el cambio. Revista de Psicoanálisis, Tomo XLVII, N: 1 (enero-febrero)

Winnicott, D.W. (1975) *El proceso de maduración en el niño* (Estudios para una teoría del desarrollo emocional). Editorial Laia, S.A. España 1975

Referencias blbiográficas

Aizenberg, S (1986) "Algunos aspectos de la adopción, un caso clínico". Fundación Luis Chiozza. 24 de octubre de 1986)

Mesa redonda: "Las identificaciones en el desarrollo temprano". Participantes Lic. Silvana Aizenberg, Dres. Juan Repetto y Roberto Salzman. Fundación Luis Chiozza 1999

Aizenberg, S (2006) "La comprensión psicoanalítica de los bebés que se enferman". Fundación Luis Chiozza, 25 de agosto de 2006

Bianconi S, Casali L. Dayen M. (2020) "Volviendo sobre una manera de pensar el psicoanálisis". Fundación Luis Chiozza, 31 de Julio de 2020

Mesas Redondas

Fundación Luis Chiozza

Mesa Redonda CMP. 1981
"Disposición del Síntoma"

Cuando se trata psicoanalíticamente a un niño, la intención consciente del terapeuta es la de ayudarlo a resolver lo que dicho terapeuta considera un trastorno somático o psíquico. La consulta se produce cuando éstos u otros trastornos preocupan y angustian a los padres y durante la misma se puede constatar si la preocupación y angustia del niño coincide o no con la de ~~xxxxpadrexx~~ ellos.

En nuestra práctica clínica vemos que en algunos pacientes, sus síntomas se modifican rápidamente durante el tratamiento, mientras que en otros se produce una transformación o cambio por otro síntoma o el ~~síntoma~~ primitivo es suprimido para dar lugar a un trastorno de carácter.

Para Freud un síntoma es una formación transaccional, resultante de un compromiso entre tendencias o impulsos contradictorios. Nos enseñó que es una satisfacción sustitutiva, producto de un proceso de represión y de retorno de lo reprimido y que a la vez el síntoma está dotado de un sentido que debe ser desentrañado en función de la vida del paciente.

Para Freud el objetivo de un tratamiento psicoanalítico es el de levantar las represiones para hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, venciendo las resistencias y liberando de tal modo al paciente de sus síntomas neuróticos, sus inhibiciones y anomalías de carácter. Nos dice que no existe una frontera definida entre los criterios de salud y enfermedad y que el propósito de un tratamiento es lograr el restablecimiento de la capacidad de trabajo y de goce.

Expondré ahora algunas ideas de José Bleger, Arminda Aberastury y Luis Chiozza que me sirven de apoyo para el desarrollo del tema que nos ocupa.

Bleger en un artículo donde se ocupa de los criterios de curación y objetivos del psicoanálisis y refiriéndose al tratamiento de pacientes adultos, plantea que para él no existe ninguna duda de que el objetivo del psicoanálisis es la curación, pero que la cuestión depende de si todos los resultados u objetivos del psicoanálisis pueden llamarse curación. Dice que el psicoanálisis tiene objetivos que rebasan ampliamente al de curación en el sentido de la medicina tradicional y que dicha curación es el resultado funcional de una totalidad o

///

Gestalt constituída por el paciente, el psicoanalista y la relación entre ambos. También se ocupa del"cuánto" y de la clase decuración. Plantea que la curación tiene que ver con el tipo de paciente o de enfermedad de que se trate y agrega que un paciente puede terminar su análisis con buen éxito en condiciones en que otro puede comenzarlo.

Aberastury en uno de sus libros formula la pregunta que hoy nosotros nos hacemos, con respecto al tratamiento de niños, es decir, si el proceso terapéutico ha terminado con la desaparición del síntoma o si se busca un cambio estructural y dinámico situado más allá de la cura sintomática. También se plantea si es suficiente la relación bipersonal del analista con el niño o si es necesario recurrir a los padres y a las modificaciones ambientales. Sostiene la autora que estos interrogantes pueden tener respuestas diferentes y que es útil considerar qué técnica utiliza el analista y especialmente considerar la ideología con que enfrenta lo que es un niño, cómo valora su ambiente y lo que espera y cree de ambos.

Refiriéndose a los objetivos de un tratamiento, dice que el psicoanálisis se propone la modificación intrapsíquica del paciente, que puede ser diferente en cada caso, pero que en líneas generales podría hablarse de un fortalecimiento del yo, una disminución de la severidad del Superyo, flexibilidad en el uso de las defensas, aparición de ansiedad, culpa y conciencia de xxxx conflicto, capacidad de tolerar frustraciones, uso de mecanismos de defensa normales indispensables para la adaptación al medio, etc. También agrega que no siempre los cambios de conducta son consecuencia de un verdadero cambio interno y que en tal caso los síntomas vuelven a surgir.

En los desarrollos que Chiozza hace acerca de la enfermedad y refiriéndose a las posibilidades de resolución de un síntoma o trastorno, señala que una alteración está en función de un sistema más amplio del cual ésta forma parte y que entonces es necesario tener en cuenta la contribución que el enfermo o la familia aporta a la enfermedad y además adquirir xxxxx conciencia que la restitución de un síntoma a veces puede obtenerse a expensas de una alteración más grave del paciente o de alguna de las partes del metasistema familiar o xxxx social.

///

En base a estas últimas consideraciones, pienso que si bien estas son postulaciones generales para todos los pacientes, lo referente a la relación entre el enfermo y el metasistema que configura la familia es particularmente aplicable al análisis de niños, dado que la dependencia del niño con respecto a su medio es en términos generales mayor que la del adulto.

De esta manera creo que podríamos aproximarnos a una respuesta a la pregunta que motiva esta mesa redonda, diciendo que el objetivo del psicoanálisis de niños, implicaría no tanto la desaparición del síntoma a cualquier precio, sino que en muchas ocasiones se convierte en su meta más importante la resignificación de éste síntoma en el contexto de la vida del niño y aún en el metasistema que forma ese niño con su familia. Por lo tanto, si alguna acción terapéutica hay que ejercer, ~~su única~~ Su finalidad principal no es ya la modificación de dicha manifestación o síntoma en particular, sino de la significación más abarcativa que utiliza para su expresión el síntoma que motiva la consulta o bien la consideración de las diferentes manifestaciones que puedan ir apareciendo en el transcurso del tratamiento hasta lograr una resignificación suficiente.

Podríamos decir entonces que el síntoma es la presentación del paciente, de manera parecida a lo que ocurre con la portada de los cuentos infantiles y que debemos intentar descubrir la historia, las escenas, emociones, fantasías y deseos que están contenidos en él.

Junto al niño tenemos que encontrar una nueva forma de comunicación y una nueva forma de expresión para sus afectos. De esta manera, que un síntoma desaparezca, disminuya o no, no debe ser un propósito lineal en nuestra tarea, sino que, de acuerdo a lox expresado por Chiozza en la Jornada sobre Psicoterapia Psicoanalítica 1980, tendríamos que poder analizar con un sentido más que con una meta prefijada, lo cual implica la intención de sustituir la utilización de los conocimientos parciales por uha forma más general del conocimiento que suele denominarse experiencia o sabiduría.

Al decir que un síntoma no es algo aislado en la personalidad de un niño y que representa una necesidad que forma parte de su vida y de sus familiares, asumimos una actitud receptiva que favorece la comprensión y que el niño puede sentir a la vez como de aceptación de si

mismo y de sus dificultades.

Con la intención de ejemplificar estas ideas, quiero comentar el caso de un niño de 5 años que padecía de enuresis. Su síntoma fue desapareciendo en el transcurso de sus primeros seis meses de análisis. Al progresar en el psicoanálisis del síntoma aparecieron sus vivencias de abandono, tristeza, sentimientos de inferioridad y sus fantasías omnipotentes. Sin embargo, a lo largo del tratamiento, el niño fue desarrollando un rasgo psicopático de carácter. Su actitud era de permanente burla e ironía, intentando hacer gala de su superioridad, lo cual afectaba especialmente la relación con su madre. Estas manifestaciones expresaban ahora el significado que antes encubría su enuresis, síntoma que la madre podía tolerar mucho mejor que los rasgos de carácter que ahora se presentaban. Fue necesario dedicar mucho esfuerzo a la tarea de comprender el sentido de sus actitudes y enfrentarnos con sus dolorosas vivencias de inferioridad y abandono, ayudándolo de este modo a aceptar sus limitaciones y a desarrollar el sentimiento de tolerancia frente a sus padres reales.

En este punto el grado de significación alcanzado fue suficiente como para justificar la terminación de su tratamiento en lo que respecta a ese período particular de su vida.

Mesa Redonda

Tema: Es la desaparición del síntoma el objetivo en el tratamiento psicoanalítico de niños?

Presentación: Silvana O. de Aisemberg

Resumen

Planteó la autora que cuando se trata psicoanalíticamente a un niño, la intención consciente del terapeuta es la de ayudarlo a resolver lo que dicho terapeuta considera un trastorno somático o psíquico. La consulta se produce cuando éstos u otros trastornos preocupan y angustian a los padres y que durante la misma se puede constatar si la preocupación y angustia del niño coincide o no con la de ellos.

Mencionó a S. Freud, J. Bleger y A. Aberastury y sus criterios respecto a los objetivos en un tratamiento psicoanalítico.

Se refirió luego a los desarrollos que L. Chiozza hace acerca de la enfermedad y a las posibilidades de resolución de un síntoma o trastorno. Señaló que para dicho autor una alteración está en función de un sistema más amplio del cual ésta forma parte y que entonces es necesario tener en cuenta la contribución que el enfermo o la familia aporta a la enfermedad y además adquirir conciencia que la restitución de un síntoma a veces puede obtenerse a expensas de una alteración más grave del paciente o de alguna de las partes del metasistema familiar o social.

En respuesta a la pregunta que motivó la mesa redonda y en base a los desarrollos de L. Chiozza, dijo que el objetivo del psicoanálisis de niños implicaría no tanto la desaparición del síntoma a cualquier precio, sino que en muchas ocasiones su meta más importante es la resignificación de este síntoma en el contexto de la vida del niño y aún en el metasistema que forma ese niño con su familia. Por lo tanto, propuso, que si alguna acción terapéutica hay que ejercer, su finalidad principal no es la modificación de dicha manifestación o síntoma en particular, sino la de la significación más abarcativa que utiliza para su expresión el síntoma que motiva la consulta.

Sostuvo que junto al niño hay que encontrar una nueva forma de comunicación y una nueva forma de expresión para sus afectos.

Concluyó su presentación con un breve relato del material clínico de un niño de 5 años que padecía de enuresis.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INTERPRETACIÓN DE LOE DIBUJOS EN EL ANÁLISIS DE NIÑOS

Centro de Consulta Médica Weizsaecker

30 de noviembre de 1990

Silvana Aizenberg

Elsa Lanfri

Vamos a dividir la exposición del tema en dos partes. En la primera consideraremos algunos aspectos teóricos acerca del dibujo infantil y su uso e interpretación en el psicoanálisis de niños. En la segunda parte, a modo de ejemplificación, les mostraremos diapositivas de dibujos realizados durante sesiones y horas de juego diagnósticas e interpretaremos algunos aspectos de los mismos.

Los temas teóricos serán:

1) En primer lugar, una referencia histórica sobre el estudio del dibujo infantil.

2) En segundo lugar, algunas consideraciones generales sobre esta actividad.

3) En tercer lugar las semejanzas y diferencias entre el dibujo y el sueño.

4) En cuarto lugar nos referiremos al dibujo infantil en el tratamiento psicoanalítico siguiendo el hilo conductor de las siguientes preguntas:

a) Para qué dibuja el niño?

b) Cómo expresa el niño sus conflictos, síntomas y enfermedades ¿través de sus dibujos?

c) Cómo puede interpretar el psicoanalista de niños los dibujos que éstos realizan?

Referencia histórica

Recorriendo la bibliografía, se puede considerar que el libro de Ruskín, publicado en 1875, es la primera obra sobre el dibujo infantil. Este autor no considera al dibujo como expresión de la personalidad de los niños.

En 1885 y 18S6, E. Cooke define las fases por las que atraviese el dibujo infantil. Es partidario del dibujo espontáneo, de tipo imaginativo.

En 1887 aparece un libro de Corrado Ricci en el que considera que los niños desconocen el verdadero arte; por lo tanto no cree que el dibujo infantil lo sea. En su opinión, los niños sólo describen las cosas, tratando de reproducirías en su plenitud. Así, una vez que el niño conquista la posibilidad de representa la figura humana, dibuja hasta lo que no ve, como por ejemplo los hombres ocultos en el interior de las casas, siguiendo una lógica ingenua, pero realista.

Para Bernard Perez, psicólogo y pedagogo francés, de orientación darwinista, el niño tiene una captación tanto intelectual; como emocional que lo guía en su deseo de buscar significados.

James Sully, en 1895, elabora su teoría de las tres fases del dibujo infantil: la del garabato informe como juego, la fase del dibujo primitivo caracterizado por el monigote humano con cara, redonda y la fase de la adquisición de cierta técnica en la representación de la figura humana y de los animales. También este autor insiste sobre el hecho que el niño, cuando dibuja, representa las cosas con una lógica particular y explica que la actividad artística es la prolongación de la actividad lúdica.

Luego surgen, en Inglaterra, Francia y Estados Unidos, numerosas obras dedicadas, directa o indirectamente, al tema, aunque muchas repiten lo esencial ya dicho por Ricci y Pérez.

A partir de G. H. Luquet, en los primeros años del siglo XX, el estudio de los dibujos se vuelve de carácter psicológico. Es utilizado para estudiar diferencias raciales, las formas de asociación y de coordinación normal y patológica, así como diversas patologías, entre ellas perturbaciones del lenguaje, esquizofrenia y delincuencia, y también las características de los niños superdotados. La pedagogía, así mismo, ha estudiado la función del dibujo en el proceso de la educación en general.

Como vemos, el dibujo como medio de expresión del niño, ha sido ampliamente estudiado, tanto desde el punto de vista del arte, como desde le psicología, no analítica., pero recibió un aporte fundamental y definitivo cuando se estudió su significado desde la perspectiva psicoanalítica.

El tratamiento de Juanito, que Freud relata con tanta riqueza de observaciones e interpretaciones, no se llevó a cabo de la forma habitual, ya que estuvo a cargo del padre del niño. Debido a esta no pudo servir como enseñanza técnica; pero abrió el camino para encontrar un modo de poder entender el lenguaje preverbal e interpretarlo. Se pudo ver en ese caso, la posibilidad de comprender el significado latente de sus juegos, dibujos, sueños, ensoñaciones y asociaciones,

Se estima que el primer uso del dibujo infantil en un tratamiento psicoanalítico fue el que realizó, en el año 1926, Sophíe Morgenstern, en Francia con un niño de 9 años, llevado a consulta por mutismo.

Morgenstern se interesa no solo por los dibujos realizados por el niño en el consultorio, sino también por los que hacia en su casa. Queda impresionada tanto por los temas de esos dibujos como por la expresión angustiada de las personas representadas. Como éste era el único medio de expresión del niño, decide emplearlo para el tratamiento y lo hace dibujar. Da a sus dibujos interpretaciones que el niño aprueba o desaprueba con movimientos de su cabeza, viendo que se liberaba, así, de gran parte de las angustias que lo atormentaban, pensó que también podía, por este medio, romper su mutismo.

Durante tres meses trata al niño y consigue ayudarlo a superar su síntoma. El éxito obtenido alentó a esta psicoanalista a aplacar el método a otros niños, cuyos dibujos eran considerados, por ella, equivalentes a las asociaciones libres de los pacientes adultos,

S. Morgenstern escribió que es sobre todo en el dibujo donde el niño expresa mas fácilmente sus quejas reprimidas, sus agravios y sus odios. Dice: "El dibujo brota más fácilmente del inconciente y consigue esconder a su autor su verdadero contenido. El niño se permite ser el mismo en sus dibujos, se aventura, se torna audaz y representa las situaciones mas complicadas y delicadas con símbolos más o menos transparentes".

Esta autora encuentra que, aunque los mismos símbolos se repiten en los dibujos de los niños, cada uno representa el problema que los preocupa, utilizando en forma distinta los mismos símbolos. Observa que durante el desarrollo de su neurosis los niños demuestran mucho mayor ingenio en sus hallazgos gráficos que cuando están curados. Considera también que existe una contradicción entre la actitud indolente y soñadora del niño y sus dibujos, que representan escenas bien construidas y de mucho impulso.

Años más tarde aparecieron las publicaciones de Anna Freud y Melaníe Klein. Anna Freud da prioridad a la utilización del material de sueño, ensoñaciones o sueños diurnos y dibujos, mientras que, contraponiéndose a M. Klein, tiene ciertas objeciones al uso del juego en el análisis infantil. Escribe en su libro "Psicoanálisis del niño": El dibujo es otro recurso técnico auxiliar que ocupa un sitio muy preeminente en muchos de mis análisis infantiles, junto a la utilización de los sueños y fantasías, al punto que en tres de los casos ya descritos suplantó durante un tiempo a todas las demás fuentes de información.”

M. Klein, como sabemos, nos dejó muestras de su rica capacidad interpretativa de muchas actividades de los niños que fueran sus pacientes y, por supuesto, también de dibujos que ellos realizaban durante sus sesiones. Basta recordar los dibujas de Richard, los que, a primera vista, pueden parecer esquemáticos y monótonos, y de los cuales, sin embargo, Klein dedujo variadas interpretaciones que comunicó al niño. En la primera sesión, M. Klein, había colocado, sobre la mesa del cuarta donde atendía a Richard, algunos juguetes, un cuaderno, lápices y tizas. El niño no se intereso en ellos diciendo que no quería jugar, ya que sólo le gustaba pensar y hablar, y así lo hizo, comen-

zando a contar sus preocupaciones. Recién en la sesión número 12 Richard hace su primer dibujo. M. Klein comenta que durante las sesiones anteriores a ésta Richard había hablado cada vez menos y que esto hacia evidente que, al vivenciar ansiedades más profundas, sentía una necesidad cada vez mayor de jugar y de actuar. De modo que en esa sesión, M. Klein decidió colocar nuevamente lápices y papel, que el niño usó para realizar sus dos primeros dibujos, mostrándose muy sorprendido al comprobar que los dibujos podían ser un medio para, expresar pensamientos inconcientes. M, Klein se dio cuenta que el niño comprendió que sus obras tenían valor para ella, y que en cierto modo él le estaba haciendo un regalo. De la aceptación y valoración de sus dibujos, vividos como regalos, Richard extrajo una sensación de seguridad, que vivió como un acto de reparación.

Como sabemos, M. Klein dejo bien explicitada la técnica, de juego en el análisis de niños, aclarando que al expresar sus fantasías, sus deseos y experiencias en modo simbólico, a través de juguetes, juegos y dibujos, utiliza medios de expresión arcaicos. Pero aclara que el simbolismo es sólo una parte de dicho lenguaje filogenético, semejante al de los sueños.

A. Aberastury interpretó creativamente la teoría y la técnica de M. Klein y es por eso que nos dejó ejemplos muy lúcidas de la comprensión psicoanalítica de los muchos niños que atendió o superviso. Dos acontecimientos fundamentales, nos dice, influyen para que el niño dibuje: su deseo de retener la imagen siempre fugitiva, y la creciente exploración de su cuerpo y de los objetos que lo rodean.

En su artículo "Los dibujos infantiles como relato", cuenta casos en los cuales los sucesivos dibujos realizados por pacientes fueron interpretados como el relato o narración de una determinada problemática central. Comenta que cuando la inhibición del juego es intensa, la utilización de los dibujos puede ser de gran utilidad durante el tratamiento, pero, frecuentemente, al emplear la técnica de juego, el niño dibuja poco, excepto entre los 6 y 12 años. Ella cree que en el juego los niños pueden expresar bien sus conflictos, y sólo excepcionalmente necesitan de otro medio de expresión, aunque también aclara que la técnica de juego no excluye la utilización e interpretación de sueños, sueños diurnos y dibujo.

Otro psicoanalista que ha dado mucha importancia al dibujo es Winnicott. El mismo era un buen dibujante y con rápidos trazos ejemplificaba una situación. Ideó una técnica que denominó el juego del "squiggle", traducido como juego del "garabato". Se trata de algunos trazos bosquejados en el papel, a veces por el analista, a veces por el paciente, y a los que cada uno, por turno, se empeña en completar a fin de darle un sentido. Winnicott lo considera un modo de entrar en contacto con el niño. Mediante este juego, intenta producir un intercambio y descubrir un "espacio transicional" compartido por el niño y el analista; en palabras de Pontalis, un juego para buscar juntos lo que ignoramos".

Los conflictos, los síntomas y las enfermedades a través de los dibujos infantiles.

Como ya dijimos, A. Aberastury sostuvo que, desde el primer momento, el niño nos permite conocer su fantasía inconciente de enfermedad y la de curación. Esta expresión alude no sólo al sentimiento inconciente que el niño tiene de estar enfermo y al deseo de curarse, sino también a la fantasía inconciente que posee sobre su enfermedad y el modo como imagina podría curar. Los afectos que, fuera de su conciencia, están implícitos es su padecimiento psíquico o somático aparecen variadamente representados en los dibujos que realiza.

Las características del dibujo puede informarnos, desde un punto de vista evolutivo, sobre el nivel madurativo alcanzado por el niño. Como sabemos desde pequeño el niño dibuja su cuerpo. La inhibición de realizar este dibujo está indicando distintos tipos y grados de trastornos psíquicos y somáticos.

Por ejemplo el "cuerpo filiforme" en un niño latente o púber significa un regreso al monigote y puede expresar su dificultad para aceptar la diferencia de sexos. El "cuerpo vacío" así como su inversa el afán de "rellenarlo todo" puede interpretarse como angustia de castración. Es frecuente que los adolescentes dibujen fundamentalmente la cabeza, eludiendo el cuerpo, que con sus cambios, dan cuenta de su ingreso en la etapa genital y, con ello, a los conflictos con la sexualidad. Los "brazos abiertos", en los dibujos de muchos niños, pueden comprenderse como expresión de una actitud defensiva, y generalmente aparecen en aquellos que han pasado por operaciones, tratamientos odontológicos cruentos o castigos corporales, así como también, muchas veces expresan los temores a la masturbación. Los ojos pueden indicarnos, al estar "cerrados", no sólo dificultades del contacto con la realidad, la negación de la misma, sino que, a veces, aluden a una experiencia cercana de anestesia general. Si los ojos están muy abiertos, y dependiendo de los detalles de los mismos, pueden significar, por ejemplo, fantasías persecutorias, o deseos voyeuristas, o afán de seducción, o algún problema de la visión

Los trastornos en el esquema corporal pueden ser representados en los dibujos a través de muchos elementos, pero algunos motivos, además del de la figura humana, son una buena guía para su detección; así la casa es una importante representación del esquema corporal. A. Aberastury encontró en el "Constructor de casas" un elemento auxiliar para diagnosticar distinto tipo de trastornos, que pudieron ser correlacionados con muchos dibujos de casas, encontrándose detalles coincidentes.

Esta autora encontró, por ejemplo, que los niños asmáticos hacen muchas ventanas, en general pequeñas y cercanas al techo. Los niños con trastornos intestinales suelen hacer casas con varios corredores.

La huida a la introspección puede quedar representada por torres u. observatorios astronómicos. Los detalles del techo de 1 a casa aluden a distinto tipo de trastornos, tales como las "fallas de memoria", representadas, muchas veces, por goteras o ventanas en el techo; o

las "ausencias" expresadas por la falta de gran parte del mismo. Los pensamientos de tipo obsesivos pueden quedar representados por los "remiendos" de esta parte de la casa. Si un niño dibuja los órganos de los sentidos de la visión o de la audición y uno está atrofiado y el otro agrandado, con carácter compensatorio, nos puede estar orientando acerca de la carencia sensorial del lado afectado. Así como estos, hay muchos detalles más que podemos valorar para comprender lo que aqueja al niño.

Ya dijimos que el dibujo, desde el punto de vista psicoanalítico, cobra significado como mensaje en la relación transferencial. Interpretándolo podemos encontrar el rol que, en determinado momento, el niño atribuye al analista por efecto de la transferencia. El analista es representado por algún elemento del dibujo con distintos roles: así puede ser el que salva, el que explica, el que se hace cargo, el que castiga el que perdona, el que abandona, etc.

Muchos niños que deben ser intervenidos quirúrgicamente dibujan, durante su análisis o durante la preparación psicoterapéutica en cirugía, distintos aspectos referidos a su dolencia, a sus fantasías y ansiedades respecto de la operación a la que van a ser sometidos, así como las fantasías que tienen de su estado posterior y, al mismo tiempo, el tipo de relación que establecen con el equipo médico, sobre quien proyectan variados aspectos de su mundo interno.

La interpretación psicoanalítica del dibujo infantil

Para comprender el mensaje implícito en el dibujo realizado por un niño durante una hora de juego o una sesión podemos seguir ciertas que esquemáticamente referimos a 1 os siguientes aspectos:

1) La cantidad de los dibujos: Algunos niños dibujan mucho y lo hacen en silencio, producen pocas o ninguna asociación verbal e incluso, en algunos casos, se rehúsan a dar explicaciones; pero, par supuesto, podemos usar como asociaciones previas o posteriores al dibujo sus gestos y juegos. A otros, además de dibujar mucho les gusta hacer comentarios que pueden ayudarnos a comprender mejor el simbolismo de la que dibujaron. Hay niños, en cambio, que rara vez usan la expresión gráfica y, muchas veces, esto significa el temor que tienen de ser descubiertos en sentimientos que desean reprimir. Bajo la explicación racional de que no les gusta o no saben dibujar se encuentra el sentido de sus resistencias al análisis de fantasías y deseos que quieren ocultar al adulto.

2) Dónde dibujan: Hay niños que usan una hoja para cada dibujo y sólo de un solo lado; cuando esto se vuelve estereotipado se trata, en algunos casos, de niños en los que predominan mecanismos de disociación, en otros casos, son niños con temores fóbicos al contacto.

Otros niños hacen varios dibujos en una sola hoja y, a veces, las hojas resultan un verdadero caleidoscopio de distintas figuras, muchas incompletas, correspondiendo esto, en ocasiones, a ansiedades confusianales y mecanismos de fragmentación.

El emplazamiento del dibujo en la hoja también es importante. Habitualmente el lado derecho del dibujo lo relacionamos con la figura del padre, el progreso, el futuro y los mecanismos relacionados con el proceso secundario. El lado izquierda con la madre, la tendencia a la regresión y lo más instintivo. La parte superior de la hoja se relaciona con la ideación y la fantasía, la parte inferior con lo terrenal, lo firme, lo sólido y lo concreto.

3) Calidad y tipo de trazo: Muchos niños imprimen tal presión al lápiz que marcan profundamente y, a veces, hasta rompen la hoja, al mismo tiempo pueden usar líneas dentadas. Suelen ser niños impulsivos y agresivos, en ocasiones con episodios de epilepsia. En cambio, el temor a la agresión se pone en evidencia en un trazo demasiado suave.

Se ha comprobado que los niños que dibujan con trazos largos suelen mantener un firme control de su conducta, en tanto que el comportamiento de los que usan trazos cortos es más impulsivo. Las líneas curvas se asocian a lo femenino, la dependencia y la emotividad; las líneas rectas a lo masculino y la firmeza o la búsqueda de la misma.

A medida que avanza un tratamiento, junto con otros aspectos a considerar, los niños cambian el tipo de trazo y puede ser un índice de los

vaivenes del análisis y, aún en una misma sesión, manifestar los cambios de humor y de la transferencia con su analista.

4) El tamaño de los dibujos: Este es un elemento que puede darnos noticia acerca de la autoestima del niño. Así los dibujos pequeños suelen corresponder a sentimientos de inadecuación e inferioridad y a tendencias al retraimiento. Los dibujos grandes, sobre todo los que tienden a presionar los bordes de la hoja, pueden indicar cuando un niño se siente constreñido por su ambiente y, al mismo tiempo, representar fantasías y acciones compensatorias.

5) Los detalles: La ausencia de detalles adecuados en los dibujos transmite una sensación de vació y de poca vitalidad. En general corresponde a niños que usan el aislamiento emocional como defensa y puede indicar sentimientos depresivos. El empleo excesivo de detalles es empleado, con frecuencia, por niños con controles obsesivos intensos, en oportunidades niños con rituales que entorpecen sus juegos y su aprendizaje.

Muchas respuestas del niño a interpretaciones hechas por su analista son expresadas no solamente con un dibujo completo, sino con el agregado de un detalle al dibujo ya realizado,, que corrobora la interpretación, corrige o completa algo que faltaba, operando a modo de una asociación verbal.

6) El empleo del color: En este aspecto hay una amplia gama de posibilidades de interpretación que pasa por si uso o ausencia del color, la estereotipia o la variedad de la gama de colores. Si un niño progresa en su tratamiento y logra hacer conciente sentimientos reprimidos puede representarlo por el cambio en el uso de determinados colores. La mezcla de colores suele ser Índice de la integración de afectos antes disociados.

7) El contenido: A. Garma dice que el número de símbolos empleados por una persona es grande, en cambio no lo es el número de ideas que tienen traducción simbólica. Así, agrega las principales ideas simbolizadas se refieren a la sexualidad, el nacimiento, la muerte, el propio yo y la representación de los parientes más próximos. Los niños utilizan destinas figuras para representar estos aspectos de su mundo interno y los conflictos que pueden tener con ellos.

La figura humana y la de animales, la casa y el árbol son usadas más frecuentemente. A cada uno de estas representaciones se aplica el simbolismo universal, al que el psicoanalista de niños necesita acudir todo el tiempo que desee interpretar dibujos; pero la constelación personal dada por cada niño a su expresión gráfica hará necesaria una adecuada ubicación en el contexto individual de su historia. Ningún dibujo puede ser interpretado aislada del medio en que se expresa, de la misma manera que ningún gesto o conducta puede ser separado de la circunstancia en la que aparece. Los dibujos de muchos análisis infantiles constituyen, a veces por largos periodos, temáticas centrales, que pueden comprenderse como el punto de urgencia del niño.

Es frecuente que un niño en algún momento intermedio de su tratamiento, o al finalizarlo, revise todos sus dibujos. El analista suele tener la vivencia de estar contemplando en imágenes la biografía simbólica de una vida de pocos anos cronológicos., pero de mucha intensidad vivencial.

(5) CCMW 24/7/1992.

MESA REDONDA: DR. SMOLA.
LIC. - STUBRIN

La comunicacion y la interpretacion en el psicoanalisis de ninos

La comunicacion es una condicion inherente a la vida misma.
Para Bateson (1984), el concepto de comunicacion incluye todos los procesos a traves de los cuales las personas se influyen mutuamente. Cuando la gente se reune - dice - "algo ocurre", accionan y reaccionan unas en funcion de las otras y en ese sentido la vision que tienen de si mismas o de los otros puede ser confirmada, alterada o modificada radicalmente.
Desde la teoria psicoanalitica comprendemos la comunicacion teniendo en cuenta las vicisitudes en la interrelacion del comportamiento humano, la nocion de enfermedad y particularmente como el proceso mediante el cual se accede al conocimiento de contenidos reprimidos. El hacer consciente dichos contenidos por medio de la comprension de la transferencia-contratransferencia constituye una forma de comunicacion.
Comunicacion e interpretacion forman parte de un mismo proceso que se configura a partir de la relacion bipersonal paciente-analista. El contenido de la comunicacion condiciona e influye sobre las caracteristicas de la interpretacion, asi como las caracteristicas de la interpretacion promueven el tipo de comunicacion que se va a establecer en ese vinculo.
Cuando un nino llega a una consulta o a un tratamiento psicoanalitico intenta por medio de juegos, gestos, expresiones verbales, relatos de suenos, dibujos, silencios, sintomas o enfermedades organicas comunicarse. Una corriente de comunicacion tanto verbal como no

verbal fluye constantemente y la combinacion de ambas, permite acceder a la comprension de un determinado significado inconsciente, mediante la interpretacion.

Desarrollaremos algunos aspectos relacionados con la comunicacion y mas adelante nos ocuparemos de la interpretacion.

La actividad que desarrolla un nino en la sesion psicoanalitica en forma de juego es una comunicacion que adquiere el caracter de un codigo particular que necesita ser descifrado.

Jugar es simbolizar. El proceso de simbolizacion es un acto creativo en el que confluyen la emision de un mensaje y su interpretacion. Dado que el juego es accion y es descarga afectiva, consideramos a la accion de jugar como un lenguaje al que la interpretacion de un receptor le atribuye significado y constituye el proceso de comunicacion.

Los desarrollos de Chiozza acerca de la simbolizacion en la enfermedad organica y la comprension de que los trastornos corporales son procesos de descarga que sustituyen un particular y especifico desarrollo afectivo, permiten tambien abordar las enfermedades corporales de los ninos, como un lenguaje que abre el camino de acceso al inconsciente infantil.

Toda forma de expresion puede transmitir consciente o inconscientemente contenidos.

Un nino puede mostrar su sentimiento de impotencia tirandose al piso y haciendose el muerto. Expresar su angustia, durmiendose durante la sesion. O puede manifestar su miedo o su verguenza cubriendose la cara con un almohadon. En este sentido hasta el silencio o la inhibicion del jugar de un paciente puede contener, a veces, el significado

esencial.

Chiozza, sostiene que gran parte de la comunicacion del paciente al analista debemos hallarla en los elementos metacomunicativos y metalinguisticos que acompanan y se diferencian del empleo idiomatico de las palabras. Destaca que el drama, el sintoma, el dibujo o el juego son los que pueden dar cuenta de manera inequivoca, acerca de la relacion con las fantasias inconscientes y con los cuales es muy dificil mentir. Todas estas expresiones que trascienden el significado del lenguaje verbal proveen muchas veces la integracion del "dato que faltaba" para que una historia se llene de vida.

Klein en sus formulaciones acerca de la tecnica para la comprension del juego infantil, postula que el nino recrea en el analisis, su modo de relacionarse con las personas significativas de su vida y despliega su neurosis de transferencia. Aclara que para comprender el simbolismo que emplea es necesario tener en cuenta la conducta total del nino, los mecanismos y las formas de representacion del juego y no solo el significado de cada simbolo.

Un nino, aun siendo muy pequeno, entiende que la sesion psicoanalitica es un espacio en el que puede comunicar contenidos que para el son valiosos. Desea comunicar lo que sabe y lo que le preocupa, con la esperanza de ser comprendido. Al mismo tiempo que transmite sus fantasias o sentimientos inconscientes.

Aberastury en sus trabajos sobre psicoanalisis de ninos, sostiene que el nino, ya en la primera sesion, muestra su conciencia de enfermedad - porque sufre por ella - comunica su fantasia inconsciente sobre la misma, asi como la fantasia inconsciente acerca de su curacion.

Tambien dice que un paciente puede comunicar en lenguaje no verbal, las caracteristicas del campo dinamico en que se desarrolla la situacion analitica.

Winnicott por su parte, al referirse al tratamiento de una nina de dos anos y cinco meses, a quien llamo The Piggle y que atendio durante catorce sesiones, describio que la paciente desde el comienzo dio un impulso claramente visible al tratamiento, y que los detalles de su trabajo demostraron que acudia llevando un problema que estaba en condiciones de exponer. Describio que en cada sesion el tenia la impresion de ser informado por la nina de un problema especifico.

Dolto destaco que el analista y el nino pueden considerarse representantes de dos mundos que logran comunicarse. Relata la actitud contratransferencial que asume frente a uno de sus pacientes: "Yo toda ojos, toda oidos, toda presente en su encuentro, sentia que era el resonador, que se comunicaba con el a traves de mi, su psicoanalista".

Forma parte de la comunicacion-interpretacion, comprender tambien el deseo del nino de no comunicarse. Su necesidad de "no ser encontrado" para preservar lo que siente como propio.

Cuando un nino comunica, no comunica todo lo que sabe. Es decir, sabe mas, tanto consciente como inconscientemente, que lo que cuenta. En otras palabras, puede ocultar o reprimir.

Podemos describir diversas vicisitudes resistenciales, que pueden inhibir la comunicacion de un nino, para evitar la emergencia de recuerdos angustiantes inconsciente.

a) La fantasia magica que al no aludir a un hecho doloroso desaparece el contenido del mismo.

b) Retener sus fantasias para evitar el sentimiento de carencia o privacion.

c)La fantasia de que el analista pueda comprenderlo sin ningun tipo de comunicacion. De esta manera puede mantener la ilusion de la existencia de una figura omnipotente protectora.

d) El deseo de evitar malos entendidos en la comprension,que hagan peligrar la aceptacion y el amor del analista.

e) La creencia de que con su accionar puedan producir un dano real. Es decir el temor a perder la conciencia del" como si" de la sesion psicoanalitica.

Por otra parte, el nino al actualizar en la transferencia las tematicas universales reprimidas, por medio de sus impulsos, fantasias y defensas, enfrenta y conecta al analista con dichas tematicas y con sus propios vinculos infantiles, con sus propios deseos y fantasias pregenitales reprimidos, colocandolo, en ocasiones, en una posicion contratransferencial que le impide intervenir adecuadamente para ayudar al nino a vencer sus dificultades en la comunicacion.

INTERPRETACION

La interpretacion, inseparable de la comprension de la transferencia-contratransferencia, permite comprender nuevos significados.

Una caracteristica fundamental del psicoanalisis de ninos es que el paciente se expresa preferentemente en forma no-verbal, mientras que el analista vehiculiza sus intepretaciones por medio de las palabras. Esta diferencia en el modo de comunicarse no constituye el mayor impedimento de la tarea psicoanalitica ya que el nino comprende el

sentido de las palabras mucho antes de usarlas. La dificultad radica fundamentalmente en que el analista pueda descifrar el contenido simbolico y comprender el contenido latente de las escenas representadas. Los ninos juegan, generalmente, de manera variada y cambiante. La comprension del significado central dependera de la posibilidad de establecer el enlace entre un juego y otro o entre diferentes modos expresivo.

Es necesario diferenciar entre la interpretacion como comprension de un significado y la verbalizacion de la misma. La comprension puede darse aun cuando por diferentes razones no sea oportuna su verbalizacion.

Es conveniente que el analista permita al paciente desarrollar su capacidad creadora. No todo lo que tiene importancia o significacion puede ser dicho y a veces los ninos necesitan ser comprendido sin que sean explicitados sus sentimientos. Siendo esta actitud parte de la labor terapeutica.

En la tarea psicoanalitica, dice Chiozza, no debemos atribuir a la palabra hablada un valor superior al del silencio. Es necesario diferenciar entre el silencio interpretativo del analista que sabe y considera apropiado callar y el silencio de aquel que ignora o que ignora lo que sabe.

Para Winnicott, una interpretacion inteligente por mas exacta que sea, si no es oportuna, puede llevar al paciente a perder la confianza transferencial.

Aunque gran parte de la comunicacion que el analista realiza al ~~paciente~~ niño es por medio de la palabra, se comunica tambien trascendiendo la esfera del lenguaje verbal. La manera en que el analista habla,

actua o sonrie influye en el desarrollo del vinculo transferencial-contratransferencial.

Forma parte del proceso analitico vencer los obstaculos que se oponen al logro de la comunicacion y el entendimiento, sin embargo son comunes los desencuentros y los malos entendidos entre paciente y analista.

Son frecuentes las interpretaciones contraresistenciales que se formulan con el deseo de hacerle sentir al nino que lo hemos escuchado o para promover o inducir un cambio en su conducta o con la finalidad de exhibir conocimientos intelectuales.

La repeticion de la enunciacion de una interpretacion puede estar, a veces, al servicio de compensar una insuficiente comprension. Asi como las intervenciones demasiado frecuentes del analista pueden gastar la importancia de una interpretacion.

La interpretacion adecuada respetara, al decir de Racker " lo que el paciente no sabe, necesita saber y sobre todo puede saber.

Cuando la transferencia es negativa la resistencia de los ninos al analisis es intensa y pueden manifestarla cambiando de juego, interrumpiendolo, con aburrimiento, con angustia o con una clara oposicion al tratamiento. Pero tambien es observable la facilidad con la que comprenden y aceptan las interpretaciones asi como la rapidez en sus cambios y en los progresos terapeuticos. La proximidad de sus contenidos inconscientes con la conciencia y la inestabilidad de sus defensas contribuye a que los ninos toleren menos que los adultos que no se los analice. No aceptan facilmente un pacto resistencial en el cual suceda nada.

Es conveniente que el analista al verbalizar las interpretaciones no se ubique siempre como objeto de la misma. Aunque el es el receptor directo del afecto del paciente, explicitarlo puede hacer peligrar la relacion analitica, ya que existe el riesgo de que el nino olvide el caracter transferencial del vinculo.

La observacion clinica suele mostrar que frente a determinadas intervenciones o interpretaciones el nino selecciona de manera inconsciente aquellas palabras que contienen mayor carga afectiva para el. Asi por ejemplo frente a la interpretacion: "sentis una rabia tan fuerte que te da miedo de ser malo", un paciente respondio "yo no soy malo". O en la oportunidad en que una analista le pregunto a un nino acerca de su dibujo : "decime que hiciste?", este contesto sobresaltado "Yo no hice nada".

En un trabajo que realizamos en colaboracion,acerca de la comunicacion en la sesion psicoanalitica de una nina de 3 anos, planteamos a partir de un aporte del Dr. Chiozza, que corresponde diferenciar entre las intervenciones que el analista realiza, las que son traducciones de aquello que el nino tiene en la conciencia y no puede comunicar, verbalmente, de las que son interpretaciones de lo inconciente, es decir, de lo que el nino no puede comunicarse a si mismo porque lo tiene reprimido.

Planteamos que cuando el analista de ninos traduce en palabras el mensaje manifiesto, podriamos decir que cumple una funcion semejante a la de un interprete, es decir, transforma juegos en palabras. Y cuando la intervencion devela los contenidos inconscientes, ejerce la funcion psicoanalitica propiamente dicha, al hacer conciente lo inconciente.

Destacamos que la posibilidad de entender y poner en palabras lo que un nino sabe y tiene en su conciencia pero que lo transmite por medio

de actitudes y juegos, le permite una mayor comprension de si mismo, enriquece la comunicacion y facilita el acceso a los significados inconcientes de su comportamiento.Generalmente esto le trae al nino un gran alivio al comprobar que es escuchado.

Es habitual que en la practica confundamos las intervenciones que son traducciones en palabras de aquello que el nino tiene conciente, con las que aluden al esclarecimiento del contenido latente. Es decir, formulamos traducciones creyendo que son interpretaciones de lo inconciente.

Dicha confusion probablemente esta motivada por la resistencia que conduce a pensar, por un lado, que en el nino la ausencia de expresiones verbales equivale a la falta de conciencia y por el otro a interpretar lo que el nino tiene en la conciencia como si se tratara de lo inconciente reprimido.

Vamos a exponer dos ejemplos con la finalidad de discriminar de la comunicacion aquella parte que corresponde a lo que el paciente sabe y tiene consciente, de la que no sabe y que necesita hacer conciente.

Un nino de seis anos propone jugar a las adivinanzas. El tiene que elegir una carta y no mostrarla y el analista tiene que adivinar la carta que eligio. Luego el juego se realiza de manera inversa.

Podemos comprender que por medio de este juego el nino comunica su deseo consciente de que el entendimiento entre el y la analista pueda darse sin necesidad de la expresion verbal, por medio de una captacion magica. Asi como tambien comunicar su necesidad consciente de poseer una capacidad intelectual y una inteligencia superior que le permita saber todo. (Referido tal vez a su preocupacion en relacion al rendimiento escolar).

En cambio el contenido inconsciente , que el desconoce, es la angustia que siente frente al temor de no poder aprender bien, que lo experimenta como un sentimiento de insuficiencia que al mismo tiempo le despierta la ansiedad de no ser valorado o querido por sus padres.

Analisis del dibujo de un nino de seis anos. El motivo de consulta es encopresis. Los datos significativos son: es el mayor de tres hermanos, sus padres estan separados, el padre por razones de trabajo, vive en el extranjero y su madre sufre depresiones.

El dibujo nos permite comprender su preocupacion conciente acerca del dinero. El temor a la pobreza, desencadenado a partir de la separacion de los padres.

Tambien comunica su vivencia consciente de que tanto el como sus hermanos giran alrededor de su madre - representada por la figura central con la corona negra - sintiendose suspendidos en el aire, como hojas al viento sin suficiente proteccion.

Tambien cuenta con su dibujo lo que siente que le sucede en el cuerpo - representado por la bolsa y el dinero desperramado - la manera en que el siente que retiene las heces y luego se le escapan cuando no las puede retener mas.

Expresa - a traves de la inversion de letras del signo pesos - la conciencia de que algo en su vida y en la de su familia esta equivocado o funciona al reves. Al mismo tiempo que las letras que escribio bien en el extremo izquierdo de la hoja puede aludir a la palabra sol representando asi el alejamiento de la figura paterna, o tambien puede expresar su sentimiento de que en el analisis recibe una version diferente sobre sus cosas que siente mas adecuada.

Comprendemos entonces que el nino sabe de su preocupacion por el dinero, sabe de la depresion de su madre, sabe de lo que le sucede en su cuerpo, pero lo que no sabe y corresponde al contenido oculto probablemente corresponde al deseo de tener o apoderarse de la potencia del padre y fortalecerse (representado por la cantidad , el tamano del dinero y la eleccion del dolar como peso valioso)para poder hacerse cargo de el mismo, de su madre y de sus hermanos.

Fundación Luis Chiozza
Mesa Redonda: Las identificaciones en el desarrollo temprano
Participantes: Lic. Silvana O. Aizenberg, Dres. Juan Repetto y Roberto Salzman
30-4-99

Desde el psicoanálisis sabemos que las identificaciones en la temprana infancia forman parte de un proceso que transcurre predominantemente en forma inconciente. El niño toma como modelos para su crecimiento, cualidades de los padres y de los antepasados de cada uno de ellos, definiendo de ese modo la estructura básica de su carácter.

Cuando nos referimos a la temprana infancia, aludimos a los primeros años de la etapa post-natal. Las identificaciones se van realizando con los padres de la historia personal, aunque sabemos que un niño ya antes de nacer es "dueño" de un aparato psíquico complejo y que el nacimiento es el comienzo de un período en el que se despliegan las relaciones que se establecieron durante la etapa fetal con objetos "reales" y heredados.

Sabemos que las identificaciones primarias pre-natales, encarnadas en el plan genético, se entraman con las secundarias provenientes del vínculo que el niño establece con el medio, durante la etapa post-natal.

Freud jerarquiza las identificaciones del complejo de Edipo, como estructurantes del aparato psíquico, aunque admite también la existencia de identificaciones pre-edípicas formando parte del mismo proceso.

Para Klein los primeros momentos de la vida se caracterizan por la existencia de ansiedades y mecanismos de defensa extremos en los que el niño, a través de proyecciones e introyecciones va conformando sus objetos primarios y la base del proceso de identificación.

Si bien existen diferencias conocidas entre estos autores en relación a aspectos esenciales de la teoría psicoanalítica, como el contraste entre el momento del comienzo del complejo de Edipo y la

formación del Superyó y el hecho de que para Freud la identificación es inherente a la ambivalencia edípica, mientras que para Klein el impulso a la reparación y el objeto interno bueno facilita el proceso de identificación, para ambos sin embargo, los efectos de las primeras identificaciones son siempre duraderos y determinantes del carácter.

Freud afirmaba, al referirse a las características de las represiones en la primera infancia, que éstas se instalan de manera definitiva alrededor de los cinco años .

A partir de la aceptación del psiquismo pre-natal, Chiozza afirma que el Yo se configura a imagen y semejanza del Ideal del yo y que el proceso de identificación puede ser descripto en dos fases: por una parte el Yo introyecta estímulos o ideas, que configuran el plano o modelo a copiar y por otra, el Yo incorpora la sustancia, la materia necesaria para dar cuerpo a ese modelo.

La concepción freudiana acerca de que la primera identificación, ocurre con ambos padres de la prehistoria personal y que existen representaciones heredadas de la pareja parental, la retoma Chiozza cuando afirma que la situación edípica se halla contenida en el psiquismo, desde los primeros momentos de la vida.

Toda identificación lograda – sostiene este autor – es aquella que puede ser reconocida como la copia del modelo e implica necesariamente la realización de un duelo primario, a través del cual se renuncia a la parte del objeto y del Yo que debe ser abandonada.

El modo en que transcurren las identificaciones pre y post-natales, condicionan entonces, la forma particular de ser y de enfermar del niño, delineando las características de su identidad. Dicha identidad, va integrándose a lo largo de la vida, con la incorporación de nuevas identificaciones, aunque conserve aspectos como sello de lo individual.

1) Cuáles son las diferencias que se pueden establecer entre las identificaciones de la primera infancia y las posteriores?

Desde un punto de vista podemos decir que no hay diferencias. Las identificaciones no son privativas de las primeras etapas, sino que

como dijimos, la evolución implica la necesidad de consolidar las adquiridas e incorporar otras, que implican la realización de duelos por aquellos ideales que no pueden ser materializados.
La integración del Yo con el ideal, forma parte del duelo que siguiendo a Chiozza, está presente en el proceso de materialización en las tres etapas de la vida, que se caracterizan por el crecimiento, la procreación y la sublimación..
Desde otro punto de vista, éstas son diferentes, porque aunque el niño trae al nacer una historia de identificaciones pre-natales y un yo conformado, la disociación que lleva a cabo como defensa para enfrentar los estimulos internos y externos, lo hace especialmente receptivo a las experiencias de frustración y satisfacción, que quedan intensamente grabadas en su psiquismo. Estas experiencias perduran como modelos inconcientes, que repetira con característica similares en los vínculos que establezca.
Si un niño crece, por ejemplo, sintiendo que sus impulsos son destructivos y su capacidad reparatoria insuficiente, conservará a lo largo de su crecimiento este modelo de identificación.
La importancia que tienen los primeros momentos de la vida, ya la describió Freud cuando se ocupo de comprender la amnesia infantil como resultado de la represión en la infancia, y definió a los recuerdos como encubridores de experiencias infantiles significativas.
El carácter fundante de las identificaciones de la primera infancia que constituyen la estructura básica, establece entonces la diferencia con las identificaciones posteriores.

2) Desde la teoría psicoanalítica sabemos que las relaciones de objeto en las fases tempranas del desarrollo, estan movilizadas por impulsos instintivos pre-genitales, aunque esten estructurados sobre la base de objetos edípicos totales. El niño pequeño se vincula con aspectos parciales de si mismo y de los objetos y los va integrando gradualmente a través de sucesivas identificaciones.
Cuando en esta tarea de integración, sostiene Klein, el niño experimenta a sus objetos demasiado opuestos, bondadosos o

peligrosos, dicha unificación se resiente generando trastornos en el desarrollo. El modo en el que va sintetizando las características del modelo o de los modelos a través de las experiencias de intercambio entre su mundo interno y externo, irá conformando las características de sus identidad..

El proceso por medio del cual el niño va integrando las identificaciones, lo vemos plasmado en sus juegos, quienes al asumir diferentes roles o adjudicárselos a otros, proyectan sus impulsos de amor o de odio dramatizando las características de los vínculos. Sus personajes cambian rapidamente de ser enemigos a amigos de ser buenos a ser malos.

Si bien el juego es el modo privilegiado en el que el niño puede asumir seudo-identificaciones, para intentar elaborar las vicisitudes de su crecimiento, tambien en su conducta cotidiana imita características de las personas cercanas, desarrollando seudo-identificaciones, como parte normal del desarrollo de la infancia.

La primacia de las diferentes zonas erógenas, otorgan cualidades diferentes a las relaciones de objeto y en las identificaciones con los mismos predominarán las pulsiones provenientes de los rasgos orales, anales, uretrales, etc.

El creciente grado de integración del Yo es el que permite un contacto más adecuado a la realidad y en el inicio de la posición depresiva – sostiene Klein - el bebe puede reconocer a la madre y a si mismo como objeto total.

Cuando decimos que las identificaciones son parciales, debido a la particular conformación del aparato psíquico del niño y a su modo de vincularse, debemos aclarar que dicha parcialidad solo puede ser entendida en terminos comparativos, porque para el niño lo que se describe como parcialidad constituye una relación de objeto total, no solo porque lo percibe "entero", sino porque satisface en el encuentro con él su necesidad, como sucede por ejemplo en la relación entre la oralidad y el pecho.

En este sentido podemos destacar, que si bien las identificaciones que se van sucediendo en la vida adulta, parten de un aparato psíquico conformado y con sus mecanismos de defensa más

estructurados, la identificación nunca es total sino con aspectos parciales del propio Yo, del objeto y de las relación que mantiene con el mismo.

3) En el proceso de adoptar las cualidades de los padres , el niño se enfrenta con conflictos inconcientes que muchas veces impiden el adecuado desarrollo de las mismas.
Conocemos, por ejemplo, la importancia que tiene en los primeros años la elaboración de la ambivalencia edípica en sus vertientes positivas y negativas, para acceder a la identidad sexual. Esto forma parte del carácter ambivalente de las identificaciones tempranas.
La necesidad de idealizar al objeto, que forma parte de un mecanismo de defensa natural en los primeros momentos de la vida, surge generalmente bajo la fantasía de tener un padre que pueda brindar toda la protección y todo el cuidado.
El deseo de perpetuar la existencia de esa imagen poseedora de cualidades omnipotentes, encubre la fantasía del niño de ser eximido de la realización de la tarea que significa asumir aquella parte de la responsabilidad que le impone su propio crecimiento, alejándolo entonces de la posibilidad de una identificación adecuada.
La fantasía de mantener un vínculo primario, que lo libere de sus miedos y de sus sentimientos de culpa, se expresa muchas veces en las conductas reactivas de los hijos, por medio de las cuales rechazan las identificaciones con las figuras parentales, negando la natural similitud existente entre ellos.
Aunque el niño intenta mantener la disociación, para evitar la frustración que implica la pérdida de los aspectos ideales del objeto, la ausencia de identificaciones adecuadas, lo expone de todas maneras al temido sentimiento de carencia. Esta idealización que está al servicio de atemperar ansiedades primarias, cuando es extrema, contiene aspectos altamente persecutorios.
Por otra parte la convicción de que el padre es possedor de capacidades especiales, conduce al niño al sentimiento de que se trata de un ideal inaccesible a quien no puede imitar y abandona la

identificación con él, porque su intimo propósito podría formularse: "o soy como él o entonces nada".

Sabemos que la resistencia del niño a admitir a su padre con características más cercanas a la realidad, va acompañada de la dificultad de hacer el duelo por los limites de su propio ser.

De acuerdo con Chiozza, los modelos ideales que no llegan a materializarse permanecen como el Yo ideal del sujeto y dan lugar al desarrollo de patologías.

La inhibición para identificarse, nos recuerda a la que se manifiesta en los vínculos de adopción, en los que tanto los padres como los hijos adoptivos, no pueden asumir adecuadamente su identidad. El análisis de esta temática permitió comprender que dicha inhibición está asociada a expectativas inconcientes de ser padres e hijos ideales.

Chiozza y colab. en su trabajo acerca del significado inconciente específico del SIDA, describen que el conflicto que subyace al sentimiento de pertenencia familiar corresponde a la imposibilidad de materializar una adecuada identificación primaria y que los aspectos no duelados se constituyen como un objeto interno, una "familia ideal" a la cual se aspira pertenecer. Esta aspiración – dicen – se fundamenta en la creencia de que esa "familia" ideal reparara la falla en la identidad.

Cuando la ambivalencia en el vinculo paterno-filial es intensa, el sentimiento de envidia que posibilitaría el proceso de asimilación-identificación, no puede desarrollarse. La fantasía de un padre potente, despierta sentimientos de envidia y si bien éste es un elemento básico para el crecimiento, cuando es intenso despierta ansiedades persecutorias, como ocurre, por ejemplo, cuando un niño renuncia a la identificación porque teme dañar irreparablemente al objeto como resultado del triunfo edípico.

4) Las teorías que desde Freud, Klein y Chiozza, sustentan la existencia de elementos inconcientes comunes en todo proceso de identificación, es decir que en el Yo existe una base común con el objeto elegido, nos permiten afirmar que todo niño en sus

identificaciones participa inconcientemente en la elección de las mismas. Esta concepción se opone a la generalizada opinión de que un niño es identificado pasivamente por sus figuras parentales.
Sabemos que el crecimiento conduce a que gran parte de la percepción del inconciente – natural en los niños- sea reprimida para facilitar el proceso de adaptación a la realidad, sin embargo también sabemos que durante las primeras etapas conservan la capacidad de percibir sus propios estados afectivos y el de las personas de su entorno.
En el duelo que significa materializar identificaciones, el niño necesita sintetizar su percepción conciente e inconciente de aquello que interpreta como el deseo de los padres o de las personas de su entorno. La necesidad de cuidado y la dependencia afectiva, propia del período de la infancia, contribuye o perturba al logro de este proceso.
La disposición de los niños, para captar y responder en forma inconciente a los ideales familiares, se traduce en el desenlace de diferentes identificaciones. Cuando comparte el ideal de los padres, podemos decir que esto le permitirá hacer el trabajo necesario o el camino que le permitirá acceder a una identificación exitosa. En cambio, cuando el niño experimenta dichos ideales como si fueran mandatos o tareas encomendadas, es factible que crezca desarrollando seudo-identificaciones, creyendo que los atributos del objetos son el resultado de sus propios logros, es decir confundiéndose con él.
Freud, en Introducción al narcisismo, sostiene que el niño puede quedar cautivo de los ideales narcisistas de los padres.
La negación que el infante muchas veces hace de sus propias percepciones inconcientes, respecto a las características o los habitos familiares, consolida en su vida el camino de la represión. Por ejemplo, frente a un padre de carácter omnipotente, el hijo puede identificarse con esos aspectos restándole importancia a su conocimiento más amplio, de que dicha omnipotencia encubre profundos sentimientos de debilidad.

La identificación con los conflictos reprimidos de los padres, constituyen el punto de urgencia que representa el baluarte familiar.
En la experiencia clínica observamos que los rasgos caracterológicos de los padres surgen mucha veces amplificados en las conductas de los hijos, como si estos fueran caricaturas de los mismos. Enfrentarse con esos aspectos representaría para el niño hacer el duelo por la imagen de si mismo y de sus progenitores.
Obstfeld E.. en su trabajo acerca de las identificaciones y la dificultad para el cambio, sostiene que el sentimiento de traición impide muchas veces la posibilidad de incoporar nuevas identificaciones y abandonar las conocidas. Pensamos que dicho sentimiento de traición se encuentra también en la temprana infancia. El niño puede sentir que si asume algunas de las características del padre o de algun representante de la familia paterna, traiciona a la madre o a alguno de sus representantes y a la inversa..
El dilema entre una elección y otra encubre también el deseo de poder identificarse en forma completa con ambas figuras parentales. Esta fantasía aludiría al mismo tiempo, al deseo de conservar la ilusion de bisexualidad propia de lo que describimos como la omnipotencia de la infancia..
La crisis de valores que acompaña nuestra época dificulta la necesaria identificación de los niños. El propio desorden de su mundo interno, se enfrenta con el del adulto, que se expresa en actitudes contradictorias y faltas de coherencia, como se observa en la confusión de roles parentales o educativos, en la falta de normas y en el desborde de agresión y hostilidad.

En el tratamiento psicoanalítico de niños, del mismo modo como ocurre en el de los adultos, el analista es simultaneamente objeto de la transferencia y un personaje real en la vida del paciente, de modo que el niño intenta encontrar en la relación con él un modelo y también un aliado que le autorice el desarrollo o la modificación de sus identificaciones.

Aunque la ambivalencia temprana, como ya dijimos, es intensa y la transferencia negativa se presenta a veces, con toda su fuerza, no hay diferencias sustanciales con las transferencias negativas de los adultos que, como actualizaciones de núcleos infantiles, son también profundas y alternantes..

Las identificaciones logradas en la vida de un niño, en la medida en que integran y posibilitan el crecimiento, son tambien reparadoras de las figuras de los padres.

FUNDACIÒN LUIS CHIOZZA
Mesa redonda
Patobiografía de niños
Participación: Silvana O. Aizenberg
Viernes 9 de junio de 2006

.

El Estudio Patobiográfico es un método diagnóstico y terapéutico, que busca comprender el significado inconciente que posee una enfermedad somática de cierta gravedad o una crisis vital, en la biografía de un paciente.

Chiozza L., al describir las características y los alcances del Estudio menciona que el psicoanalista, en su tarea, se encuentra a veces con problemas específicos, para los cuales es necesario realizar una intervención terapéutica rápida, que difiere del encuadre psicoanalítico clásico.[1]

Se trata de una intervención, que describe como un procedimiento "transversal", no sólo porque se orienta hacia un fin premeditado e inmediato, sino porque se hace mediante el esfuerzo conjunto de un equipo, concentrado en contemplar ese particular momento de la vida del paciente.

Comprendemos que la enfermedad en la vida de un niño, del mismo modo como sucede en la vida de los adultos, surge como una solución que éste encuentra para expresar sus conflictos inconcientes, enmarcados en el ámbito familiar y como un intento de comunicación que sólo puede hacer de esa manera.

El método para realizar el Estudio Patobiográfico de niños, se modifica básicamente mediante la inclusión de la anamnesis que se realiza a los padres y la implementación de la técnica de juego para la atención del paciente.

Por qué necesitamos la colaboración de los padres?

El material que aportan los padres, por un lado, ofrece el motivo de consulta actual y los datos biográficos del paciente y su familia, que el niño por su corta edad o por sus dificultades no puede ofrecer. Por ejemplo: las características de su nacimiento y evolución, la historia sistemática de sus enfermedades o los sucesos traumáticos que él o las personas significativas han tenido..

Por otro lado, porque comprendemos que las distintas enfermedades en la infancia, no sólo son expresión de distintas fantasías que no son concientes

[1] Chiozza, L. Lectura para psicoterapeutas. En Por qué enfermamos? Ed. Alianza bolsillo, Bs.As. 1997.

para el niño, sino que también son fantasías que se desarrollan en el vínculo con las personas de su entorno.
Interpretamos que la enfermedad del niño, funciona como el "radar" o el "fusible" de un circuito eléctrico y constituye siempre el emergente de conflictos inconcientes que involucran a toda la familia.[2]
En este sentido, la colaboración de los padres, nos permite esclarecer las temáticas comunes compartidas con el hijo y nos posibilita a través de su comprensión e interpretación verbal, una conmoción familiar, un cambio que no es fácil lograr a veces actuando solamente sobre el niño pequeño.
Chiozza, L. y colaboradores (1975)[3] sostienen que tener en cuenta que la problemática inconciente de ambos padres, codetermina la enfermedad del niño y las vicisitudes de su evolución y tratamiento, es una vía especialmente valiosa que otorga una nueva posibilidad de acceso a la psicoterapia.

El procedimiento

Comienza con una entrevista que lleva a cabo el Dr. L.Chiozza con los padres y en algunas ocasiones, junto con el niño, cuando es pertinente..
De ésta, surgen tanto las posibilidades de realizar el Estudio, como en los tiempos en que puede ser efectuado. Si puede ser en tiempos habituales (entre los treinta y los cuarenta y cinco días) o si es necesario realizarlo en un tiempo menor que denominamos "de urgencia".
Determina también la elección de dos profesionales, que forman parte del equipo. Uno que se ocupará junto con los padres de completar el cuestionario de la anamnesis y el otro de las horas de juego del niño o de las entrevistas al púber o al adolescente.
El Estudio incluye también el exámen pediátrico del niño, para evaluar su estado físico general, el estado actual de su enfermedad y la necesidad de la intervención de médicos especialista de acuerdo a su condición.
La anamnesis de padres es un interrogatorio pautado, que se realiza con ellos en forma conjunta o individual, dependiendo de su solicitud, que el equipo de trabajo lo admita o que determine su conveniencia.
Cuando la entrevista se lleva a cabo con la presencia de ambos padres, en forma conjunta, ofrecemos una vez concluida la anamnesis, la posibilidad de que si alguno de ellos piensa o quiere completar individualmente lo que hablamos durante las reuniones, puede solicitarnos una nueva entrevista.
La anamnesis tiene características diferentes, dependiendo de la edad del niño. Por ejemplo, contamos con una para padres de niño de 0 a 5 años, de 6 a 12 años y de 13 a 18 años.

---

[2] L.Chiozza y S.O de Aizenberg (1992) Por qué se enferman los niños. En un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Alianza Editorial. Bs.As. 1999
[3] Chiozza, L. y colab. Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos. En Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Alianza Editorial, Bs.As. 1995

También existen excepciones en cuanto a la presencia y participación de los padres en el Estudio. Podemos asistir a un adolescente de 13 años, sin la participación de sus progenitores, en el caso de que éste lo solicite, ellos lo autoricen y la evaluación de los criterios de adminisión del estudio lo permitan. O, por el contrario, realizar un estudio a un joven de 18 o más edad, que los incluya, debido a que el compromiso de su enfermedad impone la colaboración familiar.
La anamnesis a los padres se lleva a cabo durante tres o cuatro entrevistas de dos horas cada una aproximadamente. Pedimos que adjunten un número de fotografías familiares, correspondientes a distintos períodos de la vida del niño y de la familia, seleccionadas por separado por cada uno de ellos (aproximadamente 15 fotografías cada uno)
El psicoanalista que atiende al niño, realiza dos o tres horas de juego, de cincuenta minutos aproximadamente, que se harán en presencia o no de los padres, dependiendo de la edad y las dificultades del paciente o de la evaluación del equipo de trabajo.
Disponemos del lugar y del material de lúdico y gráfico, adecuado para las diferentes edades.
También les pedimos a niños mayores de tres años, que traigan fotografias, elegidas por ellos mismos.

En el caso de la atención a púberes o adolescentes tempranos, del mismo modo como en el estudio de niños, se realiza una anamnesis con los padres. Las horas de juego son sustituídas por tres o cuatro entrevistas de una duración de alrededor de dos horas cada una, en el que realizamos un cuestionario abierto, guiados por el cuestionario de anamnesis de adultos. y solicitamos en algunas ocasiones la realización de algun dibujo libre.
También pedimos, que escriban un cuento, relaten la temática de un libro, una película y que traigan fotografías (aproximadamente 15) elegidas por ellos.

.

El trabajo de equipo

Comienza el proyecto que consiste en resignificar la historia del paciente y su familia..
El anamnesista que es designado para el encuentro con los padres y el analista del niño realizan, a partir del material recabado una tarea de análisis y elaboración.
La Sinopsis y el Cuadro que reúnen los datos significativos del paciente, el motivo conciente o inconciente de consulta, así como las interrelaciones entre las edades, las situaciones dramáticas y las enfermedades, son confeccionados por el psicoanalista que entrevistó al niño.

El proyecto de resignificación a los padres, es elaborado por el mismo anamnesista que estuvo en contacto con ellos y el de resignificación al niño, queda a cargo del analista que atendió al paciente. Estas tareas son , en primera instancia, realizadas individualmente por cada uno de los profesionales y en segunda, en forma conjunta entre ellos..
El objetivo del Estudio, no es sólo comprender el significado inconciente de la enfermedad o el trastorno actual que tiene el paciente, sino también hallar las temáticas inconcientes comunes entre los padres y el niño, que determinan las características del vínculo entre los miembros familiares, que influye en gran medida en el modo de enfermar.
Chiozza, L[4]. sostiene que en el ejercicio de resignificar una historia, comprendemos el significado reprimido que forma parte de la historia del paciente y que determinó el "estilo" con que el paciente dibuja el mapa de su vida y su particular modo de interpretar los acontecimientos que componen su biografía.

La investigación psicoanalitica de las enfermedades infantiles, permitió descubrir que en todos los casos, las fantasías inconcientes del niño funcionan como un "par complementario" con las fantasías inconcientes de los padres, que pueden ser consideradas como la otra cara de una misma moneda.
Chiozza, L.[5] se ocupó de demostrar, en el conmovedor caso de Milena, de que manera el tumor en su pierna, expresaba fantasías inconcientes incestuosas, compartidas inconcientemente también por su familia, que tenían además su correspondiente punto de urgencia comun con los miembros del equipo de profesionales que la atendían.
Una vez elaborados los proyectos de resignificación, son presentados para ser pre-discutidos con el director del equipo, el Dr. E.Obstfeld.
Con el material reunido, resultado de la elaboración de esa pre-discusión, se realiza luego el Ateneo Clínico de supervisión de los días miércoles, dirigido por el Dr. Luis Chiozza y con la presencia de todos los anamnesistas del Centro Weizsaecker y los profesionales que han participado en el caso.
En esta reunión, se reelaboran las conclusiones y las indicacaciones terapéuticas que serán comunicadas al paciente.
Asisten también al Ateneo clínico, algunos miembros de la Fundación, que han sido previamente invitados..
El cuadro de las distintas situaciones dramáticas se conforma básicamente a partir de los datos que aportan los padres, teniendo en cuenta la biografía

[4] Chiozza, L. (1982) Apuntes para una teoría de la psicoterapia. En Psicoanálisis: presente y futuro. Edición del CIMP. Bs.As. 1983
[5] Chiozza, L. La conmovedora experiencia de resignificar una historia. En Un lugar para e encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Alianza Editorial, Bs.As. 1995

del paciente y las situaciones dramáticas familiares.. La coincidencia temporal con las distintas enfermedades o accidentes que ha tenido el niño, son datos que permiten comprender, a través del lenguaje de los órganos, su significado inconciente.

La Sinopsis, que contiene los puntos que permiten integrar distintos aspectos del problema que plantea la consulta, incluye para su procesamiento, algunas adaptaciones.

Cuando se trata de niños, que se comunican preferentemente jugando y que no responden a un cuestionario predeterminado, la Sinopsis se confecciona con el motivo manifiesto de consulta que exponen los padres, que en la mayoría de los casos coincide con el motivo de consulta manifiesto del niño, porque consideramos que aunque el niño no lo exprese verbalmente, con su enfermedad nos muestra su demanda y su pedido de ayuda.

Con respecto al motivo inconciente de la consulta, solemos consignar en la Sinopsis, tanto el motivo latente de la consulta que interpretamos que corresponde a los padres, como el motivo latente del niño, que obtenemos como interpretación, a partir del análisis de su hora de juego.

De los datos volcados por los padres, obtenemos el factor eficaz desencadenante de la consulta e interpretamos también el factor eficaz desencadenante de la enfermedad, que junto con el análisis de las horas de juego, nos aproximan a la comprensión del significado inconciente que el trastorno actual simboliza.

En el caso de niños muy pequeños, que no se expresan hablando, registramos las frases significativas y los puntos de coincidencia que derivan de la anamnesis paternas, distinguiendo las frases que les pertenece a cada uno de los progenitores.

En cambio, cuando se trata de niños mayores de dos o tres años, que además de jugar, pueden expresarse hablando, consignamos también en la Sinopsis las frases significativas y los puntos de coincidencia.que nos comunico el niño.

Respecto a la fantasía mágica de curación, la fantasía adecuada y el dosaje esperanza, registramos las que involucran particularmente al niño..

Para Chiozza, L,. la cuota de esperanza que sale a la luz, a partir del análisis del Estudio, revela las posibilidades de curación y ayuda también para establecer un pronóstico.

La formulaciòn de las resignificaciones, que constituye uno de los últimos pasos del proceso, se realiza de acuerdo al contenido escrito del material estudiado, a los padres y al niño por separado.

Es el analista que entrevistó a los padres quien tiene a su cargo, en un sólo encuentro, hablar con ellos acerca de lo comprendido. Una parte está dirigida a esclarecer aspectos comunes de ambos progenitores, en relación con la problemática del niño y otra a hacer conciente la participación individual que cada uno de ellos, a partir de sus propias

historias, comparte como los conflictos afectivos inconcientes del hijo.[6] Esta segunda parte y dependiendo de un criterio evaluativo del equipo, puede o no ser dicha en presencia de ambos padres juntos.

En el mismo ámbito en el que transcurrieron las horas de juego con el niño y con el mismo material dispuesto para él, recibe dos resignificaciones, que se llevan a cabo con un intervalo de una semana entre ellas.
Ambas, las brinda el analista, en el caso de que el paciente sea muy pequeño y que su posibilidad de expresión, sea predominantemente a través del lenguaje lúdico.
Cuando el paciente es púber o adolescente, en cambio, la segunda resignificación la recibe del analista que entrevistó a sus padres, quien como integrante del equipo compartió la elaboración completa del estudio y recibió un informe de lo que sucedió durante la primera resignifcación con el paciente.
En la segunda resignificación, se procura continuar con la elaboración que se ha iniciado durante la primera.
Cuando se trata de niños muy pequeños, que necesitan de la compañía de los padres, conversamos en primer lugar con los progenitores, acerca de lo que hemos comprendido y posteriormente damos la resignificación al niño.
Esta modalidad técnica, prepara o dispone a los padres, para poder acompañar luego al niño durante su propia resignificación, en mejores condiciones.
.L. Chiozza,[7] sostiene que la resignificación es un insight de carácter inesperado, que estropea la comodidad del paciente, que expresa a través de su enfermedad..
Durante el transcurso de las anamnesis y de las horas de juego, los profesionales que forman parte del equipo, van elaborando las diferentes contratransferencias que comprometen sus propios afectos, impregnados con la vida del paciente y su familia.
Por su parte, el paciente y los suyos, movilizados por todo el proceso que estimula también la emergencia de recuerdos, contribuyen para el proceso de elaboración.
Dos meses después de concluído el Estudio, realizamos una entrevista de seguimiento, con los padres del niño o con el adolescente, si supera los doce o trece años y si está en condiciones de informar acerca de su evolución.

---

[6] Chiozza, Gustavo sostiene que los conflictos inconcientes compartidos entre padres e hijos conviene denominaros temáticas comunes, a diferencia de los puntos de urgencia compartidos entre paciente y analista que se definen así a partir de que forman parte de un proceso terapéutico. (La interpretación de este concepto es responsabilidad personal)
[7] Chiozza, L. Participación en la mesa redonda de Patobiografía de adultos. Fundación L.Chiozza, 2-6-06 (la interpretación de sus palabras es responsabilidad personal).

Es importante mencionar que decidir la realización de un Estudio Patobiográfico, implica tanto para el niño como para los padres, el enfrentamiento con serias resistencias..
La observación clínica nos muestra, que decidir una consulta psicológica por un hijo, representa a veces una resistencia que esta al servicio de encubrir el dolor de tener que enfrentar conflictos inconcientes propios y del niño que estan activos a través del padecimiento.

Habitualmente surge la pregunta acerca del modo en que transmitimos al niño la resignificación y del modo en que la recibe?
Con un lenguaje adecuado para su edad, le hablamos al paciente en los términos que se utilizan en la vida y cuando el niño además de jugar durante sus horas de juego, se expresa también hablando, incluimos a veces en nuestra verbalización, algunas de las palabras que él mismo ha usado, partiendo de la idea de que éstas tienen para él una particular resonancia afectiva. Intentamos acercar a su conciencia lo que hemos comprendido de su historia y lo que pensamos que lo llevó a enfermar.
Durante la confección de los Estudios Patobiográficos, señala Chiozza, L. se impuso la necesidad de ser cada vez más cuidadosos con las palabras con las cuales comunicar al paciente nuestras conclusiones, dado que junto a la necesidad de comunicar lo comprendido, cuando se habla de algo íntimamente entretejido con la vida afectiva – aclara - toda prudencia es poca.[8]
Durante la resignificación somos expectadores y participantes de diferentes respuestas ánimicas de parte de la conducta del niño. Manifiesta abiertamente su sentimiento de incomprensión o su resistencia, oponiéndose a colaborar, a escucharnos o insistiendo para irse y salir del consultorio y cuando se siente comprendido, se ocupa de hacernos saber a través de su actitud corporal, el alivio retratado en su semblante, sus gestos o sus palabras - como cuando preguntan finalizada la resignificación, cuando tengo que volver? - su aceptación y también su agradecimiento. No es poco frecuente que cuando se retiran del consultorio, se despidan saludando con un beso a la analista, actitud que no asumen cuando vienen a sus horas de juego, ni cuando llegan para recibir la resignificación.
Tampoco es poco frecuente que, como respuesta a la intervención del Estudio Patobiográfico, los niños mejoren rápidamente del motivo que dió lugar a la consulta.
Interpretamos que dicha evolución depende de la adecuada comprensión y transmisión de lo que entendemos que le pasa, de la menor fijación a sus mecanismos de defensa en comparación con el paciente adulto adulto y de

[8] Chiozza, L. La conmovedora experiencia de resignificar una historia. En Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Editorial Alianza, Bs.As. 1999

la inclusión de la concientización de los padres, acerca de los conflictos comunes compartidos.

Estudio patobiográfico de bebés

Sabemos que un niño mucho ante de nacer, ocupa un lugar en las fantasías inconcientes de sus padres y que forma parte de una complejisima trama de emociones inoncientes en la cual participa, en mayor o menor grado toda la familia.

La observación de la conducta en los recién nacidos, demostraron que todo niño, aún siendo muy pequeño, recibe la influencia de las fantasías inconcientes de las personas que lo rodean y reactúa sobre ellas. [9]

En el Centro de Consulta Weizsaecker, hemos realizado patobiografías de bebés de pocos días, semanas o meses de nacimiento.

Es frecuente que el motivo de la consulta, sea algún trastorno o enfermedad que puede poner en riesgo su vida y que requiere de la comprensión de su significado de manera inmediata.

El Estudio se inicia, como en el caso de los niños y adolescentes, con un cuestionario de anamensis a los padres, a cargo de un psicoanalista designado previamente, quien se reúne con ellos durante tres o cuatro entrevistas, de dos horas aproximadamente cada una y de las observaciones de la conducta del bebe, en compañía de uno o ambos progenitores, de las que se ocupa otro terapeuta, durante dos o más encuentros.

El contacto con el bebé y su dolencia generalmente nos conmueve y nos sorprende por su capacidad comunicativa.

A través de todo su comportamiento, como por ejemplo, si duerme o esta despierto, sus movimientos corporales, su mirada, sus gestos, su respiración o su llanto y el modo de reaccionar cuando los padres le hablan, lo tocan o lo besan, muestra su necesidad de ayuda y ofrece en ese lenguaje preverbal, elementos que aportan para su comprensión.

El llanto, constituye una de las principales formas de expresión del neonato, que le permite comunicar fundamentalmente su necesidad y sus ansiedades.

Describiré brevemente solo para ejemplificar, tres experiencias clínicas, asumiendo la parcialidad de su relato y el hecho de que no se centran en destacar las fantasías específicas de las enfermedades de los bebés, ni la riqueza de la labor que se llevó a cabo en la supervisión de los correspondientes Estudios Patobiográficos.

Jazmin, [10] una niña de cincuenta días de edad, que padecía de una cardiopatía congénita acianótica, con hipertensión pulmonar severa e

[9] L.Chiozza y SO. de Aizenberg (1992). Por qué se enferman los niños? En un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Alianza Editorial. Bs.As. 1999

insuficiencia cardíaca, permitió comprender de que manera las fantasías de los padres, que se sentían como dos contrarios, de dos sangres “distintas” y cuyo casamiento fue objeto de una fuerte oposición familiar, se expresaba en su enfermedad cardíaca. La paciente se sentía sobre exigida, con la responsabilidad de unirlos. Se sentía “insuficiente” frente a lo que deseaba hacer y a lo que sentía que se esperaba de ella. La fantasia de tener el “corazón partido”, formaba parte del mosaico de fantasías inconcientes presentes, tanto en su enfermedad, como en la biografía de sus padres.
La interpretación a los padres de la dinámica familiar y la verbalizaciòn a la beba, del significado inconciente de su padecer, ayudó a cambiar el curso grave de su enfermedad

Federico, un bebé de quince días, estaba internado en terapia intensiva, por trastornos digestivos, que se manifestaban con vómitos y diarreas sanguinolentas, que le impedían alimentarse.
El Estudio del niño, nos permitió comprender que con su dolencia, expresaba su sentimiento de incapacidad para digerir y realizar el esfuerzo de procesar los estímulos de la vida post-natal, así como también la negación de sus necesidades y la negación de sus miedos vinculados a la fantasía de estar en contacto con una mamá que él sentía que no lo podia alimentar bien. Estas vivencias hallaban su correspondientes fantasías inconcientes en los padres, quienes tenian una actitud maníaca de negación de sus propias necesidades y dificultades. Se sentían abrumados por las violentas peleas matrimoniales, por las ambiciones laborales que invadían sus vidas y el nacimiento de este segundo hijo.
La reacción del bebe, cuando le hablamos de su actitud de negar sus miedos y de negar también sus necesidad, rechazando el alimento como si no precisara incorporarlo para vivir, lo llevó durante la misma resignificación y estando en brazos de su mamá, a buscar su pecho y a aceptar ser alimentado, conducta a la que hasta entonces se resistía.

Eliana, una niña de cuatro meses, padecía una trasposición de los grandes vasos, que le impedía la adecuada oxigenación a su tejidos y que requería de una intervención quirúrgica de urgencia. Revelaba a través de su grave enfermedad cardíaca , entre el mosaico de fantasías que comprometía su dolencia, conflictos que giraban en torno a vivencias de saturación en los vínculos familiares, de encierro endogámico y de profunda desesperanza.. Durante la hora de observación, acostada en los brazos de su padre, cuando éste le colocaba en sus manos un pequeño mordillo, ella lo sostenía brevemente y luego lo dejaba deslizar hasta que se le caía. Comprendimos que con esta actitud dramatizaba, entre otros

[10] Chiozza, L. y colab. (1975) Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos. En Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Alianza Editorial. Bs.As. 1999

aspectos, tanto su desánimo, como el familiar y su percepción de que la vida se le escapaba de las manos.

Cuando realizamos la resignificación a un bebe, sugerimos que éste, se encuentre en brazos de alguno de sus padres, preferentemente de la madre.
La verbalización la dirigimos al paciente y a veces hacemos comentarios a los padres, explicitándoles algo de lo que pensamos que forma parte de los conflictos del niño.
Esta modalidad de trabajo, se apoya en la convicción de que el lenguaje verbal, moviliza intensos contenidos afectivos, que van más allá de la comprensión que el bebé pueda realizar del significado de las palabras.

Trabajos de Simposio

Fundación Luis Chiozza

9º SIMPOSIO DEL CIMP (1976)

AIZENBERG, S. O. de, FERDER , L. R. de

SOBRE LA DERMATITIS DEL PAÑAL (*)

En este trabajo intentamos comprender la relación existente entre la dermatitis del pañal y el uso del mismo. Llama la atención La mayor incidencia de este trastorno en el período de la vida en que el niño hace su entrada en la fase genital previa, descripta por A. Aberastury.

La dermatitis del pañal es una afección que se presenta, por lo menos en la forma leve, de modo casi sistemático, en algún momento durante la época en que el niño necesita usar pañales (11). Esta observación fue corroborada por numerosos autores (12), quienes comprobaron una intensificación de la dermatitis entre los 7 y 9 meses de edad.

En algunos lactantes la dermatitis aparece sin relación directa con el uso del pañal (**), sin embargo, en la mayoría de los niños afectados, la única etiología comprobada es la irritación directa que provoca el contacto con el pañal húmedo.

Se describen clásicamente dos tipos de dermatitis de pañal: a) una forma leve, se trata de una reacción escoriante que se presenta cuando dos superficies húmedas de la piel se encuentran en contacto o cuando la piel normal se sujeta a la acción irritante y prolongada con el pañal húmedo. La lesión consiste en una reacción eritematosa difusa o en placas que cubre la región perineal, los glúteos y los genitales y b) dermatitis amoniacal, las lesiones son papulo vesiculares que se hacen umbilicadas, dejando tras de sí cráteres ulceriformes. La dermatitis es producida por el amoníaco que se forma a partir de la orina, mediante la acción de las bacterias que descomponen la urea en el pañal o en la piel. Normalmente la piel sana es suave y seca. Su relativa sequedad inhibe la proliferación de micro-organismos, su pH bajo, al igual que la flora normal, favorecen la descomposición de los esteres en ácidos grasos insaturados (con función protectora) y el proceso de descamación aleja las bacterias potencialmente patógenas. La piel de las distintas zonas del cuerpo presenta características diferentes. En las regiones inguinales y del pliegue glúteo, la piel es más caliente, más húmeda y tiene un pH más alto. Sin considerar la humedad y la flora bacteriana que se agrega ante la presencia de la orina y las heces, el uso del pañal incrementa por sí solo dichas características, convirtiéndolas en elementos patógenos.

El tratamiento universalmente indicado para esta afección, consiste en suprimir el pañal y exponer la zona afectada al calor y al aire seco durante el día. Asimismo se aconseja la aplicación nocturna de cremas o ungüentos (con el uso del pañal) que tienen una finalidad protectora y calmante.

La estrecha relación existente entre la dermatitis y el uso prolongado y excesivo del pañal, nos lleva a pensar en este último como un elemento preponderante para la comprensión de esta patología.

M. Mahler (10), postula que el fin de la etapa simbiótica entre madre e hijo, sobreviene entre el quinto y sexto mes de la vida postnatal. Al respecto cita a Helen Deutsch quien dice que la relación intrauterina de parásito-huésped dentro del organismo materno debe ser reemplazada en el período post-natal por el envolvimiento del infante, como si fuera una matriz extra-uterina.

(*) Agradecemos al Dr. Sergio Aizenberg, la ayuda que nos brindó para la confección de este trabajo.

(**) Epidermolisis bullosa, Síndrome de Ritter-Lyell, Enfermedad de Leiner, Acrodermatitis enteropática, Diatesis seborreica, etc.

Para A. Garma (6), los vestidos en los sueños simbolizan frecuentemente las membranas fetales y esto le llevó a pensar que existe una última relación entre ambos. "Algo así como una relación genética. Surge entonces la idea de que el haber observado las membranas fetales, en el parto, fue lo que llevó a la madre primitiva a cubrir a su hijo con algo que las sustituyese. Y que este sustituto, como pudo ser una piel o cuero de animal, en el curso de generaciones que se civilizaban, sufrió transformaciones, llegando finalmente a convertirse en el vestido". Es así como el pañal podría ser entendido como un intento para conservar en el comienzo de la vida post-natal dichas envolturas propias de la vida prenatal.

La consistencia de la materia fecal varía durante los primeros meses de vida. De condición casi líquida durante aproximadamente el primer trimestre, y dada la posición habitual acostada del niño en ose período, la materia fecal así como la orina expulsadas permanecen en contacto con su piel a modo de envoltura. Al aproximarse a los 6 meses de edad, las heces se solidifican y esto coincide con su maduración psicomotriz y objetal, y la consecuente tendencia a separarse de las mismas.

Una Teoría Sexual (5), Freud se refiere a la importancia del erotismo genital y dice: "Entre las zonas erógenas que forman parte del cuerpo del niño hay una que ciertamente no es importante al principio (...) pero está destinada a serlo en el futuro (...). La situación anatómica de esta región, las secreciones en las cuales está bañada, el lavado y frotado a las cuales está sujeta en el curso de la toilette del niño, así como la estimulación accidental (...) hacen inevitable que el sentimiento de placer que esta parte del cuerpo es capaz de producir, sea notado por los niños durante la época de su más temprana infancia y lo impulsen a la necesidad de repetirlo".

En M. Klein (7) encontramos numerosas referencias a la temprana aparición de los impulsos genitales en los niños. "Los impulsos genitales aparecen al mismo tiempo que los pre-genitales y los influyen y modifican (...), la llegada al estadio genital parece ser sólo un reforzamiento de los impulsos genitales".

A. Aberastury (1) desarrolla su punto de vista acerca de la genitalidad del lactante y describe la fase genital previa; "Pienso que la dirección interna de la organización genital temprana está dada por la necesidad de buscar una forma de unión que reemplace el vinculo oral abandonado y los órganos genitales son los únicos aptos para recuperarlo".

Dice que esta fase se extiende a partir del cuarto al sexto mes de vida hasta el final del primer año, con la aparición de la fase perverso-polimorfa. "Durante este período surge una actividad masturbatoria intensa, el exhibicionismo y voyeurismo". Agrega; "Previo a la actividad masturbatoria, existe un descubrimiento y manipuleo de los genitales con finalidad exploratoria".

Coincide esta fase con la aparición de los dientes. A. Aberastury (2) sitúa al igual que M. Klein la iniciación del complejo de Edipo en esta época; señala que la posibilidad real del niño de destruir con sus dientes lo lleva a separarse de la madre y a buscar su unión con el padre a través de un vinculo genital que no encierre los peligros del vinculo abandonado.

La conjunción de las observaciones teóricas y clínicas reseñadas con el descubrimiento empírico por parte de los pediatras, que el tratamiento de la dermatitis consiste en la eliminación del pañal por períodos prolongados, nos conduce a las siguientes reflexiones, tendientes a la comprensión del significado de dicho trastorno.

Nos da la impresión que el uso excesivo del pañal durante esta fase, obstaculiza la satisfacción de los impulsos genitales predominantes en ella, obligando a su represión, al impedir la exploración, masturbación y exhibicionismo fundamentales para el desarrollo del niño. Dice A. Aberastury (2): "En general por las inhibiciones genitales de los adultos este período de masturbación en el lactante (...) son negados y otras veces impedidos, sea por una abierta prohibición o castigo cuando lo hace, o más sutilmente vistiéndolo con ropas que le hacen imposible la exploración".

Paralelamente, el uso habitual y continuado del pañal somete al niño a una situación regresiva de calor, humedad y contacto semejante a la que vivió durante el período intrauterino, o al que es normal durante los 3 primeros meses de vida. Probablemente el contacto excesivo con el pañal recrearía un medio ambiente similar al de la vida intra-

uterina en un momento inadecuado. El pañal mojado en contacto con la piel evocaría la humedad del líquido amniótico; el pH de la orina normalmente ácido vira a la alcalinidad como consecuencia de la descomposición de la urea en amoníaco. Es importante destacar que el pH del líquido amniótico es alcalino.

El someter al niño a estas condiciones de características regresivas y represivas, dificultaría la buena elaboración de la posición esquizo-paranoide y la entrada a la posición depresiva descripta por M. Klein (8).

La piel caliente, roja, inflamada y dolorida que en algunos casos llega hasta la ulceración, nos lleva a pensar que este síntoma estaría expresando simultáneamente, rebeldía ante la situación regresiva y represiva a la que se lo expone e irritación por la frustración genital. El dolor sería vivido como un castigo, por los impulsos que al no ser pasibles de descarga, se convierten en persecutorios. Probablemente, como lo ha señalado L. Chiozza (3) la falta de descarga adecuada de los impulsos mencionados se manifestarían en la sintomatología expuesta. Dice Chiozza: "(. . .) aquellas cargas eróticas que no logran ligarse a través de un crecimiento armónico, o descargarse a través de la capacidad efectora del Yo y se acumulan más allá de un cierto límite, constituyen los potenciales del instinto de muerte y actúan como un tóxico tanatizando a los órganos que han sido su fuente o a las estructuras corporales vecinas".

Es interesante recordar que el tratamiento, como ya lo hemos mencionado, consiste en el retiro de los pañales, la ventilación de la zona afectada con aire seco y el eventual uso de ungüentos protectores durante la noche. El retiro del pañal al permitir la descarga instintiva adecuada haría desaparecer la frustración genital, con su consecuente irritación. Actuaría con carácter permisivo aliviando de esta forma los sentimientos de persecución y de culpa y la disminución de la situación regresiva concomitante haría desaparecer también la rebeldía contra la misma.

Para lograr una mayor comprensión de la especificidad del trastorno que estudiamos, sería necesario profundizar en la comprensión de las "fantasías cutáneas" y de las "fantasías inflamatorias" que forman parte del mismo (4).

BIBLIOGRAFÍA

1 ABERASTURY, A.: La importancia de la organización genital, Revista de Psicoanálisis. Tomo XXVII, N° 1, Bs. As. , 1970

2 ABERASTURY, A: Aportaciones al Psicoanálisis de niños, pag. 133, Paidós, Bs. As. , 1971.

3 CHIOZZA, L. : Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, Paidós, Bs. As. , 1976

4 CHIOZZA, L. : Cuerpo, Afecto y Lenguaje, Cap. "Las fantasías específicas en la investigación psicosomática", Paidós, Bs. As. , 1976.

5 FREUD, S. : Tres ensayos para una teoría sexual, Obras Completas, Tercera Edición, Biblioteca Nueva, España.

6 GARMA.A. : "El origen de los vestidos", Revista de Psicoanálisis, Tomo VII, Bs. As. , Oct., Nov, Dic. 1949, N° 2.

7 KLEIN, M. : El Psicoanálisis de niños, pág. 149, Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As. 1948.

8 KLEIN, M. : Desarrollos en Psicoanálisis, Editorial Paidós, 1967.

9 KOBLENZER.P.: Diaper dermatitis. An overview with emphasis on Rational Therapy based on etiology and pathodynamics, Clinical Pediatrics, VoL 12, N° 7, July 1973.

10 MAHLER, M. : Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación, Ed. Joaquín Mortiz S. A., México, 1972

11 SILVER, H K. , KEMPE, C. H. , BRUYN, H. B. : Manual de pediatría, El manual moderno , México, 1968.

12 WILSON.W. G. , STREET, L, FEARNOW, R. : Diaper Rashes in Infancy. Studies on the Effects of Various Methods of handering, Clinical Pediatrics, Vol. 12, N°12, December 1973.

10º SIMPOSIO DEL CIMP (1979)

ROSMARYN.A.D.de (Coordinadora), AIZENBERG.S. O. de, ARACAMA,H. E. , INI,C.G.de, TRINCAVELLI, G. N. C. de

MOTIVO LATENTE DE CONSULTA DE LOS PADRES

Los padres del niño en tratamiento psicoanalítico son los que por una u otra razón representan muchas veces un escollo insalvable para la prosecución del mismo.
En el caso de considerarse conveniente la indicación al niño de una terapia psicoanalítica hemos visto que, la situación psíquica de los padres, el grado de resolución de sus propios conflictos, la conciencia del grado de enfermedad del hijo, su mayor o menor convencimiento en la eficacia del psicoanálisis, posibilitan o no la concreción de la orientación terapéutica.
Dice Freud (S. Freud, 1932, pag. 856): "Las resistencias internas que combatimos en el adulto, quedan sustituidas en el niño por dificultades externas. Cuando los padres se hacen substratos de la resistencia suelen poner en peligro el análisis e incluso el desarrollo del mismo, por lo cual se hace, a veces necesario enlazar al análisis del niño cierta influencia analítica de los padres. ".
La percepción de esta dificultad ha llevado a los distintos analistas de niños a encarar este problema a través de diferentes actitudes, tanto con respecto a:
1) las entrevistas con los padres de niños en tratamiento psicoanalítico,
2) las entrevistas realizadas con los padres para evacuar una consulta por el hijo.
Melania Klein (M. Klein, 1932) destaca la necesidad de conseguir el apoyo pasivo por parte de los padres del niño en tratamiento, evitando interferencias tales como "alentar" al niño a través de preguntas o ayudar a sus resistencias.
Dice además que a menos que los errores cometidos por los padres sean muy graves, trata de no influir en su sistema educativo ya que considera que las actitudes asumidas por éstos es tan ligadas a sus conflictos y que los consejos brindados a ellos no sólo son inútiles sino que incrementan sus sentimientos de culpa. La tendencia del analista a aconsejar a los padres obstaculiza el análisis y dificulta las relaciones entre éstos y sus hijos.
A. Freud (A. Freud, 1927), por el contrario, postula que durante los tratamientos de niños, es importante asumir una actitud pedagógica, modificando la relación con los educadores y revisando las exigencias que el mundo exterior impone al niño.
A. Aberastury (A. Aberastury, 1962) relata que en la primera época de su trabajo mantenía entrevistas periódicas con los padres de niños en tratamiento, en las que aconsejaba e influía a favor de las necesidades urgentes del niño.
Comprobó luego que esta técnica no resultaba útil coincidiendo, entonces, con lo postulado por M. Klein al respecto. Suprimió casi totalmente las entrevistas con los padres, excepto cuando manifestaban tal necesidad, considerando que el negarlas sería perturbador.
En ese caso sólo las concedía previo consentimiento del paciente. En ellas no informaba a los padres de lo acontecido en las sesiones pero si transmitía al niño lo hablado con los padres, incluyendo en la interpretación al niño los datos aportados por éstos.
Modificó luego esta postura aclarando que sólo informaba al niño acerca de aquellas situaciones de sus padres que no constituyesen para ellos conflictos sin elaborar. En el curso de tratamientos de tiempo limitado aconsejaba mantener entrevistas con los pa-

dres que frecuentemente clarificaban sus conflictos y colaboraban positivamente en el desarrollo de la terapia del hijo. (A. Aberastury, 1968).
Extraemos de la lectura de El caso Dominique de F. Dolto (F. Dolto, 1971, pág. 36) la actitud que esta autora asume con respecto a las entrevistas dadas a los padres de un niño en tratamiento psicoanalítico.
Durante una entrevista con el padre de Dominique éste relata que su mujer se ocupa de todo, que es extraordinariamente activa y tiene un alto sentido del deber. Dolto pregunta, riendo "No tiene defectos entonces? Ni siquiera el más mínimo?" . El padre responde sonriendo: "A veces es un poco colérica pero sin consecuencias. Se enerva, grita pero pronto lo olvida completamente".
Pensamos que Dolto a través de la pregunta de uso corriente y de tono benevolentemente irónico interpreta al padre la concepción ideal que éste tiene de su mujer y de esta forma logra que exprese su protesta.
Con respecto a las consultas psicoanalíticas de niños, Aberastury (A. Aberastury, 1971) dice que la observación del niño en una o dos sesiones y el conocimiento de la historia ambiental permite llegar a la interpretación del trastorno, al mismo tiempo que posibilita guiar a los padres.
F. Dolto (F. Dolto, 1971) estudia por medio de consultas breves numerosos casos clínicos destacando la influencia de la "neurosis familiar". En algunos casos que presenta, interpreta la expresión de un aspecto neurótico del padre y/o de la madre en la problemática del niño.
Si bien en algunas situaciones las interpretaciones no son explicitadas por Dolto, a los padres, creemos que el sólo hecho de hablar con ellos acerca de su vida posibilita una contratransferencia sobre todo concordante y permite que en cierta medida los padres mismos establezcan conexiones entre su propia historia y los conflictos actuales de sus hijos. Esto facilita una mejor recepción por parte de los padres de las indicaciones terapéuticas.
En los estudios patobiográficos de niños basados en el esquema general de los estudios patobiográficos de adultos (L. Chiozza, V, Laborde y E. Obstfeld, 1973), (E. Obstfeld, 1976), (C. Bahamonde, 1978), se encara no sólo el motivo latente de consulta del niño sino también el de los padres. Este enfoque unido a nuestra experiencia en el psicoanálisis de niños a través de consultas y tratamientos de tiempo limitado e ilimitado nos ha llevado a clarificar más la importancia de la comprensión del conflicto latente de los padres en la dinámica del trastorno del niño.
Nuestra actitud es refractaria a tomar en tratamiento prolongado a un niño cuyos padres no estén en terapia psicoanalítica, debido a que la irresolución de sus conflictos hace prácticamente imposible el buen desarrollo y término del análisis del hijo. Las entrevistas que de esa manera serían demasiado asiduas dificultarían la relación terapéutica con el niño.
Siendo los padres a su vez pacientes psicoanalíticos las entre vistas con ellos son muchas veces prescindibles ya que los mismos tienen la posibilidad de aclarar sus compromisos neuróticos en sus propios análisis individuales. En los casos en que éstas se realicen de todas maneras, mantenemos el mismo enfoque tratando de desentrañar el motivo latente de las mismas
En los tratamientos breves con objetivo determinado y tiempo limitado, cuando los padres no se psicoanalizan, luego de realizada la consulta inicial en la cual se atiende al motivo latente de consulta del niño y al de los padres, se deriva a éstos últimos a entrevistas de pareja de orientación psicoanalítica, en las que se analizan sus conflictos en la

asunción de los roles parentales, en su desarrollo personal y en sus relaciones matrimoniales. Estas entrevistas se llevan a cabo durante todo el período que dure el tratamiento del niño.

Coincidimos ampliamente con M. Klein y A. Aberastury citadas anteriormente, respecto a que el consejo silvestre dado por el analista a los padres dificulta la relación entre éstos y sus hijos y origina, al mismo tiempo, una situación de transferencia negativa con el analista.

Sin embargo siempre aparecen contenidos inconscientes conflictivos de los padres que buscan ser interpretados. Esta situación está implícita en el mismo pedido de una entrevista.

Pensamos así que el consejo unido siempre a una interpretación, debe ser impartido a los padres según el arte que nos llevara a encontrar el lenguaje adecuado a través del cual nos escuchen sintiéndose comprendidos. De este modo conseguirnos con mayor frecuencia la aceptación por parte de los padres de las indicaciones terapéuticas, (comienzo o prosecución del tratamiento psicoanalítico para el niño y/o para los padres, modificación de pautas educativas en el manejo diario, etc.).

Expondremos suscintamente dos casos a fin de clarificar este punto de vista.

A) P. tiene 12 años. Sus padres piden una entrevista u raíz de un robo que el niño cometió hace unos meses. Al interrogarles acerca de la fecha de este suceso, el padre recuerda que fue próximo a la muerte de su suegra. Nos preguntamos: Por qué acuden ahora siendo que el robo sucedió 8 meses atrás? Si el robo no es el verdadero motivo de consulta, qué se oculta tras esta representación sustitutiva?

Surgió en nosotros la sospecha de que un mal manejo de los bienes en sucesión podría ser el "robo" al que los padres inconscientemente se referían. Esta presunción fue confirmada. El abuelo materno había vendido valiosas propiedades pertenecientes al acervo familiar. Existía en los padres la preocupación acerca de una posible sustracción de parte de la herencia que les correspondía. Comprendimos que esta situación no había podido hacerse consciente hasta ese momento debido a sus sentimientos de culpa por sus propias fantasías de robo.

El esclarecimiento de esta problemática alivió a los padres del niño, descargando en parte al hecho por que consultaron (robo cometido por el hijo) de un significado subyacente que les pertenecía. Simultáneamente comprendimos el motivo latente de consulta del niño, quien también se sentía defraudado por su abuelo y a quien últimamente exigía regalos costosos con la fantasía de "hacerse pagar" su silencio.

B) Una pareja de padres consulta por las cefaleas de su hija de 4 años. Tienen otro hijo varón de 1 año y medio. A lo largo de la entrevista relatan los padres que comparten la vivienda con los abuelos paternos de la niña a quienes se sienten muy ligados, aunque deben someterse a la actitud crítica de la abuela. El padre de la niña tiene un hermano mayor, que hasta hace poco tiempo vivía con ellos y con el que ha roto sus relaciones debido a una situación de celos entre las dos cuñadas, "Mi suegra me prefiere", dice la madre de la niña; "yo no soy celosa, no me importa que quieran a otro también".

Los abuelos maternos viven en el interior del país, junto a dos hijos a los que apoyan económicamente. "A nosotros nos ayudan los de acá", dice la mujer.

El momento en que se produce la consulta es cercano a las fiestas de fin de año, primer aniversario de la pelea entre los dos hermanos.

Comprendimos el dolor inconsciente y la culpa que la separación familiar les produjo. Habían conseguido quedarse con los padres, negando sus celos y envidia por el hermano que se independizó de la familia. La niña expresaba idéntico conflicto en relación con

su hermano. El enojo de sus padres con los tíos, le hacía temer acerca de su vínculo con el bebé, por quien se había sentido desplazada y a quien trataba de no ver, distrayéndose permanentemente con la presencia de una amiga.
Las cefaleas expresaban las ideas dolorosas de celos fraternos. La conscientización de esta problemática permitió la desaparición del síntoma orgánico de la niña a la vez que mejoró la situación familiar de los padres.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A. (1962) Teoría y técnica del psicoanálisis de niños, Ed. Paidós, Bs. As., 1962

ABERASTURY, A. (1968) Comunicación personal

ABERASTURY. A. (1971 Aportaciones al psicoanálisis de niños, Ed. Paidós, Bs. As., 1971

BAHAMONDE, C. (1978) “El método patobiográficos”: su aplicación al conocimiento de la enfermedad somática. II Encuentro Argentino-Brasilero de Medicina Psicosomática, San Pablo, Brasil, Mano de 1978.

CHIOZZA, L, LABORDE. V.
OBSTFELD, E. (1973) "Estudio patobiográfico de dos pacientes. Sus problemas teóricos y prácticos", Conferencia CIMP, 1973.

DOLTO, F. (1971) El caso Dominique, Ed. Siglo veintiuno, Argentina Editores S. A. 1973.

DOLTO, F. (1971) Psicoanálisis y pediatría, Ed. Siglo veintiuno, Argentina Editores S .A. (1975),

FREUD. A. (1972) Psicoanálisis de niños, Ed. Paidos, Bs. As., 1970

FREUD, S. (1932) Nuevas aportaciones al psicoanálisis, Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948

KLEIN, M. (1932) Psicoanálisis de niños, Ed. Paidós, Bs. As. , 1964.

OBSTFELD, E. (1976) "Estudio patobiográfico", Conferencia en la Asociación Medica Argentina, Bs. As., 1976

AIZENBERG, S. O. de, TRINCA VELLI, G. C. de

SOBRE UN ASPECTO DEL DESENCUENTRO ENTRE PADRES E HIJOS

La observación del desencuentro entre padres e hijos, nos llevó a pensar que uno de los motivos de esta situación consiste en las expectativas y requerimientos mutuos, que cuando exceden las posibilidades reales del otro, toman la forma de exigencias.

Nuestra intención es ocuparnos de aquellas expectativas que perturban el vínculo así como la evolución y el desarrollo tanto del niño como de los padres. Sabemos que las mismas cuando son adecuadas, es decir si están tasadas en el respeto mutuo y en la diferenciación de funciones, posibilitan el establecimiento de una buena relación paterno-filial.

Klein (KLEIN, 1959) señala que la indulgencia excesiva así como un exceso de restricción resultan dañinas para la maduración del niño. Conductas muy permisivas por parte de los padres, determinan que el hijo experimente intensos sentimientos de culpa y que los padres sientan a su vez resentimiento hacia él, por el sometimiento a sus deseos incontrolados. Considera que el niño necesita un cierto grado de restricción que le proporcione seguridad.

También Winnicott (WINNICOTT, 1960) enfatiza la necesidad de un adecuado sostén por parte del medio ambiente para el Yo débil del niño.

Aberastury (ABERASTURY, 1971) postula que detener un acto que se desprende espontáneamente como producto de un momento de la evolución, es tan pernicioso para el niño como acelerarlo. Además considera que, aquellos padres que viven los logros de sus hijos como si fueran propios, dificultan el proceso de personificación de los mismos.

Agrega que el estar demasiado pendientes 4 las realizaciones de éstos, implica una renuncia por parte de los padres a su mundo adulto y lleva así al niño a una situación cíe exigencia ya que necesita hacer algo especial para mantener la expectativa del adulto y justificar dicta renuncia.

Por auparte Salas (SALAS, 1970) establece una diferencia entre limitación y prohibición. Dice que la limitación corresponde a un vínculo reparatorio y brinda a los hijos modelos útiles para la identificación. Plantea que la prohibición puede ser directa a través de amenazas y castigos o indirecta por una falsa permisividad, representando esto un ataque al verdadero desarrollo y crecimiento del Yo.

Apoyándonos en las ideas de los autores que hemos mencionado, así como en lo que hemos encontrado en nuestra experiencia clínica, pensamos que aquellas conductas de los padres tendientes a imponer al niño un desarrollo emocional y/o intelectual precoz, establecer límites excesivos o abandonar al niño a un excesivo autocontrol por falta de límites, determinan en éste la formación de un Superyo severa (*) e implica una situación de exigencia ideal.

Rosinaryn y colab. (ROSMARYN Y COLAD. ,1972) señalan que, de la proyección de los ideales en el hijo se derivan excesivas exigencias, según las cuales se le impone la realización de aquello que los padres no han materializado. También consideran que los padres cuando se pseudo-identifican ellos mismos con el ideal, denigran en los hijos aquellos aspectos denigrados da sí mismos.

Carotenuto (CAROTENUTO, 1970) aborda un tema concordante al que estamos estudiando al ocuparse de la proyección de ideales en la relación analítica. Señala que el narcisismo del analista lo lleva ría a la incapacidad de renunciar a la concreción del ideal a través de sus pacientes. Agrega que, los aspectos neuróticos del analista lo harían vivir las dificultades del paciente para materializar sus proyectos, como ataques a su propio narcisismo.

(*)Agradecemos a la Lic. Ada D. de Rosmaryn la ayuda que nos brindó para la realización de este trabajo

(*)No nos ocuparemos aquí de aquellas exigencias que el niño se impone a sí mismo y que como plantea Freud (FREUD, 1938) resultan de la severidad del Superyo, que no depende de las conductas de las figuras parentales sino que corresponde a la intensidad de las defensas contra el complejo de Edipo. Así mismo Klein (KLEIN, 1932) señala que la severidad del Superyo, además de resultar de la introyección de las figuras parentales depende de factores constitucionales

Comprendemos entonces, que los motivos que subyacen a las conductas exigentes, se relacionan con la necesidad que tienen los padres de que sus lujos cumplan sus proyectos o ideales no realizados, representando para ellos las dificultades de concreción de éstos un verdadero ataque al narcisismo. Asimismo, el otorgar a los hijos una libertad excesiva, privada de límites, obedecería al deseo inconsciente de los padres de conservar su omnipotencia a través de ellos (Rosmaryn, Litvinoff, 1979). A la vez al no poder asumir las funciones palomas y al concederle al niño una permisividad excesiva, estarían provocando en el medio ambiente un intenso rechazo hacia el niño producto de su propio odio inconsciente hacia él (Rosmaryn, 1979a) (*).

Es habitual encontrar también en los hijos comportamientos que implican exigencias hacia sus padres que implicarían para éstos asumir funciones "ideales" y que dificultan así un buen entendimiento entre ambos. No nos ocuparemos aquí de aquellas conductas que resultan de la identificación del hijo con las características exigentes propias de los padres.

Aquellos niños que presentan dificultades para aceptar disposiciones o normas familiares, obligan a sus padres a asumir una severidad extrema y de esta manera los acercan a un comportamiento "ideal". Pensamos, siguiendo las ideas planteadas por Chiozza (Chiozza, 1977) que esta situación se derivaría de la creencia por parte del hijo de que los padres poseen un privilegio que en realidad no tienen, es decir, que no comparten las prohibiciones que a ellos les imponen, proyectando de esta manera el ideal en los padres por incapacidad para renunciara él.

A modo de ilustración transcribiremos suscintamente el resultado del estudio de dos casos clínicos.

El primero se trata de una niña de tres años, hija única, que presenta serias dificultades para aceptar límites y que manifiesta una conducta descontrolada y agresiva pegando, mordiendo y rasguñando, Inclusive a sus padres.

Su madre, hija única, de padres separados en su temprana infancia, vivió situaciones de extremo descuido y abandono. Su padre, hijo menor de dos hermanos, fue educado en un clima de severas restricciones y represión sexual.

Comprendimos, que dada la situación familiar, ambos padres querían obtener a través de su hija el bienestar y la libertad que ellos sentían que les habían privado, pero con su actitud abandonante a través de una crianza sin límites, repetían inconscientemente las figuras de sus padres.

La niña, con sus trastornos de conducta, que aumentaban día a día, exigía a sus padres, no sólo que ejercieran su función paterna, sino que asumieran una autoridad extrema.

El segundo caso se trata de un niño de nueve años, hijo mayor de tres hermanos. Sus padres consultan por serias dificultades de aprendizaje y ante el riesgo de perder la escolaridad normal.

Indagando en la historia familiar vimos que la madre esperaba que este hijo ocupara el lugar de su hermano fallecido en la adolescencia y a quien ella atribuía, entre otras excelentes cualidades, un gran desarrollo intelectual. Por otra parte, el padre exigía a su hijo éxitos escolares (ser "superdotado") con la fantasía inconsciente de que estos le brindarían a él mismo prestigio y reconocimiento por parte de los demás y especialmente el de su propia mujer, ante quien él se sentía muy inseguro y disminuido.

Interpretamos que las dificultades del niño estarían fundamentalmente relacionadas con el temor de defraudar a sus padres y con el miedo de no poder conservar el cariño do éstos. A la vez pudimos comprender que este trastorno, además de contener una actitud vengativa hacia los padres, los convertía al tener que ocuparse de él constantemente y de manera persecutoria, en figuras que resultaban ideales.

Vemos de este modo que, la presencia de conductas exigentes de los padres hacia sus hijos así como la de éstos hacia aquellos, contendría una incapacidad para renunciar a los aspectos ideales (dificultad para realizar el duelo primario) que resultan de esta forma depositados en el otro.

Esta situación, trae asimismo como consecuencia, intolerancia mutua hacia las limitaciones y dificultades de cada uno.

Recordemos aquí el hermoso caso relatado por Freud, (Freud, 1913) de una paciente que en su infancia al pedírsele que trazara a pulso una circunferencia, la realizó con compás, no admitiendo su engaño.

(*)Etimológicamente exigencias deriva del latín exigo (de ex = de, desde y ago = hacer) Echar afuera, recibir con murmullos de desaprobación, hacer pagar, alejar, evitar, reclamar, soportar, pedir (De Miguel R, 1943)

Su padre, excelente dibujante, había despertado en ella un intenso cariño y admiración. La niña al descubrir que éste no poseía la grandeza que ella deseaba debido a sus dificultades económicas y escaso poder, y no pudiendo aceptar tal disminución de su ideal, trataba de demostrar a través de ella misma las excelentes dotes de su padre.

Queremos destacar que la renuncia a los ideales no implica que los padres deban privar al hijo de la realización de algunas de sus aspiraciones creyendo que las de él son diferentes, ya que esta situación podría empobrecer su desarrollo (Rosmaryn, 1979b).

Al plantearnos el tema de las exigencias como un aspecto del desencuentro entre padres e hijos, pensamos que la exigencia excesiva representa un ataque hostil, ya que si bien por un lado se espera que el otro realice las propias expectativas, ésta misma posibilidades resistida ya que despierta sentimientos envidiosos, convirtiéndose así en un mensaje contradictorio. La presencia de estas conductas alejan a padres e hijos de la comprensión de las verdaderas capacidades y necesidades de cada uno.

Un vínculo comprensivo y cariñoso dependería en gran parte deque los padres puedan aceptar y querer a sus hijos "a pesar de" (Chiozza, 1979) y al mismo tiempo que los hijos logren superar el resentimiento y perdonar los errores de sus padres (Klein, 1960 citado por Obstfeld y colab. ,1979).

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, Arminda (1971) Aportaciones al psicoanálisis de niños. Ed. Paidós, Bs. As.

CAROTENUTO, Lidia (1979) Algunas vicisitudes del ideal del yo en la contra transferencia. Presentado en el CIMP.

CHIOZZA, Luís (1977) El falso privilegio del padre en el Complejo de Edipo. Revista de Psicoanálisis, T. XXXIV, Nº 1, Bs. As.

FREUD, Sigmund (19J3) Dos mentiras infantiles, en La organización genital infantil. O. C., VI, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.

(1938) Esquema de Psicoanálisis, O. C. Vol. III, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.

KLEIN, Melanie (1932) Primeros Estadios del conflicto de Edipo en Psicoanálisis de niños. Edit. Paidos, 1974

(1959) Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia. Revista de Psicoanálisis, T. XVIII, Ed. A. P. A. Bs. As., 1961.

(1960) “Amor, culpa y reaparición” en Las emociones básicas del hombre, Ed. Nova, Bs. As.

De MIGUEL, Raimundo (1943) Nuevo diccionario latino – español, Etimológico. Librería General de Victoriano Suárez, Madrid.

OBSFELD, E. y colab. (1979) “Las mil y una noches” Un pretexto para hablar del proceso psicoanalítico. Presentado en el CIMP.

ROSMARYN, A. LITVINOFF, N. (1979) David y Absalom. Presentado en el CIMP.

ROSMARYN, Ada (1979a) Comunicación personal.

(1979b) Comunicación personal.

SALAS, Eduardo (1970) Los padres y la identidad. Revista de Psicoanálisis. T. XXVII. Nº 4. Ed. APA, Bs. As.

WINNICOTT, D. W. (1960) La teoría de la relación paterno – filial, en El

proceso de maduración en el niño (Estudios para una teoría del desarrollo emocional) Ed. Laila, Barcelona, 1975

Acerca de una experiencia clínica con una beba de ocho meses
(12 simposio, 1981)

Aizenberg, S. O. de; Trincavelli, G. N. O. de

Intentaremos comunicar una experiencia clínica que nos conmovió profundamente. En la sesiones con niños, y en especial con aquellos que aún no han adquirido el lenguaje, el analista atiende de modo especial a los gestos, las miradas, las expresiones, los movimientos, creándose un clima de intensa participación emocional. Todos estos aspectos de la comunicación parecen resistirse a ser verbalizados y aún en aquellos casos en que ello es posible, pierden algo de su frescura y espontaneidad. Tal vez por eso resulta difícil encontrar el modo de poder expresar el encuentro con nuestra pequeña paciente.

Ya Freud (Freud, 1920), agudo observador, se refirió a un niño de 18 meses y demostró la posibilidad expresiva del juego y la vinculación que se puede establecer entre éste y las relaciones del niño con su ambiente, comprendiendo así gran parte del significado emocional y social del juego.

Conocemos, a partir de los desarrollos de M. Klein (Klein, 1936) y de su observación de la conducta de los bebés, la asombrosa complejidad de los procesos que actúan en los estadíos tempranos del desarrollo, como asó también la posibilidad que tiene el niño de expresarse simbólicamente en su actividad lúdica.

Susan Isaacs (Isaacs, 1944), por su parte, nos demostró la importancia y el valor de las fantasías como representantes de los impulsos libidinosos y destructivos, en las primeras épocas del desarrollo. Coincidiendo con otros autores, subrayó que la comprensión de las palabras en los niños es muy anterior a la capacidad de hacer uso del lenguaje.

Arminda Aberastury (Aberastury, 1950) al relatar su intervención psicoanalítica en una niña de 11 meses, demostró que un niño pequeño no sólo puede expresar su conflicto a través de su conducta y su juego, sino además la posibilidad de la acción terapéutica a través de interpretaciones dirigidas al niño.

Queremos rescatar lo que estos autores nos han enseñado, destacando el valor que adquiere la observación y comprensión de los bebés, el reconocimiento de la importancia clínica de la existencia de fantasías “previas” al lenguaje, la capacidad simbólica del niño y especialmente deseábamos señalar la importancia que tiene para nosotros el poder comunica a niños muy pequeños, cuando presentan trastornos, el significado inconsciente de los mismos.

La aplicación de los conceptos de Chiozza acerca de las fantasías específicas (Chiozza, 1966), sus ideas sobre el valor de la transferencia y la interpretación en la situación analítica (Chiozza, 1979, 1980) y los trabajos que diversos autores realizaron a partir de sus desarrollos, nos permiten, no sólo abordar y comprender

el sentido de los trastornos somáticos en los niños, sino que además nos brinda una nueva perspectiva, posibilitándonos una comprensión más amplia y profunda en el tratamiento de los mismos, así como una acción terapéutica más eficaz.

Trataremos de relatar algunos momentos dramáticos vividos con una paciente y sus padres en la hora de juego y en la sesión destinada a transmitirles nuestras conclusiones.

Agustina tenía ocho meses cuando sus padres consultaron, preocupados y cansados, porque desde pocos días después de su nacimiento y con una periodicidad de aproximadamente 15 días, la beba sufría resfríos, otitis y trastornos en el dormir a causa del dolor producido por esta afección. Se aliviaba al ser acunada y cuidada durante las noches por sus padres. También se le administraban antibióticos lográndose solamente una mejoría transitoria.

Tomaremos de la entrevista inicial con los padres algunos datos que nos han parecido significativos.

Agustina era la menor de cuatro hermanos de 7, 5 y 3 años. Su desarrollo psico-motriz y su evolución hasta el momento habían sido adecuados. Sus padres eran jóvenes, ambos profesionales y parecían sentirse enriquecidos y orgullosos con sus cuatro hijos, al mismo tiempo que se mostraban abrumados, exigidos e imposibilitados para la crianza y buen cuidado de todos ellos.

El tiempo que los padres podían dedicar con exclusividad a Agustina era escaso. Refirió la madre que en muy pocas oportunidades ella la había bañado y que por las mañanas le daba su mamadera estando labeba en al cuna para que luego continuara durmiendo. Expresó que paulatinamente debió delegar su atención y cuidado a una persona de servicio.

A la hora de juego llega Agustina con sus padres. Se la ve muy chiquita, asustada, como a punto de llorar. Los padres la sientan en el suelo cerca de algunos juguetes dispuestos para ella, y aunque parece inhibida en sus movimientos, muestra una mirada inteligente que expresa su deseo de contacto y su conexión con la nueva situación. la analista le dice : “voy a ver como jugás para saber qué te pasa, otro días vas a venir y te lo voy a contar”. Agustina mira al papá y a la mamá, mira a los juguetes y a la analista y a través del juego nos comunica:

-Que siente lejana a su mamá y tiene pocas esperanzas de alcanzarla. (Extiende tímidamente el brazo señalándola y abandonando su intento rápidamente).

-Su sentimiento de soledad, su tristeza y su impaciencia. (Con expresión desolada se queda largo rato mirando el movimiento de su pierna y su pie que transmiten inquietud).

-Su falta de contacto corporal con la madre, tanto en cantidad como en adecuación. (Sin alzar un muñeco de su cuna le pone un cubo de madera en la boca, dramatizando la manera en que ella misma es alimentada).

-Su enojo. (Emite chillidos de protesta y patea).

-La necesidad de incorporar a sus padres y el deseo de retenerlos. (Intenta introducir en su boca al mismo tiempo diferentes objetos que los representan).

-Su irritación, dolor y deseo de no escuchar palabras hirientes para protegerse. (Pensamos que aldue a algunos de los significados de su otitis (asterisco [1]). Un comentario despreciativo del padre acerca de su juego hace que ella apoye su cabeza en el suelo, de costado, tapando así su oído).

-Que se siente poco sostenida, sin apoyo y la inseguridad que esto le produce. (Se le caen repetidamente los juguetes de la mano; intenta sin resultado apoyar un cubo sobre una pelota y éste se le desliza) (2asteriscos [2]).

-El desorden, el apuro y la insatisfacción que caracterizan la vida familiar. (Todos los juguetes aparecen dispersos, los toma y los deja sin retenerlos entre sus manos, pareciendo que ninguno la conforma).

-El miedo e irritación que le producen las discusiones y palabras violentes de sus padres. (Hace ruidos inesperados que “lastiman” los oídos; con un palo golpea los juguetes).

-Que se siente exigida y su fantasía que sólo siendo más grande podrían atraer la atención de los padres. (Distrae su atención de los juguetes y quiere tocar objetos del consultorio que están por encima de sus posibilidades).

-Su pedido ansioso de ayuda a la analista. (Mira a la analista incorporando su cuerpo. la analista se acerca, la niña le coloca un osito en la mano haciendo presión para que no se caiga, intentando que la analista lo retenga).

En una entrevista posterior con los padres, la analista les habló de la gran exigencia que sentían al tener que atender a cuatro hijos pequeños, de sus conflictos inconscientes en relación con sus historias personales, que les impedían un mejor contacto con las necesidades de Agustina. Fue fundamental hablarles de las dificultades matrimoniales, de la insatisfacción sexual y del rasgo que caracterizaba las relaciones entre ellos, ya que habitualmente se trataban con ironías, hiriéndose mutuamente.(Pensamos que esta modalidad podría expresar la insatisfacción, angustia e impotencia). Con respecto al síntoma de Agustina, la

[1] No es el objetivo de nuestro trabajo abordar el estudio de las fantasías específica involucradas en la otitis, ni profundizar en su contenido sexual, así como la relación con la escena primaria. (Rosmaryn, 1975). Desarrollos que seguramente enriquecerían nuestra comprensión.

[2] Con este juego la niña expresa también las dificultades del contacto sexual de sus padres (Rosmaryn, 1978).

analista les aclaró que éste cumplía entre otras funciones la de reclamar presencia y contacto. Se les dijo concretamente que debían acunarla y mimarla por las noches. Se comprendió junto con ellos, que el intento de Agustina no era sencillamente separarlos (como resultado de su conflictiva edípica), sino que cumplía también a la función de preservarlos. La evidencia clínica nos ha convencido que en este como en otros casos el síntoma de la niña encubría la intención inconsciente de mantener a sus padres separados para evitar una unión más cercana, hiriente y destructiva. Pudimos relacionar esta fantasía con la idea inconsciente, coincidente, de los padres, quienes se mantenían distantes creyendo que un encuentro más cercano entre ellos agravaría el maltrato que se otorgaban.

Al padre se le explicó que sentía que únicamente podía imponer su autoridad gritando, ya que de otro modo no lo lograría. A la madre se le dijo que se ponía rígida y exigente para que la escucharan.

Se les dieron algunas indicaciones de orden práctico (juegos y paseos), ya que, a juzgar pro la manera como estaba ordenado el día de vida de la niña, parecía que su actividad fundamental consistía en esperar a sus padres y escuchar con miedo que empezaran de nuevo a pelear.

Pocos días después de esta entrevista los padres traen a Agustina. Se la ve más inquieta y despierta y se establece un contacto fácil. Los padres la sientan frente a los juguetes. Agustina mira fija y atentamente a la analista, no quitando su mirada de ella. Su cuerpo adelantado, su cara expectante y su expresión parecen decir: “háblame”. Ambos padres se sientan cercanos. La analista comienza diciendo: “Me parece que a veces estás triste”. “Tenés ganas de llorar”, “a veces no llorás porque te parece que tu mamá y tu papá no van a venir”. Agustina se muestra acongojada, su mirada no se desvía de la analista, al punto que da la impresión de no parpadear. “A veces cuando tenés ganas de llorar no llorás, te ¡aguantás!”. Agustina hace un movimiento de cabeza, mira a sus padres, comienza un tímido llanto, que rápidamente se transforma en franco y abierto. La analista continua: “!Qué ganas que te tengan más a upa!”. Agustina se acuesta en el suelo y reptando busca a su mamá, quien extiende sus brazos y la alza. Agustina se abraza fuertemente a ella y ambas lloran emocionadas. El padre se mantiene atento y conmovido. Inmediatamente, en brazos de su mamá, busca a la analista y su llanto se transforma en una hermosa sonrisa y un profundo suspiro de alivio. Agustina parece decir: “Esto es lo que quiero ¡gracias!”. Pide que la bajen y toma los juguetes, algunos con más confianza que en su hora de juego anterior y los retiene en sus manos. La analista le dice: “Tenés ganas que tu papá te agarre fuerte”, ella mira al padre y se sonríe.

Siguiendo luego distintas secuencias del juego, se le dice: “Cuántos gritos en tu casa”, “te asustás mucho”, “!qué miedo! papá a veces está enojado”. “Cuando mamá y papá hablan fuerte te duelen los oídos”. “Querés que mamá y papá estén más contentos”. Agustina escuchaba atentamente. Las interpretaciones eran dichas espaciadamente (Rosmaryn, 1978) y a veces acompañadas de gestos.

Con palabras sencillas se apuntó a la soledad, al dolor que sentía cuando no la escuchaban y a cómo se sentía apurada a crecer.

Al finalizar la hora se la veía a Agustina con una alegría desbordante. Se despidió de la analista con una amplia sonrisa, haciéndole sentir más allá de cualquier duda, la eficacia de su comunicación no verbal.

Circunstancialmente nos enteramos, luego de un tiempo, que Agustina estaba muy bien, que no se volvieron a repetir las otitis, y que sus reclamos eran muchos más claros. Había dejado de ser una nena pasiva y se mostraba más vital, más traviesa y movediza.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, Arminda

(1950) Fobia a los globos en una niña de 11 meses. Rev. de Psicoanálisis, T. VII N 4, Bs. As., 1950.

CHIOZZA, L

(1966) Cuerpo, Afecto y Lenguaje. Ed. Paidós, Bs. As., 1976.

(1979) Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico. Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Ed. Paidós, Bs. As. (1980).

(1980) Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia. Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker. Ed. Paidós. Bs. As. (1980).

FREUD, Sigmund

(1920) Más allá del principio del placer. Obras Completas. Vol. 2. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967, pág. 1101.

ISAACS, Susan

(1943-4) Naturaleza y función de la fantasía. Rev. de Psicoan. T. VII, N 4, Bs. As., 1950, pág. 581 y 608.

KLEIN, Melanie

(1936) Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. Observando la conducta del bebé. Desarrollos en Psicoanálisis. Ed. Hormé. Paidós, Bs. As., 1967.

ROSMARYN, Ada D. de

(1975) El significado de la enfermedad en los dibujos infantiles. Trabajo presentado en el I Encuentro Argentino Brasileño, Bs. As., 1975.

(1978) Características del coito de los padres en el juego de los hijos. 9 Simposio del CIMP, 1978.

(1978) La interpretación y la verbalización en el psicoanálisis de niños. Eidon, N9. CIMP-PAIDOS. 1978.

SILVANA O. DE AIZENBERG

REFLEXIONES ACERCA DE LA INFLUENCIA QUE LAS CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LOS PADRES SOBRE EL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LOS NIÑOS

Partimos del conocimiento de la existencia de la sexualidad en-la infancia (Freud, 1905) y del concepto de series complementarias (Freud, 1916/17) que nos permiten comprender la estrecha interacción entre el desarrollo tánato-libidinoso del individuo y la influencia ejercida por el medio circundante. Las vicisitudes de dicha interrelación influyen tanto en la normalidad como en los trastornos del desarrollo, manifestándose en este último caso, mediante diversas alteraciones psíquicas o somáticas.

Sin dejar de lado los aportes que cada niño hace a su propia enfermedad, ni las diferentes configuraciones o interjuegos característicos de cada familia, nos interesa señalar especialmente la influencia que ejerce sobre la evolución psicosexual de los niños, la mayor o menor resolución edípica de los padres. El grado de genitalidad alcanzado y el buen establecimiento de una identidad sexual, como sabemos, no se manifiesta solamente en las particulares modalidades de la vida erótica, sino que adquiere además otras expresiones, como son la adecuación y el equilibrio de los roles paterno y materno en el vínculo conyugal.

No vamos a describir las diferentes etapas por las que atraviesa el niño en su desarrollo libidinal como tampoco las vicisitudes del Complejo de Edipo. Destacaremos en cambio, como lo señalan algunos autores (Aberastury, 1971, 1973, Aizenberg, Trincavelli, 1981, Grus, 1977, Rosmaryn, 1975, 1976, 1978, Rosmaryn, Grus, 1978, Rosmaryn y colab., 1980) la capacidad que poseen los niños para percibir en forma inconsciente las características de la vida erótica de los padres, los embarazos, los abortos, así como también las enfermedades somáticas de los mismos y las fantasías inconscientes que en ollas se expresan. El conocimiento inconsciente de estos hechos por parte de los niños se manifiesta o puede ser deducido de la observación de sus juegos, de sus dibujos, así como también por la interpretación de las enfermedades orgánicas que a veces presentan.

Tanto M. Klein (Klein, 1932) como A. Aberastury (Aberastury, 1971) han destacado que los niños poseen, como parte de su dotación instintiva, una concepción correcta de las características masculinas y femeninas. Observamos que las fallas, por parte de los padres en el establecimiento de una adecuada identidad, y la inversión que frecuentemente realizan en el ejercicio de las respectivas funciones parentales, produce contradicciones y confusiones en los niños respecto a sus propias representaciones heredadas. La persistencia de rasgos infantiles en los padres respecto a los componentes constitutivos del Complejo de Edipo (confusión acerca del falso privilegio del padre) y su falta de elaboración, descripto por L. Chiozza (Chiozza, 1976) conduciría al establecimiento de confusiones de características semejantes en los hijos.

Tanto S. Freud (Freud, 1905) como A. Freud (Freud, 1947) señalaron las diferencias entre la sexualidad infantil y la adulta, no sólo en su forma sino también en su meta, destacando que los impulsos infantiles son los precursores de la organización genital adulta. Si bien la sexualidad infantil no sirve al propósito de la reproducción, señalan que la misma constituye, sin embargo, el basamento de la organización genital.

Estos comentarios nos brindan la posibilidad de comprender lo inadecuado de la equiparación que frecuentemente realizan los adultos entre su sexualidad y la infantil, lo cual da lugar a que atribuyan a los niños características e intenciones que no les corresponden. Como una manera de ejemplificar esta situación, mencionaremos lo habitual del comentario risueño, por parte de padres y educadores, acerca del "noviazgo" entre pequeños, así como también la programación fantaseada de futuros casamientos. Si bien es natural el conocimiento de que un desarrollo adecuado de los niños se concretará en el futuro en la formación de una pareja, así como también es natural, por ejemplo, que una madre "teja" sueños diurnos con respecto al casamiento de su pequeña hija,

creemos que el apresuramiento en tomar en serio o en fermentar las creaciones de parejas a destiempo, tiene su fundamento en la insatisfacción de los padres con respecto a su propio matrimonio y en el sentimiento de inseguridad que ellos mismos padecen como individuos o como pareja, lo cual los lleva a experimentar una excesiva necesidad de aceptación y cariño. El no haber podido resignar sus aspiraciones a una unión ideal, los llevaría a buscar dicha satisfacción a través de sus hijos. A esto se agrega la satisfacción erótica latente de los padres, frente al juego de fantasías que se produce cuando programan dichas parejas a sus hijos.

Independientemente del grado de seriedad o de juego con que los padres tratan estas situaciones, las mismas implican el ejercicio de cierta violencia e intrusión sobre la vida afectiva de sus hijos, debido a que producen una sobreestimulación o una inhibición de las necesidades de juego de los mismos. En la medida en que estas actitudes configuran situaciones traumáticas para los niños, podemos pensar que ellas implican actitudes narcisistas que desconsideran las reales necesidades del niño. Estarían encubriendo impulsos hostiles o destructivos por parte de los progenitores, ya que contribuyen a incrementar en forma excesiva las ansiedades y fantasías propias de la elaboración edípica.

Podemos pensar que otra forma de violentar el desarrollo psico-sexual de los niños, se manifiesta en la dificultad de los padres de conservar una actitud discreta hacia las manifestaciones eróticas o amorosas de los mismos. Haciendo comentarios públicos respecto de estas manifestaciones sexuales de sus hijos, los padres expresan así la falta de continencia adecuada tanto respecto a sus propios impulsos como a los de sus niños. Esta modalidad indiscreta y frecuentemente exhibicionista, genera en los hijos inhibiciones reactivas en algunas ocasiones y en otras favorece la falta de límites, el exhibicionismo y la tendencia a la promiscuidad.

Es necesario recordar en este punto lo señalado por S. Freud (Freud, 1905) acerca de la importancia que poseen sentimientos como la repugnancia, el pudor y la moral como diques necesarios para la adecuada economía instintiva, indispensable a su vez para un buen crecimiento y para el establecimiento de una genitalidad adecuada. Es habitual que los niños acepten estas "reglas de juego" y asuman con cierta facilidad dichos "noviazgos" o acepten del mismo modo tales comentarios. Creemos que la situación mencionada en el niño es motivada, por la necesidad de satisfacer, por amor y por sentimientos de culpa, el deseo inconsciente de sus padres. También es frecuente que dicha aceptación esté basada en la necesidad de confiar en los adultos, aunque ello contraríe sus propias tendencias naturales. Así lo señala S. Ferenczi (Ferenczi, 1932) al ocuparse de la confusión de lenguas entre el adulto y el niño. Dicha-autor plantea, además, que este último sufre la compulsión de poner en orden todos Tos desórdenes familiares, cargando sobre sus tiernos hombros el peso de los otros. Expresa además que esto no es debido al altruismo del niño, sino que tiene la finalidad (ilusoria) de volver s gozar del descanso perdido y del cuidado y la atención de los adultos.*

* Nos parece significativo mencionar que el título original de la comunicación citada era: “La pasión de los adultos y su influencia sobre el desarrollo sexual y del carácter de los niños”

Otra manera en que se manifiesta la inmadurez afectiva de los padres, está constituida por los obstáculos que ponen al proceso de diferenciación y separación inherente al crecimiento de los niños.
Sabemos que el establecimiento de la simbiosis materno-filial es un factor esencial en el desarrollo afectivo y social infantil. A menudo la disolución de este vínculo simbiótico normal se ve profundamente perturbada tanto por las actitudes de la madre como del padre, transformándose entonces en un penoso proceso. Debido a la insuficiencia de satisfacción sexual y amorosa matrimonial, relacionada con la falta de elaboración de la relación simbiótica en ellos mismos, los padres no pueden a menudo mantener una adecuada distincia física y afectiva con los niños, estimulando por lo tanto en ellos una sexualidad precoz que, por ser inadecuada, refuerza la sobrecarga de responsabilidad que mencionamos.
También solemos encontrarnos con la inducción de inhibiciones en el desarrollo psicosexual. Al describir la fase genital previa, A. Aberastury (Aberastury, 1971) plantea que la inhibición genital de los adultos conduce a que los" niños limiten su curiosidad y su necesidad de juegos sexuales, condiciones éstas necesarias para el desarrollo adecuado de dicha fase evolutiva. Señala la autora que las posibilidades de juego, la masturbación, la exhibición, son fuentes de satisfacción genital para el niño. Agrega que la buena unión de los padres es fundamental para dicha satisfacción, ya que permite que estas actividades se realicen más libres de sentimientos de culpa y que por lo tanto las fantasías que las acompañan no sean vividas como destructivas. Asimismo subraya que los padres que poseen una genitalidad bien establecida comprenderán y favorecerán la genita-lidad de sus hijos. A través de la identificación con ellos, o a través de la existencia de límites adecuados (no restrictivos), los niños desarrollan mejor sus impulsos hacia el crecimiento y la maduración.
En aquellos casos en que la genitalidad de los padres es endeble, los niños pueden responder a esta situación asumiendo una actitud inhibida o de excesiva seriedad, motivada por la fantasía inconsciente de que toda manifestación de sexualidad por parte de alguno de los padres como también de la suya, podría implicar una amenaza de destrucción para la unión matrimonial.
Deseamos subrayar que al mencionar los trastornos surgidos en los niños como consecuencia de las dificultades sexuales parentales, no participamos en la creencia de una genitalidad "totalmente normal" (tal creencia por su carácter idealizado, frecuentemente funciona con un carácter superyoico persecutorio).
Nos parece en cambio adecuado destacar que los conflictos en las relaciones humanas, forman parte de los sinsabores propios del transcurso de la vida (Chiozza, 1982).
Creemos que en la medida que los padres hagamos consciente el modo en que estos hechos afectan a nuestros hijos, y aceptemos la realidad de nuestros sentimientos, podremos acompañarlos con más tolerancia y adecuación a lo largo de su crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A. (1971) "La importancia de la organización genital en la iniciación del Complejo de Edipo temprano". Aportaciones al psico-"análisis de niños. E. Paidós, Bs. As. 1971.

(1971) "Los dibujos infantiles como relato". Aportaciones al psicoanálisis de niños. Ed. Paidós, Bs. As. 1971.

(1973) "La percepción de la muerte en los niños". Revista de Psicoanálisis. Tomo XXX, n9 3/4, Asociación Psicoanalítica Argentina. 1973.

AIZENBERG, S. O. de y TRINCAVELLI, G. N. C. De (1981) Acerca de una experiencia clínica con una beba de ocho meses. 12' Simposio del CIMP. 1981.

CHIOZZA, L. A. (1976) "El falso privilegio del padre en el Complejo de Edipo". Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer. E. Paidós, Bs. As. 1978.

CHIOZZA, L. A. (1982) Comunicación personal.

FERENCZI, S. (1932) Confusión de lenguas entre el adulto y el niño. Wiesbaden, Alemania. 1932.

FREUD, A. (1947) "Desarrollo emocional e instintivo del niño". Psicoanálisis del desarrollo del niño. Ed. Paidós, Bs. As. 1976.

FREUD, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. La sexualidad infantil. Obras Completas, Tomo VII. Amorrortu Editores. 1978.

(1916/17) Conferencias de introducción al psicoanálisis. 23* Conferencia. "Los caminos de la formación de síntoma". Obras Completas, Tomo XVI. Amorrortu Editores. 1978.

GRUS, L. de (1977) Los significados de la enuresis. 8' Sim posio del CIMP. 1977.

KLEIN, M. (1932) "Efectos de las situaciones tempranas de ansiedad sobre el desarrollo sexual de la niña". El psicoanálisis de niños. Obras Completas, Tomo I. Ed. Paidós, Bs. As. 1980.

ROSMARYN, A. D. de (1975) "El significado de la enfermedad". I Encuentro Argentino-Brasileño, Bs. As. 1975.

(1976) "La enfermedad somática en el análisis de niños". Eidón, año 3, nº 6, Ed. CIMP-Paidós ,Bs. As. 1976.

(1978) "Lo que no fue (Un estudio psicoanalítico del lupus eritematoso sistémico). Presentado en el CIMP 1978.

(1978) Características del coito de los padres en el juego de los hijos. 9º Simposio, del CIMP, 1978.

ROSMARYN, A. D. de y GRUS, L. C. de (1978) "Un auto que se maneja solo. (Fantasías cancerosas en el psicoanálisis del juego)". Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer. E. Paidós, Bs. As. 1978.

ROSMARYN, A. D. y colab. (1980) "Percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres". Eidón, año 7, nº 12. Ed. CIMP-Paidós, Bs. As. 1980.

Silvana Aizenberg

Elsa R. Lanfri

UN CASO DE DIABETES INFANTIL (*)

Hacía ya tres años que Carmen y Eduardo vivían angustiados por la diabetes de Fabiana. Cuando los médicos se la diagnosticaron, la nena apenas tenía tres años y ellos llevaban diez de casados.

En la familia no había antecedentes... Nunca pensaron que podía ocurrirles algo así con su única hija. Todo fue tan rápido!... En esos días, Fabiana, que nunca había dado trabajo, estaba muy inquieta, no quería comer, sólo bebía, orinaba muy seguido y se puso muy flaca. Carmen y Eduardo no se preocuparon mucho... pensaron que la nena estaba así porque el papá trabajaba muchas horas fuera de su casa y la veía poco. El médico insistió que era urgente atenderla y tuvieron que internarla durante una semana... tenía 5 gr. de glucosa... Desde entonces tienen que aplicarle insulina y ... es muy traumático pincharla todos los días!... La nena no se resigna, pregunta por qué soy diabética?, por qué a mí?. Además durante las crisis hipoglucémicas cierra la boca y es difícil darle azúcar, grita y golpea, y si no actúan rápido puede tener convulsiones... ya tuvo algunas, hace un año, no muchas, pero muy fuertes.

Todo es muy difícil... Aunque Carmen y Eduardo están siempre atentos y se ocupan mucho de la nena, las cosas no mejoran y aparecen preocupaciones agregadas... su miopía, el soplo y el clic valvular en su corazón, sus trastornos inmunológicos y sus reacciones alérgicas en la piel.

La enfermedad de Fabiana, el sufrimiento y el miedo constante que tienen por ella contrastan con el progreso económico y el bienestar que fueron logrando

todos estos años y que podrían permitirles disfrutar y tenerlos satisfechos.

Porque, así fue, vino todo junto... Fabiana se enfermó al mismo tiempo que su papá había empezado a montar una importante empresa que creció muy rápido y les cambió totalmente la vida.

Cuando Eduardo, que ahora tiene 37 años, se enteró que iba ser papá sintió el peso de toda esa responsabilidad y empezó a trabajar de sol a sol. No quería que le pasara como a su propio padre, que logró tener un muy buen negocio, pero no lo supo manejar y se derrumbó. Recuerda que en esa época... cuando él tenía 8 años... su papá se enfermó del hígado...Vivían a los tumbos, no había ni un peso para comer...y Eduardo se pasaba sentado noches enteras por sus ataques de asma...

Fabiana se enfermó y él sintió que se le venía el mundo abajo...Si no fuese por Carmen que se maneja bien con la nena...él se asusta más y por eso se lo deja casi todo a su mujer. En cambio redobló los esfuerzos en su trabajo... si le pasara algo no quiere que su mujer y su hija sufran las penurias que a él le tocó vivir...

Carmen, que tiene 30 años, recuerda que en su infancia lo económico era un verdadero drama. Estaban bien, tenían casa propia y auto, pero sus padres eran muy avaros...No la dejaban disfrutar ni de los caramelos...y hasta la Coca-Cola la disolvían en agua...gastar era algo terrible. Sus hermanos y ella empezaron a trabajar muy pronto... También les faltaba cariño. El papá la castigaba duramente, mientras dentro de ella crecía, cada vez más, la rebeldía... Siempre quiso para su hija una infancia mejor que la suya... Le costó ser mamá... no quería, sentía mucha, mucha carga... pero, después, cuando nació su hija, se sintió feliz... Ahora, ya van tres años que Fabiana es diabética... Sabe, con sólo mirarla, lo que le pasa, como si fueran una sola persona... pero está cansada... De ninguna manera quiere tener otro hijo. Todos se lo aconsejan, y Fabiana preguntó por qué no tiene hermanos, pero ella no quiere, Eduardo tampoco...

- La hora de juego

Fabiana, una nena bonita, de grandes ojos y mirada vivaz, dibujó, en su primera hora de juego, una casa, una nena, un sol, el cielo y unos redondeles que dijo eran huevos, de los que iban a nacer pollitos.

Resulta significativo que tanto el techo de la casa como la cabeza de la nena estaban inclinados hacia un costado. Comprendimos que esto simbolizaba una actitud de sumisión inconciente, que corresponde a una de las fantasías implícitas en el trastorno diabético. Esta actitud también pudo verse en su conducta inhibida, cuando entró al consultorio, así como a lo largo de la hora de juego en la que reiteradamente hizo preguntas que significaban un pedido de permiso para dibujar, para jugar y hasta para escribir su nombre.

Los huevos del dibujo representaban la preocupación que Fabiana tenía por la falta de hermanos. Interpretamos que no se sentía con derecho, ni podía usar bien, todo lo que los padres le daban, porque le parecía que era demasiado para ella sola. En otro momento contó que sus papás le habían comprado marcadores y aclaró que lo hicieron para que ella pudiera dibujar y no se aburriera porque no tenía hermanos. De esta manera, trataba de disculparse por usar algo que sentía que no le pertenecía del todo y expresaba, así, el sentimiento de impropiedad que quedaba fuera de su conciencia y que se ponía de manifiesto en su diabetes.

La nena del dibujo estaba parada sobre uno de los huevos. Mostraba, de este modo, la característica simbiótica y regresiva de la relación con su mamá, a quien sentía que la atiborraba de cuidados.

El sol, que dibujó distante de la nena, representaba el sentimiento que tenía de que su papá estaba alejado de ella, así como también su percepción de que él no podía sentirla, del todo, como su propia hija.

En algunos momentos, aludió a lo que sobraba, como cuando dijo, refiriéndose a la plasticola que se

desbordaba en el papel, "Ay! cuánto sale! Cómo tiene tanta!". En otras oportunidades, hizo referencia a lo que faltaba, por ejemplo a lo incompleto que estaba su dibujo o a la falta de mina en el lápiz, o a la ausencia de algunos elementos, como la tijera que ella no encontraba. Interpretamos que estas expresiones aludían a su preocupación acerca del exceso de glucosa en la sangre y su falta en las células (hiperglucemia), como así también a los momentos en que el aumento de insulina desencadenaba sus crisis hipoglucémicas.

Fabiana mostró también la intensa angustia que sentía durante dichas crisis hipoglucémicas. Dramatizó en su juego el apuro y la ansiedad con la que su mamá trataba de atenderla. Mientras jugaba y dibujaba decía que tenía que hacerlo "rápido, rápido".

Evidenció, además, su inhibición en mantenerse firme para defender lo suyo. Expresó esto simbólicamente cuando realizó un trabajo en papel glacé, diciendo que era una "cucha en la que el perro estaba bien adentro". Interpretamos que el perro dentro de la cucha representaba su propia agresión contenida y la imposibilidad que tenía de luchar para defender lo propio. Su hipoglucemia, en cambio, podía ser entendida como un acto de rebeldía y como una expresión del sentimiento reprimido de lucha y defensa.

Fabiana intentaba, al mismo tiempo, negar su sentimiento de tener poco, jugando, de manera reactiva, a que cocinaba y hacía muchas tortas para ofrecerle a todos, ~~manifestando así, en su juego~~, una actitud dadivosa edulcorada, característica de los pacientes diabéticos.

Al mismo tiempo manifestaba en su juego [illegible]

- La diabetes de Fabiana

La diabetes de Fabiana, con su hiperglucemia, se arroga la representación simbólica de la actitud de sumisión implícita en el sentimiento de impropiedad que ella mantenía inconciente. No podía sentir como propio todo lo que tenía y se comportaba,

habitualmente, tratando de complacer a los demás.

Esta dificultad para sentir que lo que tenía era suyo y producto de su propio esfuerzo quedaba negada, y, en su lugar, aparecía el aumento de la actividad insulínica, alterando su metabolismo glúcido y desencadenando un episodio hipoglucémico.

En su conducta evidenciaba algunos de los rasgos de carácter del enfermo diabético: no podía disfrutar de lo que tenía y quería mostrar que era poco; por otra parte, asumía, a veces, una actitud de generosidad y dulzura empalagosa. Comprendimos que el éxito laboral que logró su padre. (A)

Aquello que Fabiana expresaba en su enfermedad, sus padres lo manifestaban en sus actitudes. Ambos sentían que el progreso económico que habían realizado era excesivo y no podían asumirlo como fruto de sus propios esfuerzos. Se comportaban frente a sus adquisiciones como si no les pertenecieran; necesitaban vivir y presentarse como si tuviesen menos de lo que realmente tenían. Este conflicto les generaba dudas acerca de la condición social y económica en la que podían ubicarse.

A través de la historia infantil de la madre, pudimos comprender que, aunque su vida había cambiado y ella tenía, ahora, su propia familia y su propio bienestar, seguía sintiendo que sólo le estaba permitida la insatisfacción. Tenía una modalidad sobreprotectora y sacrificial en el trato con su hija.

En el padre de Fabiana era significativa su preocupación por no repetir el drama económico que vivió en su infancia y manifestaba permanentemente el temor a no poder encontrar un buen equilibrio entre lo que ganaba y lo que gastaba. También mostraba una actitud inhibida y de extrema sumisión. Esto se ponía de manifiesto en la relación que tenía con su mujer, a quien dejaba que se ocupara y decidiera casi todo lo referente a su hija. De ese modo, se comportaba como si Fabiana no le perteneciera o como si no fuera del todo suya.

(*) Este trabajo es un resumen de las ideas elaboradas durante la discusión de un estudio patobiográfico, realizado en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker por el equipo de profesionales integrado por los doctores Luis Chiozza y Enrique Obstfeld y las autoras.

BIBLIOGRAFIA

CHIOZZA, L. y OBSTFELD, E. (1990) Psicoanálisis del trastorno diabético. Departamento de Investigación, Centro de Consulta Médica Weiszaecker, Bs. As., 1990.

(A) No pudo ser asumidos por la familia y ese conflicto pudo representado simbólicamente en su diabetes

GROSS, Nora; OBSTFELD, Darío; PON de BOARI, Olga
Analogías entre el sueño y el recuerdo 150

GRUS, Ricardo
Sobre el amor y el enamoramiento 156

OBSTFELD, Enrique
Psicoanálisis de la depresión puerperal 163

PARDO, Liana y STEINBERG, Paula
Acerca del proceso de cambio y la inermidad 171

SALZMAN, Roberto y SCHUPACK, Hilda
El drama de los celos en Vincent van Gogh 178

LA COMUNICACION EN LA SESION PSICOANALITICA DE UNA NIÑA DE 3 AÑOS

Aizenberg, Silvana(coord)
Araujo, Carmen
Garcia, Rubén
Karamanian, Inés
Picco, Paula
Steinberg, Paula

El niño llega a la sesión psicoanalítica con la intención de comunicarse.Toda la actividad que despliega en ese contexto -predominantemente en forma de juego- adquiere el carácter de un código particular que necesita ser descifrado.

Este desciframiento se hace posible desde la vivencia contratransferencial que le permite al analista comprender como relato las acciones del niño.

Chiozza (1991) plantea que corresponde diferenciar entre las intervenciones que el analista realiza; las que son traducciones de aquello que el niño tiene en la conciencia y no puede comunicar, de las que son interpretaciones de lo inconciente, es decir, de lo que el niño no puede comunicarse a si mismo porque lo tiene reprimido.

Cuando el analista de niños traduce en palabras el mensaje manifiesto, podríamos decir que cumple una función semejante a la de un intérprete, es decir, transforma juegos en palabras. Y cuando la intervención devela los contenidos inconcientes, ejerce la función psicoanalítica propiamente dicha, al hacer conciente lo inconciente.

Nos proponemos discriminar a través del análisis de un material clínico aquella parte de la comunicación

del niño que corresponde a lo que sabe pero no puede decir, de la que no sabe y que necesita hacer conciente.

VALENTINA

Ya eran difíciles las cosas entre Antonio y Sofía cuando se enteraron del embarazo de Valentina. Lo continuaron, aún sintiendo que no era el momento.

El nacimiento fue desgarrador, Valentina no era como su madre la imaginó. La besó pensando que "esa" no podía ser su hija. El puerperio fue difícil, los primeros momentos se desarrollaron entre dolores, miedos y una infección mamaria que interrumpió la lactancia al mes.

Desde el comienzo, el padre se ocupó de cuidarla, la alimentaba, la bañaba y la atendía. Cuando Valentina tuvo 8 meses el papá se fue, sin darle ninguna explicación. Fue criada por tías y abuelas, mientras su madre trabajaba.

Desde que cumplió un año Valentina ve a su papá en forma irregular. "Aparece y desaparece". Ella nunca sabe cuando viene ni cuando se va.

Hoy Valentina tiene 3 años, está nerviosa, agresiva, no obedece. "Nadie la puede parar". Su madre pide ayuda, dice que está ingobernable. Cuando se enoja pierde el control, arranca el empapelado de su cuarto, arroja comida o la frota por el piso.

Le gusta encerrarse a jugar con las muñecas, les habla. Inventa historias en las que casi siempre el padre es el protagonista, dice que va a venir o que pasó el día con él.

SESION

Valentina entra a la sesión con una galletita en la mano y un muñeco-bebé grande y desnudo.

Se presenta mostrando su vivencia de desprotección. Siente que es ella la que tiene a su cargo el cuidado y el sostén de sí misma.

Saca de su caja de juegos un bebé vestido al que le quita el chupete para dárselo al muñeco que trajo. Mira a la analista, le da un mordisco a la galletita y la deja. Apurada le saca el chupete a su muñeco, come la galletita, mira al muñeco sin el chupete y vuelve a ponérselo.

Cuando ella siente que otros tienen aquello que necesita, lo quiere obtener para sí. Espera que la analista comprenda lo urgente de su necesidad y la poca capacidad que tiene para tolerar la espera.

Con su comportamiento muestra también que no se siente tranquila. Que la intensidad de sus deseos interfiere en su posibilidad de jugar.

Hace llorar al bebé de la caja de juegos (que posee un mecanismo que emite el sonido de un llanto), le saca el chupete a su muñeco por un instante, se lo pone al que lloró y luego se lo devuelve al suyo. Lo mece y lo acuesta.

Muestra el dolor que siente frente a su sentimiento de carencia. A través de su juego intenta controlar el sufrimiento que le produce la inestabilidad en el vínculo con el padre. Su aparición y desaparición.

Manifiesta, al mismo tiempo, la vivencia de que en su casa son dos -su madre y ella- las que necesitan ser calmadas.

Al bebé de la caja de juegos lo lleva a mirar por la ventana y luego lo acuesta al lado de su muñeco. Lo

levanta y lo toma de las piernas sacudiéndolo cabeza abajo, lo hace llorar. Toma su muñeco, le saca el chupete, lo acuesta, lo levanta, le pone el chupete y lo vuelve a acostar.

Transmite que su vida cotidiana transcurre entre momentos de espera y desencuentro. Muestra que frente a su desesperación intentan acallarla de diferentes maneras y cómo ella siente que estos intentos no coinciden con su necesidad.

La analista interpreta: "Ese bebé, un poquito upa y un poquito acostado".

La intervención de la analista, en este caso, intenta describir aquello que Valentina tiene en su conciencia. Pone en palabras cómo siente que lo que recibe es poco y que no se adecúa a sus necesidades.

La paciente asiente con un movimiento de cabeza y hablándole a su muñeco le dice en voz baja: "no llores más" y mirando a la analista le explica que el muñeco llora. Luego pide: "galletita, más galletita".

La comunicación se enriquece. Siente que fue entendida, se alivia y ahora intenta expresar sus necesidades verbalmente.

Apoya la cabeza en la mesa y la rodea con sus brazos. Se acerca a la analista y le vuelve a pedir galletitas. Luego rasguña con las manos el apoya brazos del sillón de la analista.

Muestra que frente a la falta de satisfacción directa, a veces se desanima y se retrae y que otras veces la desesperación la impulsa a conductas rebeldes con la esperanza de poder encontrar aquello que busca.

La analista interpreta: "Te parece que los grandes no se dan cuenta de lo que querés y entonces tratás de buscar, de cualquier manera, lo que necesitás".

Aquí, la interpretación alude al motivo inconciente de sus conductas "ingobernables", que representan el intento de buscar lo que necesita.

Le entrega a la analista su muñeco envuelto y comienza a abrigarlo, la analista la ayuda en su intento y entre ambas lo abrigan. Señala que está sonando el teléfono. Toma el bebé que la analista tenía en brazos, lo acomoda en el diván y lo tapa. Se dirige a la ventana y se queda de espaldas haciendo ruidos con la saliva.

Expresa su deseo de ser cuidada y muestra la actitud de aislamiento que asume cuando cree que la atención que espera no va a llegar.

La analista interpreta: "Cuando pensás que no te van a cuidar, te enojás y preferís quedarte sola pensando en cosas lindas para tranquilizarte".

Esta intervención, por un lado, describe lo que Valentina tiene conciente, la manera como ella reacciona frente a su frustración: se enoja y se aisla. Por otro, intenta hacer conciente el motivo de sus ensoñaciones, que tienen el significado de buscar la tranquilidad que le permita calmarse.

Valentina dice que su bebé llora porque tiene frío y antes de irse agrega que quiere llevarse el chupete: "Mañana te lo traigo porque ese (su muñeco) no tiene".

Al sentirse comprendida, se calma y puede integrar su sentimiento de carencia con el sufrimiento que le produce. Entonces pide verbalmente, aquello que representa lo que cree que le falta, para satisfacer su necesidad.

La posibilidad de entender y poner en palabras lo que

un niño sabe y transmite por medio de actitudes y juegos, le permite una mayor comprensión de sí mismo, enriquece la comunicación y facilita el acceso a los significados inconcientes de su comportamiento.
En este sentido, interpretamos que las actitudes de Valentina, calificadas por su madre como ingobernables y rebeldes, tienen el sentido de una búsqueda. Representan el deseo de encontrar lo que siente que perdió, así como la atención y el sostén que necesita para crecer.
Winnicott (1956), al referirse a los niños que desarrollan tendencias antisociales, plantea que han sufrido la pérdida de una posesión, es decir, han perdido algo bueno, algo positivo que habían tenido en su experiencia hasta cierta edad y que luego les fue retirado. Señala, que la destructividad es asumida como un camino hacia la búsqueda de la experiencia perdida y representa la esperanza de encontrar en alguna parte el sostén que necesitan.

Queremos destacar que habitualmente en la práctica psicoanalítica de niños solemos confundir, las intervenciones que son traducciones en palabras de aquello que el niño tiene <u>conciente</u>, con las que aluden al esclarecimiento del <u>contenido latente</u>. Es decir, formulamos traducciones creyendo que son interpretaciones de lo inconciente.
Dicha confusión probablemente está motivada por la resistencia que conduce a pensar, por un lado, que en el niño la ausencia de expresiones verbales equivale a la falta de conciencia. Por el otro, a interpretar

lo que el niño tiene en la conciencia como si se tratara de lo inconciente reprimido.

Bibliografía:

Chiozza, L. (1991) Comentarios en la presentación del trabajo: EL JUEGO EN EL PSICOANALISIS DE NIÑOS. CCMW, 25 de Octubre de 1991.

Winnicott, D. (1956) "La tendencia antisocial", en ESCRITOS DE PEDIATRIA Y PSICOANALISIS, Editorial Laia, Barcelona, (1979).

EL SENTIMIENTO DE MISERICORDIA

Areu Crespo, M. Z.

"Though justice be thy plea consider this,
That in the course of justice none of us
Should see salvation: we do pray for mercy,"

("Aunque sea la justicia lo que pretendes considera que en la aplicación de la justicia ninguno de nosotros obtendría salvación: rezamos pidiendo misericordia")

W. Shakespeare, El Mercader de Venecia, Acto IV, escena I.

En Totem y Tabú Freud plantea desde el punto de vista psicoanalítico, el nexo entre el totem, la comida totémica y el nacimiento de la sociedad humana postulando "una hipótesis que puede parecer fantástica" y que podríamos resumir así:

La existencia de un padre violento y celoso, que reserva para sí todas las hembras y expulsa a sus hijos a medida que éstos crecen. Los hermanos expulsados se reúnen un día, matan al padre y devoran su cadáver.
Muerto el padre, la prohibición paterna -en virtud de la obediencia retrospectiva- se instala en los hijos: de común acuerdo, los hijos deciden renunciar a recoger los frutos de su crimen, las mujeres del clan se declaran prohibidas -aparece la exogamia- y los hermanos se asocian en una organización donde cada uno goza de iguales derechos, y se someten a las limitaciones de la ley del tabú.

ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA EN EL ANALISIS DE NIÑOS

Silvana O. de Aizenberg (coord.)
Nora Gross
Elsa Lekerman
Dario Obstfeld

A partir de nuestro interés por comprender y describir con mayor claridad aspectos que hacen a la teoría y a la técnica del psicoanálisis de niños, nos proponemos en este trabajo destacar algunas particularidades que nos parecen esenciales en el vínculo transferencial-contratransferencial.
Dichas particularidades dependen de las modalidades propias de la primera infancia: la singular forma de percibir y pensar del niño, el modo de relacionarse consigo mismo y con los objetos, la actividad de fantasías y deseos pregenitales, el predominio del proceso primario sobre el secundario, etc.
En el tratamiento psicoanalítico, las transferencias del niño surgen en su aspecto manifiesto, privilegiadamente bajo la forma de actividad lúdica.
De acuerdo a la teoría psicoanalítica, las transferencias constituyen el proceso por medio del cual las representaciones inconcientes se enlazan con aquellas preconcientes que no son censurables, a las que transfieren su intensidad y asi, ocultas tras ellas, pueden acceder a la conciencia.
Dichos contenidos inconcientes pueden surgir en la conciencia como transacción bajo la forma de lenguaje verbal, acciones, juegos, gestos, sintomas, etc.
M. Klein (1926, 1977, 1929, 1951) es quien enfatizó la existencia del desarrollo de transferencias en el analisis de niños desde el inicio del tratamiento, diferenciándose de la posición teórica de A. Freud,(1927) quien proponia la necesidad de ejercer una tarea educativa previa para dar posteriormente lugar al desarrollo de transferencias.
La transferencia, como señala Freud (1920), es expresión de la compulsión a la repetición. M. Klein (1929), apoyándose en esta concepción acerca de lo transferencial en el análisis, fundamenta que las primeras ansiedades del niño ponen en marcha el proceso de simbolización y que éste es expresion de la transferencia, que tiene su fuente en dicha compulsion a la repetición.
Para esta autora, el niño al transferir sus emociones, vivencias y fantasias inconcientes sobre el juego, los juguetes y en los roles que hace desempeñar al analista en sus escenificaciones, expresa su esfuerzos por incluirlas en el vínculo analítico para intentar elaborarlas.
Para Chiozza (1977) los elementos metacomunicativos y metalinguísticos que abarcan tanto el campo de la mímica, el afecto o el gesto, como el drama, el síntoma, el dibujo o el juego, son los únicos que pueden dar cuenta de manera inequívoca acerca de la relación entre la repetición transferencial y los contenidos expresados en ella.
Si bien el psicoanálisis de niños comparte con el de adultos los fundamentos de la teoría psicoanalítica, queremos destacar algunas características que le son

propias y que es necesario tener en cuenta para la comprensión de la transferencia-contratransferencia.
1 - El ejercicio de la terapia psicoanalitica se apuntala en la inhibición de la acción, que permite que la excitación del aparato psíquico tome el camino regrediente hasta alcanzar el sistema de las huellas mnémicas inconcientes de las percepciones y se reactiven los recuerdos. (Freud, 1917 d (15))
El psicoanálisis de niños parece contrariar este supuesto fundamental, en tanto el niño se expresa preferentemente través de la "actividad" de juego.
Chiozza (1993) señala, en relación a este aspecto controvertido del analisis de niños, que tanto en el tratamiento de adultos como en el de niños, el camino regrediente en dirección a las huellas mnémicas no esta impedido ni por el desarrollo de la acción muscular ni por la actividad lúdica. Lo que inhibe dicho proceso regresivo es la satisfacción directa de los deseos a través del contacto con el objeto transferido en el analista. En este sentido, también en el análisis de niños, la observancia de la regla de abstinencia y la conservación del encuadre es fundamental y posibilita el desarrollo de la dinámica analítica.
2 - La singular permeabilidad entre lo conciente y lo inconciente - rasgo característco de la vida infantil - así como la flexibilidad de los mecanismos de defensa, dificultan y al mismo tiempo facilitan la tarea del analisis. Por un lado, la necesidad de lograr una identificación concordante con el paciente, lleva al analista a tener que luchar con las resistencias sostenidas por sus núcleos infantiles no resueltos. Por el otro, su tarea muchas veces puede verse simplificada, porque el niño posee un "saber" o un conocimiento inconciente, poco modificado por la elaboración secundaria, que facilita la comprensión de las vivencias contratransferenciales. (S.Aizenberg y colab, 1993)
Klein (1926), sostiene que el niño al expresar sus fantasías, sus deseos y sus experiencias de modo simbólico, utiliza los mismos medios de expresión arcaicos, filogenéticos que son empleados en la conformación de los sueños . Destaca que la comprensión del juego infantil puede realizarse siguiendo el modelo de la interpretación psicoanalítica para comprender los sueños, teniendo en cuenta que para para Freud (1900), los sueños infantiles generalmente expresaban los deseos inconcientes con poca desfiguración.
Del mismo modo, podemos decir, que es frecuente que en el juego de los niños las fantasias se desplieguen con menor "deformación".
En este sentido, los contenidos inconcientes como los referidos al amor, el odio, los celos o la crueldad, etc., pueden alcanzar muchas veces, en la actividad lúdica, mayor riqueza y mayor desarrollo al expresarse. Esta natural disposición del niño a entrar en contacto con emociones primarias y revelarlas en sus juegos, hace de él alguien privilegiado para el desenvolvimiento de la tarea analítica.
3 - Para el niño, los límites entre el principio de placer y el de realidad generalmente no son muy precisos. Transita facilmente entre su mundo de fantasía y los aspectos de la realidad, lo cual le permite pasar fugazmente de un estado anímico a otro, así como pasa del llanto a la risa con naturalidad.
La presencia en los niños de tempranas ansiedades, de fantasías y deseos pre-

genitales, de angustias relacionadas con las vicisitudes del complejo de Edipo, así como la menor represión de sus impulsos se exterioriza en el análisis a través de variables e intensas transferencias. En este sentido, los afectos positivos y negativos se manifiestan con oscilaciones rápidas en comparación con la estabilidad o la rigidez que pueden tener las transferencias en el análisis de adultos.

El modo que asumen dichas transferencias a través del desarrollo del juego, impone al analista un ritmo activo y una movilidad para acompañar al niño durante el curso de su actividad, diferente al que se establece con los pacientes adultos.

Dichas características, pueden muchas veces representar un obstáculo o una exigencia mayor para la comprensión del terapeuta.

4 -Dado que en los primeros años de la vida se construyen las bases del carácter y las identificaciones fundantes de la personalidad, la relación que el niño establece con las personas de su entorno poseen una gran importancia.

En este mismo sentido la presencia del analista también se puede configurar como un nuevo modelo de identificación.

Chiozza (1977) destaca que en la relación transferencial que se entabla en la "convivencia" analítica, el terapeuta se constituye en un personaje inesperado para la vida del paciente, que ingresa en ella en una proporción variable e inevitable.

En tanto el niño es un ser en desarrollo, cuyo carácter aún no está consolidado, el analista puede experimentar frente a él un excesivo sentimiento de responsabilidad. La ansiedad o el temor a dañarlo en su crecimiento y evolución, tanto como el deseo de repararlo omnipotentemente, pueden inhibir o limitar la comprension analítica quedando al servicio de la contrarresistencia.

Esta dificultad queda muchas veces desplazada contratransferencialmente en la ansiedad persecutoria que se genera, en algunas oportunidades, frente a los padres del paciente.

5 - En relación a la inclusión de las figuras parentales en el tratamiento de los niños a través de entrevistas o de su participación al traerlos a las sesiones o al concretar el pago de los honorarios, la teoría psicoanalítica de niños señala que durante el tratamiento se desarrolla una doble y disímil transferencia: la que establece el niño y la que tienen los padres con el analista. La natural dependencia del niño con sus padres es planteada como una vicisitud que influye en el desarrollo de la transferencia y que dificulta, a veces, la relación bi-personal con el niño (Klein, M., 1927;Freud, A., 1927; Aberastury, A., 1946; Doltó, F., 1973). Consideramos que el vínculo transferencial con los padres, tanto en su version positiva como negativa, representa por un lado los aspectos reprimidos disociados del niño que ingresan al análisis a través de los "intermediarios" (padres). (Casali, L y Dupuy S. 1970) y por el otro, las transferencias de los niños y de sus progenitores expresan un punto de urgencia compartido que corresponde a la temática familiar en comun. Es decir, aquello que el niño evidencia a través de trastornos, síntomas o enfermedades se corresponde con las fantasías inconcientes de los padres (Chiozza, L.y colab. 1975; Rosmaryn A. y colab. 1979 y 1980).

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (1946) Psicoanálisis de niños. En Aportaciones al psicoanálisis de niños. ED. Paidos, Bs. As.1984

Aizenberg, S. y colab. (1993) El juego en psicoanálisis de niños (Tercera comunicación). CCMW.1993

Casali, L. y Dupuy, S.(1970) Algunas consideraciones acerca de la aparición de terceros en el tratamiento. CIMP, Bs. As., 1970.

Chiozza, L. y col. (1975) Las fantasias inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos. Presentado en la clínica pediátrica del policlínico de la Escuela Médica de la Universidad Estatal de Roma.

Chiozza, L. (1977) Acerca de uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico. En Trama y Figura del Enfermar y el psicoanalizar. Ed. CIMP, 1980.

Chiozza, L. (1993) Participación al trabajo "El juego en el psicoanálisis de niños (Tercera comunicación)" CCMW, 1993.

Doltó, F. (1973) El caso Dominique. Ed. Siglo XXI. Bs. As., 1973.

Freud, A. (1927) Función de la transferencia en el análisis del niño. En Psicoanalisis del niño. Editorial Hormé, Bs.As., 1964.

Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños. En O.C.. Tomo IV, Amorrortu Editores. Bs. As. 1989.

Freud, S. (1917[1915]) Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños. En O. C., Tomo XIV. Idem.

Freud, S. (1920) Mas allá del principio de placer. En O.C. Tomo XVIII. Idem.

Klein, M. (1926)Fundamentos psicológicos del análisis del niño. Tomo I. Idem.

Klein, M. (1927) Simposio sobre análisis infantil. Tomo I. Idem.

Klein, M. (1929) La personificación en el juego de los niños. Tomo I. Idem.

Klein, M. (1951) Los orígenes de la transferencia. En O. C., Tomo III. Ed.Paidos, Bs.As., 1990.

Rosmaryn, A. y colab. (1979) Motivo latente de consulta de los padres. X Simposio. CIMP, 1979.

Rosmaryn, A. y colab. (1980) Percepción del niño de las fantasías implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres. En Eidon, Nº 12, Ed. CIMP-Paidos, Bs.As., 1980.

El material en el análisis de niños

Lic. Silvana O. de Aizenberg
Lic. Liliana G. Casali

Aunque haya alcanzado el lenguaje verbal, el niño -sobre todo si es pequeño- se expresa esencialmente a través de juegos y dibujos. El adulto, en cambio, se comunica de modo predominante a través de la palabra. Nuestro interés por comprender y precisar algunos conceptos acerca de la configuración del material en el análisis de niños y sus diferencias con el material del análisis de adultos, nos condujo a la formulación de dos preguntas: a) los juegos y los dibujos ¿trasmiten el mismo **tipo** de mensaje que el que trasporta el lenguaje verbal?, y b) ¿el concocimiento que el adulto tiene acerca de su comunicación verbal es equiparable al conocimiento que el niño tiene de su comunicación lúdica? Dicho en otros términos, cuando el adulto habla sabe concientemente qué dice y, cuando el niño juega ¿**sabe** qué "dice" con su juego?

Entre los numerosos autores que se ocuparon del tema, retomaremos algunas ideas que apuntan a esclarecer estos interrogantes.

Para comprender la naturaleza de los lenguajes no verbales o icónicos (del griego *eikón*, imagen) (Salvat, 1972), que abarcan el juego, el arte en sus variadas formas, los sueños, y otras expresiones semejantes, Bateson (1972) cita una frase de Isadora Duncan : "Si yo pudiera explicarle a Ud de qué se trata, no tendría sentido que lo bailase". Entiende que el comentario de Isadora significa que, si el mensaje fuera de esos que se pueden decir más rápido y con menos ambiguedad mediante palabras, no tendría sentido bailarlo. Considera que no se trata de un mensaje de esa clase pues, de hecho, si se expresara verbalmente, el mensaje se alteraría. La diferencia se refiere no sólo al tipo de código, sino también a la **clase de significado** a comunicar.

El lenguaje verbal funciona de acuerdo con las leyes del proceso secundario, y vehiculiza un mensaje **sucesivo**, que encadena los pensamientos en un orden temporal crono-lógico, para alcanzar una significancia (importancia del significado). Los lenguajes no verbales o icónicos, en cambio, están regidos por el proceso primario y trasmiten un mensaje **simultáneo**, que presenta los pensamientos al mismo tiempo, en una escena compleja que condensa la significación (Chiozza, 1968; 1994; Bateson, 1972).

En relación a la comunicación verbal, la palabra de uso corriente se diferencia de la palabra de la poesía y la literatura, que pertenece a la esfera del arte ([1]) y comparte características con los lenguajes icónicos. En este sentido, Chiozza (1977) se refiere al "arte del decir" y describe dos cualidades polares entre las que puede transitar el discurso: la palabra "vacía", que trasmite significado sin significancia, y la palabra "plena", rica en condensación de significados y caudal afectivo.

[1] Para Bateson (1972) el arte es una especie de "conducta lúdica" cuya función es, entre otras, la de practicar y perfeccionar la comunicación de esta clase. Continúa y sustituye los juegos de la infancia (Freud, 1908)

La cualidad del tipo de mensaje que intentamos describir corresponde, de acuerdo con las ideas de Chiozza (1968; 1983), a un modo diferente de pensar que denomina **proceso terciario**. En el juego, la transferencia-contratransferencia, el teatro, el arte en general etc., nuestro intelecto amalgama el proceso secundario "lógico" con el proceso primario, "mágico"..."y 'salta' de una línea a la otra y en varios puntos a la vez, en un modo aparentemente caprichoso, que es 'travieso' o lateral respecto del concepto" ([2])

Si tomáramos a modo de ilustración y ejercicio un juego o un dibujo de un niño, contemplaríamos en una imagen gestáltica una simultaneidad o condensación de significados -como señaló Freud (1900) en el análisis de los sueños- que, trasvasados al código verbal, requerirían de la sucesión de numerosas palabras que, además, no llegarían a abarcarlos y describirlos con una riqueza semejante ([3]).

La teoría psicoanalítica sostiene que, a diferencia del adulto, la estructura anímica del niño se caracteriza por un menor desarrollo del proceso secundario y una mayor permeabilidad entre los sistemas conciente e inconciente. La metáfora de una "barrera permeable" permite describir la posibilidad que tiene el niño de conectarse y trasmitir sus "propios" contenidos inconcientes y los que "pertenecen" a sus objetos más significativos (por ejemplo, su capacidad de "percibir" fantasías inconcientes de sus padres, recuerdos reprimidos de la vida familiar, etc). Así, más allá de las posibilidades de comunicación que abre la adquisición de la palabra, **el niño se comunica con juegos y dibujos porque constituyen el código que mejor se presta para vehiculizar el tipo particular de mensaje que corresponde a su conformación, a su modo de ser.**

Como los códigos del niño y el adulto son asimétricos, para configurar el contenido manifiesto del material que constituye el objeto de la interpretación psicoanalítica (Chiozza, 1975), el analista de niños necesita realizar un paso más que el analista de adultos: una **traducción** (Bateson, 1972; S. Aizenberg y col, 1993) es decir, comprender cuál es el relato ([4]), qué está expresando el niño con su juego o su dibujo.

---

[2] Chiozza señala también que no es casual que se denominen "travesuras" a ciertas conductas típicas de la infancia.

[3] De acuerdo con Bateson (1972) los órdenes de verdad son diferentes en las distintas clases de mensajes. En tanto la conciencia está limitada a una fracción pequeña del proceso mental, el lenguaje verbal conciente -cuando no se trata de la palabra "plena"- es más engañoso que los códigos que trasmiten mensajes en gran parte inconcientes. El contenido manifiesto de los juegos y los dibujos, como señalara Freud (1900) en el caso de los sueños infantiles, está menos "deformado" por el proceso secundario que el discurso verbal y suele expresar los contenidos inconcientes de modo más directo.

[4] Aberastury (1946) considera que los dibujos del niño constituyen un relato acerca de lo que le pasa y de las viscisitudes de la transferencia-contratransferencia.

Mencionábamos al comienzo que cuando un adulto habla, sabe concientemente qué dice, y nos preguntábamos si un niño **sabe** qué "dice" cuando juega o, dicho en otros términos, qué es lo que sabe acerca de su juego ([5]).

Basándose en la metapsicología freudiana, Chiozza (1994) concibe la conciencia como una "pantalla" que se construye a partir de los diferentes órganos de los sentidos. La conciencia organizada en términos del lenguaje verbal es **uno** de los tipos de conciencia, que tiene cualidades distintas, por ejemplo, a las de la conciencia que se configura en torno de las imágenes visuales.

El avance del proceso secundario y el dominio de la palabra llevan a pensar que en el adulto hay un desarrollo de la conciencia verbal mayor que en la infancia. Las percepciones, sensaciones y recuerdos que "acribillan" la conciencia del niño -sobre todo si es pequeño- parecen organizarse a predominio de representaciones visuales, tactiles, cenestésicas, etc. El niño sabe acerca de sí mismo y de su entorno pero no piensa primariamente con palabras ni puede, por lo general, expresar verbalmente la complejidad de sus vivencias. Parafraseando a Isadora Duncan, "si pudiera decirlo no necesitaría jugarlo" ([6]).

¿Y qué es lo que el niño sabe cuando juega? Pensamos que **sabe** que está usando juguetes y qué personajes representan, cuál es el tema o argumento del juego, qué afectos se movilizan, etc. **No sabe** qué simboliza con su actividad lúdica. Cuando un niño juega a que un auto y un avión se pelean, no tiene conciencia de que está representando sus vivencias acerca de la discordia entre sus padres. Aunque tiene conocimiento de que sus padres se pelean, no dispone de ese saber en el momento del juego.

Al traducir el lenguaje lúdico en términos de relato verbal, el analista puede comunicarle, por ejemplo, que está expresando su preocupación acerca de la pelea entre los padres. De ese modo, por un lado, "trae" a la conciencia del niño algo que él ya conoce a través de una condensación de imágenes, palabras, movimientos, sensaciones, etc. Por el otro, con la traducción verbal, permite que el niño configure ese conocimiento en términos del proceso secundario, y facilita, al sentirse entendido, la comunicación entre paciente y analista (Aizenberg y col, 1993).

---

[5] A diferencia del jugar espontáneo, en el juego durante la sesión psicoanalítica predomina la intención conciente e inconciente de comunicar (Aizenberg y col, 1993). Klein (1932) sostiene que el niño tiene conciencia de su padecimiento, y Aberastury (1946) afirma que en la primer hora de juego el niño comunica tanto su percepción inconciente como sus fantasías inconcientes acerca de su enfermedad.

[6] Según Bateson (1972) cuando Isadora Duncan replicaba que si pudiera "decirlo" no tendría que "bailarlo", en realidad "no sabía de qué hablaba", ya que su danza expresaba un mensaje que combinaba dichos con movimientos, es decir, muchos niveles de la mente conciente e inconciente. Considera que pueden diferenciarse varias especies de inconciente -los hábitos, las premisas que determinan nuestra percepción, el proceso primario, y los contenidos reprimidos- pero "el verdadero enigma" es la conciencia.

La verbalización acerca de qué “dice" el niño con su juego o su dibujo, no siempre posible o necesaria, suele ser recibida con sorpresa -"¿Cómo sabés?" "¿Cómo adivinaste?"- y, en muchas ocasiones, "prepara el terreno" para la interpretación psicoanalítica propiamente dicha, que apunta a develar un **segundo sentido reprimido** (Chiozza, 1975).

Bibliografía

Aberastury, A. (1946) *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Ed. Paidós. Bs As. 1984

Aizenberg, S. y colab (1993) El juego en el psicoanálisis de niños. 3ra comunicación. CCMW. Bs As. 1993

Bateson, G. (1972) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Carlos Lohlé. Bs As. 1976

Chiozza, L. (1968) Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Ed Paidós. Bs As 1980

Chiozza, L. (1975) La interpretación del material, en *Psicoanálisis: presente y futuro*. Ed. del CIMP. Bs As. 1983

Chiozza, L. (1977) Acerca del uso y el valor de la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico, en *Psicoanálisis: presente y futuro*. Ed. del CiMP. Bs As. 1983

Chiozza, L. (1983) A manera de prólogo, en *Psicoanálisis: presente y futuro*. Ed. del CIMP. Bs As. 1983

Chiozza, L. (1994) Los fundamentos de la metahistoria psicoanalítica. Conferencia en el CCMW. Bs As. 1994

Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños. O.C. Tomo IV. Amorrortu Editores

Freud, S. (1908) El creador literario y el fantaseo. O.C. Tomo IX. Amorrortu Editores

Klein, M. (1932) *El psicoanálisis de niños*. O.C. Ed. Paidós-Hormé. Bs As. 1974

Salvat Editores (1972) *Diccionario Enciclopédico Salvat*

UN CASO DE NARCOLEPSIA INFANTIL

Silvana O. Aizenberg
Roberto M. Salzman

Luz está angustiada porque no puede despertarse a la mañana[1]; sus padres le cuentan que "hacen de todo" para hacerla reaccionar: ponerle alcohol bajo la nariz, gritarle, pegarle y hasta meterla bajo la ducha de agua fría con el pijama puesto. Pero ella no puede recordar nada de eso.

Cuando tenía cinco y estaba en pre-escolar, se quedó una vez dormida en el jardín, pero ya tiene diez años, y está preocupada porque esto de las mañanas, desde el año pasado, le pasa cada vez más seguido.

Al principio sus padres pensaron que ella "se resistía a abrir los ojos" porque no quería ir al colegio. Le decían que hacía muchos esfuerzos porque iba a doble escolaridad y que le costaba porque sus compañeros eran agresivos y competitivos. Sin embargo Luz está desconcertada porque este año la cambiaron a uno menos exigente, tiene buenas amigas, y de todas maneras se sigue durmiendo. También le dicen que probablemente se queda dormida porque se acuesta tarde y descansa poco, pero ella no se siente cansada, porque durante el día se aburre y "mira tele".

Por las noches tiene mucho miedo, le asusta la oscuridad y piensa en la muerte. Aunque sabe que "todos nos vamos a morir", pensar en su propia muerte la asusta tanto que por eso "no quiere cerrar los ojos". Entonces sólo se queda un poco más tranquila y puede conciliar el sueño, cuando le permiten pasar toda la noche en la cama con su mamá.

El informe escolar dice que es callada, muy observadora, pero también lenta y que, cada tanto, parece estar con la mirada perdida "como si estuviera en otra parte".

En la clínica[2] la revisaron y le hicieron "un montón" de análisis que mandaron a EEUU para investigar. Les dijeron que tiene el gen de la narcolepsia; que ese dato aislado "no dice nada", y que ellos no la podían ayudar. Una amiga de la mamá, entonces, les dijo que consultaran a una psicóloga

Luz piensa que su mamá y su papá están afligidos por ella y por eso trata de colaborar para aliviarlos, pero también está preocupada por cosas que no entiende o que le parece que no están bien en la vida familiar. Su papá trabaja, desde hace muchos años, como empleado administrativo en una empresa comercial y cuando vuelve a la casa está siempre muy callado, "no cuenta nada divertido", hace los mandados y prepara la cena. La mamá se enoja mucho con él, lo insulta y se queja porque es lento y gana poca plata. Le cuesta mucho entender, y le duele, cuando escucha entre gritos que ella le dice que ellos son "como el día y la noche". Su mamá es contadora, pero desde hace dos años no trabaja porque la despidieron. Está todo el día en la casa y se ocupa especialmente de que ella y su hermano hagan bien las tareas del colegio. A Luz le sorprende que Federico, que tiene siete años, le pueda pedir a los padres que "paren de pelear" cuando discuten.

La abuela Rocío, la mamá de su papá, vive con ellos quince días al mes. Le gusta cuando viene, pero se asusta cuando discute con su mamá, como el día que le dijo que era soberbia porque esperaba que sus hijos "fueran los mejores", o como la vez que su mamá fue al hospital porque estaba enferma y la abuela le dijo que lo que tenía era mortal.

Como su mamá es única hija cuida también a los abuelos. El abuelo tuvo infartos en la cabeza y desde que lo conoce está en una silla de ruedas. De la abuela lo que no le gusta es que "es muy sugestionada" por las enfermedades y que cuando la van a visitar siempre le cuenta la misma historia de ese nene, hermano de su mamá, que se murió cuando tenía cuatro meses porque el médico no se dio cuenta que tenía neumonía.

Luz dice que de las cosas que hace, lo que más le gusta es escuchar música y bailar.

Relató con precisión las características de su trastorno: **"Durante el día no tengo sueño; a la mañana, ahí es cuando tengo sueño y no me puedo despertar. A veces mamá hace cosas para que yo reaccione, pero ella me lo dice, yo no me doy cuenta". "Cuando sueño estoy medio despierta; cuando estoy dormida solo duermo y no sueño, cuando sueño y me quedo despierta a veces me cuesta dormir. Cuando me duermo no sueño". "No es que me quede hasta muy tarde y que por eso no me despierto a la mañana. No me despierto porque no puedo... lo que yo sé es que me quedo dormida y que no me puedo despertar." "Cuando pasa eso me dejan dormir y me despierto cuando yo puedo". "Los días de colegio estoy presionada y nerviosa y a la noche no me puedo dormir... pienso cuando me peleé con una amiga y en ese problema... Si yo no tengo problemas entonces estoy bien". "Cuando estoy sola en la oscuridad necesito que alguien esté despierto. Se me aparece todo el temor cuando apagan las luces y toda la oscuridad... y yo sola en la cama...".**

La neurofisiología distingue dos tipos de sueño: El "ortodoxo", y el "paradójico o REM[3]". Durante el sueño ortodoxo, llamado "sincronizado" o "no", no hay movimientos oculares. El primero presenta distintos grados de profundización, con enlentecimiento progresivo del ritmo electroencéfalográfico (EEG). Segunda etapa: Está definida por la presencia de usos de sueño y com-

[1] Los datos de esta paciente corresponden a una consulta que consistió en dos entrevistas a los padres, dos horas de juego a la niña y entrevistas de devolución (una a los padres y dos a la paciente).

[2] Estudios diagnósticos realizados en FLENI: Análisis de rutina en sangre y orina. EEG. TAC y RMN.

[3] La sigla "REM" (rapid eye movements) alude a la presencia de movimientos oculares durante el dormir.

plejo K. El complejo K está constituído por una onda negativa de gran amplitud seguida de forma inmediata por una onda positiva.

Tercera y cuarta etapa: dominadas por ondas lentas, aparecen al comenzar el proceso de dormir descripto en las personas que se han cansado intensamente durante el día.

La cuarta etapa, la más profunda, parece estar vinculada a los procesos de regeneración y crecimiento en todos los tejidos[4]. Al sueño paradójico, llamado "desincronizado" o "REM", se lo vincula con el soñar. Cada fase dura alrededor de veinte minutos, presentándose alrededor de cinco veces durante la noche. En el recién nacido, el sueño paradójico ocupa el 50% del tiempo que pasa durmiendo, en tanto que en el anciano esta proporción disminuye a valores inferiores al 15%.

El dormir comienza con el período de no-REM, progresa desde los estadios más superficiales hasta los más profundos, alternando, con períodos REM. El período no-REM es más común al comienzo de la noche, en tanto que el REM es más prolongado al final. Se considera que cuanto mayor es el estímulo necesario para despertar a un individuo, más profundo es el sueño (Moizeszowicz, 1994).

Samuels (1995) describe la narcolepsia como un trastorno caracterizado por ataques de sueño durante el día, cataplexia (ataques repentinos de pérdida del tono postural estimulados por risa, miedo u otra emoción fuerte), y alucinaciones hipnagógicas. Señala que algunos pacientes pasan a soñar casi sin atravesar por el estado de dormir sin sueños (*sleep-onset* REM)[5]. El EEG durante los accesos muestra un sueño REM[6]. Parkes (Bradley y otros, 1996) afirma que para establecer el diagnóstico de narcolepsia es esencial la combinación de somnolencia diurna con cataplexia. Este autor describe un cuadro que considera muy emparentado con el anterior; la llamada "Hipersomnolencia esencial", o "Narcolepsia no REM"[7]. Una de las características de esta hipersomnolencia es la de padecer dificultades para despertar[8]. Pensamos que la sintomatología que presentaba Luz corresponde a esta última descripción.

En cuanto la relación entre narcolepsia y presencia de un gen específico, Parkes (Bradley y otros, 1996) señala que la gran mayoría de los casos están asociados a la presencia de un gen (HLA-DR2), y que también hay una mayor incidencia de este gen, que en la población general, en el caso de la hipersomnolencia esencial. De todos modos, existen pacientes sin ese gen, y personas sanas que lo tienen. Al parecer la medicina no ha podido establecer una relación causal entre ambos hechos, sino que basa sus conclusiones en datos estadísticos. Sin embargo estos datos llevaron a que los médicos consideraran este síndrome como "genético" y le dijeran a la familia de Luz que no había ayuda posible para la niña.

[4] Durante este período se pueden registrar valores elevados de hormona del crecimiento, prolactina y hormona luteinizante

[5] Los neurólogos sugieren tratar este cuadro con aminas despertadoras (Efedrina, y más modernamente, anfetaminas).

[6] El autor refiere que la anormalidad esencial en la narcolepsia es la baja actividad del sistema activador reticular ascendente (SARA).

[7] Recordemos que Luz decía que cuando dormía no soñaba.

[8] Los hipnóticos usados hace algunas décadas, como los barbitúricos de acción lenta, producían un estado muy similar, con dificultad para despertar a la mañana siguiente.

El nombre "narcolepsia"[9] sugiere que el paciente se encuentra en una situación similar a la de estar bajo los efectos de un sustancia que produce somnolencia, estupor, torpor. Actualmente se describen numerosas sustancias producidas por el organismo, que facilitan el dormir, así como otras que lo interrumpen. (Moizeszowicz, 1994). Ya hace algunos años Guyton (1976) refería que la sangre o el líquido cefalorraquídeo de animales que se han conservado despiertos durante varios días contiene una sustancia que, inyectada en el sistema ventricular de otro animal, le provoca sueño.

Desde el psicoanálisis, Chiozza (1963e) distingue un dormir "fetal" y un dormir "genital". Vincula el primero al letargo primario, y señala que está relacionado con una menor capacidad del yo para tolerar los estímulos que tienden a desorganizarlo, y se acompaña de alucinaciones oníricas. El dormir genital, en cambio, implica la existencia de un yo más maduro, que se deja afectar menos por los contenidos primitivos (visual-ideales), y sería un dormir sin sueños. Este dormir profundo correspondería a una vivencia de satisfacción, en el sentido que Freud (1950a [1895]) alude cuando, afirma que el sueño profundo sobreviene cuando se alcanza un estado comparado al que experimenta un lactante luego de colmar su necesidad de alimento y juego, o el que surge luego de una relación sexual satisfactoria (*"post coenam et coitus"* [Pág 381]). Este autor difiere con el punto de vista de la neurofisiología, que considera que el sueño aparece por la fatiga neuronal.

Si el dormir profundo está ligado a una vivencia de satisfacción, podemos pensar que en nuestra paciente el continuar durmiendo -o el no poder despertarse-, representaría el intento de prolongar un dormir asociado a vivencias de plenitud, negando las necesidades y remedando este aspecto del dormir profundo. Luz relata que cuando duerme no sueña, y que es imposible despertarla a la mañana. Esta situación parece compartir ciertas características del letargo, como la dificultad para despertarse (similar al efecto de un anestésico o al coma), con otras del dormir profundo, como la ausencia de sueños. También dice que cuando sueña no duerme. Pensamos que está asustada y que cree que si sueña sin dormirse conserva cierto control sobre la realidad. **Mientras dura el dormir profundo, sin sueños, mantiene la ilusión de que en su vida está todo bien y resuelto;** pero esto hace que cada vez se sienta más perseguida frente al mundo, representante de las demandas

[9] Del griego *narkeo*, "causar estupor, torpeza", y *lambano*, "sorprender". Literalmente, estupor que sorprende" (Monlau, 1941).

[10] Destacamos un dato que llamó la atención de la analista. Luz concurrió a sus horas de juego usando un gorro con visera, que tenía en el casco numerosas tachas brillantes de diferentes colores. Pensamos que este es otro recurso con el que Luz mostraba que sentía en su cabeza la sobrecarga de los estímulos ideales.

del ideal, con más necesidad de seguir durmiendo y no despertar[10]. Al mismo tiempo se encuentra cada vez con menos posibilidades de soportar estímulos. Estos aparecen representados por las continuas peleas familiares, el padre desvalorizado, el abuelo discapacitado (figuras masculinas castradas) el relato de la abuela acerca del hijo muerto, y las discusiones entre la abuela paterna y la madre. Este conflicto aparece desplazado en la preocupación por las peleas con las amigas, y su necesidad imperiosa de resolverlas. Despertar implica ponerse en contacto con las demandas insatisfechas, que experimenta como algo que la enloquece. El intenso temor que Luz tiene a la muerte, aludiría al deseo inconciente de desaparecer para no tener que pensar, negando el aspecto destructivo de la misma, y el hecho de que cada hora que ella duerme, deja de vivir. La imposibilidad de tolerar la sensación de haber fallado, cuando no consigue resolver los problemas familiares, la lleva a dormirse, como un modo de alejarse de sus propios conflictos, **conservando la fantasía**, de vivir en un estado en el que no sería necesario soñar ni despertarse. Cuando Luz se queda profundamente dormida, intentaría reparar mágicamente sus vínculos al modo como el organismo regenera y repara los tejidos durante la etapa del dormir profundo.

Chiozza (1963e) afirma que un estímulo intenso, que carga "hasta un límite" el aparato, produce una insuficiencia perceptiva que implica una *"negación primaria"* y "puede ser resuelta por el dormir normal" (Chiozza, 1963e, pág 240). También sostiene que "La incapacidad perceptora parcial que ocurre en el dormir trae implícita una defensa activa... Un "cerrarse" el organismo ante la reiteración de un estímulo que... desorganizaría... otras partes del yo." "Si el yo no puede defenderse de ese estímulo o impresión -quedó impresionado-, nos encontramos ante una situación traumática."[11] (Chiozza 1968a, Pág 207).

Consideramos que Luz se sentía viviendo en un clima sadomasoquista, representado por la pasividad que veía en el padre frente a la agresión de la madre. Escucha decir que son como el "día y la noche". Además de sentirlo como una referencia a su propio síntoma, cree que la madre alude con esta expresión a que ella es una persona responsable y activa, mientras el padre es un holgazán; al mismo tiempo ve que el padre va todos los días a trabajar. La niña no puede hacer conciente la confusión implícita en este mensaje, que permanece también como un estímulo traumático. Siente que el hermano puede integrar más la hostilidad en ella reprimida cuando les pide a los padres que no peleen. Los 10 años que Luz tenía en el momento de la consulta, indican también que seguramente se veía expuesta a un incremento de la excitación por el desarrollo puberal, que le resultaba difícil de tolerar[12]. Su atracción por la música y el baile, además de aludir a la excitación que busca su descarga, es otra representación más de la búsqueda ilusoria de un mundo armónico y "feliz"[13][14].

11 También sostiene Chiozza (1963e) que "...el grado de regresión fetal contenido en el dormir podría ser directamente proporcional al grado de situación traumática a que ha estado sometido el aparato psíquico..." (págs. 242-243)".

12 Bettelheim (1975) señala que en la versión del cuento de "La bella durmiente" de los hermanos Grimm, la protagonista se pincha un dedo con la rueca, y muere en el acto, siendo luego mutada esta muerte por un sueño de cien años. El autor afirma que este dormir profundo simboliza un proceso, del que la persona "despertará más madura y dispuesta para la unión sexual" (Pág. 324). Pensamos que el pinchazo simboliza la presencia de un estímulo que sobrepasa la capacidad de yo para asimilarlo.

BIBLIOGRAFIA

Bettelheim, Bruno (1975)
Psicoanálisis de los cuentos de hadas, Ed. Gráficas Diamante, Barcelona, 1978

Bradley, W. G. y otros (1996)
Neurology in Clinical Practice, Ed. Butterworth-Heinemann, Newton, MA, 1996.

Chiozza, Luis (1963e)
Ubicación de "lo hepático" en un esquema teórico estructural, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW, CIMP, Buenos Aires, 1984.

Chiozza, Luis (1968a)
La interioridad de los trastornos hepáticos, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW, CIMP, Buenos Aires, 1984.

Freud, S. (1950a [1895]
"Proyecto de psicología", en *Sigmund Freud, Obras Completas*, T. I, Amorrotu Ed., Bs. Aires, 1976.

Guyton, A. C. (1976)
Tratado de Fisiología Médica, Ed. Interamericana, Madrid, 1977.

Moizeszowicz, J (1994)
Psicofarmacología psicodinámica III, Ed. Paidos, Bs. Aires, 1994.

Monlau, P. F. (1941)
Diccionario etimológico de la lengua castellana, Ed. J. Gil, Buenos Aires, 1946.

Samuels (1995)
CD sobre emergencias médicas, 1995.

13 Luz dibujó un bosque "encantado" en el que dos amigas se encontraban sonrientes, y se saludaban mutuamente expresando ambas que se encontraban "muy bien".

14 Luego que le fue comunicado el posible significado de su trastorno, Luz comenzó a despertarse normalmente por las mañanas. Se le indicó tratamiento psicoanalítico, que no comenzó hasta la actualidad. Han pasado cuatro meses de la consulta y se mantiene asintomática; sin embargo consideramos que no se ha producido un cambio en su carácter.

analista afirmada en sus convicciones psicoanalíticas reconozca en la paciente un semejante y procure descubrir y elaborar el punto de urgencia compartido que la conduzca a modificar su contratransferencia.

Si la paciente con su fracaso y estancamiento irrita y exaspera a su terapeuta podríamos decir que estos sentimientos están movilizados por la frustración de no ser una terapeuta capaz y exitosa.

Si la analista, en cambio, tolera no ser ideal, interrumpe el círculo de mutuos reproches, acepta depresivamente sus límites y no queda sumida en la vivencia melancólica de incapacidad, podrá comprender y tolerar mejor cuando la paciente insista en abandonar el tratamiento.

El cambio contratransferencial que lleva a la analista a convertirse en un personaje inesperado[4] incidirá modificando la transferencia y la paciente dejará de sentir a su terapeuta como alguien que tiene que responder a sus reclamos extorsivos, proceso que llevará a ambas, paciente y analista a realizar cambios que las enriquecerá.

BIBLIOGRAFÍA

CHIOZZA, Luis y colab. (1983c),

"Acerca de la extorsión melancólica" Psicoanálisis: presente y futuro, Edición CIMP, Buenos Aires, 1983.

CHIOZZA, Luis (1984ª [1970])

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos (segunda Edición), Luis Chiozza, Biblioteca del CWCM, CIMP, Buenos Aires, 1984.

CHIOZZA, Luis (1979ª [1977-1978-1979])

"Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico", Psicoanálisis: presente y futuro, Luis Chiozza, Edición CIMP, Buenos Aires, 1983.

RACKER, Enrique 1981

"La contratransferencia" en Estudios sobre técnica psicoanalítica, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1981.

OBSTFELD, Enrique

"Cuando al analista le faltan pacientes", Simposio 19 y 20 de Enero de 1996, Buenos Aires, FEPSEO.

[4] Chiozza afirma que "la experiencia emocional transformadora" que el analista aporta cuando comprende su contratransferencia ingresa en la vida del paciente como un personaje inesperado" (1979ª[1977-1978-1979]), pag.71.

Enrique Obstfeld
Silvana Aizenberg

DIABETES INFANTIL

En este trabajo intentaremos exponer una idea acerca del significado específico de la diabetes infantil, que surgió en un ateneo de los estudios patobiográficos del Centro Weizsaecker de Consulta Médica.[1]

Desde el punto de vista médico (Serantes-Cardonnet, 1970; Maxímino Ruiz, 1994; Nelson, 1997) los niños que padecen diabetes[2] son insulino dependiente desde el inicio[3] de la enfermedad, por déficit en la producción celular de insulina. El comienzo de la enfermedad por lo general es brusco y es interesante destacar que en el momento en que se manifiesta, la talla del niño es frecuentemente superior a la normal. (Serantes-Cardonnet, 1970, pág. 302).

Cuando los tratamientos de control de la glucemia eran insuficientes, debido a la falta de insulinoterapia o a la administración de insulinas rápidas, era habitual observar que ese empuje de crecimiento previo a la eclosión de la enfermedad se detenía produciéndose un retardo en el desarrollo de los niños que en casos extremos presentaban un cuadro clínico descripto como el síndrome de Mauriac.[4] Dicho hipocrecimiento

[1] En la investigación acerca de las fantasías insulino-pancreáticas (Chiozza, Obstfeld, 1991) no se mencionan aspectos específicos vinculados a la diabetes infantil.

[2]Desde la clínica la diabetes es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono provocada por un déficit de insulina o por un trastorno en su utilización. La glucosa que no se incorpora a la célula , permanece en la sangre en cantidad superior a lo normal y no participa en el suministro de energía.
La insulina actúa entonces, como intermediaria para la fosforilización de la glucosa, que se transforma en glucosa "útil" para el organismo.

[3]Excepcionalmente los enfermos pueden no ser insulino dependientes, en estos casos presentan retardo y disminución de la secreción de insulina en respuesta a la glucosa, aún antes que la hiperglucemia se manifieste. (Maximino Ruiz, 1994, pág. 596)

[4]Síndrome caracterizado por hipocrecimiento, obesidad, abdomen prominente, aspecto cushingoide y retardo puberal (Sires M.; López de Biase,J. en M. Ruiz, 1994, pág. 607).

se desencadenaba por una disminución de la actividad de la somatomedina o factor de crecimiento insulino símil 1. La insulina actúa de una manera complementaria a la hormona somatotrófica, por proveer en forma regular el sustrato para los procesos de crecimiento. (Wajchenberg y otros en, Maximino Ruiz, 1994, pág. 53)

En la investigación acerca de la fantasía específica de la diabetes (Chiozza, Obstfeld, 1991), afirmamos que el metabolismo glúcido normal implica una adecuada utilización y producción de la insulina y que este proceso posee una relación específica con el sentimiento de propiedad, que deriva del sentirse el sujeto capaz de disfrutar tanto del gasto y del ahorro, como de obtener y mantener, con los propios medios, lo que posee. Decíamos también que, **el sentimiento de no haber obtenido o mantenido por los propios medios lo que se posee o utiliza, constituye lo que denominamos "sentimiento de impropiedad"**.

"Una pequeña disminución de la actividad insulínica, en un metabolismo glúcido normal, forma parte de la clave de inervación de la sumisión que acompaña al sentimiento de impropiedad normal y conciente" (Chiozza, Obstfeld, 1991, pág.127). Cuando el sentimiento se torna intolerable la defensa patosomática descompone su clave de inervación y desplaza el total de su investidura sobre uno de los elementos de la clave: la disminución de la efectividad insulínica[5]

La diabetes se arroga entonces la representación simbólica del sentimiento de impropiedad. En otras palabras, para enfermar es necesario que se mantenga inconciente una actitud de sumisión, asociada al sentimiento de impropiedad.

Cuando este trastorno surge en la infancia forma parte del momento de la vida en el que predomina el crecimiento[6] y en el que se va

[5]Esta se produce por trastornos de mebrana, o por alteraciones de las células de Langerhams del páncreas, productoras de la insulina, muchas veces atribuídas a factores de agresión autoinmunitarios.

[6]Corresponde, de acuerdo con Chiozza, a una de las tres formas de la materialización (crecimiento, reproducción y sublimación). (Chiozza, L. 1963)

conformando, a través del proceso de identificación la identidad, "el ser". Esto nos permitie pensar que, así como en el paciente adulto el sentimiento de impropiedad queda referido a la vivencia de estar usufructuando bienes no producidos por él y por ende la problemática está planteada con el "tener"; en el niño, en cambio, el conflicto vinculado al sentimiento de impropiedad queda centrado con el "ser".[7]
El proceso yoico de transformación de la seudoidentificación en identificación implica la discriminación entre lo "propio" y lo "ajeno", así como la integración o mezcla de identificaciones como paso necesario para acceder al desarrollo individual, que permite adquirir la propia forma, la identidad.

Cuando un niño crece realizando seudoidentificaciones intenta, de ese modo, contrarrestar su sentimiento de insuficiencia y la envidia que le genera verse disminuído frente a los demás. Desarrolla entonces, una identidad que no experimenta como propia. Se siente "más allá de la envidia", evita "la amargura hepática". El "otro" es el carente.

Anteriormente mencionamos que los niños diabéticos frecuentemente suelen tener un crecimiento corporal aumentado al comienzo de la enfermedad. Podemos decir que este crecimiento acelerado forma parte del mismo núcleo inconciente, que lo lleva al niño a seudoidentificarse y a vivenciar su desarrollo como si no fuese su-yo. La seudoidentificación, por medio de la cual intenta el niño guardar las apariencias mostrandose más grande o más capaz de lo que es, conlleva una debilidad yoica. Ésta lo conduce a fracasar en su posibilidad de "luchar" por hacer yoico lo no yoico. En consecuencia experimenta su identidad como robada al ser una identidad que no puede sostener ni defender. Por la ley del talión, que rige en el inconciente, vivencia a sus objetos como agresores y como defensa asume una actitud de sumisión.

[7]En el trabajo "Acerca del cáncer y la sublimación" (Nagy y Obstfeld, 1997), decíamos que cuando el niño tiene problemas con su identidad "no puede crecer". El crecimiento no lo puede realizar porque siente que no tiene a "nombre de quién" ponerlo, y por lo tanto, experimenta que su desarrollo ha perdido sentido; su crecimiento armónico subordinado a un plan se interrumpe, y en su lugar se produce un crecimiento desordenado, invasor, canceroso, que no se inscribe en la "sociedad celular". Son los cánceres típicos de los niños, los linfomas, las leucemias, que tienen que ver específicamente con la identidad.

En la investigación acerca de las fantasías diabéticas (Chiozza, Obstfeld, 1991), afirmábamos que la sumisión es la exhibición de una debilidad que otrora fue un acto motor justificado, que correspondía a una actitud puesta al servicio de inhibir al agresor durante una lucha para compensar el sentimiento de impropiedad (éste nace de la carencia de los medios para obtener o mantener lo que se posee).

En síntesis, dicha sumison junto al sentimiento de impropiedad en el niño diabético, gira en torno a su conflicto para obtener y defender su propia identidad, a diferencia de lo que sucede en el adulto, cuya lucha se encuentra inhibida en torno a la defensa de la propiedad del alimento, el territorio o el objeto sexual.

Recordemos que la insulina interviene en el proceso energético del organismo y que desde el punto de vista del significado inconciente, la función "insulino-pancreática" adquiere el significado de la disposición al gasto energético implícito en el hacer, emprender, generar o construir. (Chiozza, Obstfeld, 1991). Agreguemos, ahora, que también esta disposición al gasto energético participa en el proceso del crecimiento corporal.

Por lo tanto, como dijimos, en el niño la fantasía insulino-pancreática no estaría predominantemente vinculada al sentimiento de impropiedad de la posesión de los bienes, "el tener"; sino que la impropiedad la experimentaría principalmente con el "ser". Él no puede asumir su identidad como propia y sentirse "dueño de su vida", experimenta la adquisición de su identidad como algo que no le es propia; ya que no puede activar los recursos o disponer de la "energía" que le permitan defender su desarrollo.

BREVE RELATO CLÍNICO[8]

Sebastián es un niño de trece años, su enfermedad fue diagnosticada un año antes de la consulta. En esa época tenía también dificultades

[8]Los datos de este relato, pertenecen a una patobiografía realizada en el CWCM, por los Dres. Luis Chiozza, Enrique Obstfeld, Gustavo Chiozza y la Lic. Silvana Aizenberg.

escolares que se manifestaban como falta de concentración y poca disposición para hacer esfuerzos.[9]

Cuando nació, sus dos hermanos un varón y una mujer, ya eran grandes, tenían seis y ocho años más respectivamente. Aunque él siempre fue muy mimado y consentido en su familia, sin embargo sentía que sus hermanos eran los "dueños de todo" y que podían hacer lo que querían. Le parecía que ellos habían tenido la oportunidad de participar en todas las decisiones familiares, mientras que a él le había tocado crecer dentro de una familia "con todo ya armado"[10]. Por eso, muchas veces creía que sus hermanos habían tenido una infancia mejor que la suya, y no podía dejar de pensar que se habían "llevado la mejor parte". Intentaba entonces, para paliar ese sentimiento, hacerse "el grande" negando las diferencias con ellos, principalmente con su hermano varón.

También le parecía que sus padres siempre esperaban que las cosas fueran lindas y perfectas, entonces muchas veces se comportaba tratando de satisfacerlos, mostrándose más grande y más desenvuelto de lo que íntimamente sentía. Mientras tanto, tenía la sensación de que le faltaba libertad para disfrutar de las cosas de su edad.

Sebastián se quejaba de que su madre estaba todo el día "encima" suyo.... le hablaba... le preguntaba todo...le dirigía todo lo que hacía. Le disgustaba que su madre lo invadiera, pero también usufructuaba de su ayuda aunque no lo reconocía. La dejaba "hacer", por ejemplo, ella le hacía los deberes del colegio y eso le permitía aparentar una mayor capacidad y desenvoltura que la que verdaderamente tenía, al mismo tiempo negaba que los logros que él exhibía, como si fuera un chico de mayor edad, no eran el producto de su aprendizaje a través de la experiencia y de su propio desarrollo yoico.

[9] En la investigación acerca de la diabetes describimos un rasgo de carácter del diabético como de alguien que se "deja estar", que no se interesa profundamente por las cosas. (Chiozza, Obstfeld , 1991, pág. 113)

[10] A. Aberastury (1971) sostiene que los niños son agentes activos en la conformación e identidad familiar (pág.191).

Su diabetes se manifestó poco antes del ingreso al colegio secundario, esta circunstancia significó para él un cambio tanto en la relación con su madre como en su vida social: nuevos compañeros y una vivencia de exigencia ante situaciones que no se sentía capaz de enfrentar. Temía encontrarse con sus límites, y con una debilidad y una carencia que se le hacía insoportable mantener en su conciencia. Se sumaba a todo esto, que para esa época ocurrió entre sus padres un conflicto conyugal, que le generó la sensación de que ya no podía contar con la ayuda de ninguno de sus progenitores para poder seguir sosteniendo lo que no era. Sentía su "identidad" amenazada. La conciencia del sentimiento de impropiedad acerca de su "ser", le resultaba intolerable y en su lugar, en cambio, surgió su diabetes, aparentemente sin significado.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A. (1971) "Los dibujos infantiles como relato" en *Aportaciones al psicoanálisis de niños* . Editorial Paidos, Buenos Aires, 1984.

CHIOZZA, L. (1963a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos.* Editorial Alianza, Buenos Aires,1998.

CHIOZZA, L. y OBSTFELD, E. (1991a [1990]) "Psicoanálisis del trastorno diabético", en *Los afectos ocultos en....",* (Segunda edición) Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, pág. 105-129.

NAGY, C, y OBSTFELD, E. "Acerca del cáncer y la sublimación", trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, Octubre 1997. Buenos Aires.

NELSON (1997) *Tratado de Pediatría*, (Tercera edición) Editoral Interamericana Médica, Buenos Aires, 1997.

RUIZ, Maximino (1994) *Diabetes Mellitus*, (Segunda Edición), Editorial AKADIA , Buenos Aires, 1994.

SERANTES-CARDONNET (1970) Diabetes, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1970.

EL ASCO Y SU VINCULACION CON EL MIEDO Y EL ODIO

Obstfeld, Mirta y Pinto María D. de

1- INTRODUCCION

En ocasión de la presentación del trabajo "Acerca de la fantasía inconciente de la alergia" (Obstfeld, M y Pinto, M, 1998), se nos hizo evidente la necesidad de lograr mayor claridad, respecto a los afectos miedo y asco vinculados a las fantasías alérgicas. Esto nos motivó a profundizar en el tema con el intento de lograr una mayor comprensión[1].

2- LA AMBIVALENCIA PRIMARIA

Acorde con la organización del psiquismo fetal alrededor de las funciones y fantasías hepáticas (Chiozza 1984 a [1970]), sabemos que el yo primitivo que se conforma en la unión del óvulo y el espermatozoide, recibe la información genética que debe copiar con el fin de adoptar las cualidades de los padres y arquipadres para lograr la identificación primaria. Esta introyección significa una sobrecarga de estímulos que el yo incipiente no puede tolerar, por la imposibilidad "material" de ligar el monto de energía instintiva liberada.

La energía que no pudo ser ligada constituye una amenaza de destrucción para el yo y el estímulo, entonces, se convierte en un protoperseguidor interno desorganizador, asociado a fantasías terroríficas. Esta situación conduce a poner "afuera" lo peligroso y para ello, el yo disocia una parte de sí mismo, a expensas del polo visual ideal por donde introyectó el estímulo. Se constituye así el protosuperyo quien, actuando a modo de *buffer* entre el yo y los contenidos ideales, adquiere un carácter menos persecutorio y posibilita al yo reintroyectar las partes propias escindidas que no puede perder.

El deseo y el temor hacia el "objeto disociado" componen la

[1] Todo el desarrollo de este trabajo se realiza en base a las ideas acerca de este tema, elaboradas por el Dr.L.Chiozza, a lo largo de su obra y especialmente en "Psicoanálisis de los trastornos hepáticos" (Chiozza, 1984a [1979]).

Silvana Aizenberg y Liliana Casali

Acerca de la fimosis

La fimosis es la estrechez prepucial que determina dificultad o incapacidad para retraer el prepucio por detrás del surco balanoprepucial y descubrir el glande. Esta condición se presenta en más del 80% de los recién nacidos y, por lo general, no es considerada patológica en los varones menores de alrededor de dos o tres años. Durante los primeros años, la adherencia en mayor o menor grado de la capa interna del prepucio y la abertura prepucial pequeña, permiten proteger al glande y al meato urinario de las posibles ulceraciones amoniacales (por contacto con la orina en el pañal). El acúmulo de esmegma (secreción caseosa blanquecina y viscosa), las erecciones y el crecimiento peneano, contribuyen a resolver de manera espontánea la adherencia del prepucio al glande en un alto porcentaje de niños. La conducta médica, sin embargo, es variable: algunos indican la circuncisión cerca de la latencia o del ingreso a la pubertad si la adherencia persiste, mientras que otros recurren a la circuncisión muy temprana, aún durante la lactancia (Averey, 1990; Duckett, 1992; Nelson, 1997; Meneghello, 1997).

El prepucio es un pliegue de piel que cubre la zona redondeada y sensible del cuerpo esponjoso que constituye la cabeza del pene (glande o bálano). Se desarrolla en el feto entre el tercero y quinto mes de gestación y su porción dorsal es la que crece con mayor rapidez. Cuando se cierra la uretra también se cierra el prepucio ventral, que cubre de manera simétrica al glande. El epitelio interior del prepucio y el epitelio propio del glande se fusionan y esta adherencia persiste durante un tiempo en la vida postnatal. Ambos epitelios son de tipo escamoso estratificado y la descamación natural de las células epiteliales junto con la secreción sebácea en un ambiente húmedo, constituyen cúmulos de “esmegma del lactante” -semejante al vérnix caseoso que cubre la piel del feto- que se acumula en el surco balanoprepucial (Moore, 1989; Diccionario de Ciencias Médicas, 1992; Meneghelle, 1997).

Averey (1990) y Duckett (1992), entre otros autores, sostienen que en nuestra sociedad el glande cubierto suele ser ”causa de gran ansiedad” familiar y que, desafortunadamente, algunos médicos siguen aún convencidos de que el prepucio debe poder retraerse a una edad muy temprana. Esto culmina habitualmente en la liberación prematura forzada -manual o quirúrgica[1]- de la

[1]En relación al tema de la circuncisión neonatal sistemática, sea por motivos religiosos, como sucede, por ejemplo, entre los judíos, mahometanos, etc. o por razones médicas (supuesta prevención de infecciones

fusión del prepucio con el glande, maniobra que puede dar por resultado dolor, hemorragia, parafimosis[2] ocasional, o una cicatriz circunferencial que provoca una fimosis iatrogénica. Así, "El resultado es el cumplimiento de una profecía" (Averey, 1990; pág 1005): la acción preventiva puede en algunas ocasiones producir el trastorno.

Cuando la afección está instalada, suele predisponer a infecciones balanoprepuciales[3], infecciones del tracto urinario, obstrucción del meato urinario o micción dificultosa (con "chorro" de orina torcido, débil, a poca distancia, "en globito") o parafimosis.

El término "prepucio"[4] designa la piel que cubre el glande[5] y significa también "capillo" y "capullo". "Capillo", del lat. *cappéllus*, derivado diminutivo de *cappa***,** "capucho, capote", quiere decir "vestidura de la cabeza", "caperuza, capucha, capuchón, gorro". "Capullo"[6] designa a la flor sin acabar de abrirse, y a la cubierta en la que se encierran las larvas de algunos insectos (gusano de seda) para verificar su metamorfosis. "En capullo", se aplica a una cosa que todavía no está completamente formada pero ya muestra lo que va a ser y, figurativamente, significa "anuncio, promesa" (Corominas, 1967; Moliner, 1992; Diccionario de Ciencias Médicas, 1992).

---

urinarias, de cáncer de pene, etc.) como se adoptó hace un siglo en los pueblos de habla inglesa, especialmente en EE.UU., todos los autores consultados coinciden en señalar que es una intervención que puede ocasionar complicaciones, a veces serias: fístulas uretrales, amputación completa o incompleta del pene, adherencia de la piel del tallo al glande denudado, (con cicatriz densa), bandas fibrosas (que provocan incurvación del pene durante las erecciones), úlcera y estenosis meatal, linfedema con tumoración genital y perineal por inflamación del proceso cicatrizal postquirúrgico, etc. (Averey, 1990; Duckett, 1992; Meneghello, 1997).

[2] La parafimosis es una urgencia urológica en la que, por complicación de una fimosis o por una maniobra de reducción indebida, un anillo inflamado o retraído del prepucio se atasca por detrás del surco balanoprepucial, con extrangulación progresiva del prepucio y el glande, obligando a una reducción manual o quirúrgica rápida (Averey, 1990; Duckett, 1992; Nelson, 1997; Meneghello, 1997).

[3] La balanitis o balanopostitis es un aumento de volumen doloroso con secreción purulenta balanoprepucial que ocurre principalmente en pacientes con fimosis y mala higiene, y suele reducirse con aseo local y antibioticoterapia local u oral, según el origen y la severidad del cuadro clínico (Averey, 1990; Duckett, 1992; Nelson, 1997; Meneghello, 1997). .

[4] "Prepucio" deriva del latín *prae-putium*, de *prae*, "antes" y *putium*, cuya raíz no logramos encontrar, si bien parece emparentarse con significados que aluden a limpio, puro (*putidus*); niño, muchacho (*putus*) y poda (*prae- putiatus*, "el circunciso") (Corominas, 1967; Macchi, 1966).

[5] "Glande", es un término general para toda masa pequeña y redonda o cuerpo parecido a una glándula. Deriva del latín *glans-dis*, "bellota", de donde se tomó el castellano "glande", "cabeza del miembro viril", vinculado también con *glad*, raíz del latín *gladius*, "espada", de donde deriva también "gladiador". "Bálano" significa glande y viene del griego *bálanos*, "bellota" (Corominas, 1967; Moliner, 1992; Diccionario de Ciencias Médicas, 1992).

[6] Probablemente "capullo" sea producto del cruce de *capillo*, "capucho y capullo" (del lat. *capellus*) con *cugulla*, "capa de fraile" o su original latino *cuculus*, "capucho" (Corominas, 1967).

El significado del prepucio como vestidura, capa o capuchón que cubre la cabeza del pene y cumple una función protectora, unido a la semejanza del esmegma prepucial con el vérnix caseoso que recubre al feto, despierta asociaciones con la relación materno-fetal en la vida intrauterina.

El alto porcentaje de niños que nacen con adherencia del prepucio, y el hecho de que se "despegue" naturalmente del glande con el crecimiento, nos lleva a pensar que, más que un trastorno de la primera infancia, parece constituir una formación normal que requiere de un tiempo de maduración para resolverse.

Siguiendo ideas de Freud y Klein, Aberastury (1971) ha destacado cómo el proceso de crecimiento puede comprenderse como un nuevo o nuevos nacimientos. Así, el desarrollo de la dentición, la marcha, el lenguaje y el control de esfínteres, durante un período que culmina alrededor de los dos o tres años, constituye para el niño un nuevo jalón en la adquisición de autonomía y en el proceso de desprendimiento de la madre en su salida hacia el mundo (representado por la significancia que adquiere la figura del padre y por la pauta social que indica el ingreso al jardín de infantes, primer ámbito fuera del familiar). No parece aventurado pensar que el "despegue" del prepucio del glande, forme parte de este proceso más general de maduración que compromete distintas funciones o zonas corporales. Su persistencia más allá de esa edad configura un trastorno, que representa el desarrollo equivalente de una situación conflictiva.

Sabemos que el Complejo de Edipo es la trama nuclear que nutre los vínculos más importantes en todos los períodos vitales[7], y que, alrededor de los tres años, cobra para el niño particular importancia la significación del genital masculino en sus fantasías de amor con la madre y de rivalidad con el padre, como representante tanto de la potencia específicamente genital como de la potencia en general, es decir, en relación con otro tipo de capacidades (físicas, intelectuales, sociales, etc.)[8].

El término "fimosis" proviene del griego *phimoó*, que significa "ocluir", "cerrar", y también "amordazar con bozal"[9] (Corominas, 1967; Moliner, 1992; Diccionario de Ciencias Médicas, 1992). Alude al cierre o obstrucción de un

[7] Incluyendo el Complejo de Edipo heredado, prenatal, temprano y los desarrollos correspondientes a la fase genital previa (según las descripciones de Klein y Aberastury respectivamente).
[8] De acuerdo con el principio de simbolización de la parte por el todo, Ferenczi (1924) señala que el pene puede arrogarse la representación del sujeto entero.
[9] "Bozal", "tapa de la boca", de origen incierto, quizás de *bucciu*, derivado romance antiguo del latín *bucca*, "boca" (Corominas, 1967); figurativamente, "bisoño, nuevo, inexperto" (Salvat, 1972).

conducto o abertura que funciona como un impedimento, que podemos asociar con dificultades para el "nacimiento" (despegue, salida, desarrollo, etc.).

Parece posible pensar que **la fimosis simboliza conflictos relacionados con el desprendimiento de la madre y con el despliegue de la potencia masculina**. Estudiando el significado de la circuncisión neonatal, Nunberg (1952) considera que la separación de la madre y la pérdida del prepucio están íntimamente asociadas en el psiquismo inconciente del niño. Sostiene que el "capuchón"[10] del pene simbolizaría lo materno, el útero protector.

Pensamos que el niño que mantiene la adherencia del prepucio -expresión de la unión protectora con la madre- expresaría con este síntoma, un intento de postergar el proceso de desprendimiento, que experimenta como un nuevo "nacimiento" que lo enfrenta con estímulos excesivos para sus posibilidades. Frente a las expectativas de desarrollar una potencia que siente que no puede alcanzar[11], experimenta el medio que lo rodea como exigente y persecutorio.

Haciendo referencia a los estilos de defensa frente a un medio hostil en la filogenia, Obstfeld E. (2000) señala que el "esconder" el glande en la fimosis, podría simbolizar un tipo de defensa pasiva, semejante a la conducta de las tortugas de esconder la cabeza para protegerse de los enemigos[12].

Resulta significativo que en lunfardo "pelar" -que significa quitar o cortar el pelo o la piel- alude a "sacar un arma" y se usa para referirse a la erección del pene -símbolo de potencia- en la que el glande queda al descubierto. (Salvat, 1972; Gobello, 1998). En la fimosis, el glande cubierto por el prepucio, podría corresponder también al intento de mantenerse "en capullo", "en promesa" de lo que va a llegar a ser, alimentando la fantasía de lograr la potencia deseada[13].

De acuerdo con la idea freudiana de que todo ser humano tendría constitucionalmente disposiciones sexuales tanto femeninas como masculinas, Nunberg (1952) señala que el prepucio que cubre al glande representaría además del aspecto maternal, otro componente femenino: la vagina, como

---

[10] Garma (1949) ha señalado que los vestidos representan simbólicamente la protección de las membranas fetales y el intento de conservar dichas envolturas, propias de la vida prenatal.

[11] La fantasía optativa de lograr una "superpotencia", en el intento de triunfar sobre el padre y complacer a la madre, participa del malentendido descripto por Chiozza (1977b) como "el falso privilegio del padre en el Complejo de Edipo".

[12] Obstfeld E. (2000) plantea que la fimosis podría constituir "un síntoma de defensa "pasiva" ante las vivencias de castración por los deseos genitales" (pág. 20).

[13] Es frecuente la preocupación en los niños -persistente también en algunos adultos- por el tamaño de su pene, como si éste fuera representante de su grado de potencia.

expresión de la bisexualidad. El desprendimiento del prepucio sería entonces un paso más en el desarrollo y la afirmación de la identidad masculina[14]. Frente al sentimiento de insuficiencia para desarrollar con "plena capacidad" lo masculino, prolongar la adherencia del prepucio al glande simbolizaría también la fantasía omnipotente y defensiva de poseer los dos sexos como expresión de completud.

La circuncisión religiosa entre los judíos, que contiene la idea de pertenecer al "pueblo" elegido o, más antiguamente entre los egipcios, como "sello" distintivo de la clase dominante, o en los ritos de iniciación que marcan el ingreso a la adultez en los pueblos primitivos, alude también en su significado al desprendimiento de la madre, al fortalecimiento físico y psíquico del varón, a la unión e identificación con el padre y, en la pubertad, al ingreso a la comunidad de los hombres adultos y a la exogamia.

Siguiendo las ideas de Freud (1912-13; 1939a (1934-38), Garma y otros autores psicoanalíticos (citados por Goldman, 1988), coinciden en afirmar que la circuncisión simboliza la castración y configura un ritual maníaco que, bajo la apariencia engañosa de un despliegue de la masculinidad, somete en realidad al niño a una mutilación, derivada del influjo del Superyo ancestral. La intervención quirúrgica, como indicación médica frecuente -y a veces inevitable- para la fimosis, no suele resolver el conflicto "de fondo"[15], y puede quedar revestida inconcientemente con una fantasía mágica de adquirir mayor virilidad y potencia que, en un nivel latente más profundo -como sabemos que ocurre con toda cirugía- suele confirmar el sentimiento de castración.

Bibliografía

Aberastury, A. (1971) *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Ed. Paidós. Bs As. 1971

[14] Estudios antropológicos describen que algunos pueblos primitivos del Africa contemporánea -que practican la circuncisión ritual de varones y mujeres en la pubertad- conservan la idea de que todo ser es originariamente bisexuado: el hombre es mujer por el prepucio y la mujer es hombre por su clítoris (Goldman., 1988). En sus consideraciones psicoanalíticas acerca del desarrollo de la bisexualidad originaria, Freud considera que "El sexo dominante en la persona habría reprimido en lo inconciente la representación psíquica del sexo vencido" (Laplanche y Pontalis, 1971).

[15] Así, por ejemplo, en el Estudio patobiográfico de un niño de siete años con un herpes ocular, Chiozza (1986a) señala que la operación de su fimosis, realizada alrededor de los cinco años, adquirió un carácter represivo que motivó la "regresión" de la misma conflictiva de con-tacto -expresada antes como infección genital- "hasta expresarse como fantasía visual" , ahora bajo la forma de una enfermedad.ocular (pág. 93).

Averey, G. E. (1990) *Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido*. Ed. Médica Panamericana S. A. Argentina. 1990.
Corominas, J. (1967) *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Ed. Gredos. Madrid. 1967.
Chiozza, L. (1977b) "El falso privilegio del padre en el Complejo de Edipo", en Revista de Psicoanálisis, Tomo XXXIV. Nro 1. A. P. A. Bs As. 1977.
Chiozza, L. (1986a) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo,* Luis Chiozza, Alianza Editorial, Bs. As. 1986/89/91/93/94.
Duckett, J. W. (1992) "El debate de la circuncisión neonatal", en *Cirugía Urológica Pediátrica*. Ed Interamericana McGraw Hill. New York. 1992.
El Ateneo (1992) *Diccionario de Ciencias Médicas*. Ed. El Ateneo. Bs As. 1992.
Ferenczi, S. (1924) "Thalassa. Ensayo sobre la teoría de la genitalidad". O. C. Tomo III. Ed. Espasa-Calpe. Madrid. 1981
Freud, S. (1912-13) *Tótem y tabú*. AE. Tomo XIII.
Freud, S. (1939a (1934-38)) *Moisés y la religión monoteísta*. AE. Tomo XXIII.
Garma, A. (1949) "El origen de los vestidos". Revista de Psicoanálisis. A.P.A. Tomo VII. Nro II. Bs As. 1949.
Gobello, J. (1998) *Nuevo Diccionario Lunfardo*. Ed. Corregidor. Bs As. 1998.
Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor. S. A. Barcelona. 1971.
Goldman, D. (1988) "El Brit Milah", en *Ciclo de vida*. Seminario Rabínico Latinoamericano. Ed. Daniel Goldman. Bs As. 1988
Macchi, L. (1966) *Diccionario de la Lengua Latina*. Ed. Don Bosco. Bs As. 1966.
Meneghello (1997) *Pediatría*. Tomo II. Quinta Edición. Ed. Médica Panamericana. Argentina. 1997.
Moliner, M. (1992) *Diccionario de Uso del Español*. Ed. Gredos. Madrid. 1992
Moore, K. (1989) *Embriología Clínica*. Nueva Editorial Interamericana. Inc. Mc-Graw-Hill. México. 1989.
Nelson (1997) *Tratado de Pediatría*. Vol VII. Ed. McGraw Hill Interamericana. 15ma edición. España. 1997.
Nunberg, H. (1952) "La circuncisión y los problemas de la bisexualidad". Rev. de Psicoanálisis. Tomo IX. Nro 1. A. P. A. Bs A. 1952.
Obstfeld, E. (2000) "Acerca de la responsabilidad. 2da Comunicación". Trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza. Bs As. Julio 2000.
Salvat (1972) *Enciclopedia Salvat Diccionario*. Salvat Editores. S. A. Barcelona. 1972.

Silvana Aizenberg
Ricardo Grus

UNA NEFROESCLEROSIS INFANTIL

Sebastián

Sebastián tenía 3 años y ocho meses cuando le fue diagnosticada una nefroesclerosis bilateral focal irreversible [1] [2] [3] [4]. Sus padres consultan afectados por la gravedad de la enfermedad del hijo. La insuficiencia renal incoercible ocasiona la indicación de diálisis renal, en tanto se producen las condiciones para un futuro transplante renal [5]. Además, la consulta se vincula con las dificultades cotidianas que los padres tenían con las conductas de Sebastián [6].

---

1 Se trataba de una esclerosis focal y segmentaria que afectaba el 25 y 50% de los glomérulos respectivamente.

2 En la nefroesclerosis se observa envejecimiento de los glomérulos y fibrosis intersticial con una fibroplasia de la capa íntima de las arterias. Esta fibroplasia parece promover la nefroesclerosis, es decir, el reemplazo fibroso de las nefronas atrofiadas. La nefroesclerosis es atribuida a diversas causas: puede ser, en parte, consecuencia de la invasión fibroplásica de las arterias microscópicas causando una isquémia de las nefronas, pero puede ser también una confluencia de causas básicamente separadas (Tracy, Re; Ishii, T. *2000*). *"El pronóstico parece mas sombrío en los pacientes afectados de hialinosis segmentaria y focal que en los que padecen de esclerosis focal difusa. Después del trasplante renal puede observarse la recidiva de la enfermedad"* (Hamburger, J.; Crosnier, J.; Grünfeld, J.P.; 1982, página 984).

3 En el caso de Sebastián no pudo establecerse la etiopatogenia de su enfermedad.

4 El porcentaje de nefroesclerosis en niños es escaso, casi excepcional. Del 5 al 10% de los casos de esclerosis glomerular focal aparecen ya en el primer año de vida. (Hamburger, J.; Crosnier, J.; Grünfeld, J.P.; 1982, página 984).

5 El paciente fue transplantado un año después de haber iniciado su tratamiento psicoanalítico. El donante del riñón fue su padre. No hubo rechazo inmunitario y el postoperatorio transcurrió en condiciones óptimas y poco habituales, según la opinión del cirujano interviniente. Pocos meses después del transplante los padres interrumpen el tratamiento psicoanalítico, aludiendo tener serias dificultades económicas debido a los gastos que tuvieron que enfrentar por la enfermedad y la operación del hijo. Coincidentemente interrumpieron el contacto con el cirujano. En este trabajo no aludimos a los posibles significados de estos desenlaces. Aproximadamente un año después tuvimos información indirecta de que el niño progresaba favorablemente.

6 Sebastián comenzó su tratamiento psicoanalítico a razón de tres sesiones semanales, simultáneamente con un estudio patobiográfico. Los datos que transcribimos fueron obtenidos de las entrevistas a los padres. Los fragmentos de sesiones corresponden a sesiones del análisis realizado por uno de nosotros. Para la realización de este trabajo no pudimos acceder al material del estudio patobiográfico, sin embargo, habiendo estado

Los padres relatan que su crianza es muy dificultosa. Desde pequeño, fue inquieto, caprichoso, agresivo, poco obediente y con actitudes desafiantes. Cuando se siente disconforme, insulta, escupe y muerde. Es terco, “se tira al piso y no afloja hasta que no consigue lo que quiere. No transige con nada”. No admite el alejamiento o la ausencia de la madre y tiene con ella un vínculo posesivo. “Ya desde la cuna” se comportaba de ese modo, cuando se alejaba después de dormirlo, se despertaba llamándola “a los gritos”. Por sus dificultades para dormir comparte la cama matrimonial. No había logrado todavía el control de esfínteres. Rechaza relacionarse con el padre y la convivencia con sus hermanas es difícil. Su irritabilidad y su terquedad se intensificaron junto a los primeros síntomas de la enfermedad y su diagnóstico [7] [8]. Su ídolo es el personaje animado “Popeye” y pide comer espinaca para tener más fuerza [9] [10].

El padre tiene 42 años. En el momento en que diagnostican la enfermedad de Sebastián, cierra una empresa que heredó de su propio padre y que él no pudo continuar. En esta misma época vende un taller mecánico, que compró con la intención de desarrollar un proyecto independiente y que no logró hacerlo funcionar. Se describe como una persona desganada que, a partir de los fracasos laborales y las preocupaciones familiares, se fue aislando[11]. Dice que es temeroso y que en algunos aspectos se parece a su hijo, ansioso y disconforme.

---

presentes en la discusión de dicho estudio, sabemos que sus conclusiones influyeron en nosotros en la formulación de las interpretaciones que realizamos.

[7] Sus primeros síntomas fueron hinchazón en los testículos y en los ojos, dolores abdominales, diarreas y vómitos, estados febriles e hipertensión arterial, acompañado de somnolencia y desgano. Retenía liquido llegando a concentrar el equivalente de 4 kg., disminuyó considerablemente la emisión de orina de 300 a 200 gr. diarios. Los resultados de los análisis de laboratorio mostraban aumento de creatinina y de urea, disminución del calcio, pérdida de proteínas y aumento de los niveles de fósforo.

[8] Nació ochomesino, de parto por cesárea. Pesó 2.800 kg. Tuvo ictericia del recién nacido. No fue amamantado. Su desarrollo motriz fue adecuado así como la adquisición del lenguaje. En el momento de la consulta continuaba tomando mamadera.

[9] Sebastián tenía dos hermanas mayores de siete y cinco años respectivamente.

[10] El encomillado de algunas palabras en el texto, corresponden a la verbalización, durante las entrevistas, del relato del padre o la madre respectivamente. Cuándo se trata de una cita textual, además de las comillas, el texto se halla en cursiva.

[11] Su padre era comerciante y fue diabético. Su madre no trabajaba y de joven tuvo nefritis.

La madre tiene 40 años, es profesora de matemáticas. En la época que comienzan los primeros síntomas de Sebastián, se ve obligada a enfrentar un juicio con su único hermano por bienes heredados, que hasta ese momento disponían como un capital común sin discernir cuál era la parte que a cada uno le correspondía. De su familia recuerda que hubo muchos profesionales con "medalla de oro" y que sus abuelos paternos eran "poderosos". Se acuerda que reinaba un clima de competencia familiar que giraba alrededor del dinero. Piensa que su vida no tomó el rumbo que ella quería tanto en el aspecto familiar como en su desarrollo profesional. Dice que es recta, honesta, pero que le cuesta resignarse y muchas veces tiene enojos muy fuertes.

Las discusiones matrimoniales son frecuentes. La sexualidad de la pareja es insatisfactoria, atribuyendo las dificultades a la atención que Sebastián siempre requiere o a las complicaciones laborales.

La esclerosis y lo renal

Chiozza y colab. (1992e) escriben: "*La esclerosis es una de las formas de enfermar del tejido conjuntivo y, como tal, debe expresar un trastorno en la "capacidad de conformación", junto con la imposibilidad de hacer conciente un tipo particular de sentimiento de "disconformidad"(pág. 150). (...)"Este tipo particular de disconformidad, la "disconformidad esclerosa", es el sentimiento que, desestructurado, se presenta a la conciencia, privado de su significación afectiva, como esclerosis"(Pág. 147)*. Describen algunos rasgos de carácter del enfermo esclerótico. Se refieren a la rigidez y afirman que es un sujeto pertinaz[12], que se vale, inconcientemente, de la "irresponsabilidad paranoica". Afirman que el esclerótico es obstinado, terco y persistente, que demanda por el daño y el menoscabo que le origina la injusticia del mundo. Sostienen, además, que el significado general de la esclerosis se puede expresar en las distintas localizaciones de las enfermedades esclerosantes[13].

[12] Para la Real Academia Española (1992) "pertinaz" (Del lat. pertinax, -acis) significa "Obstinado, terco o muy tenaz en su dictamen o resolución pertinaz. Muy duradero o persistente".

[13] Dado que la nefroesclerosis afecta principalmente a los riñones, la interpretación del significado de la enfermedad compromete a un mosaico de fantasías que incluyen tanto las fantasías específicas renales como las de la esclerosis.

Los significados específicos vinculados a lo excretor y lo urinario pueden resumirse del siguiente modo: a) el riñón se arroga la representación de la fantasía general excretora por que es el que mas acabadamente cumple con la función de excreción. Se relaciona específicamente con el duelo primario[14]. b) El "funcionamiento" adecuado de lo renal parenquimatoso implica un estado de sazón, vinculado a la capacidad de concentración y dilución. La patología renal debe hallarse relacionada con la desestructuración patosomática de la clave de inervación del afecto desazón. c) el afecto específicamente relacionado con las vías urinarias es la ambición (Chiozza, L. y Grus, R.; 1992c).

El mosaico de fantasías esclerosas y renales

Chiozza, L. y colab (1992e) sostienen que las células del tejido conjuntivo participan de la clave de inervación del "estar conforme". En este sentido pensamos que tanto el "estar conforme" como la "disconformidad conciente" se pueden relacionar con el proceso de identificación y la identidad. En tanto la adquisición del "estar conforme" implica, siguiendo a los autores mencionados, una renuncia a los objetos ideales, es necesario la realización de un duelo.

Refiriéndonos (Chiozza, L.; Grus, R. ; 1992c, pág. 74) a este tema, postulamos que: *"...la actitud de desechar, renunciar, o abandonar, que forma parte del duelo primario implícito en toda identificación, constituye una fantasía específica de los sistemas excretores".* Siguiendo a Chiozza y col. (1992c), pensamos que cuando no se acepta la capacidad de conformación que cada uno posee, en comparación con una forma ideal, que no se duela, surge entonces el sentimiento de disconformidad. El sujeto se siente con derecho a desear otra forma (ideal)[15]. La imposibilidad de realizar el duelo primario por eso ideal inalcanzable se halla en la fuente de la incapacidad de conformarse y de la desazón consiguiente. Cuándo el displacer resulta insoportable, motiva tanto la represión del sentimiento

[14] Investigando en los trastornos hepáticos L. Chiozza (1963a), señala que el proceso de identificación concluye con un duelo, que denomina "primario", a través del cual se renuncia a la parte del objeto y del Yo que debe ser abandonada. Ese duelo conduce a que se depositen en el Yo las investiduras retiradas de otras posibilidades de crecimiento yoico. En otras palabras: su desenlace normal es narcisista y ocurre manifestándose en un particular crecimiento del yo.

[15] El deseo de Sebastián de ser Popeye expresa no solo su fantasía de constituirse en el ideal, sino además la intención de tener fuerza para no claudicar en su rigidez y en su terquedad, en otras palabras, para no aflojar en sus propósitos.

de disconformidad y del afecto desazón, como la represión de la necesidad del duelo primario. La desestructuración de la clave de inervación resultante aparece a la conciencia como una patología esclerosa y renal, la nefroesclerosis.

Fragmentos de dos sesiones

Sebastián se muestra malhumorado y pide la presencia de la madre en el consultorio, saca de su canasta impulsivamente todos los juguetes y los toca sin poder concentrar su atención en ninguno de ellos. Pide para ir al baño diciendo que quiere hacer pis y al volver desafía gritando a la analista de un modo semejante a como los padres contaron que se comporta con ellos. Le pide a la madre que le ayude a cortar papeles y como ella no los corta como él le había pedido, se enoja y la patea. Le exige salir del consultorio y frente a su negativa Sebastián retrocede, toma impulso y corre, golpeando su cuerpo contra la puerta en una actitud equiparable a la de las películas de acción.

En otra sesión, Sebastián se muestra desganado y se apoya en la madre, le pide que dibuje el contorno de su mano colocado sobre un papel y como no logra el resultado esperado, se pone furioso, arruga la hoja y la tira al piso. Pide a los gritos otro papel y quiere que la madre escriba su nombre con letras muy grandes. Aunque la madre satisface su pedido no se conforma sino que, por el contrario, disgustado, exige que ahora le dibuje el contorno a la mano de él. Luego quiere que la madre se levante de la silla porque quiere sentarse en su lugar. Toma algunos marcadores y los destapa con la boca, arrojando las tapitas – como si las escupiera – lejos.[16] Utiliza uno de los marcadores dramatizando que fuma. Quiere pintarle un brazo a la madre y como ella se niega, la muerde. Se queja diciendo que quiere ir a su casa argumentando que allí tiene “todos los juguetes y juguetitos”. Le pide que le acerque unos cubos y como ella le aproxima algunos, angustiado grita que le alcance “todos”.

Las fantasías específicas renales y esclerosas que constituyen el sustrato de la enfermedad del paciente se ponen de manifiesto a través de su comportamiento en las sesiones[17]. Expresa su ambición con acciones

[16] Consideramos que el arrojar las tapitas de los marcadores lejos, simboliza su ambición vinculada a la rivalidad fálica.

[17] Queremos destacar que en las sesiones de análisis Sebastián dibujaba figuras redondeadas, con forma de habas, con manchas en el interior, a quienes nominaba como per-

arrojadas, como cuando desafía a la analista o quiere abrir la puerta golpeándola con su cuerpo. Su dificultad para admitir límites y tolerar duelos se evidencia tanto en la negativa a permanecer en el consultorio o quedarse en las sesiones sin la madre, o como cuando le quiere pintar el brazo y como ella no quiere la muerde. El impedimento para discernir lo posible y realizar el duelo que ello implica, lo muestra en su pretensión de querer tenerlo todo y no poder elegir un juguete de su canasta para jugar. Su terquedad y su rigidez se revelan en los insistentes pedidos que le hace a la madre para que corte papeles como el quiere o que escriba su nombre con letras grandes. La disconformidad la expresa a través de su malhumor y el enojo que lo invade cuando sus demandas no son complacidas[18]. El sentimiento de desazón queda reflejado en su malestar cuando quiere ocupar el lugar de la madre u ocupar un lugar preferencial a su lado y no lo consigue. Su deseo de ser ayudado y la necesidad de lograr una identidad que lo conforme, se muestra en su enérgico pedido que le dibuje el contorno de su mano[19].

Sebastián y sus padres

Chiozza, L. y colab. (1975a, pág. 57) afirman que en las enfermedades infantiles, las fantasías inconcientes del niño funcionan como "un par complementario" con las fantasías inconcientes de los padres. Vale decir que, las fantasías inconcientes de Sebastián que lo llevaron a enfermar de nefroesclerosis, y las fantasías inconcientes de sus padres semejan ser "otra cara de una misma moneda" (Chiozza, L. Y colab; 1975a, pág. 57). La enfermedad de Sebastián[20] aparece en el momento en que ambos padres se encuentran enfrentados con la realización de duelos que

---

sonas u objetos. Interpretamos que dichos dibujos, por sus características simbolizaban sus riñones y la percepción inconciente del daño que sufrían.

[18] Sebastián atribuye a las personas que lo rodean las causas de su disconformidad, al modo de una "irresponsabilidad paranoica" típicamente esclerosa.

[19] Dada la brevedad de este trabajo centramos las interpretaciones del material de sesiones en los simbolismos que implican, organizados desde el punto de vista del mosaico de fantasías esclerosas-renales. Por la misma razón tampoco referimos en este escrito las interpretaciones de la relación transferencial-contratransferencial.

[20] No incluimos, con la finalidad de centrar nuestra interpretación en las fantasías específicas de la enfermedad de Sebastián, la interpretación de su conflicto edípico y el hecho de que en la familia era el único hijo varón y que sobre él recaían sus propias expectativas ideales así como también la de sus padres. Coincidentemente con el inicio de su enfermedad Sebastián había comenzado ese mismo año, por primera vez, el jardín de infantes, situación que lo exponía a tener que admitir limites y a compartir con sus iguales.

les resultan imposibles de realizar. El padre no puede admitir sus limitaciones personales tanto desde el punto de vista laboral como matrimonial. La herencia familiar la enfrenta a la madre con su único hermano, en un juicio que la obliga a discernir que le pertenece, cuando hasta ese momento sentía que “todo era suyo”, y cuyo resultado la condena a encontrarse con sus posibilidades “reales”.

BIBLIOGRAFÍA

CHIOZZA, Luis (1963*a*)
Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, (Comunicación preliminar), Artes Gráficas Luro, Buenos Aires, 1963.

CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1993*a* [1992])
“Psicoanálisis de los trastornos urinarios”, *La transformación del afecto en enfermedad*, *hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, (Segunda Edición) Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, pág. 65-108;

CHIOZZA, Luis (1995*a*)
Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995.

CHIOZZA, Luis (1998*b* [1993])
La transformación del afecto en enfermedad, *hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad* (Segunda Edición de *Los sentimientos ocultos en...*), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

HAMBURGER, J.; CROSNIER, J.; GRÜNFELD, J.P.; 1982 Edicones Toray, Barcelona, 1982

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1992)
Diccionario de la lengua española, Editorial Espasa Calpe, Madrid, 1994.

TRACY, RE; ISHII, T. (2000)
Nephrology Dialisis Transplant 2000, Sept. 15, (9): 1357-66.). Department of Pathology, Louisiana State University Medical Center, New Orleans, LA 70112, USA.

· *la rivalidad*», presentado en la Fundación Luis Chiozza,

'Metapsicología' en la obra de Chiozza», en Psicoanálisis
Tercera Edición), Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos

70])
ios hepáticos (Segunda Edición), Biblioteca del CWCM,

77 [1969])
d. Siruela, Barcelona, 2da edición, 1979 .

1908])
euróticos», en Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu
3-220.

ALGUNAS REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS ACERCA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD[1]

La psiquiatría describe como déficit de atención con hiperactividad a aquellos trastornos que se caracterizan por una persistente desatención acompañada de hiperactividad-impulsividad. (DSMIV, 2002)[2]
En esta clasificación están incluidos aquellos niños[3] que poseen una escasa tolerancia a la frustración, son irritables, imprudentes y tienen arrebatos emocionales. No pueden registrar detalles, cometen errores en las tareas escolares y les resulta difícil terminarlas, cambiando de una actividad a otra de manera descuidada. A menudo parecen tener la mente «en otro lugar», como si no escucharan o no oyeran lo que se les está diciendo. Evitan aquello que exige un esfuerzo mental sostenido para la concentración y no aceptan instrucciones ni órdenes, aunque sean capaces de comprenderlas.
Sin embargo es llamativo que estos mismos niños pueden prestar atención a estimulos irrelevantes y pueden interrumpir lo que están realizando, para atender ruidos o hechos que parecen triviales y que usualmente son ignorados por los demás. (Por ejemplo la sirena de un automóvil o una conversación lejana)

---

[1] El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una nomenclatura psiquiátrica establecida por la American Psychiatric Association. Esta clasificación fue introducida en 1987 en el DSMIV (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales). (2002)

[2] Es diagnosticado con cierta prevalencia en los países occidentales y coincide generalmente con las dificultades de adaptación escolar. Es más frecuente en varones que en mujeres. En las historias clínicas no se registran sucesos traumáticos como el de haber padecido maltrato, abandono o adopción durante la temprana infancia. No se hallan descriptas enfermedades físicas asociadas ni depende de afecciones mentales como la esquizofrenia u otras estados psicóticos. Habitualmente los niños reciben este diagnóstico, luego de varios años de padecer los síntomas, porque la conducta en menores de 4 ó 5 años, tiene características similares a la de los que padecen estel trastorno. En el inicio de la adolecencia, los síntomas como la actividad motora excesiva (correr, saltar, no permanecer sentado) a veces son reemplazados por el sentimiento de desazón. (DSMIV 2002)

[3] El trastorno de atención no es exclusivo de la infancia. En la vida adulta, la inquietud motora puede dar lugar a dificultades para participar en actividades sedentarias, así como a la tendencia a evitar ocupaciones que permitan pocas oportunidades para el movimiento espontáneo. (DSMIV 2002)

Son inquietos, suelen retorcerse en el asiento o saltar y correr en situaciones inadecuadas. Tienen dificultades para jugar y habitualmente están como si tuvieran un «motor en marcha», mueven aceleradamente sus pies o sus piernas y son verborragicos.[4]
Les cuesta aplazar respuestas y pueden hacer comentarios fuera de lugar e interrumpir o inmiscuirse en los asuntos de los demás. Suelen incurrir en actividades peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.[5]
Es habitual que estos comportamientos sean interpretados familiarmente o en ámbitos escolares, como de una negativa voluntaria por parte del niño a prestar atención y atribuyen estas dificultades a la pereza o al escaso sentimiento de responsabilidad.[6]
Es interesante destacar que estos trastornos pueden llegar a ser mínimos o nulos cuando el niño participa en actividades que le resultan especialmente interesantes o cuando está en un vínculo de relación individual o en alguna tarea que experimenta como muy gratificante.
Actualmente se estima que en Estados Unidos, entre cinco y seis millones de niños en edad escolar reciben metilfenidato.[7]
Se calcula que reciben esta droga entre el 8 y el 10 por ciento de todos los niños escolares

[4] Forma parte de la variada sintomatología del paciente rasgos como el autoritarismo, la testarudez, la insistencia excesiva para ser satisfechos en las peticiones y una marcada dificultad en la comunicación. La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo de cada niño. (DSMIV, 2002)

[5] Estos comportamientos se dan de manera semejante, en todos los contextos ambientales en los que participa el niño como el hogar, la escuela o en otras situaciones sociales.

[6] La creencia de que el niño puede dominar voluntariamente su comportamiento, intensifica la irritación y el resentimiento en las relaciones familiares. La consulta de orientación psicológica generalmente es motivada por las dificultades en la convivencia familiar cotidiana y la desadaptación social.

[7] El metilfenidato es un derivado anfetamínico cuya molécula produce efectos semejantes a la cocaína. Es administrado como estimulante del SNC porque parece aumentar la capacidad de atención, mejorar el estado de alerta y disminuir la respuesta a los estímulos no relacionados. Ritalin es el nombre comercial que tiene esta droga en nuestro país. (Goodman Gilman, Alfred et all, 1991)

y que en algunas localidades esa cifra llega al 20 por ciento (Goodman Gilman, Alfred et all, 1991). En nuestro país ocurre un fenómeno equivalente.[8] (La Nación, 2002)
El empleo de psicofármacos que modifican algunos rasgos de la conducta, influye para avalar en gran parte su utilización, pero este procedimiento deja de lado los efectos colaterales que le ocasiona al paciente y el hecho de que por su carácter represivo de los sintomas, puede intensificar algunos de ellos o desencadenar algun otro trastorno o enfermedad como expresión del conflicto latente no resuelto.[9] [10] (Chiozza, L. 1984 (1983a) (Chiozza, L.1992i).
De las historias clínicas se desprende que estos niños son criados en ambientes desorganizados, con una modalidad de funcionamiento caótico, en los que predomina un alto componente de ansiedad, con importantes expectativas en cuanto al rendimiento general y especialmente en relación al desarrollo intelectual. En este sentido un niño con déficit de atención, del mismo modo como cuando padece otra enfermedad, constituye siempre el emergente de conflictos inconcientes que involucran a toda la familia. (Chiozza, L; Aizenberg, S.O. (1999 -1992-)

[8] Según un informe de la Drug Enforcement Administration (DEA), en la última década el consumo de psicoestimulantes por parte de niños ha generado a la industria farmacéutica un beneficio de 450 millones de dólares por año. La ideología que sustenta esta modalidad se apoya en que a igual nomenclatura, igual patología, a igual síntoma, igual producto farmaceutico. Su efecto influye en los criterios de las obras sociales, las prepagas y los sistemas de seguros que establecen que los diagnósticos se hagan en función del DSM IV (2002) (La Nación, 2002)

[9] Son numerosos los efectos colaterales que puede ocasionar el metilfenidato; náuseas, anorexia, insomnio, mareos, constipación, ansiedad, temblores, cefalea, taquicardia, etc. La bibliografía farmacológica refiere que la droga no produce acostumbramiento, sin embargo existe desde otros campos de investigación, como el Comité de Defensa de los Derechos Humanos de Los Angeles, Estados Unidos la advertencia que el la droga puede provocar dependencia, de la misma manera que la cocaína. También se esta investigando algunas secuelas en el adulto debido al uso prolongado de este medicamento durante la infancia. (Goodman Gilman, Alfred et all, 1991)

[10] Chiozza, L. (1984 (1983() (1992i) señala que tanto la intervención farmacológica a través de la administración de drogas, como la psicoanalítica por medio de la interpretación verbal, pueden llegar a ser dañinas en la medida en que su empleo no considere las cualidades particulares de cada paciente. En este sentido sostiene por ejemplo, que en la medida en que un paciente intervenido quirúrgicamente de una úlcera estomacal no logra hacer conciente el significado específico inconciente de su enfermedad, puede hacer otra úlcera o padecer luego de una enfermedad más grave.

significa «Aplicar voluntariamente el entendimiento a un objeto espiritual o sensible. Tener en cuenta o en consideración alguna cosa». «Que tiene fija la atención en algo». (DRAE, 1956)

El déficit de atención, en sentido contrario al significado de la palabra atender, es una alteración parcial de la percepción voluntaria de los estimulos del medio.[12]

Para Freud (1950a 1895) el sistema percepción-conciencia recibe la información del mundo exterior e interior. El mecanismo de la atención es el que catectiza a uno u otro elemento de acuerdo a las vicisitudes que afectan el principio de placer displacer, evitando la emergencia de contenidos desagradables a la conciencia.

Chiozza (1995) sostiene que las capacidades como la atención, la reactivación de la memoria que configura al recuerdo, y la percepción funcionan entrelazados, ya que toda percepción lleva implícito un recuerdo y una atención selectiva que son casi siempre inconcientes. Destaca que las significancias, inseparables de los afectos originan el significado y que en ese sentido es posible afirmar que en todos los procesos cognitivos participan las emociones.

Consideramos que cuando el Yo se siente invadido por estímulos, que experimenta como provenientes de la realidad y que no logra integrar en un conjunto coherente de significados, sufre una tormenta afectiva de la que intenta defenderse, volcando su atención hacia el mundo interno para atemperar su ansiedad confusional. A través de este mecanismo regresivo trata de acceder a huellas mnémicas de anteriores experiencias de satisfacción, que implican a su vez el contacto con un saber proveniente de las huellas heredadas.Chiozza,L.(1995) destaca que existen diversos niveles de conciencia o inconciencia y junto con ellos diversos grados de apertura en la posibilidad de volver a pensar los pensamientos contenidos en las huellas de facilitaciones heredadas.

[11] En relación a la profunda crisis de valores que afecta nuestra época, Chiozza,L. (1982ª) destaca que no es de extrañar que nuestro mundo no sea coherente y ordenado. Aclara que estamos en el fin de una era y en el comienzo de otra, en la que coexisten mezclándose y oponiéndose entre sí, valores actuales y anacrónicos. En un trabajo acerca del significado de la pediculosis de la cabeza, los Dres. Bianconi, P y Bianconi S. (1993) señalan que dada la crisis de valores imperante en nuestra época, la enseñanza escolarbrinda conocimientos reiterativos y dogmáticos en los que predomina un cúmulo de información sin sentido, frente a la cual el educando siente que no puede discriminar el porque o el para qué de la información.

[12] En este trabajo no vamos a profundizar en los desarrollos de Chiozza, L (1995h) acerca de la percepción, la conciencia y los procesos de pensamiento.

Podemos decir entonces, que la falta de atención puede tomar la forma de una aparente enajenación[13] que aunque perturba el adecuado pensar y accionar, intenta por un lado, apartar de la conciencia aquello que es vivido como un estimulo abrumador y por otro ir al encuentro de «aquellos recuerdos» que permitan enriquecer, en un nuevo orden, el campo de la conciencia.

En este sentido, lo que desde un punto de vista puede ser considerado como una falta de atención, desde otro podemos comprenderlo como una atención activa, dirigida hacia otros aspectos o contenidos. Para Freud (1950 -1985), la sustracción de las investiduras de atención que consiste en el retiro de las catexis dirigidas a los objetos, representantes del mundo externo, sobrecatectiza las fantasías que forman parte del mundo interno.

De acuerdo a Chiozza (1984 -1970), cuando los proyectos o ideas superan la capacidad hepática para materializarlos, ésto es sentido como algo enloquecedor y destructivo. El autor destaca que el Yo emplea diferentes mecanismos de defensa y que la distracción puede ser un escape frente a lo que se vivencia como que no se puede.[14]

La habitual interpretación en el ámbito familiar o escolar, de que el déficit de atención proviene de una negativa voluntaria del niño para concentrarse, constituye una defensa que está al servicio de minimizar el conflicto y los afectos que éstos movilizan.

La palabra «concentrar» alude a «Reunir en un centro o en un punto lo que estaba separado». «Aumentar la proporción entre la materia disuelta y el líquido de una disolución».(DRAE, 1956).

La falta de concentración, propia de este trastorno, simbolizaría la dificultad para poder discriminar o congeniar estímulos cuyos contenidos se vivencian como diferentes o contradictorios.

En la investigación acerca de las fantasías específicas renales Chiozza,L. y Grus,R. (1998 -1992) señalan que un buen funcionamiento renal, que implica una adecuada relación entre la capacidad de dilución y la capacidad de concentración, puede ser equiparada a la mayor o menor dificultad de concentración o dilución en la realización de los propósitos. Destacan los autores que un duelo primario perturbado por alteraciones

[13] Según el DRAE (1956) algunos de los significados de la palabra enajenación es distracción, falta de atención, embelesamiento mental.

[14] Schejtman G. (1997) en su trabajo acerca del significado psicoanalítico de la distracción, plantea que es un mecanismo defensivo, que inhibe la acción y que se vincula con la atracción inconciente que generan los deseos insatisfechos. Destaca que la disociación que da lugar a la distracción se origina en una frustración actual.

en el modo de funcionar «excretorio» de la psique, dificulta abandonar aquellos ideales y proyectos que no se pueden materializar, provengan éstos de una exigencia «externa» o de un deseo «interno».
La ansiedad que caracteriza este trastorno, propia del niño y de su ambiente, se pone de manifiesto en el apuro por la obtención de logros, influido posiblemente por el temor a no poder concretarlos. La importancia que gira alrededor del rendimiento intelectual, tal vez corresponda al deseo de poder integrar por medio del pensamiento lógico, aquello que se experimenta como estimulos y afectos desordenados.
El hecho de que estos niños alcanzan un nivel de concentración mayor, cuando reciben «atención» individual, parece ser la respuesta a la necesidad de recibir una enseñanza acorde a sus posibilidades, así como también a su deseo de recibir conocimientos en los que predomine una adecuada proporción entre el significado de los mismos y su importancia afectiva. Es de observación clínica, la angustia que provoca en el niño encontrarse frente a situaciones en las que no puede diferenciar lo que es valioso, de lo que no lo es.
La posibilidad que tienen estos niños, de registrar estimulos irrelevantes, responde a la necesidad de encontrar signos o señales que les aporten un sentido coherente a sus percepciones.
La hiperactividad-impulsividad, expresada a traves de la hiperquinesia que deriva en conductas sociales desadaptadas, parecen ser intentos fallidos de atemperar la ansiedad proveniente de su estado confusional y la angustia que experimentan frente al sentimiento de insuficiencia para poder discernir y materializar los ideales familiares y los propios.

BIBLIOGRAFÍA

BENITEZ de BIANCONI , S. ; BIANCONI, P.G.
Una aproximación psicoanalítica a la pediculosis de la cabeza. CCMW, Buenos Aires,Mayo 1993.

CHIOZZA, L. (1970)
Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Edición del CIMP, Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. Buenos Aires, 1984.

CHIOZZA, L. (1983a)
Diseño para una investigación farmacológica psicosomática. Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, Edición del CIMP, Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. Buenos Aires, 1984.

CHIOZZA, L.
En busca del cuerpo perdido, participación en las jornadas de «Calidad de vida, política y salud» organizadas por la Fundación de la Bolsa de Comercio de Mar del Plata. Publicado en un libro, Discursos apasionados (Sergio Cecchetto, Fundación Bolsa de Comercio, Mar del Plata, Argentina) (1992i).

CHIOZZA, L y AIZENBERG, S.O. (1992)
Por qué se enferman los niños? Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Editorial Alianza, Madrid 1999.

CHIOZZA, L.
«El psicoanálisis y los procesos cognitivos», revista Quaderni di Psicoterapia Infantile, Edizioni Borla, Roma, Italia, 1995.

CHIOZZA, L.; GRUS, R. (1992)
Psicoanálisis de los trastornos urinarios. La transformación del afecto en enfermedad. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

DIARIO LA NACIÓN
Tesone J.E. y Kovadloff S. «*Cuando la psiquiatría se aleja del hombre*». Buenos Aires, 2002

DSM IV
Manual Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Editorial Masson, Barcelona,2002.

FREUD, S. (1950ª 1895)
Proyecto de psicología. Obras completas. TI Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1982.

GOODMAN GILMAN, ALFRED ET ALL.
Las bases farmacológicas de la terapéutica, 8a. edición, Panamericana, Argentina, 1991

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA
Diccionario de la Lengua Española. Editorial Espasa Calpe, Madrid 1956

SCHEJTMAN G.
«Algunas ideas sobre la distracción». Simposio 1997. Fundación Luis Chiozza.

Silvana O. de Aizenberg

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DEL RESENTIMIENTO Y EL REMORDIMIENTO

La palabra "resentimiento" deriva de "re", partícula que indica "movimiento hacia atrás, repetición, retorno a un estado anterior" y de "sentimiento", que proviene del latín *sentio*, que significa "sentir", "percibir por los sentidos" (Corominas,1961). "Resentirse" significa "tener sentimiento, pesar o enojo por alguna cosa" (DRAE, 1956).

Chiozza, L. y colab (1993g(1992)) señalan que el resentimiento y otras emociones como la cólera, la furia, la rabia, el enojo, el rencor, etc., integran un mismo grupo afectivo y comparten algunos signos físicos de una clave de inervación común, y otros diferentes, que le otorgan un matiz particular a su figura y a su significación. Destacan que el resentimiento se refiere primariamente a un sentimiento desagradable y, secundariamente, a un estado de rabia o enojo.

El sinónimo de resentimiento es "rencor", que significa "resentimiento arraigado y tenaz" (DRAE, 1956). Proviene del latín, *rancor* ("queja, querella, demanda") y alude a un "encono" que se ha conservado vivo y se ha re-concentrado a lo largo del tiempo. (Sainz de Robles, 1986) Tanto el rencor como el resentimiento nominan un estado afectivo que, por su carácter de repetición, tenacidad y arraigo, se torna a lo largo del tiempo inelaborable (Chiozza y colab.,1993g (1992)).

El resentimiento se instala como una compulsión a la repetición. El sujeto resentido vive de reminiscencias y recuerdos que vive en términos de injusticia. Frente a las frustraciones que experimenta como injurias narcisistas, se coloca en la condición de víctima ofendida, sintiéndose con derecho a reclamar y a atormentar al objeto.

Pasa de la condición de sentirse injuriado a la de injuriar, y construye una interpretación paranoide del mundo que puede llegar a ser delirante, a fin de sostener la posición de perjudicado y poder castigar al objeto como si fuera una venganza. En la medida en que permanece detenido en saldar lo que él considera un agravio padecido, mantiene disociados y reprimidos, defensivamente, otros afectos dolorosos, tratando de negar su participación en aquello que él siente que "lo resintió".

El término "remordimiento" significa "inquietud, pesar interno que queda después de ejecutada una mala acción" [1] (DRAE, 1956). Chiozza y colab. (1997d (1995)) destacan que la palabra "remordimiento" suele usarse como sinónimo del sentimiento de culpa. Citan a Freud, para quien el remordimiento es una representación oral del sentimiento de culpabilidad, que permanece como disposición inconciente y se descarga a través de fantasías complejas, que giran alrededor de los sentimientos de culpa-castigo-expiación, por un lado, y castigo-dolor, por el otro.

El remordimiento constituye una representación obsesiva y penosa, que se manifiesta como un sentimiento de "falta". El sujeto acumula "deudas" y se adjudica culpas que siente irreparables, constituyendo éstas una tortura y una forma de autocastigo. En el intento fallido de elaborar dichos sentimientos, se le impone un sufrimiento masoquista, por medio del cual trata de eludir su responsabilidad frente aquello que lo hace sentir culpable.

A partir de la interpretación de las enfermedades orgánicas, Garma (1954) relaciona el remordimiento y las úlceras gastroduodenales. Sostiene que por sus deseos agresivos orales, el ulceroso "se muerde" a si mismo, en una fijación oral digestiva [2]. Chiozza, L. (1963a) considera que esta fijación nos enfrenta con una melancolía "digestiva", en la que la acritud, el sarcasmo y el remordimiento, que configuran un "carácter ácido", forman la parte predominante de los autorreproches y quejas inconcientes [3].

En el resentimiento encontramos, ~~por un lado~~, aspectos característicos de la irresponsabilidad paranoica: el sujeto resentido refuerza las identificaciones proyectivas y alimenta su status de inocente-castigador-vengativo, en el intento de evitar sus propios sentimientos de insuficiencia y culpa. Por ~~el otro, también~~ configura una expresión de la extorsión melancólica: el sujeto se siente merecedor de autocastigos e intensifica su sentimiento de insuficiencia, para evitar hacerse cargo del desarrollo de afectos agresivos y su

El remordimiento

1. El verbo "remorder" alude en su primera acepción a "morder reiteradamente" y en su segunda acepción a "inquietar, alterar o desasosegar interiormente una cosa; punzar un escrúpulo" (DRAE, 1956).
2. Garma (1954) sostiene que el paciente ulceroso tiene una estrecha dependencia amorosa con una persona que lo frustra en sus deseos genitales actuales y que esta frustración suele ir unida a una gran exigencia en el campo profesional. Estos fracasos son los que condicionan la regresión libidinal a la fase oral-digestiva, caracterizada por la fijación a la imago de una madre interna mala que remuerde (vuelve a morder) y corroe desde adentro.
3. Freud (1940b (1938) afirma que el Complejo de Edipo es una de las principales fuentes del remordimiento que atormenta con frecuencia.

responsabilidad frente a ellos [4]. La acusación melancólica que el sujeto descarga sobre sí mismo, es una disociación de cualidad omnipotente para mantener reprimido el "verdadero" sentimiento de impotencia o incapacidad.

Aquello que en el resentido se expresa como agresión y venganza, en el "remordido" se experimenta como sentimiento de culpa y autocastigo. Cuando la agresión recae sobre el objeto -de quien se espera que provengan las soluciones- toma la forma del resentimiento. Cuando los sentimientos de culpa se dirigen al propio Yo y éste confunde su sufrimiento con un acto que lo absuelve de toda responsabilidad, se configura el remordimiento.

Así, por ejemplo, frente a la muerte de un ser significativo, el sujeto puede experimentar resentimiento porque el objeto se lleva partes del Yo, o bien remordimientos porque se siente culpable de esa pérdida. Ambos estados afectivos obstaculizan el proceso de duelo e integración [5]. También es habitual que uno u otro predomine como rasgo de carácter, y que se presenten en forma alternada en una misma persona.

Recordemos que para Freud (1915), el verdadero motivo de la represión es evitar el desarrollo de un afecto, cuya presencia en la conciencia equivale a un sentimiento de carácter penoso. Dicho afecto puede ser sustituido por otro, más tolerable, que permite mantener la represión.

En este sentido pensamos que el resentimiento y el remordimiento son afectos que están relacionados, que pueden sustituirse o encubrirse mutuamente, e influir uno sobre el otro. Cuando el resentimiento resulta intolerable, la represión permitiría la aparición del remordimiento y viceversa. Sostener el resentimiento y proyectar en el objeto al culpable, es un intento de evadir el "sentirse malo", pero, al mismo tiempo, esta defensa puede aumentar los sentimientos de culpa y expresarse entonces como remordimiento [6].

4. Freud (1921c) sostiene que en la manía el sujeto se siente libre de reproche. Confunde su Yo con el Ideal del Yo. Las conductas maníacas constituyen mecanismos evasivos al modo de una prestidigitación maníaca en la que el sujeto intenta sostener el argumento de que "nada grave ha pasado" (Chiozza L., 2003).
5. Areu Crespo (2003) refiriéndose al sujeto resentido destaca que éste sufre un malhumor que le impide disfrutar de las satisfacciones posibles, y que todo aquello que amenace con quitarle su resentimiento lo puede sentir como un empobrecimiento intolerable.
6. Chiozza, L. y colab. ((1997d) (1995) señalan que el vocablo "remordimiento" se utiliza especialmente para destacar el tormento de los escrúpulos que vuelven una y otra vez. Los escrúpulos que remuerden semejarían a las piedras no desmenuzables metidas entre las "muelas del molino". El remordimiento de los escrúpulos se transforma en un martirio, en una tortura erotizada que no logra demoler la culpa, antes bien la incrementa.

En la tarea psicoanalítica, cuando la relación transferencial contratransferencial se desarrolla en un nivel complementario, ambos integrantes pueden asumir alternadamente el rol del resentido que demanda o del "remordido" que se siente "en falta". Cuando, por ejemplo, el paciente se manifiesta resentido, oculta y muestra al mismo tiempo, una forma de la irresponsabilidad paranoica que lo defiende de sentir remordimientos. Cuando sostiene su inocencia, bajo la forma del remordimiento, encubre y expresa, melancólicamente, su resentimiento y su reclamo al analista.

Como sucede con cualquier otro afecto, cuando el resentimiento y el remordimiento no son tolerados en la conciencia, pueden desestructurarse en su clave de inervación y dar lugar a enfermedades somáticas como un desarrollo equivalente [7].

Pensamos que tanto el resentimiento como el remordimiento son manifestaciones afectivas que aluden a un referente común. Chiozza L. y colab (1997d (1995)), al investigar el significado inconciente de las enfermedades dentarias, vinculan el remordimiento con la voracidad y sostienen que éste es el par complementario pasivo de la voracidad activa: el sentimiento que corresponde a la voracidad vuelta hacia la propia persona [8]. Destacan que cuando la acción de morder, incorporar, devorar un objeto fracasa, un objeto interno asume el papel activo: muerde y remuerde "desde adentro".

Corniglio H. y Chiozza, G. (1996) consideran que el paciente ulceroso sería alguien que "se muerde" en la intimidad de su estómago, desatando allí, a través de unos "remordimientos", la agresividad que debiera haber tramitado en otros niveles [9] [10]. La necesidad de volver una y otra

7. De acuerdo con la investigación acerca de los significados inconcientes específicos de las enfermedades dentarias (Chiozza, L. y colab (1997d) (1995)), los dientes se arrogarían la representación del afecto remordimiento.

8. Chiozza, L. y colab.(1997d(1995) aclaran que el "arrepentimiento oral", que proviene de haber incorporado al objeto vorazmente, promueve la vivencia de un objeto que, desde adentro, "muerde" y "remuerde" en el diente, por ser éste el arma agresora.

9. Corniglio, H.J. y Chiozza, G.L. (1996) describen que el remordimiento expresa la agresividad que el ulceroso debiera haber tramitado en otros niveles, como en el morder con los dientes los alimentos sólidos, especialmente la carne y en la implementación de acciones que le procuren el logro genital.

10. Corniglio, H.J. y Chiozza, G.L. (1996) consideran que el funcionamiento coordinado del estómago y los dientes permite postular una fuente de una meta pulsional gastrodentaria que permitiría allanar las diferencias acerca de la zona erógena a la que se adscriben los remordimientos. Para Chiozza, L. lo específico del remordimiento es lo dentario y sostiene que la mordedura gástrica se realiza a partir de una erotización dentaria del órgano estómago, ya

vez mortificándose a sí mismo o mortificando al objeto, configura una erotización del afecto, por medio del cual el sujeto intenta eludir la vivencia de impotencia y el sentimiento de responsabilidad [11] [12]. En este sentido, tanto acusar al objeto, culpabilizándolo, como acusarse a sí mismo, culpabilizándose, constituyen mecanismos defensivos.

Chiozza, L (2003) afirma que "echar la culpa" -que alude a la culpa que se "echa" fuera del ámbito que denominamos "yo"- es una maniobra que incrementa, en un círculo vicioso de retroalimentación positiva, los sentimientos de culpa que se procura negar.

El autor destaca que existen dos modos ubicuos como rasgos del carácter: el reproche, que se ejerce "de arriba hacia abajo", desde la identificación con un superyó cruel, y la queja, que se ejerce de "abajo hacia arriba", desde la identificación con un yo que reclama misericordia y justicia. .Agrega que ambos estilos involucran a un partícipe complementario, que se hace "cómplice" en virtud de conflictos similares.

Podríamos pensar que el resentimiento forma parte del primer modo, en tanto implica un reclamo al objeto que se considera agresor, mientras que el remordimiento sería inherente al segundo, en tanto posee la cualidad del autorreproche. Cuanto más intensos y sostenidos son el resentimiento y el remordimiento, más se incrementa la persecución y el sentimiento de culpa, y mayor es la dificultad para realizar los duelos, que implican asumir una responsabilidad adecuada frente a los propios sentimientos de insuficiencia.

El sentimiento de insuficiencia que tanto el remordimiento como el resentimiento intentan evitar, parece corresponder a la insuficiencia para incorporar adecuadamente al objeto, para su identificación . En este sentido, Chiozza y colab (1997d) (1995)) sostienen que el remordimiento alude, en sentido estricto, a una forma particular de culpa vinculada a una falla en el proceso de incorporación del objeto. Surge como el desenlace de un duelo que no se puede realizar, por los aspectos no logrados de la

que el ácido no procede como un diente. (Interpretación personal de la participación del Dr. L. Chiozza al trabajo del Lic. Corniglio, H.J. y del Dr. Chiozza, G.L.: "El estómago, el ácido y la agresión").

11. "Mortificar" significa "privar de vitalidad alguna parte del cuerpo. Domar las pasiones castigando el cuerpo y refrenando la voluntad" (DRAE, 1956).

12. Para Chiozza y colab. (1993g(1992)) la ira, la cólera y la furia se corresponderían con una mayor fortaleza yoica, mientras que la rabia, el enojo y el resentimiento, parecen más compatibles con un sentimiento de debilidad o impotencia yoica.

identificación. Este conflicto, de acuerdo con los autores, está presente en la vinculación del remordimiento con la voracidad, dirigida a morder y devorar a un objeto "externo", para su incorporación [13].

En tanto son estados anímicos que implican una fijación afectiva, tanto el resentimiento como el remordimiento podrían tener en común la intención de conservar al objeto "interno o externo" para dominarlo, controlarlo o castigarlo, materializando de esta manera sus objetivos.

13. Chiozza, L. (1963) afirma que el equivalente del proceso de asimilación de la comida lo encontramos en la incorporación del objeto y la identificación.

BIBLIOGRAFÍA

AREU CRESPO, M.Z. (2003)
"El resentimiento". Simposio 2003, Fundación Luis Chiozza, Bs As, Enero de 2003.

CHIOZZA, L. (1963b)
"Cuando la envidia es esperanza. (Historia de los primeros tres años de un tratamiento psicoanalitico)". En Psicoanálisis de los trastornos hepáticos (Segunda Edición). Biblioteca del CWCM, CIMP, Buenos Aires, 1984.

CHIOZZA, L.; GRINSPON, S.; LANFRI, E. (1991f(1990))
"Una aproximación a las fantasías inconcientes específicas de la Psoriasis Vulgar", en Los afectos ocultos en... Alianza, Editorial, Buenos Aires, 1997.

CHIOZZA, L.; BARBERO,L; CASALI L.; SALZMAN, R. (1993g(1992)
"Una introducción al estudio de las claves de inervación de los afectos", en Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad. Alianza Editorial, Buenos Aires 1993

CHIOZZA, L.; BARBERO, L; BOARI, D. (1997d (1995))
"Significados inconcientes específicos de enfermedades dentarias", en Del afecto a la afección, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.

CHIOZZA, L (2003)
"El valor afectivo". Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, Diciembre 2003.

CORNIGLIO H.J. y CHIOZZA, G.L.(1996)
"El Estómago, el ácido y la agresión". Centro de Consulta Médica Weizsaecker. Buenos Aires, Agosto 1996

COROMINAS, J. (1961)
Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. Ed. Gredos. Madrid. 1961.

FREUD, S. (1915d)
"La represión". Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976

FREUD, S. (1940b(1938))
"Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis". Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1976

FREUD, S. (1921c)
"Psicología de las masas y análisis del yo". Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1976.

GARMA, A. (1954)
Génsis psicosomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, Editorial Nova, Buenos Aires. 1954

KANCYPER, L. (1991)
Resentimiento y remordimiento. Estudio psicoanalítico. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1991

KLEIN, M. (1969)
"El sentimiento de soledad", en Las emociones básicas del hombre.. Hormé, Buenos Aires 1969

RACKER, H. (1960)
Estudios sobre técnica psicoanalítica. Editorial Paidós, Buenos Aires 1960.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1956)
Diccionario de la Lengua Española, Editorial Espasa Calpe, S.A., Madrid 1956

SAINZ DE ROBLES, F. (1986)
Diccionario Español de Sinónimos y Antónimos, Ed. Aguilar, Madrid 1986

Silvana Aizenberg
Liliana Casali

REFLEXIONES ACERCA DEL AUTISMO INFANTIL

"Una vez admitida la íntima trabazón anímica implícita en el espíritu de una comunidad, se comprende que los cambios evolutivos (o involutivos) del espíritu de un ecosistema influyan en el desarrollo y en la generación de la forma (morfogénesis) de sus integrantes" (Chiozza, L, pag 33).

El término "autismo" (de "autos", "por sí mismo", opuesto a "otro") fue creado por Bleuler, quien sustituye la noción de *Dementia praecox* que Kraepelin había definido como una evolución progresiva hacia un estado terminal de empobrecimiento intelectual, por la de psicosis esquizofrénicas (de *skhizein*, separar, escindir y *phren*, alma, mente[1]). Más allá de su particular forma clínica[2], todas tenían un mecanismo psicopatológico predominante, la escisión, que da su nombre al grupo, así como síntomas fundamentales especialmente el autismo.

Bleuler consideraba que el autismo se caracteriza por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, llegando a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior, y por la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás. Escribió en 1911: "La vida interior adquiere una predominancia morbosa (...) El autismo expresa el lado positivo de lo que Janet nombra negativamente pérdida del sentido de la realidad, (aunque) el sentido de la realidad no está totalmente ausente en el esquizofrénico. Sólo le falta para ciertas cosas que están en contradicción con sus complejos".

Para los psiquiatras de la época el autismo estaba relacionado con la patología mental del adolescente y el adulto joven. La psiquiatría infantil, aún balbuceante, se limitaba a aplicar al niño algunas concepciones surgidas de la patología mental del adulto, o al

[1] etimologías de Chile
[2] Hebefrenia, catatonía, esquizofrenia paranoide

diagnóstico de estados de retraso del desarrollo intelectual (oligofrenias).

A fines de la Segunda Guerra Mundial aparecieron dos contribuciones importantes, que los autores denominaron autismo, aunque sus concepciones eran bastante alejadas una de la otra. En 1943 Kanner describió, a partir de la observación de once casos de niños pequeños, varones, un cuadro clínico que aparecía precozmente desde el primer año de vida, con una sintomatología marcada por el aislamiento, la adicción a las rutinas, la soledad y un retraso importante o una ausencia de la adquisición del lenguaje verbal ("autismo infantil precoz").

Aunque se conoció años más tarde, Asperger[3] publicó en 1944 un trabajo en el que describía como "autismo" un cuadro clínico que se presentaba en niños de mayor edad, a los que no les gustaba la rutina y podían sufrir un episodio psicótico en la adolescencia, pero no presentaban un retraso significativo ni del desarrollo cognitivo ni de la adquisición del lenguaje, y podían tener rendimientos elevados en algún área particular[4] [5].

Con el pensamiento freudiano aparece una comprensión profunda del alma infantil y en 1930, antes de las publicaciones mencionadas, M Klein, que comprendía las oligofrenias infantiles como un desenlace de ansiedades psicóticas, describió el tratamiento de Dick, un niño de cuatro años que no hablaba ni jugaba, se mantenía aislado, sin contacto afectivo con el medio y solo se interesaba por las puertas, las cerraduras y los trenes. Lo incluyó dentro de las esquizofrenias

[3] Debido a que Austria estaba todavía sometida al régimen nazi.

[4] Asperger describió este síndrome cuando el régimen nazi imponía la eutanasia activa de los enfermos afectados por padecimientos que los teóricos de la higiene racial juzgaban hereditarios e incurables, como la esquizofrenia y los retrasos mentales. Preconizó una actitud protectora frente a estas personas que manifestaban en ocasiones dotes sorprendentes en diversos terrenos intelectuales, lo que mostraba que no se trataba de simples "retrasados mentales". El síndrome de Asperger ha suscitado, además de numerosas publicaciones médicas, un gran número de obras literarias y cinematográficas inspiradas en personas que lo sufrieron.

[5] **"**El autismo. Historia y clasificaciones". Jean Garrabé de Lara (2012) Miembro del Comité Internacional de Salud Mental

infantiles, y de allí en más se abrió un amplio campo para el tratamiento de las psicosis en la infancia[6].

A partir de las publicaciones de Kanner y de Asperger, las investigaciones, observaciones y estudios concernientes al fenómeno autista se fueron multiplicando y en los últimos tiempos la nosología psiquiátrica se ha vuelto confusa. Actualmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales (DSM5[7]) describe Trastornos del espectro autista (TEA), que se clasifican según el tipo de autismo: autismo, sindrome de Asperger, y otros como el trastorno generalizado del desarrollo (TGD) no especificado de otra manera (PDD-NOS[8]), y según la intensidad: autismo grado 1 (más grave) o grado 3 (más leve)[9] [10]

Hasta hace tres décadas hablar de autismo fuera de los consultorios médicos era casi una rareza. Hoy el panorama ha cambiado. De acuerdo con datos estadísticos de la OMS en septiembre de 2019, uno de cada 160 niños tiene un trastorno del espectro autista. La incidencia mayor es en EEUU, con cifras aproximadas de uno en 60,

[6] Junto con la esquizofrenia y el autismo, en la década del cincuenta Margaret Malher define la psicosis simbiótica y quedan entonces delineados los tres cuadros de las psicosis infanto juveniles (Cecchi V y otros, 2005)

[7] Despues de la 2da guerra mundial se confió a la OMS la revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Se incluyó entonces un capítulo específico para los trastornos mentales y el inglés reemplazó como lengua científica psiquiátrica al francés y al alemán. Con el DSM la American Psychiatric Association pasó a tener preeminencia (Garrabé de Lara, 2012)

[8] La nomenclatura PDD/NOS (Pervasive Developement Disorder) corresponde a la variedad de síntomas que presenta, y evidencia la confusión y también el desacuerdo de los profesionales en cuanto a las clasificaciones y los diagnósticos. “Pervasive” es penetrante, que lo impregna todo. Algunos incluyen también el Sindrome de Rett y Trastorno desintegrado infantil o sindrome de Heller

[9] Consideran que a diferencia del autismo, que se presenta como un cuadro con características típicas, los TEA comparten algunas de ellas con diferente intensidad, presentan síntomas variados, y abarcan desde personas con muy altos niveles de capacidad (dotadas, *gifted*) hasta personas que tienen muchas dificultades. Los TEA aparecen en la infancia y tienden a persistir en la adolescencia y la edad adulta. En la mayoría de los casos se manifiestan en los primeros 5 años de vida y predominan en los varones en un rango de 4 a 1.

[10] Ver nota 6

lo que implica un 30% de aumento en apenas tres años[11], y según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años la prevalencia mundial de este trastorno parece estar aumentando (Waisburg, C., 2016[12]).

Algunos autores lo consideran una epidemia. Por ejemplo, Thomas M. (citada por Cabrera, 2020), psicoanalista lacaniana, utiliza el neologismo "autismoepidemia" y piensa el autismo como un síntoma de la época: así "como en tiempos freudianos las histéricas con su discurso cuestionaban un saber establecido, hoy lo hacen los sujetos autistas"[13].

Sabemos que el paciente "denuncia" con sus síntomas una enfermedad del grupo familiar y también del grupo social (Chiozza L, 2016). La experiencia muestra que aunque los padres de los niños psicóticos tienen funcionamientos psicóticos o perversos, no suelen tener síntomas evidentes socialmente: son aparentemente sanos, realizan actividades, parecen cuidar normalmente a sus hijos. Algo que resulta enloquecedor pues no hay un otro significativo que corrobore lo que el niño siente y percibe, quedando entonces, finalmente, "atrapado sin salida" (Cecchi y otros, 2005). Pensamos que suele tratarse de alteraciones de los padres que pasan "desapercibidas" en un entorno en el que son habituales, "normales", como sucede, por ejemplo, con una conducta inmoral en una sociedad en la que "reina" la inmoralidad.

---

[11] Los autores se dividen entre los que consideran que un factor importante para este incremento es una mayor concientización, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación, y los autores que lo consideran como manifestación de una epidemia.Tal es el grado de avance de los TEA, que en las últimas dos décadas se incrementaron en un 700%. Las estadísticas sobre TGD y autismo en la Argentina no son claras ni están actualizadas, aunque la mayor parte de los especialistas consideran que la incidencia local es similar a la de los Estados Unidos (Waisburg, C).

[12] Neurólogo infantil, Jefe de Neurología infantil de la Fundación Favaloro y jefe de neurología infantil del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO).

[13] La autora expresa que "Por aquel entonces la histeria impuso al cuerpo psiquiátrico un cuerpo sexual, erotizado. En la actualidad, según la autora francesa el autismo viene a cuestionar un saber establecido sobre el lenguaje, más concretamente a las teorías de la comunicación que proponen a éste como una simple herramienta de comunicación. El lenguaje no está hecho para la comunicación sino que –considera- más precisamente el lenguaje crea al sujeto" (citada por Cabrera, 2020)

Bateson (1976) considera que cuando un niño está envuelto en un vínculo con la madre y/o el padre en el que predominan los mensajes contradictorios[14], cuando siente que no puede juzgar acertadamente lo que las personas quieren decir, o le preocupa lo que están diciendo, o cuando necesita desmentir lo que percibe y siente, suele defenderse eligiendo varias alternativas, y una de ellas puede ser tratar de ignorarlas.

"Entonces le resultará necesario ver y oir menos cada vez de lo que acontece alrededor de él y hacer todo lo posible para evitar suscitar respuestas en su ambiente. Tratará de retirar su interés del mundo externo y concentrarlo en sus propios procesos internos y, por consiguiente, dará la apariencia de ser una persona aislada, quizás muda".

En una situación sin salida puede ser mejor "hacer desaparecer el mundo" (alucinación negativa), convertirse en alguna otra persona o desplazarse e insistir en que uno se encuentra en alguna otra parte, de modo que no pueden actuar sobre él porque no es él o no está. Su mutismo o su ecolalia o los sonidos guturales e incomprensibles, "hacen visible" la extrema incomunicación en la que se siente viviendo. Confundido, tal vez siente que no puede o no debe decir y renuncia a hablar.

Con su desconexión y aislamiento el niño autista parece "denunciar" o comunicar, casi "de modo teatral"[15], la desconexión habitual que percibe en los padres. Cuando parece que no mira y no escucha, revela de ese modo que no se siente mirado ni escuchado en lo que siente y necesita. Adopta una modalidad de la desconexión que también afecta a sus padres quienes, aunque a veces logran realizar desarrollos en algún sector de sus vidas, por ejemplo laboral, suelen "no darse cuenta" o "pasar por encima" de sus propios sentimientos y de los sentimientos del otro.

---

[14] Bateson (1976) denomina"doble vínculo" cuando principalmente la madre y también el padre o los hermanos expresan dos órdenes de mensajes y uno niega el otro

[15] Expresión del Dr Chiozza L, conversando sobre el autismo

Un niño con esta enfermedad se comporta de un modo “raro”. Muchas veces sonríe y parece estar en otro mundo. Entre otros rasgos, se interesa mucho y puede estar largo tiempo con un objeto determinado, mientra que suele ignorar a las personas y tratarlas como si fueran cosas. Por ejemplo cuando se apoya y se “pega” a alguien como si fuera una pared, o cuando le agarra la mano y la lleva para hacer algo que él quiere. Parece entonces “hacerle sentir” al otro su sensación de ser un “objeto de uso”, alguien que tiene que satisfacer las necesidades del otro, casi como si no tuviera sensibilidad ni deseos propios.

Como dijimos, hoy sabemos que la enfermedad de una persona, una familia o una sociedad son distinto puntos de vista acerca de un mismo drama afectivo. Coincidimos con los autores que piensan que el autismo está aumentando y expresa un signo o una espiritupatia de la época. Como mencionamos antes, de un modo “casi teatral” el niño autista comunica la desconexión, la falta de contacto y comunicación que, con distintas intensidades y variantes caracterizan –como han señalado distintos autores- muchos vínculos en la actualidad.

No parece casual que el autismo infantil, una forma de esquizofrenia, esté aumentando en medio de la crisis que, como civilización estamos atravesando. Una crisis del pensamiento racional, una mutación de la conciencia que se presenta, como señala Chiozza L[16] junto con otros autores, como una pandemia de locura que afecta al mundo global. Las conductas disociadas, contradictorias, delirantes, la confusión, la negación de la percepción de la diferencia básica entre un hombre y una mujer, la utilización del otro para los propios fines, la soledad y el aislamiento…son apenas una mención de una larga lista.

Se trata de una crisis en la que se entremezclan enfermedad y cambios cuyos desenlaces no podemos entrever, y que llega hasta la infancia. En una novela de ciencia ficción, *El fin de la infancia*, Arthur Clarke (1953)relata la transformación de los niños educados misteriosamente por los Superseñores, una civilización extraterrestre superior a la humana*,* que los llevará a vivir en otro planeta. Una

[16] “Las dos pandemias”, Chiozza L, publicado en Instagram, 2020

metáfora acerca de algo que, como sucede con la máquina de los Krell, existe[17].

BIBLIOGRAFIA

Bateson , G (1976) *Pasos hacia una ecologia de la mente*. Ed Carlos Lolhe. Bs As. 1976

Cecchi, V y otros (2005) *Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles*. Grupo Editorial Lumen. Bas As 2005

Chiozza, L (2020) *La peste en la colmena. Utopias y distopias en la red*. Libros del Zorzal. Bs As 2020

Chiozza, L (2016) *La enfermedad. De un órgano, de una persona, de una familia y de un pueblo,* Editorial Paidós en coedición con Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2016.

Clarke, Arthur *(1953) El fin de la infancia*. PDF

Kein M (1930) "La importancia de la formación de símbolos en la formación del yo" en *Contribuciones al Psicoanálisis*. Ed Hormé. Bs As. 1964

Referencias bibliográficas

Aizenberg S (1997) "Una aproximación a la comprensión psicoanalítica del autismo infantil". Presentado en la Fundación Chiozza. 1997

Aizenberg S y Casali L (2019) "Acerca del autismo infantil". Fundación Chiozza .Simposio 2019

Cabrera, C (2020) "Autismo y psicoanálisis" Monografia. Facultad de Psicología Uruguay

Etimologias de chile.net

Garrabé de Lara, J (2012), en https// El autismo. Historia y clasificaciones. Jean Garrabé de Lara

[17] Idea de Dr Chiozza L. y referencia al libro *La peste en la colmena*

Thomas Marie-Claude *El autismo y las lenguas*, citada **por** Cabrera C (2020)

https//who.int> trastornos del espectro autista Datos y cifras

Waisburg C (2016), en https//favaloro.edu.ar. Trastornos del espectro autista https//cdc.gov>ncbddd>spanish>autismo>Facuss

Ciclos de Cine y Psicoanálisis

Fundación Luis Chiozza

21-5-93

CICLO IMAGEN E IDEA - LOS SIMPSON

Cada uno de los episodios proyectados, aborda a partir de una temática familiar, diferentes situaciones complejas y ricas en significación.

Antes de referirme a cada uno en particular, quiero comentar algunas reflexiones generales.

Los Simpson es un dibujo animado de carácter realista. Intenta reflejar el estilo de vida de una familia norteamericana de clase media baja. Fue realizado con recursos filmográficos semejantes, a los que se utilizan para la realización de una película con actores. El cambio de la luz o de los primeros planos, asi como los argumentos y el nivel del lenguaje verbal que emplean, no pertenecen al esquema de los dibujos animados tradicionales.

En el hogar de los Simpsons, Homero, se conduce como es poco esperable que lo haga un papá. La televisión, la comida o su gusto por el base-ball, le despiertan un interés mayor que el trabajo, su mujer o los hijos. Su estilo de vida, se caracteriza por tratar de lograr lo que desea con el menor esfuerzo posible. No tolera dificultades. Se pone frenético cuando tiene problemas y sin reparos les da consejos poco morales a sus hijos. Cumple ordenes y es reprendido por su mujer, como si fuera un hijo mas.

March, la mama , dirige y ordena la casa y a sus integrantes. No pone en duda la utilidad de su función, ni el valor de sus opiniones. Su dedicación familiar es exclusiva, se siente necesaria y se comporta como si ella fuera el pedestal familiar.

Bart es el mayor y el mas problemático de los hijos. Tiene un bajo rendimiento escolar, es irrespetuoso, desobediente y transgresor. Aparentemente no se preocupa por lo que le pasa, ni siente remordimientos por lo que hace. Tiene una actitud parecida a la de su pa-

dre, cuando evita las responsabilidades y no se quiere esforzar. Se comporta como si sintiera que no tiene importancia aprender. Busca satisfacer sus deseos, aunque esto le represente, muchas veces, convertirse en un niño diferente a los demás o lo enfrente con dificultades escolares.

Liza, es la niña modelo de la familia: estudiosa y romántica. Despliega una conducta de superioridad y no disimula su desprecio por la dificultades que tienen su hermano y su padre. Generalmente se aisla, se queda sola e incomunicada y con su actitud melancólica trata de obtener reconocimiento y atención.

Maggi, la pequeñita, mira, piensa y chupetea sin cesar. Enfundada en su pañal parece ser un simbolo de la regresión familiar.

Es conocida la objeción, de que esta serie puede representar un ejemplo negativo y que particularmente el personaje de Bart, puede constituirse en un estimulo o un modelo peligroso para la juventud. Sin embargo, desde otra perspectiva, también podemos considerarla como una expresión de las dificultades y los conflictos, por los que esta atravesando la familia y la sociedad actual mundial y no solo la norteamericana.

La problemática central que se desarrolla en esta serie, es que los niños de hoy en día, se enfrentan con la difícil tarea de crecer en un mundo en el que predomina la confusión y la crisis de valores. La actitud responsable dejo de ser una virtud y la honestidad, a veces, es interpretada como tontería.

Los padres tienen dificultades para asumirse como modelos adecuados de identificación. La familia se constituye bajo una particular organización, cuya tendencia es la distribución igualitaria de las tareas del hombre y de la mujer. La indiscriminación de las funciones maternas y paternas produjo una cambio en la vida familiar que se

manifiesta, cada vez mas, por la ausencia de la función paterna y la asunción de dicha función por parte de la mujer.

Sabemos, por la teoría psicoanalítica, que para que un niño pueda crecer bien, necesita incorporar las imágenes de los padres, es decir identificarse con ellos y satisfacer, por identificación proyectiva su bisexualidad . Desde muy pequeños la presencia de los padres, el carácter de ellos, el modo de relacionarse entre si y con los hijos, constituye el modelo fundante para el desarrollo de su identidad.

Todo niño necesita, en el camino de su crecimiento y de su desarrollo afectivo, de un padre para poder desprenderse de la madre y esto implica encontrar una identificación masculina, imprescindible tanto para la niña como para el varón.

Freud destacó el rol fundamental que tenía el padre y no solo la madre, en la vida del hombre. Frente a la muerte de su propio padre escribio, que en la vida del hombre no hay nada tan trascendental como la pérdida del padre.

Las características físicas con que son representados los personajes, de esta serie, así como su comportamiento, en el que sobresalen los rasgos y los defectos, como sucede en las caricaturas, pueden ser interpretados como un lenguaje no verbal, pleno de sentido.

La cabezas grandes y los abdómenes distendidos de Homero y Bart características propias de la vida pre-natal aluden a la falta de madurez y crecimiento de este grupo familiar.

Los ojos saltones, que remarcan la importancia de lo visual y las manos poco desarrolladas, pueden ser interpretados también como símbolo del conflicto inconsciente que tienen, entre el excesivo desarrollo de las fantasías y la insuficiencia hepático-material.

La insuficiencia en la capacidad de materialización, se refleja también, en el color amarillo-verdoso de su piel.

El llamativo peinado de March, es símbolo de sus pretensiones y también una representación fálica, que pone al descubierto las características masculinas de su comportamiento. Esta conducta ya se anticipaba cuando March, alumna universitaria, demostraba poseer un carácter rebelde y opositor al hombre. Luchaba con resentimiento por la igualdad de derechos y la liberación de la mujer.

La atracción que toda la familia tiene por la televisión, se asemeja a una adicción y constituye un estilo familiar cuyas motivaciones inconscientes, son comunes a todos sus integrantes.

Que representa para los Simpson, la televisión?

La modalidad regresiva familiar y la falta de desarrollo genital se pone de manifiesto en el predominio de las pulsiones parciales, como el ver y el escuchar.

Los personajes que aparecen en la pantalla, y las escenas que representan, pasan a ser posibles modelos de identificación.

En el episodio "Los años que vivimos", en el que el televisor se descompone, momentos antes de que esto suceda, observamos a Homero repitiendo palabras que pronuncia el actor de una película. Parece un niño aprendiendo una lección.

Es reveladora también, la escena en la que el inesperado relato de los padres, acerca de como se conocieron, ocupa el lugar que antes tenian las escenas televisivas.

Son los relatos, los cuentos y las historias los que transmiten la tradición y los que preservan y dan continuidad a la identidad familiar. Frente a las escenas que los padres relatan, Bart dice que el no puede imaginarse lo que le cuentan. Alude de esta manera, al sentimiento que tiene de carencia de figuras paternas, a quienes pueda valorar y confiar y que le sirvan de modelo de identificación adecuado.

Por qué es Bart quien mas se desespera cuando la TV no funciona?
Las imágenes del televisor representan para él una presencia sustituta del padre, sin la cual se siente desesperado. En este sentido, le afecta más que a sus hermanas, ya que él por ser varón necesita primordialmente de la identificación masculina. Por eso, es el también quien sufre los mayores trastornos de conducta y de aprendizaje.
La angustia y la ansiedad inconsciente de los distintos integrantes familiares, se pone de manifiesto en sus conductas. Homero, a través de la satisfacción que obtiene con la comida, intenta compensar la falta de fuerza y el sentimiento de fracaso. Bart, con su modalidad exasperada y omnipotente trata de encubrir su inseguridad y su miedo. Liza toca el saxo y cuando lo hace, asume una actitud de plenitud, a través de la cual niega sus necesidades y sus carencias, así como también las consecuencias que sufre por su encierro narcisista y Maggi, con su chupeteo, intenta tranquilizarse de la abrumación que le provocan los estímulos que la rodean.
Por qué March y Homero también dependen del televisor?
Porque a través del vínculo que establecen con él, intentan ocultar las dificultades que tienen para comunicarse y educar a sus hijos y de esta manera tratan de negar la angustia que eso les representa.
El segundo episodio, "Bart es un genio", puede ser visto bajo la misma óptica, de la importancia de la presencia y la función paterna.
Probablemente Homero, cuando desea que su hijo sea una estrella, alimenta la creencia de que el supuesto logro del hijo, es un reflejo de su propia inteligencia, así como de su capacidad como padre.
Las ansias de Bart de ser un genio, aunque sea al precio de sostener una mentira, es un intento fallido por salir de su sentimiento de

fracaso, de poder satisfacer los deseos de su padre y tratar de lograr, de esa manera, una relación mas cercana y cariñosa con el. Es probable que otra de sus fantasías inconscientes, corresponda al deseo de ennaltecer la figura de su padre, mostrando que si el es un genio, su padre también lo es.

Podemos identificarnos con la angustia de Bart, cuando antes de ingresar al colegio especial, le dice a su padre que necesita una corbata y este le coloca la suya, como si fuera un objeto de utilería, en lugar de enseñarle a hacer el nudo, símbolo de las enseñanzas paternas.

La identificación que Bart logra hacer con su padre, le resulta insuficiente para evolucionar, porque a Homero le suceden cosas semejantes a las que le pasan a él. Por eso, no es casual, cuando Bart jugando al base-ball con su padre, le dice: "dale nene, Homero, mostrame tu fuerza", en lugar de llamarlo papá. .

El episodio "El sustituto de Liza", en el que Liza se enamora del profesor, demuestra su necesidad de desarrollar el amor edípico, como condición para poder seguir creciendo y asumir su identidad femenina. Como toda nena, necesita sentirse linda, querida y reconocida por el padre. Necesita ensayar y jugar a que es la novia y esto explica el intenso enamoramiento que ella siente por el profesor Bergstrom.

La nota que el profesor le deja a la niña al despedirse, **diciéndole** que en los momentos en que se sienta sola y no tenga en quien apoyarse, recuerde que ella es Liza Simpson, es un mensaje pleno de sentido y significación. Su contenido alude a la importancia de crecer, desarrollarse y adquirir la propia identidad, que le posibilitara lograr una adecuada relación con los objetos.

Este mensaje, que puede ser excesivo para Liza, porque ella necesita todavía de la presencia y el cuidado de los padres o de los sustitu-

tos, podemos considerarlo una advertencia . La importancia de poder hacer duelos, admitir las pérdidas, adaptarse a los cambios y el riesgo que los vínculos simbióticos pueden representar como anulatorios de gran parte de la personalidad.

Por qué razón la visión de esta serie, despierta interés.?

Generalmente tanto los adultos como los niños la miran seriamente. El humor y la risa que surge por momentos, reflejan el carácter angustioso de su con tenido.

El espectador se encuentra frente a una temática que constituye su punto de urgencia. Uno de los atractivos, proviene de la posibilidad de observar la forma en que otras personas viven e intentan resolver dificultades semejantes.

A los Simpson, como a toda familia, le suceden muchas cosas.

La particularidad de esta serie, es que sus integrantes, especialmente Homero, muestra sus dificultades y sus limitaciones y frecuentemente expresa , la irritación y la desesperación que le producen. Al mismo tiempo que se conserva la ternura y el cariño familiar. Y cuando piensa, es como si lo hiciera en voz alta, permitiendo al observador, el acceso a la intimidad de sus reflexiones y sus ambivalencias.

Son evidentes las complicaciones y los sufrimientos que padece esta familia y el deterioro que sufren por la inhibición de su desarrollo intelectual.

También nos podemos preguntar con preocupación, acerca del futuro de Bart? Sin embargo la autenticidad y el realismo que poseen los argumentos, puesto de manifiesto en la ausencia de padres idealizados y de familias perfectas y la posibilidad que ofrecen de hacer conciente pensamientos y conflictos que habitualmente son reprimidos, produce también bienestar y alivio.

En la vida cotidiana y en las consultas de niños, frecuentemente observamos el esfuerzo que hacen padres e hijos para cumplir con pautas ideales y sostener una actitud consciente o inconsciente, de encubrimiento, de sus conflictos y sus limitaciones.

Y de esta manera comprobamos, que la inautenticidad en los vínculos y la búsqueda de modelos ideales, generalmente, conducen al terreno de los malentendidos y la distancia afectiva.

Silvana O. Rozenberg

CICLO IMAGEN E IDEA (20-5-94)

INTRODUCCION AL DEBATE DE LA PELICULA: SIEMPRE HAY OTRA OPORTUNIDAD (FAMILY PICTURE)

Cuando vi esta película por primera vez me gustó, porque trata una problemática familiar que vemos transcurrir a lo largo de (35) los años.

También me despertó mucho interés, tratar de encontrar las relaciones o conexiones inconcientes entre la enfermedad de Randall - el hijo autista - y la modalidad caracterológica familiar.

En la práctica clínica, habitualmente observamos, la coincidencia entre las fantasías inconcientes correspondientes al trastorno o enfermedad de un hijo y las implícitas en el carácter o estilo familiar. Como si ambas expresiones constituyeran cada una los lados de una misma moneda.

Es probable que esta película haya sido filmada, apoyándose para su argumento, en teorías sobre autismo infantil de la mencionada escuela ortogénica de Chicago, en la que Bruno Bettelheim ha trabajado con niños esquizofrénicos. Si esto es así, puede restarle algo de autenticidad a la trama, pero creo que de todos modos es valido intentar analizarla, de la misma manera como procedemos cuando interpretamos los dibujos infantiles y les otorgamos contenido inconciente aunque estos sean la reproducción de algún modelo original.

Para comenzar, podemos centrarnos en Nina, la cuarta hija de la familia Eberlin, como si fuera una paciente en proceso analítico cuyas asociaciones afectivas oscilan y se entremezclan con representaciones de su presente y su pasado.

Nina es una mujer que se encuentra atravezando un momento difícil de su vida. Está en una crisis matrimonial, se mudó por un tiempo a la casa de su madre, vive separada de sus hermanos y el padre está a punto de volverse a casar.

Despliega sobre una pared las fotografías familiares, tratando de encontrar en los recuerdos, la solución para su sufrimiento y sus dificultades actuales. Cuando miramos fotos - dice - vemos lo que queremos ver, los rostros sonrientes, los

felices retratos de familia. Pero quiero recordar lo que en verdad sucedía al sacarse esas fotos. Una foto, dice riendo angustiada junto a su madre - parodiando un dicho que habitualmente decía su padre - hace que todo se vea tan simple, pero la vida no es así.

El deseo de recuperar los diferentes momentos vividos en familia, forma parte de la necesidad de Nina de re-ordenar sus sentimientos y también poder traer a la conciencia aquello que percibe que ella y su familia no pudieron enfrentar o que han dejado pasar.

Recuerda que Randall desde muy chico constituyó el centro de la vida familiar.

Tal vez nunca pudo comprender y es lo que desea hacer ahora, ¿por qué razón si parecían tenerlo todo: el amor, el bienestar y la belleza; si parecia - como dijo el empleado de la inmobiliaria - que era la casa perfecta para una familia perfecta, no eran felices y uno de sus hermanos estaba enfermo?.

También forma parte del mito familiar, que cuando Randall nació en 1948, decían que era el bebe más hermoso del mundo. Su padre le confesó que la primera vez que se permitió pensar en que algo malo le sucedía a su hijo, sintió el alivio que le produjo olvidarlo y negarlo.

¿Será casual que la película comienza mostrando a Randall en la nursery con los ojos cerrados? O ya esto puede ser expresión de su encierro afectivo y del comienzo de sus dificultades?

En el diario personal que el padre le presta a Nina, ella con temor y ansiedad quiere descubrir la historia familiar oculta. Lee que no fue una hija deseada, deduce que su madre tenia un carácter infantil y narcisista - una niña y mujer al mismo tiempo - recuerda que decía que sus bebes eran perfectos y que tenia un carácter pavoroso ya que ellos nunca sabían como iba a reaccionar.

Su madre se oponía firmemente a que Randall fuera internado en un colegio especial. ¿Esta actitud, había sido solo una muestra de amor y cuidado? o también formaba parte de la necesidad de negar la enfermedad y el dolor, para poder preservar el proyecto familiar deseado?

Es dramática la escena cuando Mack, siendo aún un niño, colocándose detrás de un marco de fotos vacío, quería enseñarle a Randall a pronunciar su nombre: Mack, di Mack le decía y tu eres Randall, di Randall. Su desesperación por arrancar del encierro y de la limitación a su hermano, ¿estaba movilizada únicamente por la necesidad de tener un compañero de juegos, un aliado frente a sus hermanas, por sentimiento de culpa o también le resultaba difícil aceptar el atontamiento de Randall, como si eso pudiera ser el reflejo de algo personal?

El psicoanálisis nos enseña que los niños para crecer, al mismo tiempo que desarrollan sus propias condiciones, se van identificando por necesidad y por amor, con las características paternas, con el vínculo que perciben entre ellos y más ampliamente con el modelo caracterológico familiar.

En este sentido, tal vez podemos decir que la insistencia de Mack para que su hermano reaccione y se parezca a él, puede adquirir toda la fuerza de la identificación con un estilo. En este caso, correspondería a la necesidad de eludir la percepción de todo aquello que pueda ser displacentero, a fin de evitar el dolor de la frustración y mantener la identificación con el ideal.

La mirada curiosa y brillante de Nina, observando las fotografías familiares, coincide con la que ella justamente tenía cuando siendo pequeña y con sus ojos muy abiertos, intentaba comprender las discusiones entre sus padres, de las cuales varias veces fue testigo.

David, era un psiquiatra cuya presencia durante la crianza de los hijos parecia complaciente, cariñosa y constante. Frecuentemente sus comentarios parecían cargados de sensatez o sus interpretaciones modelos útiles para aplicar en la vida. Sin embargo, ¿de qué dependia que sus intervenciones no parecían tener la fuerza necesaria para detener a su mujer o imponer su criterio y por qué no lograba una mejor comunicación con sus hijos?

Probablemente su sentimiento de debilidad, encubierto detrás de una apariencia vanidosa, le alimentaba la ilusión de mantener a salvo su propia auto-estima, su ego psiquiátrico - como en algún momento le reprocho su mujer. Esta actitud, es

la que le impedía reconocer sus temores o sus límites para poder acercarse a los otros con mayor autenticidad.

¿Podemos relacionar el encierro narcisista y el sentimiento de soledad en el que nos imaginamos que vive David, con el aislamiento y la soledad que la enfermedad le impone a su hijo?

El autismo, que en su expresión manifiesta toma la forma del encierro y la limitación, en su contracara latente parece contener la fantasía de estar inserto en un mundo de carácter prenatal, al que se le atribuye la posibilidad de una satisfacción ilimitada.

La imagen de Randall, que David fotografía sentado inmóvil el día de su cumpleaños, con una corona en la cabeza y un sol a sus espaldas, simboliza el poder de los ideales que recaen sobre él y prefigura el drama en el que se va a desarrollar su vida.

La idealización - señala Chiozza - se construye a partir de la negación de aquellas percepciones que violentan al yo. Destaca que en el autismo, la negación del aspecto persecutorio, frecuentemente puede engendrar en el paciente, la vivencia de estar sumergido en una niebla o en un velo.

La necesidad de formar una familia ideal, parece quedar plasmada en la noche en que la familia ya completa, festeja la Navidad. La canción de la Noche Buena, solo es sutilmente empañada por una expresión de bienestar forzada en el rostro de David y los movimientos incoordinados de las manos de Randall, que Mack intenta disimular inconcientemente, imitándolos.

Cuando en la noche de tormenta, David despierta con las canciones exasperadas de su mujer y la ve bailando alrededor de Randall para distraerlo y que no sienta miedo, ambos discuten reprochándose la responsabilidad. ¿El reclamo mutuo se debe a los celos de David por la estrecha relación que tienen su mujer y su hijo? A que Lainey siente que su marido la deja encerrada en ese vínculo de características incestuosas con Randall o es una actitud proyectiva inconciente frente a la evidencia de la enfermedad y al penoso sentimiento de impotencia.

Randall es espectador de esa escena y con la cabeza inclinada para atrás parece ignorar todo lo que sucede a su alrededor.

Sus ojos perdidos y su manifiesta desatención, son una evidencia del bloqueo afectivo, con el que intenta protegerse de los sentimientos persecutorios que le despiertan la relación que tiene con su madre y la pelea entre los padres.

Si bien podría interpretarse que la actitud familiar de apartarse del sufrimiento y refugiarse en la negación, se desencadenó por la enfermedad de Randall, parece sin embargo más adecuado interpretar que la enfermedad misma puede ser la expresión de esa modalidad preexistente en el carácter familiar.

El modo rígido en que Lainey intenta asumir - como si nada pasara - la noticia de la muerte de su madre, es un ejemplo más de un mecanismo de defensa excesivo, ante al temor de ingresar en una vivencia dolorosa que la pudiera conducir al desmoronamiento afectivo.

Llama la atención su interés por las dos imágenes de la Anunciación y la fotografía de Freud a quien ella dice que quiere domar.

¿Qué es lo que Lainey inconcientemente se propone elaborar?

La disociación entre un ángel bueno y otro malo, imágenes persecutorias ambas, parecen ser una clara alusión a la disociación de su mundo interno.

Es M. Klein quien describe los mecanismos de escisión primaria, de los impulsos agresivos y libidinales, del amor y el odio que se ponen en juego durante los primeros momentos de la vida, tanto en el desarrollo normal como en el desarrollo de la esquizofrenia.

¿Será su deseo poder integrar sus afectos disociados, que en ese momento surgen con toda intensidad frente al duelo por la perdida de su madre?.

¿Su intención de domesticar a Freud, expresará la necesidad de poder atemperar esos sentimientos para poder acercarse a ellos con menos temor?.

El predominio de la ansiedad persecutoria, que dificulta el duelo y la posibilidad de poder sintetizar los aspectos buenos y los malos, constituye

uno de los fundamentos del autismo de Randall.

La adolescencia de Randall la lleva a Lainey a imponerse nuevas exigencias. Sigue esforzándose para compensar las frustraciones de su hijo, relacionadas ahora con el desarrollo de su sexualidad. Impacta, cuando la vemos en la noche de la fiesta, cantándole seductoramente para hacerlo sentir amado. Una vez más, probablemente pasa por encima de su ambivalencia y de su pesar. El intempestivo abrazo que Randall da a su madre, es una manifestación que revela la sobre-excitación y la angustia que predominan en esa relación.

Esa misma noche se desata la crisis matrimonial. Tal vez nos podemos preguntar si los amoríos de David con otras mujeres, representan solo la búsqueda de placer y tranquilidad - como él mismo dice más tarde - o si con su alejamiento intenta huir de aquellas situaciones en las que siente que no se puede incluir y que no le resulta fácil enfrentar.

Después de la separación, Lainey busca refugio para su dolor en la depresión y en la cama. Ella no puede despertar.

La búsqueda de alivio en el mundo de los sueños, parece ser un intento para contrarrestar la sobrecarga de estímulos y afectos que la invaden.

¿Será el estado de ensoñación en el que vive sumergido Randall un ejemplo de algo similar?

Chiozza, en el psicoanálisis de los trastornos hepáticos, señala que cuando el contenido ideal supera la capacidad hepática para materializarlo, dicho contenido se descarga sobre el yo y es sentido como algo peligroso y angustiante. Nos dice: "(...) si nuestros proyectos o ideas superan nuestros "hígados" para convertirlos en algo concreto y material, una nueva idea imperativa que se sume a las anteriores es sentida como algo que nos enloquece, que nos destruye". Sostiene entonces, que una defensa y a la vez síntoma del yo frente a estas situaciones, es el aburrimiento, aclarando que si el estímulo ideal es demasiado intenso, el aburrimiento se convierte en somnolencia, en modorra o letargo.

La ausencia del padre dificulta aún más la convivencia. La música ensordecedora

cuando Nina toca el piano, los golpes de Mack y la desesperación con la que él reacciona diciéndole a su padre que es Randall e imitando dramáticamente sus gestos y su voz, frente a la mirada angustiada de su madre y sus hermanas, son símbolos del conflicto y del descontrol familiar.

Lainey asume una conducta aparentemente madura cuando le explica al profesor de historia de Mack, que la vida no siempre es tan fácil, que estar alterado o neurótico es parte del estar vivo, que no se puede separar la vida, aún la niñez, de lo que es difícil o problemático y que es una invención de los adultos proteger a los hijos y no permitirles conocer las realidades.

¿Será que identificada con David trata de encontrar alivio o tranquilidad en los argumentos racionales, al mismo tiempo que expresa de manera disociada todo aquello que ella siente que en su vida no pudo desarrollar?

La graduación de Mack es otro momento en que la familia se une para mantener la complicidad. Sonríen para la cámara fotográfica, intentando conservar la imagen de la felicidad, aunque esto les implique, una vez más, inhibir sus sentimientos. De esta manera, Mack sin poder oponerse a su madre, dice que quiere la presencia de Randall el día de su recibimiento, mientras niega casi concientemente la vergüenza que esto le ocasiona. así como la pena y el enojo que siente por no poder lograr el abrazo cariñoso de su padre.

El violento ataque que Randall sufre, cuando empuja a la madre por la escalera y su reacción cuando rasga el empapelado de la habitación, son comportamientos que muestran no solo la agresión contenida, sino su intensa necesidad de recibir ayuda para lograr la ruptura de la simbiosis materna, símbolo de su encierro y para poder liberar sus afectos retenidos.

A partir de ese momento su madre admite que no puede seguir ocupándose de él y deciden su internación. David parece superado por la conmoción, cuando abraza a su hijo el día de la despedida.

Randall, con sus rituales obsesivos y la risa estereotipada que desfiguraba su rostro intenta, frente a la vivencia desgarrante de la partida, reforzar

inconcientemente su desconexión.

¿Podemos decir, que dicha modalidad de desconexión o apartamiento de la realidad, es lo que llevó a Randall a anular gran parte de su vida y de la relación con los otros?

Poco tiempo después la pareja de padres se reconcilia.

¿Por qué David y Lainey intentan recomenzar?

Tal vez la necesidad de apoyarse mutuamente para poder tolerar el alejamiento y la ausencia de Randall y el deseo de reparar a la familia, constituyeron los motivos de la nueva unión.

El episodio en que Nina y Mack, junto a algunos amigos se drogan el día del aniversario de los padres y arrancan el empapelado de la pared, intenta ser justificado por la tristeza de recordarlo a Randall. Es cierto que la ausencia del hermano era una vivencia traumática que tenían que elaborar, pero probablemente también correspondía al miedo y al sentimiento de insuficiencia que ambos tenían para enfrentar sus propias vidas. Mack tenía que volver a Harvard y Nina tenía temor de parecerse a su mamá.

De la misma manera podemos pensar, que los abortos que sufre Nina y el fracaso matrimonial y laboral de Mack, como obstáculos para progresar en la vida, no solo están relacionados con los sentimientos de culpa por la enfermedad de Randall, sino que también corresponden a sus propios dificultades para lograr un mejor equilibrio entre sus deseos y sus posibilidades.

Las visitas que Mack hace a su hermano en el sanatorio para enfermos incapacitados, están llenas de cariño pero también de manía. Mack trata de andar con él en bicicleta, negando que unos metros más adelante ambos se caerían y estimula el canto de Randall cantando más alto todavía y haciéndolo bailar. La angustia por las limitaciones de Randall, lo lleva a comportarse como lo hacia cuando ellos eran chicos, rechazando las diferencias evidentes entre ambos. Sin embargo, tanto su enojo como su sentimiento de impotencia, quedan desplazados en la pelea y en el golpe que le propina al enfermero.

La huida de Nina de su casa, cuando estaba embarazada, el temor al enojo de la madre - como representante de un Superyo persecutorio ideal - y la falta de comunicación, parecen mostrar una vez más como el ocultamiento o la huida constituye el proceder familiar.

Nina ingresa en una terapia psicoanalítica y comienza a entrar en contacto con su confusión. Llora desesperada diciendo a su analista:" lo bueno en nuestra familia , es también lo malo y lo malo, como Randall, es también lo bueno". Enfrentarse con la angustia de sentirse perdida y sin saber qué sentir, parece ser el camino doloroso pero inevitable, que ella inicia para lograr su bienestar o su recuperación.

El impacto de la muerte de Randall se ve en los rostros de la familia durante su funeral.

¿Por qué la muerte fue su opción? Salió con un grupo a pasear, corrió a la ruta y un auto lo atropelló. ¿De qué se quiso escapar? Si bien nos podemos identificar con su deseo de regresar al hogar y el sufrimiento que le significaba tener que tolerar la vida junto a otros enfermos; su suicidio también nos hace pensar en la fantasía mágica de hacer desaparecer a los objetos internos que experimentaba como persecutorios, al mismo tiempo que mantener la ilusión de poder encontrar, en algún otro lugar los objetos ideales que lo pudieran aliviar.

Tiempo después, Lainey angustiada le dice a David que ella no está triste por la pérdida de su hijo, sino que por el contrario, se siente libre.

¿Nos podemos preguntar libre de qué? ¿Y si se siente liberada por qué llora?

Tal vez Lainey comienza a sospechar que no fue Randall quien la tuvo prisionera y que el sentimiento de libertad se le presenta como algo muy deseado y a la vez muy temido, que experimenta como un peligro para su integridad.

Decide separarse porque quiere hacer cambios en su vida. ¿Habrá sido la separación la decisión adecuada o se precipitó a producir un cambio en su vida - tan fácilmente como una serpiente cambia de piel, como dijo Nina - en lugar de una modificación afectiva, que tal vez ella sentía que no iba a poder realizar?

Cuando David va a la casa de Lainey, después de no haberse visto durante años, le dice acerca de su trabajo que ella aún sigue haciendo "escenas". ¿Se refería a sus conocidas reacciones temperamentales? o aludía inconciente y proyectivamente al modo en que ella a lo largo de la vida intento construir una familia como si montara una linda escena.

El nuevo casamiento de su padre es otro motivo de duelo para Nina. El permiso materno que ella necesitaba para participar de esa boda, tal vez quedó disimulado en el acercamiento afectivo y en el abrazo cariñoso que tuvo con su madre, luego de reprocharle lo poco que ella hizo para salvar su matrimonio y al haberle tenido a ella y a sus hermanos un amor condicionado.

Probablemente el enfrentamiento de sus conflictos le permitió a Nina estar en el casamiento de su padre de un modo diferente al que tuvo Mack, quien superado por la angustia se emborrachó y se durmió.

Nina relata que al regresar a su vieja casa por última vez, solo encontró silencio y los fantasmas habían desaparecido.

Alude de esta manera a la desaparición de su ansiedad persecutoria.

El desarrollo de la posición depresiva, caracterizada por la moderación y la integración de los impulsos, la posibilidad de realizar duelos y la consecuente maduración del yo que permite desarrollar una mejor adaptación al medio, parece ser el camino que ella inició al volver a su casa, a su marido y a su trabajo de sacar fotografías familiares.

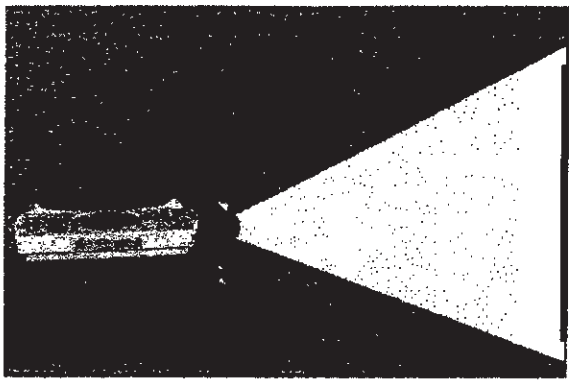
Se pregunta acerca de la verdad de lo que a ellos les pasó y dice haber hallado el misterio de su familia y de todas las familias en una foto de extraños, que para ella es el retrato de un verdadero coraje.

¿Cuál es el coraje al que Nina se refiere?

Probablemente a la capacidad de enfrentar la pena y realizar duelos. Al hecho de poder admitir que el dolor también forma parte del milagro de la vida, que cada hijo encarna algo de la historia familiar, así como cada padre se presta a correr un riesgo con el nacimiento de un hijo. Es decir, poder

reconocer que así como los hijos no pueden satisfacer el proyecto ideal de los padres, tampoco los padres pueden conformar el ideal deseado de los hijos. Querer y aceptar un poco más las dificultades, las limitaciones y la enfermedad propia y de los otros, es lo que parece proponer Nina cuando al referirse a los suyos lo hace con mucha ternura diciendo mi familia, mi loca y adorada familia.

INTRODUCCIÓN AL DEBATE DE LA PELÍCULA "UNA LUZ EN EL INFIERNO"



▪ Lic. Silvana O. Aizenberg

Centro de Consulta Médica Weizsaecker

21 de junio de 1996

INTRODUCCIÓN AL DEBATE DE LA PELÍCULA "UNA LUZ EN EL INFIERNO"

El que narra esta historia es Calógero, un adolescente de 18 años, que evoca su infancia y su ingreso en la adolescencia transcurrida en el barrio Fordham de Bronx, en la ciudad de Nueva York.

La descripción emotiva que hace de la época y los lugares en los que creció, el recuerdo del sonido de las campanas de la iglesia de Mount Carmel, de su edificio, de su escalera, revela la intensidad afectiva de estas vivencias que conformaban su mundo.

Sabemos que las tempranas experiencias en la infancia conservan a lo largo de la vida el sello de lo individual y constituyen los fundamentos del carácter.

Qué sentido podemos darle a su relato?

En el recorrido que hace a través de su memoria, probablemente intenta recuperar momentos significativos de su niñez e ingreso en la adolescencia, que le permitan confrontar su percepción de los recuerdos y los hechos, para comprender mejor su padecer actual en el camino de encarar su propia vida.

Chiozza, en su trabajo acerca de la nostalgia y el anhelo, nos enseña que la pretendida realidad del tiempo es una utopía y que lo que llamamos pasado o futuro son dos formas del deseo que encubren el instante presente.

La secuencia de recuerdos que embargan a nuestro protagonista y que implican el deseo de encontrarles un nuevo sentido podemos compararlo, en alguna medida, con lo que ocurre en el proceso de elaboración característico del trabajo analítico.

Calógero comienza recordando sus 9 años, época del ingreso en la pubertad.

El camino de pasillos oscuros que recorre desde su casa hasta el bar parece ser símbolo de un nacimiento, en el que no solo intenta resignificar la ruptura del vínculo con la madre y la búsqueda del padre, sino que representa también la necesidad de encontrar nuevas figuras de identificación como parte del proceso que favorece el crecimiento y la individuación

La curiosidad y el temor que vemos retratados en su rostro cuando espía a los hombres que concurren al bar, reflejan su conflicto entre el deseo y el miedo de conectarse con situaciones nuevas.

Podemos pensar que el enojo de la madre cuando lo sorprende y lo censura porque se alejó de la casa, representa su propio objeto internalizado de características persecutorias, que ejerce la prohibición frente al deseo de diferenciarse del ámbito exclusivamente familiar.

En su trabajo sobre "El sentimiento de traición y el 'complejo de Judas'" , Obstfeld destaca que el deseo de identificación con nuevos objetos, o con cualidades diferentes de los objetos conocidos, puede traer aparejado un sentimiento de infidelidad o deslealtad hacia aquellos que conforman la identidad actual y que esto puede ser experimentado como un sentimiento de traición.

La necesidad de hallar nuevos vínculos probablemente también estaba intensificada en nuestro protagonista, por su condición de hijo único, sobre el que recaían las miradas y las expectativas de ambos padres.

Su nombre italiano, en homenaje a sus abuelos sicilianos, y extraño para el lugar en donde residía (un barrio de Nueva York), también es una referencia al ideal familiar del que, tal vez, sentía que tenía que hacerse cargo.

El impacto al que Calógero se vio expuesto cuando sorpresivamente dos autos se enfrentan en la calle y el posterior desenlace en el que ocurre un asesinato, parece ser el símbolo del enfrentamiento brusco que él experimenta con su propio crecimiento y el conflicto por sus impulsos y fantasías sexuales.

Su deseo de saber acerca del motivo de la disputa en la calle y si fue sólo para defender un lugar, como le pregunta a Sonny, parece una clara alusión al drama edípico.

La pelea y la posterior muerte de un hombre recuerdan la lucha entre Layo y Edipo. La leyenda relata que ambos querían asumir el paso libre por el camino en el cual transitaban.

Podríamos decir entonces, que Calógero probablemente experimentaba su crecimiento como un triunfo sobre el padre, que le hacía sentir sus fantasías incestuosas y parricidas con un extremo sentimiento de culpabilidad y amenaza de castigo.

Por qué Calógero encubre al agresor?

Por un lado, la vulnerabilidad, la dependencia y la necesidad de suministro afectivo en la infancia lleva a que los niños traten de complacer lo que interpretan como deseos de sus mayores para protegerlos. De este modo vemos a Calógero no delatar al asesino, como respuesta a lo que entendía era la voluntad de su padre. Intenta tranquilizarse repitiendo sus palabras: "Hice algo bueno para un hombre malo" y reflexiona: " No entendía eso, no a los 9 años. Solo sabía que en mi barrio no se cantaba y yo no canté."

Por el otro, podríamos interpretar que inconcientemente se sentía identificado con el agresor. De este modo, cuando niega frente a los detectives - símbolos del Superyó - lo que sabía o lo que vio, parece responder a la necesidad de encubrir sus propias fantasías e impulsos agresivos.

El encubrimiento, también estaría al servicio de conservar la omnipotencia del agresor, que a la vez significaba no renunciar a la propia omnipotencia.

La intensidad de sus remordimientos y sus sentimientos de culpa lo conducen a la iglesia para obtener el perdón de Dios. No podía calmar su duda atormentadora. "Había hecho lo correcto al mentir? Era como su padre le decía, que en la vida a veces hay que hacer ciertas cosas aunque estén mal?.

Qué sentido podríamos darles a estos sentimientos de culpa?

La convicción de haber cometido un pecado mortal, pese a la fuerza de los sentimientos persecutorios, parece estar al servicio de conservar un pensamiento omnipotente para no admitir la imposibilidad de satisfacer todos los deseos.

El conflicto que se genera por el dinero que él obtuvo por las propinas, que la madre descubrió escondido detrás de un cajón, y la cachetada que el padre le propina cuando discuten después de haber devuelto el dinero a Sonny, podrían interpretarse como el castigo que Calógero siente que merece por su rivalidad edípica. En este caso, podríamos decir que probablemente el deseaba exhibir frente a su madre una potencia económica que su padre no poseía.

Freud describe dos grandes períodos de la evolución sexual infantil. Por un lado, el florecimiento de las pulsiones amorosas dirigidas fundamentalmente hacia el progenitor del sexo opuesto, y por el otro, la necesidad de acallarlas ya que dichos impulsos van acompañados de intenciones hostiles y rivalidad hacia el padre del mismo sexo.

El crecimiento de Calógero parece dividido en dos etapas, que podríamos describir como los momentos que separan el antes y el después de haber sido testigo del asesinato y haber mentido. El niño simpático, curioso y con sentido del humor fue dando lugar al adolescente de gesto adusto y expresión malhumorada. Podemos decir, que los efectos de la represión influyeron sobre este cambio

Por otra parte, su malhumor parece ser una respuesta al sentimiento de inseguridad o de impotencia frente a su crecimiento. Para Chiozza, el malhumor es un intento defensivo del Yo frente a la identificación con imagos terroríficas relacionadas con el sentimiento de insuficiencia hepática y las dificultades de materialización.

El interés de Calógero por Sonny, el placer de mirarlo e imitar sus gestos y los movimientos de su mano, parecen coincidir con el momento en que el niño empieza a descubrir que el mundo va más allá de su propia casa y a sentirse desilusionado de su padre. Lo vemos cuando lo acompaña en el recorrido del ómnibus, en una de las primeras escenas, con una actitud que parecía de complacencia y desinterés.

Su deseo de copiar al hombre que era considerado el número uno del barrio, a ese que todos querían y trataban como un Dios, nos recuerda el artículo de Freud acerca de "La Novela familiar del neurótico", en el que describe que para el niño pequeño la creencia en la autoridad de los padres y el intenso deseo de parecerse a ellos es sustituida por la idea de ser un hijo adoptivo. El tomar conciencia de la categoría a la que pertenecen los padres lo lleva a fantasear con otros padres preferibles a los suyos en muchos aspectos.

De todos modos estas fantasías noveladas de la sustitución de los padres por personas más grandiosas permiten descubrir que estos nuevos padres están dotados con rasgos que provienen de recuerdos reales de los padres verdaderos, de modo que el niño no elimina al padre, sino que lo enaltece. En última instancia, dice Freud, es la expresión de la añoranza por la edad en que su padre le parecía el hombre más noble y poderoso y su madre la mujer más bella y amorosa.

El acercamiento a Sonny y el deseo de ser adoptado por él, parecen revelar entonces su deseo de conservar la ilusión de la omnipotencia del padre, proyectada en un padre sustituto. El querer ser aceptado, probablemente lo llevó a experimentar la reducción de su nombre a la letra C. como la propuesta de un trato cercano y familiar, pasando por alto la molestia que tal vez le ocasionó, que quedara reducido a una sola letra, como símbolo inconciente de la castración.

Le costaba admitir que su padre era un chofer de ómnibus que necesitaba dar siete vueltas para poder comprar carne una vez por semana, porque no solo le despertaba el temor acerca de su propio futuro, sino que le implicaba aceptar su desvalimiento, que podría conducirlo a poner a prueba sus propias fuerzas y capacidades.

La idealización de la figura paterna es un mecanismo necesario en la primera infancia. El niño depende de los adultos y esta dependencia y su sentimiento de inmadurez los impulsa a atribuirles todo el poder. La desconfianza hacia los padres y el descubrimiento de sus límites se van desarrollando junto al crecimiento y la evolución.

Chiozza sostiene que, para que el proceso de identificación pueda llevarse a cabo, es necesario atravesar duelos que consisten en seleccionar algunas de las cualidades del objeto externo ya que es imposible asimilarlo totalmente y admitir también la incapacidad del Yo para realizar todas sus posibilidades. Estos duelos, que implican renuncia, son los que posibilitarían la combinación de las identificaciones con las posibilidades yoicas, permitiendo el crecimiento.

Parecería que Calógero se ve enfrentado a la elección acerca de cuál es el padre con quien se tiene que identificar, si Lorenzo un modesto chofer de ómnibus, o Sonny, el matón del barrio. Sin embargo la

dificultad no radica en dicha elección, sino en el duelo que le representa admitir que la identificación con cualquiera de ellos implicaría tener que resignar expectativas ideales y renunciar a la ilusión de seguridad.
La existencia, en la vida de Calógero, de un padre que representa lo moral, que le inculca al hijo el valor del trabajo y obedece lo establecido - como le reprocha su mujer - y otro padre inmoral que no duda en apretar el gatillo y para quien el miedo vale más que el amor, nos remite al mecanismo de defensa primario, descripto por M. Klein, por medio del cual el objeto es disociado en uno bueno y otro malo ambos idealizados. Dicha disociación, que está al servicio de mantener separados los sentimiento de amor y de odio, parece simbolizar la ambivalencia afectiva del propio Calógero que queda proyectada en la fantasía de un padre bueno y otro malo. En otras palabras, también podemos decir que dicha ambivalencia es un derivado de la conflictiva edípica.
La inseguridad de Calógero acerca de su propio desarrollo, y la preocupación acerca de cuál puede ser la actitud adecuada para sentirse fuerte y no fracasar en la vida, toma la forma de dos pensamientos extremos: No trabajar, porque eso implicaba ser un tonto, como le decía Sonny? O hacer el esfuerzo diario de levantarse para trabajar, como le proponía su papá?. El deseo de ser querido y el temor al rechazo, lo llevan también a cuestionarse acerca del modo como debería conducirse para ser necesitado y aceptado. Sería mejor que lo quisieran o que le temieran? como le pregunta a Sonny.
Estas alternativas opuestas, revelan la dificultad de Calógero para asumir una actitud más depresiva - en el sentido kleiniano - que le permita integrar sus sentimientos y lograr un reconocimiento más adecuado de la realidad.
Sabemos que la identidad se constituye y se diferencia como producto de una particular combinatoria de identificaciones. Las primarias, transmitidas través de las generaciones, y las secundarias, que refuerzan o modifican a las primarias a partir del vínculo posnatal con los padres y otros modelos.
Las identificaciones pueden darse con diversas relaciones de objeto o con diferentes aspectos de un mismo objeto. Para Freud, el conjunto de las identificaciones de un sujeto no forma un sistema relacional coherente. En una instancia como el Superyó -dice - se encuentran exigencias diversas. Plantea que el Ideal del Yo se forma por identificaciones con los ideales culturales, que no siempre se hallan en armonía entre sí.

Podemos preguntarnos: Que esperaba Lorenzo de su hijo y qué esperaba Sonny de quien adoptó como hijo?

Lorenzo inculca a su hijo no desperdiciar talento, al mismo tiempo que su desarrollo parece limitado a un recorrido sin progreso, y Sonny le propone estudiar, cuando él se formó en la calle. Si bien sabemos que ambos padres pueden ser considerados - como ocurre en el relato de una sesión psicoanalítica - como aspectos del mismo paciente o como dos aspectos del mismo objeto padre internalizado, estas enseñanzas contradictorias, no solo tienen que ver con las expectativas de que un hijo cumpla con los ideales insatisfechos del padre, sino que también contienen el deseo genuino de que el hijo pueda superarlo.

En los umbrales de hacerse cargo de su propia vida, Calógero se encuentra frente a las vicisitudes que implican la identificación con aspectos de cada una de las personas significativas de su vida, el duelo frente al dolor de no poder conservar la imagen ideal de ellos ni de sí mismo y permitirse desarrollar aquellos aspectos que sus padres no han podido. Dice: " recibía dos educaciones, una en la calle y otra en la escuela. Por eso iba a ser el doble de inteligente que los
demás" . Si bien era cierto que recibía dos educaciones, la conclusión acerca de que iba a ser el más inteligente, proviene de su propio sentimiento de inseguridad.

El conflicto generacional, en el que se pone a prueba la asimetría en los roles paterno-filiales y la lucha por construir ideales propios confrontándolos con la tradición de los padres y los abuelos, se despliega en la discusión entre Calógero y su padre. Este último le dice estar orgulloso de sus orígenes, en tanto el hijo le reprocha que sus abuelos "vivieron sin nada y murieron sin nada"

Por qué Calógero elige a Jane?

El encuentro entre ambos jóvenes parece signado por la magia del enamoramiento. Si bien el momento de idealización en el inicio de una relación, permite atemperar el impacto traumático del encuentro con el otro, con lo diferente, también sabemos que el objeto elegido es investido con libido narcisista y se presta privilegiadamente para sustituir un Ideal del Yo propio no alcanzado.

También podemos pensar que la elección de Jane, de raza negra, "inaceptable en ese barrio", como el mismo Calógero lo dice, es una manifestación más relacionada al complejo de Edipo: Un amor que es intensamente deseado y que al mismo tiempo es necesario preservar o mantener en secreto.

Como contraparte también podemos interpretar que su sentimiento de inseguridad y la necesidad de ser valorado, probablemente lo llevan a elegir un objeto que, desvalorizado socialmente, lo coloca a él en la posición del ideal con respecto a dicho objeto, intentando de esa forma sentirse menos expuesto al riesgo de ser abandonado.

La ambivalencia de las dos versiones del amor de Calógero por Jane, la versión pasional que le da Sonny cuando le dice que desoiga las burlas de sus amigos, que haga lo que le dicta el corazón, porque lo único que importa es cuando estén en la cama con Jane solos de noche, en oposición a la versión racional de Lorenzo, quien le dice a su hijo que en la pasión el pito le dice qué hacer a la cabeza y la cabeza debería pensarlo dos veces, parece ser el reflejo de su propio pensamiento obsesivo, que encubre sus temores frente al momento de tener que poner a prueba su capacidad para querer y su genitalidad.

El auto que Sonny le presta a Calógero y que nunca le dio a nadie, parece ser el símbolo de la autorización paterna para acceder a la genitalidad, al mismo tiempo que revela su sentimiento de que intenta una conquista que él siente que todavía le queda grande.

La creencia de que existe un test - como el de la puerta del auto - para evaluar a la mujer ideal, a "una de las grandes de la vida", como le dice Sonny, parece corresponder al deseo de contar con un procedimiento de evaluación mágico, que permita evitar el fracaso y el sufrimiento.

La elección de una persona de raza diferente, puede ser también un intento reactivo frente a la necesidad de salida exogámica. En el trabajo acerca de las enfermedades por autoinmunidad, Chiozza y colab. plantean que a partir del conflicto con la propia familia o linaje se iniciaría la búsqueda de un vínculo de características antagónicas, negando para ello el repudio por lo diferente tanto como la atracción por lo propio.

Que representaba el club de amigos?

Como ya dijimos, el adolescente se encuentra frente al planteo de los valores éticos, intelectuales, afectivos y ante el nacimiento de nuevos ideales y la adquisición de la capacidad de lucha para conseguirlos. Este proceso supone un desprendimiento, abandonar el " como si " del juego y del aprendizaje, para enfrentar lo irreversible de la realidad.

El club de amigos significaba el marco en el que podía compartir e intentar elaborar intereses comunes y preocupaciones parecidas, como la inquietud por el desarrollo de la sexualidad. .

El rechazo a los negros y la necesidad de echarlos del barrio, constituye un desplazamiento por la necesidad de proyectar el sentimiento de insuficiencia y la vivencia de lo despreciable. Se mostraban expertos en la sexualidad y poderosos en la lucha, aunque el miedo quedara negado en el uso del sombrero, como si quisieran parecer mayores de edad y el uso de armas.

Cuando su padre lo reprende porque estuvo metido en problemas el día que los motociclistas entraron en el bar, Calógero le explica que lo hizo por temor a ser considerado un cobarde. El miedo de que lo vean

asustadizo y lo consideren un "gallina", no le permite resistirse a sus amigos cuando éstos lo presionan para ir a atacar el barrio de los negros.

La trágica muerte de los amigos tiene el carácter de un suceso maníaco con un desenlace masoquista. Posiblemente estaban movilizados por la necesidad de sentir que tenían un ideal por el cual luchar y frente al cual poner a prueba su valentía.

La lucha frente a los ideales quemantes, que probablemente les ocasionaba un sufrimiento hepático, queda dramáticamente simbolizada en el hecho de haber quedado atrapados en el fuego.

La muerte del padre "ideal" se va configurando cuando Sonny golpea a Calógero y lo acusa de haber colocado algo en el motor de su auto. Las cachetadas que recibe parecen despertar a Calógero de un sueno y su llanto es la expresión del dolor de encontrarse con una realidad diferente de la que él imaginó. Empieza a descubrir que aquel de quien pensaba que todo lo podía y que siempre tenía razón, también era un hombre que no confiaba en nadie y que tenía un "modo horrible de vivir".

Su desaparición revela el enfrentamiento de Calógero con la pérdida de las ilusiones. Ante su tumba le agradece haberle salvado la vida, que alude probablemente al reconocimiento de un padre que le dio la vida y le cuenta los últimos acontecimientos, como si él todavía estuviera vivo.

La aparición de Carmín en el velatorio, que se le ofrece como alguien que puede brindar ayuda incondicional, podemos interpretarla como un deseo de Calógero por medio del cual intenta atemperar, no solo el dolor de la pérdida, sino crear nuevamente la ilusión de la existencia de una figura ideal que le evite sentirse desprotegido.

La presencia de Lorenzo junto a su hijo parece, en cambio, representar el lugar que ahora Calógero está dispuesto a dar al padre "real", representado por aquel que logra reconocer su enojo y el dolor por el crecimiento del hijo.

Qué es lo que Calógero iba a entender cuando fuera grande?

En sus palabras encontramos algo de la respuesta: " Sonny y mi papá decían que al crecer entendería. Por fin entendí. Aprendí algo de ambos, aprendí a dar y recibir amor incondicionalmente. Hay que aceptar a la gente como es. Aprendí el regalo más grande, lo más triste es desperdiciar talento, lo que eliges da forma a tu vida para siempre".

Hacerse responsable de la propia vida, enfrentar el sentimiento de inseguridad y el temor al fracaso, tolerar el sufrimiento de los propios límites y el de las personas significativas, es un proceso que si bien adquiere relevancia durante la adolescencia, la trasciende.

25/9/98

KOLYA

Esta historia transcurre en 1989 en la ciudad de Praga y en vísperas de la revolución de Terciopelo, denominada así por haber sido una revolución pacífica realizada por estudiantes contra el régimen comunista y en contra de la violencia policial. En el marco de estos sucesos políticos inserta el director la revolución personal por la que atraviezan Louka y Kolya los personajes centrales de esta película.
El film en su versión manifiesta exhibe el desarrollo del vínculo entre ambos y la influencia que ese encuentro tuvo para ellos.
En una primera aproximación podemos apreciarlo como si fuera un sueño de cumplimiento de deseos, en el que sucede aquello que estamos ansiando que pueda suceder.
Sin embargo desde el psicoanálisis sabemos que las fantasías optativas de deseos, ocultan significados inconcientes que participan activamente en nuestra vida, falseando muchas veces nuestros juicios o apartándonos de la realidad.

La película comienza con la imagen de un avión entre las nubes y una pequeña mano que con un dedo inicia un recorrido y luego se apoya abierta en la ventana. Esa mano que nos anuncia una presencia, parece simbolizar el trazado del mapa de una vida, que contiene una historia que va a plasmarse con nuevas experiencias.
Vemos a Frantisek Louka reunido con su grupo de músicos, en los alto de la iglesia del crematorio. Lo adusto del ambiente y la solemnidad de la música, contrasta con su aspecto informal, su media rota, su jugueteo con la cantante cuando le levanta la pollera ante la sonrisa cómplice de sus compañeros y la expresión de inocencia retratada en su rostro.
La contemplación de esta escena, nos introduce en la visión de aspectos infantiles del personaje, que podríamos decir se comporta como se podría comportar un niño que desea hacer lo que quiere y al mismo tiempo ser perdonado. El carácter pre-genital de su conducta, se pone de manifiesto cuando induce a Klara, para que le pegue en la cabeza o como cuando con actitud aminorada le pide prestado dinero a un compañero.

Por qué su trabajo es en un crematorio y cerca de la muerte?
Si bien esta situación puede ser una sutil ironía del director de la película, para simbolizar la injusticia del régimen político, en el que un músico de la orquesta filarmónica más destacada del país termina tocando en funerales, también podemos interpretar que ese trabajo poco creativo, desempeñado con

desgano y en un clima de aburrimiento expresa la melancolía de Louka y su dificultad para entrar en contacto con las cosas de la vida. Se disocia intentando evitar el enfrentamiento con su propia angustia, su frustración y sus miedos.

La relación de sometimiento a su madre – que encubre el sometimiento a su propia modalidad regresiva - así como la insensatez que lo llevó a perder su trabajo en la orquesta, cuando declaró frente al régimen socialista que estando fuera del país estuvo con un emigrante y que habló de "las tonterías de siempre", podemos interpretarlo como una rebeldía adolecente que muestra su resistencia a asumir una conducta responsable, que implicaría admitir limites y realizar duelos.

Encontramos un ejemplo de esta dificultad, cuando en el auto con su amigo y pasando cerca de un grupo de jovencitas, dice que prefiere no mirarlas porque así conserva la imagen de ellas siempre bellas. Pensamos que más allá de que con esta argumentación puede tratar de disfrazar su inhibición para mirar, de este modo demuestra también que opta por quedarse con la mujer ideal de la fantasía, para evitar el encuentro con la mujer que lo aproxime a la realidad.

Las relaciones que mantiene con sus amantes que tienen marido, solo en apariencia parecen ser símbolo de su potencia, ya que al ubicarse edipicamente en el lugar del tercero excluido, perpetua de ese modo su sentimiento de insuficiencia e incrementa aún más su inhibición para el desarrollo de la genitalidad madura.

Les habla por teléfono empleando un tono infantil, proponiéndoles pasar la noche en su "torre", para que le hagan compañía y lo ayuden a atemperar su soledad.

Recuerda que su padre le decía que no se tenía que casar si se dedicaba a la música y escuchamos a la madre decirle que un músico no debe tener hijos. Por una parte estos argumentos pueden ser mandatos paternos que él siente que necesita cumplir, pero por otra parecen ser recuerdos encubridores por medio de los cuales Louka intenta negar sus propios deseos inconcientes de seguir siendo un niño toda la vida.

Las relaciones sexuales con Klara parecen estar envueltas entre "sabanas de ternura", no obstante su elección narcisista de objeto se revela cuando toma la pierna de ella como si fuera su propio violoncello. Su fijación infantil y la perturbación en el desarrollo de la agresión, es lo que lo lleva a proponerle a la cantante que adopte diferentes posiciones para superar el hipo, así como también cuando a través de un humor ingenuo le explica que las palomas afilan sus picos simplemente para afilarlos.

Restaurando las lápidas de las tumbas y pintando con polvo de oro lo que ya no tiene vida, se encuentra con Broz, quien lleno de hijos y de mascotas parece ser su contrafigura y le ofrece contraer un matrimonio falso a cambio de dinero.
Malhumorado Louka visita a su madre, con quien esta identificado a través de la dedicación a la música. Se siente frente a ella exigido e impotente. Tal vez ser un virtuoso – como ella le decía – formaba parte de sus deseos de satisfacerla. Le reprocha a ella la ausencia del hermano, como representante de la ausencia paterna, sin embargo a través de ese reclamo y del lamento de haberse quedado "sin nada", encubre el sentimiento de triunfo de haber sido él quien se quedó solo a su lado. "Compraste la parte de tu hermano", es lo que la madre le responde sin tener conciencia del drama afectivo que contenian sus palabras. Los caños gastados y rotos de la casa pueden aludir al deterioro de ese vínculo materno filial, como si fuera expresión de lo insostenible de esa simbiosis.

Por qué Louka acepta casarse con la prima rusa del sepulturero?
Aparentemente muestra su modalidad de sometimiento que lo caracterizaba, pero desde lo latente podemos decir que dicho trato ilegal - la transgresión a la autoridad - constituía probablemente para él un acto de rebeldía con el que encubría su dificultad para oponerse a los ideales maternos .
El casamiento simulado y la obtención del dinero le alimentaba la ilusion de poder resolver aquello que sentía que le resultaba difícil hacer de otro modo. Como por ejemplo el deseo de tener un automóvil como símbolo de una mayor independencia. Una fantasía mágica semejante, contiene el hallazgo del pendiente en el techo de la casa materna, como si fuera el anhelo de obtener cosas valiosas sin tener que realizar el esfuerzo necesario para conseguirlas, como si el deseo fuera de que el bienestar "cayera del cielo".
Nadezha la joven rusa, necesita una nueva nacionalidad que le permitirá luego emigrar hacia Alemania Occidental para unirse con su amante. Habrá sido su identificación con ella, en el sentido de querer adquirir una nueva identidad para poder traspasar las barreras de su propia inhibición, otro de los motivos que lo llevó a Louka a aceptar ese convenio?

Kolya está presente entre los adultos mientras se contrata la boda. Lo vemos jugando y aparentemente desconectado, sin embargo bajo la mesa registra la entrega del dinero y pese a su corta edad podemos decir que comprendía y estaba afectivamente ligado con lo que estaba sucediendo.
Sabemos que los niños, aun muy pequeños tienen la posibilidad de lograr una percepción adecuada de lo que sucede a su alrededor, así como también tienen

una gran permeabilidad para percibir proceso inconcientes tanto propios como los de las personas que los rodean.
Interpretamos que la visión de la pareja unida – durante la ceremonia de la boda – le estimula la esperanza de tener cerca una figura masculina con quien identificarse y que al mismo tiempo pueda interceder entre él y su propia madre. Pensamos que con su simpática actitud, cuando imita la posición del león heráldico del escudo checoslovaco que estaba en el salón, expresa triunfo y fortaleza como si estos fueran logros ya obtenidos.
Sabemos que todo niño, durante su primera infancia, manifiesta un particular interés por su padre a quien considera un modelo ideal y a quien quiere imitar.
Ya Freud remarcaba la importancia del reconocimiento del padre como modelo de identificación diferenciado de la madre y necesario para el crecimiento. Melanie Klein, también enfatizó la importancia y el papel determinante que tiene la figura paterna, tanto real como fantaseada en la vida emocional del niño desde muy temprano y su papel relevante para la elaboración de la conflictiva edípica.

La emigración de la madre y la enfermedad de la tía a quien él llamaba abuela, lo instala a Kolya en la casa de Louka y ambos se ven obligados a convivir.
Las banderas de Rusia y Checoslovaquia, que es necesario exponer unidas, parecen ser símbolo de esta problemática.
La diferencia de nacionalidad entre ambos protagonistas, que implicaba a su vez el empleo de diferentes idiomas para poder comunicarse – el ruso y el checo – expone a los personajes a un esfuerzo de adaptación que encubre a su vez el trabajoso proceso de duelar, en el camino de desarrollar la propia identidad, entre los aspectos propios y los ajenos para la salida del narcisismo infantil.
"Nuestra y tuya" son las primeras palabras que Kolya pronuncia como simbolo de esa unión y al mismo tiempo de la diferencia entre ambos.
Para que un vínculo evolucione y crezca es necesario el intercambio mutuo, es decir una unión y en cierto modo una mezcla. Esta unión a veces es vivida como una herida narcisista, como un ataque a la propia individualidad. Será ésto lo que lleva a Louka decirle al niño que ambos eran esclavos, expresando de ese modo el contrariado proceso por el que tenían que atravesar para poder crecer y del cual no podían liberarse?
Vemos que el desarrollo de esta relación se realiza prescindiendo muchas veces del lenguaje hablado. Es interesante recordar que si bien el lenguaje verbal es el instrumento privilegiado para la comunicación, el logro de la misma no depende exclusivamente del uso del lenguaje verbal.

Chiozza, al referirse a la esencia de la comunicación en el vínculo psicoanalítico, cita a Bateson quien afirma que son los elementos metacomunicativos y metalinguisticos, que se diferencian del empleo idiomático de las palabras y abarcan el enorme campo de la mímica, el afecto, el gesto o el síntoma, los únicos con los cuales es muy difícil mentir.
La rivalidad que se entabla en los primeros contactos entre ambos personajes cuando discuten acerca de cuál es la bandera más hermosa, es una clara alusión a un conflicto fraterno y a la dificultad que Louka tenía para asumir la paternidad. Se proyectaban mutuamente las sensaciones de desvalimiento e impotencia inconciente. Louka mismo se sentía un niño necesitado y esto es lo que probablemente lo impulsa a recurrir al Servicio social y luego a su propia madre para que ellas se hagan cargo.
La aventura amorosa con Blanka, la alumna que quiere estudiar cello, parece estar motivada no solo por el deseo erótico, sino también por la búsqueda de una satisfacción vanidosa. El niño como espectador de esta escena, parece contribuir con su presencia al atractivo de la misma.

Mientras tanto Kolya, con su autenticidad, simpatía y ternura es una verdadera invitación al acercamiento.
Acompaña a Louka a los funerales y comienza a dibujar ataúdes y cruces. Ataúdes que para él no tienen el significado de la muerte ni de la melancolía, sino por el contrario el de la esperanza de vida y de crecimiento. Resulta conmovedora la adaptación y la identificación que comienza a hacer con el músico. Es por eso que con su gracia y espontaneidad le contesta a Louka, cuando con el teatro de títeres armó un crematorio, que estaba jugando a "su trabajo", expresando de ese modo su admiración con el mismo.
Sabemos que a través de los juegos y los dibujos los niños intentan elaborar sus propios conflictos, intimamente relacionados con las figuras parentales.
También es interesante señalar que mientras Kolya realizaba ese juego con la caja de zapatos que simulaba un cajón, acompañaba al sonido de cuerdas del viloncello, cantando las canciones religiosas como lo hacía Klara. Es probable que de ese modo dramatizaba no solo la escena completa del crematorio a la que él asistía diariamente, sino que simbolizaba también su identificación femenina – recordemos que cubrió al titere con una bombacha - como otro modo de poder conservar y mantener su lugar al lado de Louka.
La teoría psicoanalítica nos enseña que la bisexualidad forma parte de los momentos evolutivos normales en la temprana infancia y su desarrollo contribuye para el desenvolvimiento de la genitalidad definitiva.
La muerte de la abuela – percibida inconcientemente ya que concientemente no le fue informada - consolida aún más la relación entre ambos y así vemos

que Kolya imitando un cartel de la calle en el que un niño está tomado de la mano de un policía, decide darle la suya a Louka – que días antes había rechazado - expresando su decisión a adoptar y ser adoptado.
El verdadero niño abandonado, nos recuerda Chiozza, es el niño expuesto a un vínculo ambivalente sobre-protector con sus progenitores o con las personas encargadas de su crianza. El que se queda verdaderamente sólo, nos dice, logra estimular y encontrar a su alrededor el cuidado y el cariño que necesita para crecer.
La conmovedora conversación imaginaria que Kolya tiene con su abuela, estando en la bañadera y utilizando el duchador como teléfono, no parece ser un juego sino una conducta disociada, por medio de la cual el niño intentaba negar la percepción de la muerte de ella para atemperar la intensa angustia que sentia. Muerte que le recreaba el sufrimiento por el abandono de su madre, que por resultarle más traumático todavía, necesitaba reprimirlo. Tampoco es casual que esto transcurriera dentro de una bañadera con agua, símbolo del útero materno.
Cabe aquí una reflexión? Por qué Louka no pudo decirle al niño que murió la abuela?
La depositación en Kolya de su propia debilidad afectiva, le impide enfrentar más abiertamente el hecho doloroso.
Cuando un adulto miente, cree defender al niño del sufrimiento, sin embargo pensamos que este proceder no siempre es adecuado, sino que por el contrario corresponde a un pensamiento primitivo de que si se niega el dolor éste mágicamente se anula y entonces al dolor de la mentira se le suma al niño el de la confusión y la angustia. El enfrentamiento con las frustraciones como parte de la vida en la temprana infancia, facilita la discriminación entre los hechos de la realidad y de la fantasía.
También es interesante señalar que los niños generalmente son poco proclives a las mentiras y esto lo vemos en Kolya cuando grita y muestra que en la casa había agua, en el momento que le fue negada a los rusos.
Kolya no puede dormir, está angustiado y parado frente a la ventana, como alguien que esta "a la espera", dibuja con sus dedos una casa en el vidrio como símbolo de su añoranza. Sólo la voz de Zuzi, la tia maestra que habla ruso, logra calmar su ansiedad y hacerlo conciliar el sueño. El cuento, que a Louka le gusto tanto, que narra la historia de un águila que un día voló tan alto que llegó a una estrella para ver como vivían la oveja vieja y un corderito, es posible interpretarlo como un sueño de cumplimiento de deseos. Probablemente de ser él mismo el águila que pudiendo volar alto – símbolo de potencia – y con suficiente "garra", pueda hacerse cargo de la debilidad y la indefensión del cordero y la oveja, representantes de él y su madre.

Por qué Kolya se enferma?
Louka lleva a Kolya a sacar una fotografía y ésta parece ser la documentación que confirma la adopción. Podemos pensar que este acontecimiento, si bien era algo deseado, reactualiza en el niño el duelo por la pérdida y el abandono de la madre. Suponemos que con su trastorno, tal vez una neumonía, expresaba su desánimo así como la tristeza y el llanto contenido. En la investigación acerca de las fantasías específicas de los trastornos respiratorios Chiozza y colab sostienen que el paciente desanimado se siente impotente para satisfacer sus aspiraciones de cariño, atención y estima y este déficit lo experimenta como si fuera un "desaire". Pensamos que así se sentía Kolya en esos momentos y que no es casualidad que sea la imágen de la virgen – simbolo materno – la que aparece en sus pesadillas febriles y que la ausencia materna haya sido reemplazada con la llegada de Klara quien parecía saber cual es el cuidado y la atención que el niño necesitaba.
Por otra parte es interesante destacar que el dibujo que Kolya prende del extremo del tablero del teatro de titeres, cuando juega al crematorio, es una figura hecha con trazos colorados, que nos permite interpretar a esta como si fuera la percepción del niño de lo que luego sería su intenso estado febril.
La salida de Louka y Kolya al campamento, la plácida conversación entre ambos cuando estaban en el rio, el beso que Kolya le da a Louka antes de dormir llamándolo papá, así como la celebración de su cumpleaños y el regalo del violin, son otras ricas expresiones que aluden a la consolidación de la unión entre ambos y a las posibilidad de lograr una identificación duradera. Nace entre ellos una entrañable relación.
Kolya rechaza a su madre en el momento del reencuentro y se refugia entre las piernas de Louka, mostrando de ese modo su dificultad para la despedida. Es posible que la cercania de la madre le despertara ansiedades asociadas a sus fantasías incestuosas tentadoras y temidas al mismo tiempo.
Podemos decir también que aunque él fue abandonado, la proyeccción de sus propias fantasias destructivas, aumentaba el temor del enojo de la madre. Sabemos que la vida emocional de la primera infancia está invadida por intensos sentimientos contrastantes, que como la angustia y la culpa, incrementan la necesidad de proyectar en el exterior la existencia de figuras malas.

Si observamos a Louka y a Kolya como si no fueran personajes de la ficción, nos podríamos preguntar: fueron las circunstancias de la vida las que los juntaron en un ligamen paterno filial o la necesidad de este encuentro ya estaba presente como intimo deseo y disposición activa en la vida de cada uno

de ellos? Parece posible decir que Kolya, con sus cinco años, colaboró para poder encontrar al padre que necesitaba y que le facilitara elaborar los desenlaces de su conflictiva edípica y Louka a sus cincuenta y cinco y ya entrado en la edad de la madurez, intentó enfrentar el postergado drama edípico, para poder evolucionar y liberarse de su inhibición a la paternidad. Ambos compartían el mismo punto de urgencia.
El vínculo parece estar signado por una experiencia emocional positiva, que logró despertar el instinto paterno reprimido en Louka. En este sentido recordamos a Arminda Aberastury quien sostiene que un niño puede ser un verdadero agente de cambio en un grupo familiar, influyendo eficazmente para el vencimiento de las inhibiciones paternas, movilizadas muchas veces en éstos por profundos sentimientos de culpa.

Si contemplamos esta historia como si fuera un proceso analítico, podríamos decir que Kolya surge en la vida de Louka, como un recuerdo encubridor que revela aspectos reprimidos de su propia infancia, así como también de su padecer actual.
Una historia, nos dice Chiozza, sólo puede relatar aquello que vivimos en el presente, no como algo que ha pasado, sino como algo que no ha terminado de ocurrir.
El colapso del régimen socialista parece ser una representación, de la inevitable crisis que Louka tenía que enfrentar en su propia vida.
Su ambivalencia y su resistencia para el reencuentro con los recuerdos infantiles, se ponen de manifiesto cuando por un lado, desentierra sus propios juguetes y el teatro de titeres para dárselos al niño como un modo de revivir y elaborar su niñez y por el otro, la dificultad para entrar en contacto con ellos cuando pierde a Kolya en el subterráneo, como si dejara abandonada su propia infancia.
Durante gran parte de la convivencia Louka y Kolya comparten la misma cama.Estas imágenes podemos interpretarlas como un desdoblamiento, en el que Kolya parece representar al niño Louka que es necesario integrar para poder evolucionar y crecer.
Por qué Louka interrumpe su carrera en la orquesta filarmónica?
Sabemos que todo proceso de crecimiento implica la gratificación por la concreción de proyectos, así como el duelo por aquellas partes del mismo que corresponden al ideal del yo que no se concretaron. Todo proyecto cumplido nos enfrenta entonces con aquella parte del mismo que no se pudo materializar.
En este sentido el alejamiento de Louka de su carrera como músico de la orquesta, reflejaba posiblemente su dificultad para continuar en la medida en

que esto implicaba tener que enfrentarse con un proceso de desidealización personal, que le significaba admitir el limite de sus verdaderas posibilidades. Su sentimiento de debilidad e impotencia quedaban resguardados tras el mecanismo maníaco de la idealización, cristalizado tal vez en la fotografía de la orquesta, como si fuera la exhibición de un trofeo.
El pendiente que Louka le regala a Klara parece ser otro simbolo de esta misma dificultad, ya que aunque él conocía su procedencia y su valor, se lo entrega a la mujer como si fuera una joya.
Las tensiones entre Checoslovaquia y Rusia como problemática interna del país y la acusasión a los rusos de ser expansionistas e invasores, constituye otro símbolo del conflicto de Louka por el cual necesita proyectar en el exterior aquello que experimenta intimamente como despreciable y negar la importancia de lo que necesita. Se desprende del relato de los sucesos históricos reales, que durante la primera guerra mundial fueron los rusos junto con las fuerzas americanas los que ayudaron a Checoslovaquia para la liberación de la invasión alemana.
El interrogatorio al que es sometido por la policia secreta para que declare acerca del casamiento falso, podemos considerarlo como el conflicto con su propia represion frente al deseo de desarrollar una genitalidad madura. El hecho es amenazado con la castración, le dicen que perderá su lugar en la filarmónica, aunque ese lugar ya lo había perdido.
En su trabajo sobre El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo, Chiozza sostiene que a partir del malentendido que se basa en la existencia de una injusticia, es decir de que el padre puede gozar de algo que el hijo no puede, ésto conduce al niño a experimentar su crecimiento y su desarrollo sexual como algo que debe ser reprimido, en la medida en que apoyándose en ese equívoco la relación con el padre se convierte en rivalidad e incrementa la ansiedad de castración.
El progreso en el vencimiento de sus dificultades que le posibilitan asumir y hacerse responsable de sus propios actos y de la vida del niño como símbolo de la propia, se refleja en la huída que Louka emprende con Kolya huyendo de la srta. Zubata, la asistente social y en la negación a aceptar el dinero que Nadeszha quiere entregarle cuando viene a recuperar a su hijo.
Su preocupación y cuidado por Kolya, lo sorprende a él mismo, ya que se sentía un ser egoista como también le dice Klara. Esto nos recuerda las afirmaciones de Freud acerca de la importancia de la renuncia a la satisfacción pulsional como acceso a la cultura y a lo social. Se aprende a apreciar al ser-amado, nos dice, como una ventaja a cambio de la cual se puede renunciar a otras.

Aunque el desenlace de la película nos muestra un final que podemos considerar idealizado, de todos modos pensamos que la elaboración de los recuerdos de la infancia, el enfrentamiento con el dolor por la pérdida del narcisismo infantil, así como el duelo por los ideales inalcanzables, es el camino que posibilitaría a una persona como Louka volver a tocar en la orquesta y materializar su crecimiento a través de la unión con la mujer y la llegada de un hijo.

El contorno de la mano de Kolya, ahora más grande, queda marcada en el vidrio de la ventana del avión durante su partida. Serán éstas huellas el símbolo de la esperanza de crecimiento a través de la experiencia adquirida?

NIÑOS DEL CIELO

Director: Majid Majidi

Premio máximo del Festival de Montreal en 1997

Nominada al Oscar de la Academia por mejor film extranjero en 1999

Comentario de introducción al debate: Lic. Silvana O. Aizenberg

Fundación Luis Chiozza, 28 de abril de 2000

Esta historia, que transcurre en el sur de Teherán, en Irán, un país cuya cultura e idiosincrasia son diferentes a las del mundo occidental, logra transmitirnos contenidos afectivos con los que nos podemos identificar.

Desde la mirada de dos hermanos que deciden compartir un único par de zapatillas, intentaremos profundizar en el sentido latente de la temática de este film.

Durante la secuencia de títulos, la cámara nos muestra prolongadamente las manos de un zapatero reparando un calzado y Alí observándolo. Esas manos, con las huellas del trabajo y de la vida impresas en la piel, dedicadas a la tarea de reparar, parecen ser el símbolo de los modelos que Alí, este niño púber de 10 años, necesita para identificarse y continuar materializando su desarrollo.

Desde el psicoanálisis reconocemos el valor de las enseñanzas como transmisoras de normas y tradiciones familiares, particularmente durante la infancia. Sabemos que todo crecimiento depende de lo constitucional, es decir, de lo que cada niño trae como característica individual al nacer, de las influencias de los modelos heredados, así como de las experiencias posnatales relacionadas con las costumbres que forman parte de las circunstancias vitales.

Pensamos que la angustia y el sufrimiento que vemos reflejados en el rostro de Alí, en muchos momentos de la película –como cuando le revela a su hermana la pérdida de los zapatos o cuando es sorprendido por la autoridad del colegio al llegar tarde -forman parte de su modalidad de carácter, así como del carácter de los modelos de su entorno, que se caracterizan por la extorsión melancólica y el sufrimiento. Sufrimiento que,

por otra parte, dada su habitualidad, es egosintónico entre ellos y no parece registrarse como tal.

En su trabajo "Acerca de la extorsión melancólica", Chiozza sostiene que la extorsión se sustenta en experiencias de la infancia en las que los niños pequeños se entrenan para conseguir lo que quieren a través del sufrimiento, y que este método de conseguir las cosas opera luego en la vida adulta. Destaca que para evitar el dolor de tener que renunciar a una ilusión, el sufrimiento surge como una manera de forzar al destino para lograr lo deseado, como el niño lo hacía con los padres durante su infancia. Denomina "melancolía" a esta extorsión y añade que si bien es un padecer auténtico, como actúa sobre el objeto, promueve sentimientos de culpa que en ocasiones pueden llegar a ser intolerables.

Podemos interpretar la pobreza del ambiente familiar en el que Alí vive, los requerimientos económicos a los que su padre no puede hacer frente, así como la enfermedad de la madre (que afecta su columna y la limita para trabajar), como representaciones de su propio sentimiento de falta de sostén y protección para enfrentar su crecimiento. La pubertad es uno de los momentos de la vida en el que se reactivan la inseguridad y los temores que ocasionan el proceso de desprendimiento de los padres, apoyado en el modelo de las experiencias tempranas.

El pan que los panaderos sacan del foso-horno y le entregan a Alí, quien lo envuelve para llevarlo, parece una escena de nacimiento. Probablemente sea el símbolo de la nueva etapa de su vida de la cual tiene que hacerse cargo.

Nos podemos preguntar: ¿Por qué Alí, que colabora responsablemente con las tareas del hogar, pierde los zapatos de su hermana en la verdulería? ¿Y por qué precisamente los zapatos?

Consideramos que dicha pérdida es un acto fallido, que como todo acto fallido responde a motivaciones inconcientes. Probablemente fueron sus sentimientos de culpa los que lo llevaron a exponerse a dicha pérdida y a su consecuente angustia por temor al castigo. Castigo que al mismo tiempo parecía ser no sólo temido sino también esperado, como si fuera una sanción merecida.

Freud describió al Superyó como una de las instancias psíquicas que se caracteriza por la identificación con el Superyó parental o con el de otras figuras significativas de la infancia, como la de los maestros, que a su vez reciben la transmisión de los valores a través de las generaciones. Trazó una nueva moral del niño afirmando que los niños aparentemente desaprensivos o inocentes llevan dentro de sí un Superyó severo. Sostuvo

que, cumplida la identificación con el Superyó de los padres, es luego el propio Superyó quien ejerce su poder o su rigor, vigilando y castigando al Yo. Comprendió que muchos de los trastornos o transgresiones de la infancia, así como el desarrollo de una persona inadaptada o criminal, no se deben a la permisividad consigo mismo, sino que, por el contrario, parecen cumplir con instancias severas que los impulsan a buscar el castigo para expiar la culpa.

Melanie Klein, al ocuparse de la vida emocional temprana, también remarcó la existencia de un Superyó severo con un carácter extremadamente persecutorio, que puede perturbar el desarrollo infantil. Afirma que, en la medida en que el niño avanza en la integración de sus sentimientos tanto del amor como del odio, cuando puede reconocer la existencia de un objeto total y adquiere una mayor confianza en su capacidad para reparar al objeto dañado, atempera sus ansiedades y los sentimientos de culpa.

La figura amenazante del director del colegio, con la vara en la mano, dispuesto a castigar, parece ser un representante de dicho Superyó sumamente persecutorio.

¿Por qué Alí, un niño estudioso y aplicado, podría sentirse culpable y merecedor de castigo? Dichos sentimientos de culpa pueden adscribirse a dos aspectos que parecen centrales en su vida. El primero, al sentimiento de insuficiencia que experimenta para hacer frente a su crecimiento y al deseo de resolver las penurias familiares, en particular el anhelo de satisfacer a su madre, quien yacía enferma y desdichada. En este sentido, todo lo que él hace para compensar a su hermana por la pérdida del calzado representaría, en gran parte, un desplazamiento del deseo de reparar a su madre.

Sabemos que la distancia que existe entre las aspiraciones ideales y los rendimientos posibles es experimentada por el Yo como sentimiento de culpa. El sentimiento de culpa, desde este punto de vista, equivale a un sentimiento de falta al no poder alcanzar dichas metas y suele expresarse como fantasías inconcientes de castigo.

¿Por qué debería ser Alí quien lleve a cabo la reparación? Probablemente por su sentimiento de omnipotencia. La omnipotencia, que cumple en los primeros meses de vida una función útil y que decrece a lo largo de una evolución adecuada, constituye también un mecanismo de defensa maníaco por medio del cual los niños intentan sentirse menos desamparados; al mismo tiempo los hace sentirse únicos responsables de los acontecimientos familiares.

El segundo de los motivos que subyace al malestar de Alí está ligado a los conflictos que sentía en la relación con su atractiva y seductora hermana, Zahra. Sus fantasías sexuales y sus deseos incestuosos propios de la edad recibían el peso de una culpa inconciente que intensificaba la tentación y la búsqueda de castigo.

Cuando frente a la autoridad del colegio, representante de la figura parental, él se disculpa levantando previamente su dedo índice para pedir permiso para hablar, su conducta, más allá de ser un hábito del medio social en el que vive, parece una franca invitación a ser reprendido.

El ocultamiento que ambos niños hacen de la pérdida del calzado, sin que se cumplan las amenazas de Zahra de contar lo sucedido; la alianza que los dos mantienen en su secreto intercambio de notas en sus cuadernos, ante la mirada censuradora de su padre; el hecho de compartir las zapatillas para ir al colegio; los regalos que Alí le hace a su hermana, de un lápiz primero y luego de la lapicera que obtuvo como premio a su rendimiento escolar y que tienen cierto carácter de soborno, parecen ser símbolos inequívocos que reflejan tanto el deseo como la verdadera unión entre ambos.

Los zapatos y los lápices son referencias a la genitalidad. Los zapatos, más allá de ser un signo de libertad --como lo era para los antiguos--, constituyen un símbolo del sexo femenino, y los lápices, del masculino.

El lavado de las zapatillas, que Alí le propone a Zahra como solución frente a su reclamo, dada la vergüenza que ella sentía de usarlas sucias, expresa la necesidad de ambos por "blanquear", como si fuera una forma de exhibir su inocencia.

El juego en el cual estos niños descubren la magia de las pompas de jabón nos conduce también al significado que el psicoanálisis atribuye a los globos, que por su singular propiedad de poder elevarse simbolizan la erección genital, al mismo tiempo que su estallido en el aire refleja la angustia que experimenta el Yo frente al incremento de la excitación sexual. Las callejuelas de ese suburbio iraní, por las que Zahra y Alí transitan y corren, son otra alusión a la movilización de sus pulsiones instintivas presentes y pujantes en sus vidas.

Cuando Freud analiza las motivaciones inconcientes de las mentiras infantiles, sostiene que éstas siempre intentan encubrir un amor de características incestuosas.

En su trabajo "Acerca del incesto y la homosexualidad como diferentes desenlaces del narcisismo", Chiozza destaca la existencia de dos tipos de identificaciones. Las identificaciones primarias son las llevadas a cabo con los objetos originales pre-natales, de las cuales surge un Superyó precoz con un doble carácter persecutorio y protector. El carácter persecutorio de este Superyó es altamente tanático y en él se encuentra el origen de la culpa inconciente heredada que conduce a la necesidad de castigo y a la consumación del incesto. Las identificaciones secundarias son las provenientes de la introyección de objetos gratificantes y conforman un Superyó que adquiere una estructura más atemperada, con un carácter protector.

Señala Chiozza que el Superyó precoz conduce al incesto, prohibido por el Superyó tardío. La prohibición superyoica del deseo incestuoso, derivada de las identificaciones secundarias, encubre entonces la existencia de un mandato superyoico más primitivo que conduce hacia su realización.

Estas conceptualizaciones nos permiten comprender mejor el conflicto por el que estaban atravesando Zahra y Alí. Si bien en la historia de estos hermanos no existe la consumación material del incesto, pensamos que ambos se sentían sometidos a un Superyó excesivamente severo, que incrementaba sus fantasías incestuosas y sus sentimientos de culpa inconciente.

Cuando en el camino al reencuentro con su hermano para el intercambio de zapatillas, a Zahra se le cae una en el canal con agua, esta caída representa un acto fallido en el que probablemente se expresa su ambivalencia de seguir adelante con el pacto fraterno.

La convivencia de la familia en un solo ambiente por momentos parece un modo de vida al que se habían adaptado; no obstante, pensamos que la cercanía física, como el dormir compartido, despertaba una sobrestimulación que afectaba a todos, en especial a los niños. Tal vez esa era la principal razón por la cual el bebé de la casa estaba mal y lloraba todo el día, sin que su madre supiera qué le pasaba.

El enojo y los gritos del padre, cuando sanciona a su mujer por haber discutido con el dueño del inquilinato, expresan su impotencia y celos. Celos e impotencia que probablemente Alí y Zahra también experimentan al sentirse expuestos permanentemente a la escena primaria.

¿Podría ser ésta una de las razones que explican el hecho inverosímil de que estos hermanos no peleen, como sucede habitualmente entre hermanos? ¿Acaso a través de su unión sentían que eran ellos quienes excluían de su relación a los progenitores?

También podemos interpretar que el estrecho vínculo entre ambos los hacía sentirse más aliviados y solidarios frente a los sentimientos de culpa. Quizá intentaban compensar entre ellos el abandono que en parte sufrían. Es habitual que cuando un niño se siente abandonado experimente dicha situación, como si el abandono derivara de su falta de capacidad personal para ser cuidado y querido; y muchas veces, para contrarrestar estos sentimientos, no es raro que el niño se imponga algún tipo de rendimiento particular, generalmente experimentado como una exigencia inalcanzable.

Los zapatos color rosa –simbolo de la excitación – en poder de otra niña, es un descubrimiento que despierta en Zahra impotencia y enojo. Si bien dicho enojo parece justificado porque la compañera tiene algo que es suyo y que además lo necesita, también parece simbolizar su conflicto edípico, sus sentimientos de envidia y celos, como lo vemos reflejado en la expresión de su rostro cuando la compañera le muestra los zapatos nuevos que le regaló su padre como premio.

Los rituales religiosos, como el de descalzarse para entrar a la casa o la ceremonia de duelo por el Día de los Muertos, son ritos de purificación. La recurrente escena de Alí tomando agua en los grifos del patio de su casa o de la calle podría ser equiparada a dichos ritos, como conductas tendientes a calmar su creciente excitación, así como una fantasía de limpiar aquello que sentía como sus íntimos y oscuros deseos.

En una escena conmovedora, el realizador de este film muestra el peso que puede llegar a tener la religión, como tradición y herencia, en la vida cotidiana de este país musulmán: el padre niega a su pequeña hija un terrón de azúcar recordándole que el azúcar pertenece a los fieles de la mezquita, quienes se la entregaron para su custodia.

Este comportamiento represivo, más allá del peso de las creencias religiosas, nos permite reflexionar acerca de las consecuencias que tienen para todo desarrollo humano la falta de límites y de conductas morales. Si bien una actitud excesivamente moral lleva a bloquear afectos y necesidades profundas, la ausencia de ella perturba seriamente el crecimiento.

Freud remarcó que la severidad del Superyó no siempre refleja la severidad del trato que se le ha dado al niño, porque un niño educado blandamente puede desarrollar una conciencia moral muy severa. Destaca, sin embargo, que el rigor de la educación ejerce una influencia poderosa sobre la formación del Superyó infantil, es decir, adquiere una función protectora.

¿De qué modo influía en la vida de Alí y Zahra la educación que recibían?

Como ya dijimos, en la vida de estos niños predominaba la existencia de un Superyó severo, así como una modalidad familiar de insatisfacción y extorsión melancólica. Esto es dramatizado cuando el padre de Alí lo insulta y reprende por no colaborar con las tareas de la casa y con la madre enferma, del modo como él había ayudado a sus padres cuando tenía apenas 9 años.

La represión de la sexualidad y de la masturbación infantil se pone de manifiesto en la separación de los niños y niñas en los colegios y en el discurso que reciben las niñas por parte de una autoridad escolar, en el cual se les exige prestar obediencia al líder, estudiar, no mirar demasiados dibujos animados, hacer las tareas y cortarse las uñas regularmente porque las bacterias quedan debajo y cuando comen con las manos se pueden enfermar.

Sin embargo, también podemos afirmar que en la crianza de Zahra y Ali, la ausencia de sobreprotección parental, la coherencia en el trato cotidiano, la convicción de los padres en sus creencias, la existencia de normas morales y la generosidad (como cuando se le encarga a Alí que lleve un plato de sopa a los vecinos), significaban un soporte importante para el desarrollo de estos niños.

La colaboración de los hermanos en las tareas de la casa (hacer las compras o cuidar al bebé) , parece restarles en algunos momentos el espacio o la libertad para vivir su niñez; no obstante, el hecho de realizar dichas tareas también los tranquilizaba y los hacía sentir más satisfechos consigo mismos y más confiados en sus capacidades vitales.

Con su conmovedora actuación, Zahra y Alí logran conectarnos con la autenticidad que caracteriza a la infancia, como cuando pasan del llanto a la risa con facilidad. Demuestran su sensibilidad cuando van a reclamar los zapatos de Zahra a la casa de la otra niña y desisten de su objetivo –sin necesidad de que medien palabras entre ellos– al percibir que el drama de tener un padre ciego es peor que el de perder un par de zapatos.

Alí acompaña a su padre a buscar trabajo y para ello van al barrio de las mansiones. Su viaje en bicicleta a través de avenidas bordeadas de grandes edificios parecen simbolizar la ampliación de su propio mundo interno, abierto y dispuesto a incorporar nuevas experiencias y hacer frente a nuevas realidades.

El contraste entre el barrio residencial de mansiones custodiadas y calles bien pavimentadas con las callejuelas retorcidas y las casas precarias del barrio donde ellos vivían muestra el enfrentamiento entre lo nuevo y lo viejo. Enfrentamiento que forma parte del momento vital de este niño, en el que la infancia cede lugar a la pubertad. El duelo por el Día de los Muertos, del que Alí había participado sirviendo el té, podría ser considerado una referencia al duelo que necesitaba hacer por la pérdida de su temprana infancia.

Las dificultades de su padre para hablar por los porteros eléctricos y ofrecer sus servicios de jardinería revela que el niño comienza a tener una nueva imagen del padre, imagen ahora desidealizada, como parte de su proceso normal de crecimiento. La idealización es uno de los mecanismos de la temprana infancia, por medio del cual los niños le atribuyen ilusoriamente a los padres poderes máximos, para poder sostener la creencia de tener una protección ilimitada.

Alí exhibe su capacidad para hablar y gracias a su desenvoltura continúan las tratativas y el padre es contratado. Podemos interpretar esta escena, por un lado, como su deseo de evitar el fracaso y, por el otro, como el florecimiento de la conflictiva edípica con la satisfacción de haberlo superado. También cabe interpretar que con su actitud disciplinada y de buen estudiante -actitud que le atribuye su maestro cuando lo defiende frente al director del colegio- intentaría satisfacer las expectativas inconcientes de sus padres, que forman parte de su propio ideal del Yo.

¿Por qué se accidentan Alí y su padre al regresar al hogar con la vieja bicicleta, después de haber ganado el tan ansiado dinero? Si bien no fue una caída de mayores consecuencias, en cambio fue intenso su temor frente a la posibilidad de que sucediera. Tal vez simboliza el sentimiento de impotencia que ambos sienten frente al temor de no poder sostener y llevar adelante sus deseos o proyectos. El padre, de concretar sus fantasías de progreso y de una vida más gratificante para él y su familia; Alí, de acceder a un mundo diferente al suyo, tal vez parecido al del niño de la mansión con el que jugó mientras su padre trabajaba.

¿Qué oculta el deseo de Alí por participar en la carrera de atletismo? Su propósito de lograr el tercer lugar a fin de ganar las zapatillas para su hermana encubría un deseo más íntimo, que era el de ocupar el lugar más importante en la vida de ella exhibiendo para ello su capacidad muscular y su potencia. La competencia y la rivalidad que él no expresaba en su comportamiento cotidiano, se ponen de manifiesto en su afán por ganar y quedan proyectadas en el empujón que uno de los participantes de la carrera le da para descalificarlo.

Alí recurre hasta el llanto extorsivo para conmover y convencer al profesor que le tome la prueba para acceder a la competencia, sin embargo el logro obtenido no fue solamente por su lamento, sino por su capacidad para correr y el esfuerzo que realizó para ganar. Su empeño delata la imperiosa necesidad que tenía de llevar adelante su proyecto, como una moneda de cambio tal vez, que le permitiera obtener valoración y reconocimiento.

Cuando obtiene el primer premio lo vemos apenado y cabizbajo, como si estuviera avergonzado. Probablemente intenta disfrazar con esta actitud sus verdaderos sentimientos inconcientes de poder, que aparecen representados en la euforia y la satisfacción del director y el profesor de gimnasia frente a su victoria. El ritmo acelerado de la respiración pulmonar, impuesto por su esfuerzo físico, parece una imitación de la agitada respiración que acompaña un coito.

En su investigación acerca de "Los significados de la respiración", Chiozza y colaboradores sostienen que la respiración pulmonar corresponde desde lo afectivo a sentirse alentado, mientras que la disnea puede ser interpretada como un desarrollo equivalente al afecto desaliento. Afirman que la respiración anhelante, que es una forma particular de disnea, representa desde el punto de vista psíquico la existencia de un deseo vehemente.

Alí se ve enfrentado a la realidad cuando, de regreso a su casa con la medalla obtenida y las zapatillas gastadas, el premio no es su hermana. Sin embargo, el picoteo de los pececitos de la fuente en la que sumerge sus pies ampollados parece curar el dolor de sus ambiciones frustradas, como si fuera el símbolo de la existencia de objetos internos buenos capaces de calmar el sufrimiento. La intención pretenciosa, el sentimiento de descontento y la excitación acumulada que no puede descargarse, son las fantasías que Chiozza y colab. describen en el Esquema para una interpretación psicoanalítica de las ampollas, como presentes en este trastorno.

El objeto bueno también queda simbolizado en la imagen del padre, a quien con aspecto distendido se lo ve realizando compras para el hogar, entre ellas un par de zapatos para Zahra y unas zapatillas blancas para Alí.

Conocemos la importancia que tiene en las fases más tempranas del desarrollo poder integrar la percepción y la introyección del objeto bueno gratificante, con la percepción y la introyección del objeto malo derivado de las experiencias de frustración, como base de la estabilidad y de la definición del carácter. Las impresiones de la primera infancia y el modo

en que ésta transcurre dejan huellas inconcientes que conforman las disposiciones caracterológicas que generarán la forma de ser y de enfermar en el futuro.

En síntesis, la historia de Alí y Zahra Mandegar es un despertar a la genitalidad propio de la pubertad, genitalidad que, enfrentada con un Superyó severo, los hacía sentirse culpables, los impulsaba al sufrimiento como castigo y les podía dificultar el duelo por la renuncia al incesto.

Podemos hacer extensiva esta misma problemática a la vida adulta, en el que la satisfacción por el diario vivir, es ocupada muchas veces por el padecer y la insatisfacción, que censuran desde los sentimientos de culpa y perturban los duelos y la realización de las verdaderas posibilidades vitales.

¿Por qué conmueven tanto las películas en las que los protagonistas son niños? Quizá porque nos recuerdan nuestra propia historia, o quizá porque ellos encarnan las visiones de nuestros sueños, y en ellos depositamos la esperanza y la pasión por la vida.

LA LENGUA DE LAS MARIPOSAS
Dirección: José Luis Cuerda
Escritor: Manuel Rivas
Guión: M. Azcona, José Luis Cuerda y Manuel Rivas
Gregorio: Fernando Fernán Gómez
Música: Alejandro Amenábar
Moncho: Manuel Lozano (elegido en un casting de 2000 niños)
Premios: Premio Donostía del Festival de San Sebastián a Fernando Fernán Gómez como Mejor Actor.
Es uno de los tres relatos del cuento "Qué me quieres amor" de Rivas.

Con un comienzo de fotografias en blanco y negro , el director José Luis Cuerda, nos ubica en la vida de un pueblo rural de Galicia, en la España de 1936 en los albores de la Guerra Civil Española. La secuencia de imágenes despiertan un clima nostálgico, semejante al que solemos experimentar cuando miramos fotos familiares y evocamos recuerdos a los que les atribuimos el significado de nuestra historia.
Con la última foto proyectada, ingresamos como si traspasaramos por el dintel de una puerta, en la sastreria-hogar de la familia. La camara nos conduce desde la cama de los padres, hacia la de cada uno de los hermanos en la que vemos al hijo menor desvelado en medio de la noche.
Ramón a quien le dicen Moncho, está pensativo, tocándose la cabeza y con un libro apoyado sobre su abdómen. Al día siguiente va a ingresar tardíamente a la escuela, torturado por la idea de que los maestros les pegan a los alumnos. Despierta a Andres buscando consuelo, sin embargo el

dialogo entre ellos no parece tranquilizarlo, sino que por el contrario parece reafirmarle la idea de que si no obedece “cobrará”, como le dice el hermano.

Qué afectos se esconden detrás de este argumento de que los maestros pegan?

Freud enseñó que los maestros constituyen sustitutos de los objetos primarios, con quienes se experimentan las ambivalencias propias del conflicto edípico, el amor, el odio y el temor al castigo como retaliación.

Desde la teoría de L. Chiozza sabemos que el conflicto edipico es una versión que se basa en el malentendido de considerar que el padre tiene un privilegio que el niño no tiene.

Sobre este malentendido se apoya el temor de Moncho. Manifiesta la fantasía de recibir una represion que el siente merecida, por la estrecha unión que mantenía con su madre. Unión que para él probablemente implicaba también el sentimiento de triunfo de haber desplazado al padre.

“ Ya sabe leer y escribir pero es como un gorrión que es la primera vez que sale del nido”, dice la madre cuando lo acompaña al colegio y lo presenta al maestro el primer día de clase.

La comparación con un gorrión que sale del nido, es una clara metáfora que alude al nacimiento.

El asma al que se le adjudica la responsabilidad por el retraso en la escolaridad, oculta la dificultad del niño para superar el vínculo simbiótico que mantenía con su madre. Chiozza y colab en el trabajo acerca de Los significados de la respiración, describen que las dificultades respiratorias expresan la existencia de fantasías omnipotentes de poder

prescindir del intercambio social, cuando ese intercambio se lo vive como si fuera una amenaza de frustración.
En los enfermos asmáticos, dicen, la dificultad espiratoria configura el sentimiento de ahogo que se experimenta en un vínculo estrecho de características simbióticas. Vinculo que se mantiene con un objeto, que en la vivencia el sujeto lo experimenta como una continua amenaza de abandono. El paciente intenta retener al objeto, pero esto se le convierte en una vivencia tóxica, del mismo modo como el aire retenido pierde su contenido de oxígeno e impide la obtención de aire nuevo. El conflicto entonces gira alrededor de retener o expulsar a la madre. El abandono se experimenta como un desaire proveniente de un objeto desalentador.

El inhalador con el que Moncho ingresa al colegio y del que no se desprende, es un objeto transicional, por medio del cual intenta calmar su ansiedad frente a la temida separación. Su primera jornada escolar la pasa en el monte, luego de huir de la clase en la que los otros alumnos se rien de él, mientras él se orina parado frente al maestro.
Agitado, parece buscar entre las mujeres del mercado y del rio a su madre. Atraviesa un puente, se introduce en el bosque y se duerme bajo un árbol. Esta escena refleja su angustia y el deseo regresivo de poder recorrer el camino inverso al nacimiento, vinculado también con sus dificultades respiratorias, sin embargo los hombres que portando luces lo encuentran, llamándolo en el medio de la noche, también simbolizan su propio deseo de ver la luz a través de la salida a la vida post-natal.
Su huída del colegio, que por otra parte ya había anunciado la noche anterior en la conversación con su hermano, puede

ser justificada por el dolor que le ocasionó la burla de los compañeros, sin embargo también es posible interpretarla como motivada por la dificultad que sentía para integrarse al grupo de pares y tolerar la competencia, la rivalidad o los celos. Desde el psicoanálisis sabemos que sobre los compañeros se transfiere un vínculo semejante al que se tiene con los hermanos. G. Chiozza, en oportunidad de la introducción al debate de la película Toy stories, destacó que es en el vinculo fraterno en el que predomina la rivalidad, porque son los hermanos quienes se encuentran en igualdad de condiciones frente al objeto que desean, la madre.
En este sentido, en varias ocasiones lo vemos a Moncho rivalizando con su hermano, exhibiéndo sus capacidades, sobre todo en el terreno intelectual. Como cuando muestra su simpatía y su rapido ingenio durante las clases de música y ésto es lo que lo lleva al profesor decirle a Andres: "a ver si va a resultar que el músico es tu hermano". También en otras ocasiones, intenta provocar su envidia, cuando le cuenta lo que le enseña el maestro en la escuela, como el significado de la palabra Tilinorrinco o su sabiduría acerca de donde queda Australia.

Qué expresa la pérdida del control de esfinteres que sufre el niño frente al maestro?

Más allá de la ansiedad que como dijimos, implicaba la salida del ámbito familiar, la incontinencia simboliza su conflicto con las ambiciones. En los trabajos de investigación acerca de los trastornos urinarios Chiozza y colab. describen la incontinencia urinaria como una micción contrariada, desencadenada por el deseo de retener la orina. El significado de dicha retención urinaria expresaría la

fantasía inconciente de no tener que renunciar a las ambiciones y evitar el dolor de tener que hacer duelos.
Para Moncho el desprendimiento de la madre y los limites con los que tenía que enfrentarse en el colegio, representaban duelos que probablemente quería evitar.
Recordemos que en la noche anterior a su comienzo escolar, tenía un libro apoyado sobre el abdómen, como si con esto comunicara sus ansias de asimiliar las enseñanzas de manera osmótica, sin tener que hacer los esfuerzos necesarios para lograrlo, para los cuales probablemente no se sentia del todo capacitado.

Don Gregorio, el maestro, va a su casa para pedirle disculpas de parte de sus compañeros. Su actitud marca el inicio de una importante relación entre ambos y también el inicio de una fiel confianza de parte del niño. La escena en la que Moncho presencia la conversación entre el maestro y sus padres quienes parecen todos sentirse culpables por lo ocurrido en la escuela, puede ser interpretada como el triunfo de la extorsión melancólica por parte del niño para obtener el beneficio de la atención, sin embargo la existencia de un objeto ideal confiable, representado en este caso en la actitud de honesta preocupación del maestro, es una de las condiciones necesarias para el proceso de crecimiento en la infancia.
De vuelta a la escuela el alumno es recibido, a instancias del docente, con aplausos por sus compañeros e invitado a sentarse en un lugar preferencial a su lado.
Pensamos que de este modo se ponen en evidencia algunos rasgos de su carácter, ya conformado a su edad, de sobresalir

y destacarse. Vemos la satisfacción retratada en su rostro cuando frente a la adivinanza que el maestro propone, es el quien da la respuesta adecuada y no sus compañeros o como cuando más adelante lo vemos orgulloso portar la bandera del grupo musical, que acompañaba.
Su deseo de destacarse, tal vez corresponde al sentimiento inconciente de que solo de ese modo iba a ser querido por sus padres. Evitar el abandono por parte de la madre y lograr el amor del padre que era la figura más ausente en su vida.

Qué podemos decir de Don Gregorio?
Es uno de esos maestros que no se ocupa de que sus alumnos incorporen solo conocimientos académicos, sino de que sepan- por ejemplo- por qué las mariposas necesitan una lengua espiralada para alimentarse. Translada sus clases al campo, donde los chicos disfrutan del juego y del aprender sin inculcarles el saber por el saber mismo sino que les permite aprender de un modo activo teniéndoles paciencia y suficiente tolerancia.
Sorprende la escena en la que el maestro durante una clase, cuando no puede silenciar las voces bochincheras de los alumnos, se retira hacia la ventana para mirar el cielo. Su actitud moderada es coherente con lo que enseña.
Transmite el amor por lo intelectual así como la posibilidad de sostener una moral rigurosa pero no instransigente, como cuando devuelve los capones que el padre de un alumno le regala para que el hijo aprenda las cuentas y se permite argumentar una mentira, como la de que el médico no le deja comer carne de volátiles.
La frecuente y tan cotidiana dificultad para integrar en la vida el trabajo con el placer, no parecía ser un conflicto para

este maestro, sino que por el contrario vemos que su existencia transcurría de un modo semejante tanto dentro como fuera del aula.

El ingreso de Moncho al colegio, inaugura una etapa en la que la curiosidad intelectual y la sublimación, comienzan a ocupar su valioso lugar.

De este modo vemos al niño cuestionarse acerca de los grandes enigmas de la vida, como cuando en una sobremesa, junto a la madre y el hermano pregunta acerca de la existencia de Dios, del demonio y acerca del significado de la palabra ateo. Sus cuestionamientos cargados de suficiente inocencia y suficiente astucia dan una muestra clara de la agudeza de su capacidad de pensar. Para Freud la capacidad de investigar en los niños pequeños es autónoma y se encuentra activa desde muy temprano en la vida.

La represión de los impulsos instintivos, quedan a cargo de la versión materna, quien con palabras amenazadoras le dice al hijo que el demonio era un ángel que se hizo malo, se rebeló contra Dios y por eso lo llaman el ángel de la muerte. O en manos del parróco del pueblo, quien en dialogo con el maestro, y luego de haberlo expuesto al niño a decir oraciones en latin, lo acusa al docente de haber desviado al niño del interés religioso. “Empezar a ir al colegio y torcersele el interes es todo uno”.

Podemos decir que esta película, desde los ojos de un niño, nos habla de la vida. Su titúlo La lengua de las mariposas, alude probablemente al significado que desde la interpretación simbolíca se les atribuye a las mismas. Debido a su metamorfosis de oruga a mariposa, se las considera un

simbolo de vida, como renacimiento y resurrección. Para los griegos antiguos la mariposa representaba el alma y en China y en Japón la inmortalidad y la alegría.
El personaje que nos ocupa atraviesa durante su crecimiento, por diferentes momentos afectivos. La angustia de la ruptura de la simbiosis materna y la salida a la exogamia; el sabor de la camaraderia como la amistad que crece entre él y Roque. La vivencia de injusticia, como cuando lo defiende al amigo del atropello que sufrió por parte del hijo del acaudalado. La curiosidad por la sexualidad, propia de la infancia, que se refleja cuando él y sus amigos espian con las orejas – como diría Freud - las confesiónes que O Lis le hace al cantinero acerca de que Carmiña es puro fuego y que no tiene vergüenza. Las fantasías sádicas del coito, que también forman parte de los componentes sexuales innatos infantiles como una proyección de sus propios instintos agresivos, están proyectados en los encuentros fogosos de la pareja que presencian Moncho y su amigo.
El asesinato del perro en manos de O Lis, combina por un lado la proyección de la existencia de las pulsiones primarias de crueldad y violencia y por otro, la muerte de Tarzán, parece anunciar la necesaria represión de lo puramente instintivo, como proceso necesario en todo crecimiento.

La orquesta Azul de Galicia, marca un hito en la vida de los hermanos. La integración social y la salida por los pueblos es al principio desalentada por la madre, quien con la amargura propia de la frustración y la inhibición sexual, intenta reprimir en los hijos los signos de vitalidad y erotismo, representados por la música y el olor del uniforme

que Andres tenía que vestir, pero que previamente tenia que ser lavado.
La fiesta de carnaval y el baile al compas de la rumba, bajo la mirada aprobatoria del maestro, también es un signo de expresividad vital, que es interrumpida por la lluvia, como si ésta simbolizara la represión de la sexualdiad. Una escena semejante, transcurre en el festejo del 14 de abril Día de la República, en el que la reunión amistosa y la música al compas de los platillos de la orquesta, es ensombrecida por la aparición inesperada de la guardia civil montada.
La historia oculta del padre de Moncho, la unión con otra mujer y la negación de la existencia de una hermana son secretos que parecen sostenidos por intensos sentimientos de culpa. Sentimientos de culpa que en este caso recaen sobre la sexualidad. Por qué Carmiña no vive con nosotros, le pregunta Moncho a su hermano? y éste le responde que porque mamá piensa que ella es una puta.
El niño asiste escondido, detrás de unos muros, el entierro de la madre de Carmiña. Esta nueva experiencia, que lo lleva a preguntarse acerca de si cuando uno se muere, se muere o no se muere, más allá de su autentica inquietud por las cosas de la vida y la muerte, oculta probablemente el interés que él tenía por su padre. Su presencia silenciosa en el cementerio, revelaba el deseo de comprender algo más acerca de su vida y participar junto a él de lo sucedido. La relación cotidiana entre padre e hijo parecía carente de vínculo, intermediado permanentemente por las intervenciones de la madre, sin embargo es con las características de ese padre que Moncho se identifica y con la relación que con él tenía. Tal vez esto explica una de las razones de la conducta que asume en el desenlace final de esta película.

“La naturaleza es el espectaculo más sorprendente que puede mirar el hombre” afirma el maestro, en un paseo por el campo. Las mariposas tienen una trompa como la de los elefantes pero finisima y enroscada como el muelle de un reloj”. Para qué sirve esa lengua? Para poder alcanzar el nectar que las flores guardan en sus cálices. El néctar es un jugo azucarado que segregan las flores para atraer los insectos y los insectos se encargan de sembrar la semilla de las flores.

Esta salida parece rodeada de frescura y bienestar pero por qué Moncho sufre un ataque de asma?

Posiblemente el relato acerca de la función de la lengua de las mariposas que alude al ciclo vital y a la fecundación, junto al atractivo que le representaba como expresión de libertad, el paseo al aire libre, actualizan el conflicto que tenía en relación a ruptura de la simbiosis materna. En ese sentido, no es casual que el método que utiliza el maestro para recuperar su equilibrio respiratorio, sin tener conocimiento conciente de ello, fue introducirlo en el agua como si fuera un regreso al vientre materno, que tenía su antecedente en otro momento significativo de la vida del niño en el que la madre relata que el día de la primera comunión, se quedó sin aire y que con el agua bendita se curó.

La dificultad para enfrentar los duelos que implican las pérdidas, estaba presente también en la vida del maestro. Cuando el alumno va a su casa para llevarle el traje que su padre confeccionó en señal de agradecimiento, toma la foto de una mujer, de quien Don Gregorio dice que era su pobre

mujer, que se fue con 22 años y que lo dejo más solo que el alma. El sentimiento de soledad y la melancolia, es lo que tal vez lo lleva a decir que “en los libros podemos refugiar nuestros sueños para que no se mueran de frio”.
El libro La isla del Tesoro de Stevenson, que el maestro le presta al niño luego de haber descartado otro aparentemente de corte marxista, expresa el deseo de ofrecerle buena literatura, cuyos contenidos lo estimulen y lo orienten para encontrar el rumbo de su camino. No es azarosa la elección, ya que el texto reune narraciones de aventuras marinas que se refieren particularmente a valores como la audacia y la moral.

Andres, es aprendiz de saxofonista y en una noche que parecia de magia, cuando se siente frente a un amor imposible, una muchacha muda que fue “secuestrada” por unos lobos a los 4 años y que desde entonces no habla y que era la mujer del alcalde del pueblo, deja de ser un aprendiz que no era demasiado eficaz de su instrumento, a tocarlo como el más virtuoso ejecutante, siguiendo las enseñanzas de su propio profesor de música. Este momento musical se completa en la secuencia en que la joven corre por el campo para despedirse. Todas estas escenas parecen extraídas de las páginas de los cuentos infantiles. Los cuentos infantiles expresan fantasías universales, en las que se habla por ejemplo de los fuertes impulsos de un modo que le facilita a los niños comprender inconcientemente las luchas internas que comporta el crecimiento, como en este caso por ejemplo, el enfrentamiento con el amor idealizado, la desilusión y el dolor de la frustración.

La ternura y el amor junto a la vergüenza y la inhibición, son los afectos que se surgen cuando Moncho, estimulado por el maestro, le entrega una flor a Aurora, que estaba en el lago con las otras niñas. El mito del Tilinorrinco que es un pájaro que cuando está enamorado le regala a su novia una orquidea que es una flor bonita y que cuesta mucho dinero y la sugerencia que le da el maestro de que haga de Tilinorrinco y que a falta de una orquídea, otra flor para el caso da lo mismo, parece la asunción de una adecuada función paterna, en tanto estimula en el hijo la posibilidad para hacer duelos y el abordaje a la sexualidad.

Durante el acto escolar, por la jubilación de Don Gregorio, en el cual el alcalde le agradece que consagró su vida a la enseñanza, vemos al maestro sosteniendo sus convicciones, a pesar de la afrenta que le opone el poderoso del pueblo, retirándose del aula mientras el dirigía su discurso.

Qué siente el niño frente a este despedida?

No solo tristeza, sino también enojo porque experimenta esta separación como una privación afectiva, que le hace sentir posiblemente que el maestro se retira porque él no es suficientemente importante en su vida. El egocentrismo que se manifiesta en actitudes egoistas que llevan a atribuir todo lo que sucede a uno mismo, es una de las características naturales de la infancia, durante los primeros años. Cuando esta conducta perdura sostenidamente, observamos que empobrece el desarrollo de una vida.

El final de esta película es duro e irrumpe como un relampago de los que solo hubo algunos vestigios durante el transcurso de la misma. Las noticias alarmantes

transmitidas por la radio, que Don Gregorio escucha en el bar junto con otros del pueblo, lo afectan profundamente y tiene que retirarse del lugar descompuesto para vomitar. Podemos interpretar que probablemente su malestar correspondía a la angustia de encontrarse frente a los limites de su capacidad para luchar.

Se desencadenan los hechos. La madre, desesperada, obliga al niño a olvidar que su padre ha sido republicano y a olvidar también que le regalaron un traje al maestro. Y aunque el niño en un primer momento intenta defenderse con la verdad, parece vencerlo la represión, por el miedo que registra en la cara de su madre, que es la proyección de sus propios miedos frente a todo este conflicto.

En la concentración dominical, en medio de un clima donde algunos parecen solidarios y otros muy angustiados, se llevan a los prisioneros. (Ingresan en el camión que conduce al fusilamiento el alcalde, el tabernero, el padre del amigo de Moncho, un integrante de la orquesta y el maestro entre otros republicanos.)

Bajo la presion de Rosa, que coordina y dirige la conducta familiar, el padre insulta al maestro para ocultar el pasado y el niño comienza a gritar, corriendo detrás del camión de los rebeldes que transporta a los republicanos.

Por qué Moncho reacciona de ese modo, cuando no había dudas del cariño y la importancia que este maestro tenía en su vida? Podría haberse comportado de otra forma?

Por un lado es evidente que el niño hace lo que su madre le pide que haga y que su padre y su hermano también hacen. En la plaza casi todos gritan y muchos insultan más con miedo que con convicción, pero las palabras tilonorrinco y espiritrompa que son las que aprendió del maestro y que

pronuncia entre las otras blasfemias como rojos, ateos, etc. que mensaje nos transmiten?
Es posible interpretar que frente al sentimiento de culpa e impotencia para defenderse, recurre al mecanismo de la proyección insultándolo al maestro como si él fuera el culpable. Sin embargo sabemos que dichas expresiones parecen simbolizar, desde lo más profundo, que las enseñanzas perduran y que permanecen como identificación en su vida. El conflicto en el que se encuentra lo muestra abriendo y cerrando los ojos, mientras corre, como si de esa manera intentara negar la penosa situación y también lo exterioriza con su incipiente fatiga, que es la angustia frente al sentimiento de pérdida. Pérdida significativa cuyo dolor probablemente implicaba también la poca esperanza de retener al objeto.
El correr detrás del camión, es otra actitud que desde la interpretación de lo inconciente, nos revela el deseo de unirse al maestro y poder partir junto a él. Deseo que probablemente sentía que no podía expresar de ninguna otra manera.
Como ya dijimos la reacción de repudio del niño es incitada fundamentalmente por la madre, pero también muestra su identificación con la actitud sometida del padre. Tal vez si se quedaba callado y no gritaba le representaba tener que ser él, el único en su familia que enfrentara a la madre, y al mismo tiempo le representaba también asumir la identificación con el maestro y con todo el problema que éste le generaba.
La identificación con él probablemente la experimentaba como un sentimiento de traición al padre y a la familia.

El nombre Moncho, era el diminutivo de Ramón y éste era también el nombre del padre. No fue su hermano quien lo heredó y ya en la elección de su nombre podemos decir que se prefiguraba lo que luego se desarrolló como drama en su vida.
Sabemos que toda identificación implica la realización de duelos.
En un trabajo acerca de los cambios y el sentimiento de traición Obstfeld E. plantea que la identificación con nuevos objetos o con cualidades diferentes de los objetos ya conocidos, trae aparejado un sentimiento de infidelidad o deslealtad hacia aquellos que conformaron nuestra identidad. Tal situación dice el autor, es experimentada como una traición a eso que nos definió y nos otorgó identidad y que en ese sentido y por extremos sentimientos de culpa se preservan las identificaciones adquiridas.
Avanzando un paso más en el significado latente de esta película, consideramos que su temática gira alrededor de la dificultad para el intercambio social y para poder establecer nuevos vínculos con los objetos del entorno. Las tendencias a permencer en vínculos de características endogámicas rechazan el contacto con lo nuevo o lo diferente. El asma del niño es una representación de estos significados.

Quiero destacar tres aspectos que me resultan relevantes para su posterior debate.

l. **El encuentro entre dos generaciones**. La historia relata el vínculo entre un niño y su maestro. La relación que se establece entre ambos es de mutuo enriquecimiento en terminos de la vida que cada uno es capaz de darle al otro.

El maestro con su actitud y sus palabras le brinda a Moncho el modelo y el acceso a la sublimación y el niño al incorporar sus ideales le ofrece al maestro la esperanza de cumplir con sus sueños incumplidos, constituirse en su descendencia y trascender.

2. **Los sentimientos de culpa.** Las circunstancias influyen sobre las características que adquieren los sentimientos de culpa, como sucede en este film, en el que el contexto religioso, insertó en la época en que transcurre, inculcaba intensas vivencias persecutorias. No obstante, desde el psicoanálisis sabemos que dichos sentimientos no dependen solamente de las circunstancias, sino que constituyen sentimientos primarios que están relacionados con problemáticas inconcientes. Como la culpa que puede experimentar el Yo frente a las nuevas identificaciones. O cuando las vivencias de satisfacción se experimentan como si fuera un triunfo y básicamente la culpa por la distancia que experimenta el Yo frente al Superyó por aquellos estimulos que no puede materializar. Los sentimientos de culpabilidad suelen expresarse de diferentes modos: a través de conductas masoquistas, o aparecer en la conciencia bajo la forma de remordimientos o autoreproches.
“La libertad estimula el espiritu de los hombres fuertes”, enseñaba el maestro, pero a qué libertad se refería?. Probablemente aludía a poder superar los sentimientos de culpabilidad. Será por esto mismo que en uno de los placenteros encuentros con el niño y ofreciéndole una manzana jugosa, como simbolo de algo placentero, no se priva de confesarle que para él el odio, la crueldad o el infierno del más allá no existe, sino que a veces el infierno

somos nosotros mismos. Tal vez se refería de manera inconciente a la importancia de poder hacer más tolerante o menos cruel al Superyó y atemperar de ese modo los sentimientos de culpa.

.

3- **Los ideales**. Los ideales se constituyen en modelos concientes o inconcientes a seguir. Sabemos de la importancia del poder vivir de acuerdo a lo que se piensa o a lo que se siente y también de lo inevitable de las renuncias que nos impone la vida. Sin embargo nos preguntamos se puede vivir sin ideales? O hasta dónde se puede renunciar a los ideales de manera que no estropee la forma de una vida? Podemos imaginar el futuro del padre de Moncho, que frente al temor a la muerte renunció a sus ideas? O a veces no se justifica el final de la vida como eligió el maestro que se mantuvo con dignidad asumiendo sus principios?. Cuál será el futuro del niño que con su conducta de sometimiento mostró la imposibilidad de integrar los ideales familiares y los nuevos en una nueva identificación?

   Si bien se han hecho muchas películas sobre la guera civil española y el interes manifiesto sobre este tema a veces parece superado, cuando una historia esta bien contada parece no importar que vuelvan sobre temas tratados. Esto lo podemos equiparar a los que sucede en un proceso psicoanalítico, en el sentido de que aunque volvamos una y otra vez sobre nuestros dolores o frustraciones si lo encaramos de manera creativa, es una esperanza de elaboración y de vida.

FERNANDA MONTENEGRO
MARILIA PÊRA
VINICIUS DE OLIVEIRA
ESTACION
CENTRAL
DE BRASIL

Asistimos al encuentro entre los dos personajes y el camino que transitan juntos en una aventura, que fue dando lugar al nacimiento de una relación entre ellos y al surgimiento de un cambio.
El desamparo de ambos, resalta en el marco de esa ciudad de grandes concentraciones humanas.
Dora, maestra jubilada y malhumorada, cobra por escribir cartas que le dictan los analfabetos destinadas a sus familiares u otras personas. Es una mujer que se muestra endurecida e indiferente y las cartas que escribe van a la papelera o con una cierta selección, quedan retenidas en un cajón de su casa.
La madre de Josué, que busca a su marido y que por eso le escribe, es atropellada y al morir deja solo a su hijo de 9 años, quien tiene como única familia al padre que no conoce y que tiene esperanzas de conocer.
Dora se siente obligada a hacerse cargo del niño y tras el intento de deshacerse de él y venderlo a una institución a cambio de dinero que le permite comprar un televisor, descubre que es un lugar donde trafican con órganos. Rescata a Josué y perseguida decide acompañarlo a buscar a su padre al Sertao en el Noreste de Brasil. (Bom Jesús do norte-Pernambuco)
Aunque la temática de esta película es local y transcurre en un grupo social de características primitivas, las fantasías que se despliegan son universales.

A partir de aquí surgen interrogantes, comentarios e interpretaciones.

¿Podemos decir que Dora rescata al niño de los traficantes o que después se hace cargo de él porque logra hacer conciente su actitud despiadada e inmoral, con la influencia de su amiga Irene que le dice que en la vida "todo tiene un limite"? ¿O es posible pensar que Josué fue el estímulo que movilizó sus inhibiciones afectivas?

Dora recuerda que tuvo una infancia infeliz, que perdió a su madre a la misma edad que el niño a la suya y que vivió situaciones traumáticas con su padre cuando éste la abandono y luego no la reconoció e intentó seducirla. Sin embargo podemos preguntarnos: ¿**son estos recuerdos encubridores los responsables de su bloqueo afectivo y a los que se les puede atribuir su dificultad en el contacto con los otros? ¿O estas evocaciones constituyen un argumento en el que Dora se refugia, para no tener que enfrentarse con su amargura, su resentimiento y el temor al abandono?**

Las cartas que ella, con una actitud impasible no envía, parece ser la consecuencia de su malestar y su envidia inconciente. Se sentía intermediaria de los afectos ajenos y aunque las personas a quienes ayudaba, con sus rostros desdentados y sus camisas raídas, se las veía tan necesitadas y sufridas como ella, probablemente sentía que tenían alguien significativo en quien pensar y que les daba sentido a sus vidas.

Chiozza sostiene, que cuando nos sentimos solos, nos sentimos siempre abandonados por alguien y que ese alguien no es cualquiera, es alguien que ha adquirido en nuestra vida un significado importante, a quien "dedicamos" conciente o inconcientemente lo que hacemos. En este sentido aclara,

que uno puede estar físicamente solo y sin embargo sentirse acompañado y en paz consigo mismo, llevando dentro del alma la mirada de sonriente beneplácito de aquellos con quienes uno construyó su propia historia.

La frustración y la amargura de Dora, la convertían en una persona desconfiada, insatisfecha e incapaz de querer y de poder disfrutar del bienestar de los otros. Su resentimiento, la sumía en intensos sentimientos de culpa, que la llevaban a su vez a ser deshonesta e inmoral y ésto la hacía sentir cada vez más culpable y más sola.

Chiozza sostiene, que la amargura simboliza la inhibición del ataque envidioso en el proceso de asimilación de los estímulos, así como también el fracaso en la elaboración de los duelos. Destaca que la amargura es un sentimiento que corresponde a la desesperanza y a la desmoralización que se experimenta, con respecto a la posibilidad de materializar los sueños.

El encierro y la falta de comunicación en la que Dora vivía, están simbolizados por las ventanas de su casa, a través de las cuales se ven circular los trenes, que en un sentido figurado era como ella sentía que la vida transcurría por afuera y también, a través de esas mismas ventanas reclamaba a gritos la compañía de su vecina, su única amiga, tal vez porque no se oponía demasiado a sus costumbres o a su modo de vida.

Dora parecía una persona que había perdido la sensibilidad de comunicarse no solo con los otros, sino también consigo misma.

Su habitual frialdad era un comportamiento reactivo, para intentar negar su necesidad y su carencia afectiva. Con Josué se irritaba, el niño la exponía al conflicto que le significaba el deseo y el temor a encariñarse.

El representaba sus frustraciones y también de la vitalidad y el amor que masoquistamente ella había reprimido.
En este sentido, interpretamos que el rescate que Dora hace del niño, cuando lo salva del encierro que lo dirigía hacia un destino trágico, al que ella misma lo había sometido, simboliza el deseo de excarcelar sus propios aspectos infantiles reprimidos.

¿Qué podemos decir de Josué?

Era un niño abandonado por su padre y huérfano de madre, sin embargo era llamativo el modo en que enfrentaba su desamparo.
Chiozza sostiene que el verdadero niño abandonado, no es el huérfano de padre o madre, sino aquél que esta expuesto a un vínculo confuso y ambivalente con los objetos significativos de su entorno.
¿Podemos decir que la actitud orgullosa de Josué, cuando rechaza el sandwich que Dora le ofrece - símbolo de asistencia materna - así como la invitación que le hace para ir a su casa, es solo la evidencia de su carácter arrogante u omnipotente? ¿O refleja también una conducta de desconfianza adecuada, expresión de su capacidad y su necesidad de defenderse en la vida?
Para M. Klein un niño se disocia, niega o se comporta de manera omnipotente, hasta que puede adquirir más confianza en sus objetos y en su propia capacidad de reparar. Esta confianza aumenta - agrega - en la medida en que el niño siente que también la depositan en él y ésto deriva en el desarrollo del sentimiento de seguridad.
La imagen que Josué tenía de su padre, que Dora consideraba una fabulación y que intentaba desarmar, posiblemente representaba la esperanza y la confianza que el niño necesitaba tener en sí mismo.

¿Que significado tiene el trompo con el que Josué juega al comienzo del film y que luego recibe como regalo de manos de Moisés?

El objeto de madera, además de ser un elemento de características fálicas, que él de manera desafiante clava repetidamente sobre la mesa de trabajo de Dora y que alude a su deseo de afirmar su potencia, parece sugerir la idea de pertenencia familiar, algo que él conserva como herencia de su padre y uno de sus hermanos que eran carpinteros. La posesión del mismo, entonces, parece aludir a un elemento sobre el que recae la posibilidad de identificación, necesaria para el desarrollo de la identidad.

Jugar con un trompo, poniéndolo una y otra vez en movimiento para que no se detenga, ni se caiga, es un juego típico de la infancia, que simboliza el intento de elaboración de la actitud necesaria de insistir para sostenerse y mantenerse en movimiento, para hacerle frente a la vida.

Los diferentes estados anímicos y la expresión vivaz de Josué, están conmovedoramente retratados en su rostro, cuando su madre dicta las cartas a Dora, la primera hostil y la segunda de reconciliación dirigidas a su padre. En una de esas escenas es significativo el franco bostezo del niño , con el que nos expresa su sentimiento de insuficiencia hepática, para hacerle frente a las ansiedades que le despertaban la búsqueda del padre.

El asesinato al adolescente, que había robado una bolsa de golosinas, parece una cruel representación del miedo al castigo edípico, que Josué tenía negado para el tan anhelado encuentro.

Crecía, junto a su madre, intentando ocupar el lugar del hombre, mostrando una seguridad que no tenía y que lo

llevaba a decir, que era él el encargado de cuidarla. Este comportamiento, lo tiene luego con Dora e Irene, cuando estando a solas en la casa con ellas les pregunta acerca de sus maridos, colocándose en una actitud como si fuera él un posible pretendiente o más tarde cuando le regala un vestido a Dora y también le sugiere que es más cómodo dormir desnuda, cuando se acuesta en la cama con ella.

Con su sobre-adaptación, que sin duda era una huida hacia la genitalidad, intentaba defenderse de la angustia que tenía por sus sentimientos de pequeñez y desvalimiento.

Desde el psicoanálisis sabemos que la seudo-identificación, no es una identificación adecuada y aunque también sabemos que puede constituir un paso intermedio para el desarrollo de la identidad, básicamente es una aspiración y un deseo de querer aparentar ser lo que el sujeto siente que no es y para lo cual se siente insuficiente. Comprendemos, que querer aparentar lo que uno no es, es una defensa fallida que encubre generalmente la búsqueda de ser aceptado y amado.

¿Qué significado podemos atribuirle a la muerte de la madre de Josué?

Interpretamos que para el niño puede simbolizar la perdida de la madre de la infancia, que marca el final de un período de su vida. Para ella, en cambio, el accidente que la llevó a la muerte, poco después de haberle declarado su amor a Jesús y haberle expresado su deseo de volver, argumentando que su hijo se lo pedía, posiblemente le significaba la proximidad de un encuentro que la exponía con los celos y el dolor de tener que compartir al hijo. Recordemos que cuenta esta historia, que fue ella quien se marcho a Río de Janeiro, cuando se quedó embarazada del niño.

Cuando al cruzar la calle, Josué se suelta de la mano de su madre para recuperar el juguete que se le había caído, parece anticipar con esta actitud la necesidad de la separación. Su ingreso a la pubertad, probablemente desestabilizaba la relación que habían tenido hasta entonces con su madre. Tal vez esto también explica, porque fue precisamente en ese momento en que intentaron el reencuentro con el padre.

El viaje de Dora y Josué en micros y camiones, a través de territorios menos familiares y desconocidos, expresa la búsqueda del camino hacia los significados perdidos. Se los ve cada vez más cerca uno del otro, desarrollando una tolerancia mutua, para poder mantenerse unidos.

Chiozza, sostiene que es el hábito de la convivencia, los recuerdos y proyectos compartidos, los que engendran la confianza y el sentimiento de familiaridad y que en la medida en que en lo vínculos son cada vez más significativos, aumenta proporcionalmente el ejercicio de la tolerancia.

La búsqueda del padre y las frustraciones reiteradas, porque no lo encuentran, podemos equipararlas al esfuerzo que implica la natural lucha por la vida, en las que las frustraciones a veces limites y el propósito de las metas lineales para lograr los objetivos y las gratificaciones inmediatas no parecen ser posibles.

Desde el punto de vista psicoanalítico, podemos interpretar que los obstáculos y el sufrimiento por los que atraviesan los personajes, pueden equipararse en alguna medida, a los inevitables momentos dolorosos, que tienen lugar en un proceso psicoanalítico, en el vencimiento de las resistencias durante la búsqueda de los contenidos afectivos reprimidos.

Sin embargo también es necesario destacar, que el sufrimiento cuando no forma parte de una erotización

melancólica, constituye experiencia y aprendizaje y es lo que muchas veces nos lleva a decir que en la vida hay dolores que valen la pena.

En la carretera conocen a Cesar, el camionero que está dispuesto a ayudarlos y a mitigar la propia soledad con su compañía, pero que los abandona poco después de que Dora le demuestra sus intenciones.

¿Qué sucedió en el encuentro con este hombre?

La ansiedad de Dora por ser querida, su sentimiento de insuficiencia y el temor a ser abandonada la llevó a apresurarse, queriendo convertir ese encuentro en una relación erótica que garantizara el quedarse juntos. Con esta actitud revela, no solo la confusión afectiva que tenía entre ternura y erotismo, sino también la compulsión a repetir situaciones traumáticas, ya que inconcientemente parecía haber estimulado el sufrimiento de ser abandonada, que una vez ya le había sucedido.

Dora se sentía poco merecedora de recibir amor y la creencia de que "no valía nada", es un sentimiento que en varias oportunidades surge en boca de Josué y es reintroyectado por ella como confirmación de su propia vivencia. Es por este mismo conflicto posiblemente, que junto al deseo de acompañar al niño intenta abandonarlo en el camino, diciéndole que iba a estar mejor sin su compañía.

¿Qué expresa inconcientemente Dora, cuando le dice a Cesar que su corazón está un poco acelerado?

Más allá de la veracidad que tenían sus palabras o de que el mensaje sea una propuesta de contenido erótico, con el aumento del ritmo cardíaco que aceleraba su metabolismo, Dora expresaba la necesidad de retirar de su conciencia el

intenso miedo que tenía, por el apremio de todo lo que estaba viviendo y por la movilización afectiva que sentía.

¿Qué comunica con el desmayo que sufre, cuando entra al pequeño templo atestado de velas e imágenes santas?

El mareo y el posterior desmayo, buscando a Josué, que momentos antes enojado se había alejado mezclándose entre la multitud de peregrinos, parece suceder en el instante justo en que ella siente la amenaza de hacer conciente su debilidad, su desorientación y el sentimiento de no tener en quien apoyarse y no saber hacía donde dirigir los próximos pasos en su vida.

Uno de los aspectos llamativos del vínculo entre Dora y Josué, era la crudeza de lo que muchas veces se decían, como cuando Josué la enfrentaba a Dora acusándola de mentirosa o como cuando ella, sin atemperamientos le hace tomar conciencia de que su madre había muerto y que era inútil esperar su regreso. Sin embargo esos diálogos y otros, aunque dolorosos y depositarios de amargura, eran también auténticos y fue esta autenticidad la que posibilitó el desarrollo de la confianza mutua y les permitió el acercamiento.

La fe religiosa y los mitos paganos que simbolizan la perduración del pensamiento primitivo y el ánimo mágico, son rituales puestos al servicio de las fantasías optativas de conseguir el perdón y obtener la bendición.

Chiozza sostiene que la búsqueda de la bendición, puede quedar representada por la búsqueda de la sonrisa materna, cuya autenticidad se revela en el brillo que adquiere la mirada.

El analfabetismo predominante del entorno, más allá de constituir un drama socio-económico de algunas zonas de Brasil y que puede haber sido uno de los móviles del

director para mostrar la problemática a través de esta película, podemos interpretarlo, como una expresión de insuficiencia, que preserva el funcionamiento del proceso primario, en tanto fantasía de poder conservar la omnipotencia del pensamiento y el ilusorio sentimiento de seguridad.

En la Casa de los Milagros, el mismo lugar donde se supone que deben llegar las cartas que Dora no envía, ella parece tomar noticia de lo importante que sería para esas personas recibirlas. En ese mismo lugar es cuando, por primera vez, Dora y el niño se aproximan físicamente. La imagen que nos muestran, parece la estatua de una Maternidad invertida, en la cual el niño protege entre sus brazos a la mujer, asumiendo el rol por el cual Dora debería ser la madre y él el niño protegido. Este momento parece inaugurar el espacio en el que ambos pueden comenzar a dar y a recibir ternura.

En este sentido podemos interpretar, que el motivo manifiesto de este argumento que gira en torno a la ausencia y la búsqueda del padre, encubre más profundamente la carencia y la búsqueda de la madre, en cuanto proveedora de cuidado, contención y modelo constitutivo para el crecimiento.

Josué, con su lucidez, le propone a Dora escribir cartas en la plaza pública para obtener el dinero que necesitaban. El niño con su actitud muestra que llevar adelante una tarea es posible, cuando se puede aunar la genuina necesidad por la subsistencia, con la poca ambivalencia para realizar el esfuerzo que significa concretar los deseos.

La foto que se sacan juntos, respaldados por una imagen religiosa, parece un intento de fijar el transcurso del tiempo, cuyo avance lo experimentaban como ir al encuentro con otras experiencias dolorosas, entre ellas la de la separación.

La figura de ellos en la fotografía, parece un documento que certifica la adquisición de una nueva identidad, a partir del enriquecimiento de la experiencia compartida.

¿Dora hubiera iniciado el camino del cambio sin la presencia de Josué?

El cajón que tenía en su casa, rebasado de correspondencia detenida, que casi no se podía cerrar, parece representar su estancamiento libidinoso que presionaba por la liberación. En este sentido, la presencia del niño, parece haber sido sólo un estimulo o un eslabón, que le posibilitó desarrollar su necesidad y su ya existente disposición para el cambio.

La vemos entrar en contacto con Josué, antes del accidente de la madre. Deposita en él su mirada interesada, pelea con él por el uso del trompo y guarda su fotografía incluida en la carta.

¿Que significan las cartas?

Estas expresan alegrías, tristezas, la vida cotidiana, pero sobre todo la ilusión de poder comunicarse con los seres que viven a la distancia. Pensamos que el deseo de acercamiento aligerando la distancia física, encubre el deseo de superar la distancia afectiva. Una de las característica del intercambio escrito, es que de ese modo, se intenta vencer en alguna medida la represión y se exponen sentimientos que de otra forma, tal vez, no hubieran podido ser dichos.

La película evoluciona desde la falsedad de las palabras, los robos y las mentiras reiteradas hasta el compromiso con el otro y la posibilidad del recuerdo compartido.

De la mano de Josué, Dora atraviesa desde el infierno del egoísmo individualista hasta la esfera de la generosidad, expresado en el momento en que deja a Josué con sus hermanos en el Sertao y regresa sola a Río de Janeiro,

resignando su interés personal y el proyecto que horas antes habían hecho de vivir juntos.
Con su actitud también parece asumir una adecuada función materna, facilitando el acercamiento del niño a sus hermanos, sustitutos del padre, con quienes ella sentía que el niño iba a poder crecer y vivir mejor. También fue ella quien " lo puso" por primera vez frente a un volante, autorizando de ese modo la identificación con los aspectos masculinos.
Cuando Dora, antes de irse de la casa de los hermanos Paiva, se pone el vestido nuevo que Josué le había regalado y mejora la expresión de su cara, su arreglo exterior es un reflejo no solo del acceso a la femineidad, sino también de su bienestar interior. **Bienestar que estaba relacionado con el amor que ahora ella podía sentir, a partir de haberlo dado.**
Para Ortega y Gasset en el acto amoroso la persona sale fuera de si y ésto constituye el máximo ensayo que la naturaleza hace, para que cada cual salga de si mismo y pueda brindarse hacia otro.
Dora, mira su propia imagen frente al espejo, conforme por lo que hizo y aliviada de haber tomado la decisión de marcharse, alivio que a su vez implicaba la disposición para enfrentar duelos y la posibilidad de valorar lo que la vida le podía brindar.
Por qué se fue sin despedirse del niño?
Por un lado es posible pensar que quiso evitarle el dolor de la despedida, proyectando en él ese sentimiento y negando el propio. Por otro, podemos interpretar que Dora, sometida a su importante inhibición afectiva, no se animó a hacerse cargo de su deseo de conservar el vínculo cariñoso con Josué, porque se sentía culpable, sin derecho y le parecía que no le correspondía.

Suspira, en su recorrido final. Su suspiro lo interpretamos como la superación de su desaliento.
En la investigación acerca de los significados de la respiración, Chiozza y colab. señalan que el suspiro es una respiración que viene de lo hondo del ánimo, que proviene de un instante de suspensión del aliento que representa un desahogo y que en ese sentido expresa la superación de un desaliento.
En el micro de regreso, la vemos a Dora evocar recuerdos. Ya no quiere olvidar y entre sonrisas, llora por primera vez. Ese llanto, es tanto la expresión de su tristeza por la separación con el niño, como la manifestación del comienzo del duelo por las cosas de su propia vida que hasta entonces había evitado hacer. Josué padece una conmoción parecida. Corre tras de Dora y llora por su pérdida, iniciando también él, el camino de los duelos entre el que se encontraba el de la muerte de su propia madre y la elaboración de los sentimientos de culpa.
Ahora es Dora quien tiene a quien escribir una carta y aunque embargada por un ánimo de nostalgia melancólica, puede hacer conciente su calidez y sus temores, junto a la resignificación de la relación con los objetos de su propia historia: "Tu padre volverá y con seguridad es lo que vos decís que él es", le escribe a Josué, mientras recuerda que su propio padre la llevaba a pasear en tren y la dejó a ella una niña pequeña tocar el silbato durante el viaje entero.

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
Ciclo de cine y psicoanálisis

UN CASAMIENTO INOLVIDABLE
Dirección: Alessandro D· Alatri
Guión: Anna Pavignano
Música: Pivio y Aldo de Scalzi
Fotografía: Agostino Castiglioni
Interpretes: Stefania Rocca y Fabio Volo

Introducción al debate: Lic. Silvana O. Aizenberg
29 de abril de 2005

Tommaso y Stefania han decidido casarse. Don Livio, el joven cura, que acepta celebrar la boda aunque ellos no hubieran asistido a ningún curso prematrimonial, los enfrenta a partir de un ejercicio de fantasía, con las dificultades por las que pueden atravezar en su vida de casados y con problemas fundamentales de la convivencia que pueden llevar al desgaste afectivo en una pareja.
Como se puede pensar que el amor puede disolverse, pregunta el cura y cómo pueden desaparecer de pronto los besos, las caricias y la esperanza.
Creo, dice que queda sepultado por un montón de interferencias y presiones que nada tienen que ver con el amor, como por ejemplo el temor a la infelicidad.
Con qué tipo de conciencia, pregunta, debería celebrarse un matrimonio. Alcanza solamente con la de ellos o hay que incluir a las voces, comportamientos y experiencias que tienen adentro, que no son solo dos.
Desde nuestra perspectiva psicoanalìtica comprendemos que una pareja se constituye a partir de los modelos que ha internalizado de la pareja de sus padres. El Dr.L Chiozza afirma que comprender experiencias infantiles, nos enseña que la pareja no se forma como un vínculo de dos sino de tres, teniendo en cuenta ese niño que cada uno fue frente a sus padres y teniendo en cuenta también que esa experiencia perdura dentro nuestro.
Convocando recuerdos y confesiones, este particular casamiento, recorre la relación de los novios enfocándola desde el pasado, el presente e imaginando el futuro, que como sabemos es solo una manifestación de una problemática actual.
La actitud del religioso, más allá de que podamos describirla como más o menos omnipotente, introduce novedades en esta boda, para advertir acerca de los conflictos que ponen en crisis la idea del matrimonio y el concepto de familia en nuestra sociedad actual.

La licencia que se permite, de anticipar el camino que van a recorrer estos jóvenes, antes de consagrar la boda, nos enfrenta con situaciones y conflictos que aunque surgen de la imaginación del propio cura y hasta podríamos decir de sus propios conflictos, consideramos que son temáticas frecuentes y verosímiles que se presentan con diferentes niveles de importancias en todas las vidas.

Estas temáticas tendrán las particularidades del momento por las que las personas estan atravezando. Se trate de una pareja, como la de nuestros protagonistas, que recien inician su unión y sus proyectos o de otras que ya no los comparten del mismo modo y que a veces se torna más difícil el encuentro.

La metáfora de los patinadores, como fantasía de los novios que ilustra la idea del proyecto matrimonial, parece ser un ejemplo bastante logrado como señala el párroco, del entrenamiento constante que es necesario realizar en la vida, para mantener un equilibrio precario sobre una superficie inestable, un equilibrio que en este caso es necesario mantener de a dos.

Desde la comprensión psicoanalítica, entendemos que dicha estabilidad o equilibrio, es dependiente de las posibilidades de armonizar los conflictos concientes e inconcientes, con las circunstancias que rodean una vida o dicho en otros términos, de la posibilidad de desarrollar una adecuada tolerancia, a partir de los duelos que requiere toda convivencia.

Comprendemos que el pedido de los novios de realizar una ceremonia especial, simboliza, más allá de la genuina intención de unión por el amor, el anhelo de poder vivir una vida plena de felicidad, alejada de la posibilidad del fracaso.

Qué significa este anhelo de felicidad y por qué el temor al fracaso?

La búsqueda de la felicidad, es un deseo conciente, como lo define el Dr. Chiozza de lograr un estado afectivo, que reemplace la ausencia del verdadero bienestar, cuya vivencia corresponde a una armonía emocional que no se la persigue porque es inconciente. El miedo al fracaso, representa mas allá del deseo de evitar el sufrimiento que puede acompañar a las limitaciones personales, el temor a padecer carencias afectivas a partir del rechazo o el abandono de las personas significativas que conforman nuestra vida.

El anhelo de concretar sueños, como un deseo recurrente de carácter universal, puede ser tanto un intento positivo de descartar entre los deseos ideales aquellos que pueden ser posibles de realizar, como por el contrario, una búsqueda ilusoria que se empeña en oponerse a aquello que llamamos realidad.

El sueño más bello es la realidad, dice el cura, introduciendo un tenso clima de desconcierto en el recinto, cuando le pide a la pareja que repita junto con él la promesa de felicidad y alegría, tanto en la salud como en la

enfermedad todos los días de su vida o “por lo menos casi todos” y en el intento de enfrentarlos tanto a ellos como a sus familiares y amigos a la evidencia de que toda idealización o negación puede conducir a la infelicidad, que al mismo tiempo se desea evitar.
Que subyace tras la negación o la idealización? Lo idealizado es una construcción ilusoria, cuya finalidad es la de poder atemperar o negar afectos que resultan penosos. La intención es imaginar que existe alguna situación o alguien que pueda calmar la frustración que implica el dolor de la carencia. Son nuestros deseos los que originan las ilusiones, intentando evadir el disconfort del enfrentamiento con aquello que llamamos realidad..

La mayoría de las escenas de esta pelicula corrsponden a representaciones imaginarias, para las que abordamos su interpretación del modo como lo hacemos con las representaciones de un material clinico.
La expectativa de vivir sin dificultades, es lo que parecen ofrecer las campañas publicitarias que tratan de alimentar y vender la idea de la familia feliz asociada a los productos que quieren publicitar.
Las profesiones de Tomasso como director de arte y Stefania maquilladora, muestran un aspecto de ellos mismos que gira alrededor del conflicto acerca de pretender vivir una vida de ilusiones o adecuandose a la realidad.. Aunque es el mismo Tomasso quien le dice a su amigo que la familia feliz es una tonteria y que la mejor propuesta publicitaria es ofrecer esos momentos inesperados de rutina real, dando al público una dimension viva del amor, esta propuesta realista, es una idea que no gusta, dicen los empresarios publicistas.

Los mecanismos proyectivos:
La madurez afectiva que logra una persona, condiciona el tipo de relación que establece con su entorno. En este sentido la insuficiencia en el desarrollo personal, que supone una falta de integración yoica, puede llevar al empleo de diferentes mecanismos defensivos, como puede ser el de la proyección..
“Sinceramente lo hacemos por nuestros padres”, argumentan Tomasso y Stafania cuando le piden al cura que celebre la boda , intentando de ese modo ser liberados ellos mismos de la responsabilidad directa y pesonal de sus deseos y sus decisiones.
El relato que hacen acerca de la vivencia que experimentaron frente a sus padres y amigos, cuando iniciaron su relaciòn, de tener que superar un exámen y la ansiedad que les despertaba la aprobación o desaprobación de ellos, la lleva a decir a la novia que “Es bueno sentirse aprobados, porque quizás otros vean lo que yo no puedo ver”, esperando encontrar en la opinión de los demás, la seguridad que ella misma siente que no posee para llevar adelante sus proyectos.

La misma inseguridad, queda expresada en palabras del novio, cuando confiesa su miedo a despertar una mañana y sentir que ya no esta enamorado. Consideramos que esa preocupación por el futuro, es su inquietud actual frente a la importante decisión que siente que esta tomando en su vida. .

Quizas las flores de papel que atraen tanto a la novia y que adornarán el recinto religioso el día del casamiento, simbolizan algo de la inautenticidad y del sentimiento de debilidad negada que experimenta esta joven pareja..

D Alatri, el director de este film, pone especial énfasis en la influencia que voluntaria o inadvertidamente ejerce en la evolución de una pareja, el círculo familiar, amistoso y profesional. Es esta idea la que pone en boca del cura, cuando con particular sensiblidad se dirige a quienes asisten a la ceremonia, afirmando que este compromiso no debería ser solamente entre los conyugues sino entre todos.

La elaboración de la transición de solteros a casados, queda ejemplificada en la experiencia que estos protagonistas comparten con sus amigos, en la casa de Stefania, quienes por identificación por un lado y expuestos a sentimientos de envidia por el otro, son espectadores de la primera pelea entre ellos.

Por qué pelean Stefania y Tomasso?

Comienza el encuentro, anuncia un cartel publicitario en la televisión, de una competencia deportiva. Este aviso parece ser un retrato del comienzo de la competencia entre ellos, competencia que en este caso se desarrolla en terminos de rivalidad..

La diferencia de roles femeninos y masculinos son muchas veces mal interpretados. La idea de equivalencia entre el hombre y la mujer, muchas veces es confundida con la de igualdad y esto da lugar al frecuente reclamo en una pareja acerca de los derechos y obligaciones mutuas que generalmente son experimentadas en términos de injusticia..

La idea de par complementario, que define la unión de dos personas, se ve perturbada en ellos por conflictos desencadenados por la rivalidad y el deseo de poder. Estos deseos activados en cualquier relación encubren muchas veces importantes sentimientos de debilidad y desvalorización personal.

Desde el comienzo Stefania desprecia a Tomasso, cuando su amiga la estimula a que lo conozca, también es ella quien asume la iniciativa acerca del modo como tienen que concretar el matrimonio. Conduce activamente a Tomasso a la capilla de su infancia, así como también elige la casa donde van a vivir, regalo de su propio padre. Tal vez no sea casual que sea ella quien práctica el deporte de escalar montañas, que si bien representa un símbolo del esfuerzo constante de ascender para progresar en la vida, utiliza esta situación para ejercer su poder y decirle a Tomasso, que lo tiene en sus manos, cuando el venciendo sus propios temores, dice que lo

hace para ofrecerle una prueba de amor, que termina en un pedido de casamiento.
Si bien Stefania muestra con su actitud una rivalidad más manifiesta y una negación de su dependencia en el vìnculo, creemos que el comportamiento algunas veces pasivo o dependiente de Tomasso, también es una forma de rivalidad con la función femenina.
Qué significan una prueba de amor?
Es una ilusión. Representa el deseo de obtener una seguridad y una incondicionalidad en el vìnculo, que permita repetir en la relación con el otro vivencias infantiles..
El malentendido de querer evitar el sentimiento de dependencia con el otro para no tener que sufrir luego la perdida del objeto, es el concepto que intenta explicar Tomasso a Stefannia, cuando le confiesa que teme necesitarla del modo como se puede necesitar un brazo, una pierna o un órgano vital, negando que la dependencia es necesaria y esta presente en todos los vìnculos.

La responsabilidad y la familia
Construir bases sólidas plenas de esperanza, como anuncia el cura al iniciar la boda, es un augurio que necesita incluir la importancia de que la unión y la estabilidad en el matrimonio depende también de hacer conciente la inestabilidad de sus proyectos y la necesidad de desarrollar una adecuada plasticidad para los cambios.
“Soy tu papá” dice Tomasso, mientras apoyado en el vientre de su mujer le habla y le canta a su hijo en un tono aniñado, mostrando de ese modo su propio deseo de ser él quien pudiera ocupar ese lugar, para contrarrestar posiblemente sus celos y sus sentimiento de incompetencia para ejercer la paternidad.
Que el hombre no separe lo que Dios ha unido, son las palabras que coronan la llegada de Andrea, el hijo de Stefania y Tomasso.
Que puede llevar a una pareja a deshacer su matrimonio?
Constituye una observación frecuente que la llegada del hijo, trae aparejada junto al bienestar de la paternidad, el malestar del cambio Los sentimientos de exclusión mutuos concientes o inconcientes, sumados a las nuevas exigencias y a las dificultades laborales incrementan la frustración. Frustración que al ser compartida, no puede ser aliviada o superada fácilmente por ninguno de los miembros de la pareja.
Hay que estar atentos a tres campanillas de alarma dice Stefania: cuando un matrimonio no sale o no tiene sexo o mira televisión.
La rutina cotidiana y los cambios en esta familia, quedan simbolizados tanto en la mezcla de adornos y juguetes que vemos disperos en el ambiente de la casa, como en la cena que incluyen los impuestos, el registro y la visita al pediatra.

Las dificultades económicas es otro de los motivos, que generan discordia y afecta al matrimonio. Muchas veces es un argumento de peso, que sirve para ocultar otros conflictos latentes.
Los malos entendidos van creciendo en este núcleo familiar.. El malhumor, los reclamos y la ironía que le hacen decir a Tomasso que solo pueden tener vacaciones en la terraza, van ocupando su lugar. Los enojos y los gritos encubren el penoso sentimiento de impotencia.
Sabemos que las relaciones estrechas y el sentimiento de familiaridad, suelen avivar los afectos más intensos, porque son los vínculos que mejor se prestan para proyectar lo disociado, como por ejemplo, depositar en el otro los motivos de las dificultades, es decir hacerlo responsable de lo que sale mal o del sentimiento de insuficiencia.
Es común afirmar, sostiene Chiozza, que el amor que acompaña a la ilusión no puede perdurar en la pareja por obra del desgaste producido por la familiaridad y el contacto con lo cotidiano. Sin embargo, aclara, que la aparente incompatibilidad entre la maravilla del amor y la opaca cotidianeidad de la pareja desaparece cuando se conserva la capacidad de encontrar, una y otra vez, lo nuevo en lo habitual..
Es frecuente el deseo de que en una relación no ocurran demasiados cambios y que se pretenda conservar a lo largo del tiempo por ejemplo, la sensación de transparencia y comodidad, que dice tener Stefania en sus primeros encuentros intimos con Tomasso, aunque tal vez en esos momentos también negaba sus inquietudes.
Sabemos que la actividad genital constituye un fundamento importante para la unión de una pareja, pero también es necesario destacar que la armonía de una pareja no es consecuencia solamente de una mala o buena actividad genital, sino que por el contrario depende también de la elaboración de otros afectos como pueden ser los celos..
Los celos por ejemplo, parten del sentimiento de incapacidad para satisfacer a la persona amada y desencadena el temor a perderla. Despierta la vivencia de que el otro podría establecer un vìnculo mejor..
Tomasso sufre celos cuando Stefania posa para una publicidad, no solo porque expone su cuerpo casi desnudo publicamente, sino porque como él dice le molesta mucho que lo haga para la competencia. Tal vez es ésta misma sensación, de ser insuficiente para el otro, lo que le hace decir que un hombre nunca tendrá lo que una mujer espera.
La dificultad para los duelos que implican los cambios, se pone de manifiesto en esta pareja cuando asistimos al deseo exasperado que tienen de querer recuperar el brillo de la sonrisa, en la penosa salida a bailar, en la que ambos pretenden vivir una excitación que auténticamente sienten que no tienen.
El aburrimiento, como una forma de la frustración, se impone. No es que no hablas conmigo porque miras televisión, le dice Stefania a Tomasso,

sino que miras televisón para no hablar conmigo y no hablas porque no tenes que decirme.
Llegada a esta encrucijada de reproches nos podemos preguntar: es posible que una pareja pueda resolver sus conflictos hablando? O es que cada uno necesitarìa hacerse cargo de su responsabilidad por las dificultades y el posible fracaso de la pareja?
Stafania no quiere dejar a Andrea al cuidado de una niñera. Los argumentos que sostiene son solamente por amor y protección a su hijo o de esta manera. sin aceptar una ayuda, puede postergar y ocultar sus dificultades, como la de retomar la unión genital con su marido, aplazada por el parto y el nacimiento o la de enfrentar los inconvenientes de sus tareas laborales?
El aborto, que la abuela Mena censura, comparando con su época en la que ninguno de sus ocho hermanos murio de hambre y negando ella tambien que los tiempos han cambiado, es otra de las vicisitudes que pueden presentarse en la vida de una pareja y que podemos interpretarlo como un drama motivado por sentimientos de culpa y resentimientos acumulados, que luego como en un circulo vicioso aumentan aùn más el malestar.
El padre de Stefania, separado de su mujer e invadido por los celos que le despiertan la boda de su hija, pronostica el fracaso de la pareja transmitiéndole a Tomasso la idea de que si el casamiento funciona es el resultado de un verdadero milagro y manifiesta abiertamente su disgusto cuando recibe la noticia de que va a ser abuelo. Su actitud poco convencional, revela más allá de la presencia de los celos edípicos y le negación de sus propios fracasos, la carencia de abuelos, como una caracterìstica de nuestra época.
La madre de Stefania, quien enferma de Alzheimer, casi coincidentemente con el casamiento de su hija, es otro ejemplo de la ausencia de figuras parentales. Con su enfermedad parece expresar el deseo de retener el tiempo, no envejecer e impedir los cambios en la vida.
Por qué Tomasso incurre en la infidelidad?
Las sospechas de Stefania acerca de la infidelidad de su marido que precipita la separación, queda simbolizada en las figuras de los patinadores que aparecen en la pantalla, en que cada uno solo, se desliza por caminos diferentes.
La infidelidad, dice L. Chiozza, es aquella actitud que traiciona una confianza y que es necesario diferenciarla del engaño. Aclara que una relación conyugal que no funciona bien es siempre un fracaso de ambos y que el motivo más frecuente para una relación genital extraconyugal, consiste en procurar fuera del matrimonio la satisfacción de un deseo o necesidad, que no siempre es genital y que el cónyuge no puede o no quiere satisfacer.

Creemos que Tomasso, acepta el encuentro genital con la cliente, no solo por resentimiento a Stefania porque ella no lo acompaña para recibir el premio, sino porque espera encontrar en esa nueva relación la valoración que siente que no tiene. Obtiene un premio por su trabajo, sin embargo se siente necesitado de mejorar su autoestima.
Nos podemos preguntar: es la infidelidad de su marido la que desestabiliza a Stefania y la conduce a un desborde afectivo o su desborde expresa también la envidia que siente por los éxitos laborales recientemente logrados por su marido?
Nuevamente encontramos los sentimientos de rivalidad y envidia en el matrimonio, que además al no ser concientes afectan la vitalidad y los aspectos constructivos de la pareja.
La intervención de los letrados los coloca en pie de guerra. Lo ponemos contra la pared con una denuncia, dice la abogada de Stefania, mientras que el abogado de Tomasso le aconseja que la acuse a la mujer por negligencia.

Algo acerca de Andrea

Sabemos que un hijo participa y forma parte de los conflictos familiares y que su carácter se va moldeando dentro de la familia.
No concordamos con la opinión del profesional, a quien consultan porque Andrea solamente acepta dormir en la cama de sus padres, cuando atribuye los síntomas del niño a la competencia que los varones establecen en el conflicto con los padres o al hecho de que él padre trabaje todo el día
Creemos que esta interpretación estimula ansiedades persecutorias e incrementa en los progenitores sentimientos de culpa: Si me dedico a la familia pierdo el trabajo y si me dedico al trabajo pierdo la familia, dice Tomasso expresando de ese modo su malestar y su sentimiento de impotencia.
Podemos decir que es casual que el bebe se despertó de noche, cuando sus padres estaban por iniciar las relaciones sexuales? O que llora solamente porque su abuela se equivocó y le puso sal en la mamadera?
Pensamos que el pequeño se sentía creciendo en un clima de inquietudes y ansiedades que no le permitían atemperar las propias. Percibía el malestar de sus padres y las dificultades que tenían para el encuentro y la convivencia, percibía también la enfermedad de la abuela y la angustia que ella sentía el día que él iba a quedar a su cargo.
Por qué Andrea tose, mientras sus padres discuten en el auto acerca de las razones por las que Stefania no lo acompaña a Tomasso a la entrega de premios?. El niño expresa de ese modo, la irritación que invadia el ambiente y la angustia frente al alejamiento paterno, porque ocurría en un clima de tensión y resentimiento.
Tampoco es casual que, en el regreso con su madre, sacuda y golpee contra el auto un juguete que tenia en las manos. Interpretamos que de ese modo

expresaba no solo su enojo y sus deseos de descargarse pegando, sino también la potencia que deseaba tener para poder ser él quien pudiera solucionar el conflicto entre sus padres. La irritación y la impotencia parecían constituír la temática común de esta familia.
Si bien sabemos de la importancia de la conflictiva edípica en la infancia y de la intención inconciente de los niños de desunir a los padres, pensamos que cuando Andrea tiene entre sus manos un collar, cuando su madre echa al padre de la casa, muestra simbólicamente, su deseo de que la familia pudiera permanecer unida, del mismo modo como lo estaban las cuentas de collar.

Estamos lejos de considerar que la emoción en cámara lenta del final de esta película, es un happy end, por el contrario pensamos que es el comienzo de una cotidianeidad, en la que las cosas de la vida se van a entrelazar con los conflictos afectivos como venimos sosteniendo.
La propuesta del cura, no intenta desmoralizar ante la idea del casamiento, sino que entendemos que trata de rescatar la importancia de hacer conciente la complejidad sentimental que se pone en juego en el matrimonio y la importancia de saber que cuanto menor es la idealización, mayor será la adaptación y por lo tanto mejor la tolerancia.
Recordamos las palabras de San Agustín, que menciona el cura, para quien existen dos cosas negativas que le pueden suceder al ser humano, siendo la segunda peor que la primera: llevar una vida sin esperanza o creer en una esperanza sin fundamento.

Es corriente el malentendido que lleva a pensar que en un vínculo solo debe predominar el amor. Desde el psicoanalisis sabemos que la vida emocional se caracteriza precisamente por la ambivalencia afectiva y que es esta ambivalencia también la que contribuye a la perduración del vínculo.

Cuando la union de dos personas funciona bien, dice el Dr. L. Chiozza, se trata de un acople como el que se da entre los átomos que forman moléculas estables, o como el que se encuentra en el caso de las estrellas dobles, que giran unidas por sus campos gravitacionales, como una pareja que baila, comportándose de un modo unitario frente al conjunto de cuerpos celestes del entorno.

La separación de la pareja se precipita: Quiero saber si me amas, si te interesa tu familia o si recordas a tu hijo, le grita Stefania a Tomasso, antes de echarlo de su casa, negando que con su actitud es ella misma quien muestra poco amor por la relación o cuidado por su hijo, que se encuentra en el medio de esa discusión.

Es importante destacar que la falta de desarrollo en otros órdenes de la vida, que influye en la baja estima personal, intensifique el deseo de querer obtener a través del contacto amoroso, toda la gratificación deseada.
El curso prematrimonial, en su aspecto formal tiene el carácter de preparación. La intención es hacer conciente que el casamiento, como la vida misma, impone la permanente labor del enfrentamiento y la asunción de responsabilidades y compromisos mutuos. Sin embargo, este curso, enmarcado habitualmente en un entorno religioso, es cumplido como otros tantos rituales, apoyado en la fantasía de que su solo cumplimiento puede ser una moneda de cambio que garantice el futuro.

El sendero que los conduce hacia la capilla de San Michel, lejos de Milan, nos introduce en el camino por el que van a transitar su historia de vida.
del modo como vemos que lo hace cuando los amigos opinan y aconsejan acerca del embarazo de Stefania. Junto a la alegría compartida, surge la envidia y los celos que movilizan sugerencias como la de la necesidad de hacer una amniocentesis y comentarios como el de evitar el recuerdo de lo insuperable del dolor del parto.
Freud: reemplazar el sufrir neuròtico por el sufrir normal.
Los amigos dan distintas versiones acerca del matrimonio: Es importante encontrarse, resistir, entre dos males es el menor, entre quedarse solo como un perro.
Distintos tipos de familia: artificial, convencional, living life, high period.
Relacionar la cremeria italiana con una familia verdadera.
Van a presentar dos campañas una tradicional y otra alternativa.
El matrimonio, genera una historia convivida, como producto de un trayecto compartido y de una meta común. La pareja hay que formarla destaca y cuando se logra constituirla, cada uno de los dos que forman "una", transforma en ella su manera de vivir y de sentir la vida.

Los tiempos maduran para describir la complejidad sentimental

Fundación Luis Chiozza
Ciclo cine y psicoanálisis
8 de mayo de 2009

Película: "Las horas del verano"
Director: Olivier Assayas
Guionista: Olivier Assayas
Actores: Juliette Binoche (Adrienne), Charles Berling, (Fréderic) Jerémie Reier (Jerémie), Edith Socob (Heléne), Isabelle Sadoyan (Elöise)

Introducción al debate: Lic. Silvana O Aizenberg

A través de este retrato familiar, con sus imágenes, las secuencias y los diálogos, somos espectadores de la sensible movilización afectiva que se desarrolla en todos los vínculos.
Cada familia tiene su historia y en ese sentido esta propuesta cinematográfica nos facilita la identificación con los personajes y se convierte en una invitación para reflexionar.
Como parece tradición, el encuentro de los hermanos y sus respectivas familias en la casa de campo, tiene lugar en esta oportunidad con motivo del cumpleaños de la madre.
Presenciamos una reunión que parece ser deseada por todos y en la que a la vez, por momentos, reina un clima de cierta incomodidad e incomunicación.
Las conversaciones cargadas de matices afectivos, como cuando Adrienne le cuestiona a su hermano Jerémie que no es un orgullo fabricar zapatillas en un país que tiene mano de obra barata y él le contesta que ella también obtiene beneficios en lo suyo, sacan a la luz sentimientos de celos y rivalidad, que recrean afectos de la infancia no superados.
La actitud de la madre, durante esta celebración, nos permite construir algo acerca de su carácter.
Su disgusto, como cuando dice que odia el champagne y que a su edad no cuentan los cumpleaños o el reclamo a sus hijos de que no los ve nunca, así como su disconformidad frente a los regalos, un teléfono que ella considera innecesario porque el suyo funciona bien y una manta de angora que dice es para la vejez, para las largas noches de invierno frente al fuego, evidencian la depresión y la amargura propia de la melancolía y el encierro narcisista que llenan su vida de insatisfacción
Heléne Berthier vive para cuidar el legado artístico de su tío Paul, vive con el fantasma constante de la figura de ese tío, artista ya fallecido, de quien posee un catálogo de sus dibujos y pinturas, que atesora como regalos y recuerdos de los cuales se siente encargada de gestionar.

Posiblemente su muerte, después del viaje a San Francisco, para estar presente en la exposición inaugural de la retrospectiva de la obra de ese tío, significó para ella el fin de aquello que le daba sentido a su vida. Su actitud, nos impresiona como la de alguien que quiere huir del presente y añora nostálgicamente su pasado, anhelando volver a vivir lo ya vivido.
Su imagen desolada, invadida de un profundo desánimo, después de la partida de sus hijos y nietos el día de su cumpleaños, alude no solo al dolor y al vacío que le dejaba la partida de los hijos, sino al re-encuentro con una vivencia de vacío y angustia previa, que le resultaba difícil de soportar.
Los hijos no parecían haber ocupado en su vida un lugar central, sin embargo creemos que es importante recordar aquello que Chiozza L. describe como necesario en la vida de los padres frente al distanciamiento de los hijos, de aceptar el duelo que lleva implícito una reelaboración de valores, que atañen a una nueva forma de vida.
Cuando el hombre envejece, dice, el crecimiento y la procreación dejan lugar en condiciones saludables, a la creatividad que surge de la capacidad sublimatoria que a través de proyectos y actividades genuinas trascienda la terminación de sus vidas y lo aparte de la ilusión de que se puede vivir del pasado.
Sostiene que la trascendencia, que implica ir más allá de motivos estrictamente individualistas, alcanza en la ancianidad un valor predominante y que su insatisfacción atenta contra el logro de un desarrollo saludable y priva a la vida de sentido

Argumentando que se acerca su hora y a la manera de una despedida, Heléne le impone a su hijo mayor, a pesar de que él le dice que no quiere hablar, expresarle su voluntad acerca del destino de los bienes cuando ella ya no esté. Se dividirá todo entre tres, sostiene, son mis recuerdos, es mi vida y debo pensar en lo que vendrá después de mí.
Por qué es ella quien quiere disponer del destino de las cosas pensando en el día después de su muerte?
Desde un punto de vista podemos pensar que parte de cierta percepción de que lo que para ella es importante tal vez para sus hijos ya no lo sea. Es esto mismo lo que con animo molesto la lleva a decir - hay muchas cosas que desaparecen conmigo, los recuerdos, las historias, los secretos que no le importan a nadie - pero desde otro punto de vista interpretamos que con su modalidad actúa como si pudiera disponer de la casa y los objetos cuando ella ya no este, negando el dolor que le ocasiona pensar en su propia muerte.
Sometida a su depresión, rechaza la compañía de Elöise cuando ella se la ofrece y concentrada en su pesar esta desatenta, desmemoriada y hasta puede olvidar lo que acaba de decir.

Elöise, en cambio, parece haber encontrado en su trabajo y en el cariño que alimentó por esa familia, un significado más pleno a su vida. Aunque vemos que reta a los niños cuando no escucharon su llamado y los trata de irresponsables, su actitud sin embargo parece ser de mayor contacto e interés por ellos. Es ella también la que les prepara la comida.

Por qué Heléne elije a su hijo mayor para que administre la división de la herencia?
La elección de ese hijo, aduciendo que lo hacía porque era el único que vivía en París, no parece ser un argumento del todo convincente.
Tal vez formaba parte de un particular vínculo entre ellos. Fréderic intentaba ser el depositario de los ideales maternos, pretendía que a su madre le gustara lo que él hacia. Mi madre, le dice a su mujer, finge interesarse por lo que hago, insistió en que estudiara economía aunque a ella tampoco le interesaba.
Pensamos que Fréderic se sentía desconforme consigo mismo y culpable de no haber podido satisfacer los ideales maternos, que en un sentido más profundo corresponden a sus propios ideales insatisfechos. Tal vez por esto le dice a su madre que él publicó un libro que solo la aburrirá porque es demasiado técnico, esperando posiblemente de ella una respuesta diferente. Experimenta como símbolos de su fracaso la crítica que Paul Vernon, el periodista reconocido, hizo de su libro y se acusa de no haberse desempeñado bien en la entrevista radial. No es casualidad tampoco que sea él quien se quedo viviendo en el mismo país que su madre, mientras sus hermanos emigraron.
Sabemos que en los padres existe el deseo de que los hijos satisfagan las ambiciones que ellos no han podido realizar y también sabemos que forma parte del deseo de los hijos, no solo tener padres ideales como resultado de la necesidad de sentirse protegidos, sino también convertirse ellos mismos en el ideal de los progenitores interpretando que de ese modo van a ser más queridos.
Chiozza L. nos dice que en la infancia se prepara el conjunto completo de los modos en que transcurrirá más tarde la relación entre padres e hijos, que ocurre con amor, con hostilidad y hasta con odio, con armonías y con luchas inevitables, que muchas veces se asocian al amor o por el deseo de imponer al otro un proceso que según se piensa es por su bien.

Los hermanos frente a la repentina muerte de la madre se ven en la tesitura de decidir si vender el patrimonio familiar o conservarlo.
Los sucesos que se van encadenando giran en torno a la resolución de la herencia, la venta de la casa, la distribución de los objetos de arte y el esfuerzo por seguir adelante.

No compartir las mismas ideas acerca del futuro de los bienes, nos muestra una diferencia de criterios entre ellos, que ya seguramente estaba presente desde tiempo atrás.
Llama la atención que aunque los personajes dicen lo que piensan y lo que sienten, dándole a esta película un tinte verosímil, como si no estuvieran interpretando escenas sino viviéndolas, como una realidad plasmada de sentimientos profundos, mantienen una actitud de contención afectiva. Salvo una inesperada y breve discusión entre los hermanos, atemperada por Adrienne, cuando estaban reunidos en la oficina del escribano resolviendo los aspectos legales de la herencia, Fréderic aunque apenado y contrariado, admite con serenidad la decisión de sus hermanos afirmando que conviene decidir lo mejor para todos. Esta actitud no es tan habitual cuando se trata de la división de una herencia, que generalmente despierta fuertes discrepancias y diferencias afectivas entre los miembros de una familia, acerca de lo que se tiene que resolver y lo que ello representa o implica para cada heredero.
Sin embargo, también la angustia, el sentimiento de impotencia y desolación, se refleja en la insuperable escena en la que Fréderic ensimismado en la habitación, está sentado en el borde de la cama, intentando ocultar su llanto.

Nos imaginamos a los hijos de Heléne doloridos, no solo porque sentían que su madre estaba conectada con los recuerdos del vínculo incestuoso que tuvo con su tío artista, que parecía atrapar toda su admiración, sino porque probablemente pensaban que ellos con sus propios logros o méritos no podían despertar el orgullo de la madre.
Deseaban complacerla y hasta después de su muerte, necesitan sentir y decir que la ceremonia en la iglesia fue bonita, como ella hubiera querido.
Fréderic y Jerémie, los hijos varones, se sentían poco valiosos frente a su mirada. Proyectan en la figura del padre fallecido la vivencia de inferioridad. Lo miraba por encima del hombro, comentan entre ellos, al día siguiente de su muerte recuperó su nombre de soltera. El era brusco pero más sensible que ella y permitía que lo despreciaran y se callaba; lo asfixiaba con la posteridad de su tío.
Parece que solo despierta la sonrisa y el brillo de la mirada de Heléne, el regalo que su hija le trae, de la edición americana que ilustraba la obra del pintor, recién salida de la imprenta.
La vemos a Adrienne fastidiada frente a su madre, con quien parece tener poca comunicación y poco intercambio afectivo. Ilusionada intenta darle el mejor regalo de cumpleaños, pero se siente descalificada y criticada en su estilo de vida. Al mismo tiempo se identifica con ella en el gusto por lo estético y en algunas modalidades del carácter, huyendo todo el tiempo, así como dicen de ella sus hermanos.

El sueño de Adrienne en el que escondía bajo su jersey la bandeja de plata que tenía grabadas huellas vegetales, que de pronto se convertían en una gran hoja de nenúfar con raíces, simbolizará su deseo de que el vínculo materno se transforme en algo más vivo y más calido y que ella misma pueda desarrollar sus propios afectos inhibidos?
Jerémie parece involucrarse menos con los conflictos familiares. El uso de la casa, como dice su mujer, no entra en sus planes y los hijos no tienen mucha relación con el país y están alejados de la cultura. Pensamos que más allá de su realidad laboral que lo llevaba a él a alejarse de los suyos, es posible que también estuviera en la búsqueda de un bienestar, que le permitiera compensar el sentimiento de no haber podido ocupar un mejor lugar en la vida de su familia de origen.
Por qué los hermanos se ríen cuando Adrienne anuncia su casamiento con James? Posiblemente esta noticia, luego de un fracaso matrimonial, distendió el clima de angustia en el que se sentían todos embarcados. Querían hablar de la herencia, del destino de los bienes y al mismo tiempo sentían que tenían que enfrentar el duelo por la perdida de la madre, el sentimiento de desolación, la culpa y elaborar la relación que cada uno tuvo con ella, es decir, con la madre que cada uno pudo construir, dado que en el vínculo entre padres e hijos, los hijos crean también a los padres que tienen.
Angela y Lisa, las mujeres de Fredéric y Jerémie acompañan cariñosamente a sus maridos en el momento por el que ellos están atravesando. También parecen tener un trato calido con Heléne. Podría ser que el vínculo poco estrecho que la madre tenía con sus hijos, facilitara la relación con las nueras, en la medida en que no despertaba en ellas fuertes sentimientos de celos?

Nos preguntamos cual es la herencia que queda en manos de los hijos? Se trata solamente de la material o junto con ella la de las identificaciones y hábitos familiares que conforman la tradición cultural?
Chiozza, L. describe que la cultura en tanto conjunto de costumbres y hábitos es el ámbito congruente donde se despliegan las cualidades individuales recibidas por herencia. Sostiene que gran parte de lo que nuestros antepasados nos han dejado, no lo llevamos realizado en la parte de nosotros mismos que reconocemos como propia, sino guardado en una especie de archivo inconciente, que contiene las disposiciones que podremos o no podremos desarrollar.
Sabemos que las identificaciones secundarias, dado que las primarias corresponden a las que se adoptan en forma directa de las cualidades de los objetos heredados de los padres y arquipadres, se van instalando progresivamente durante la infancia y que en la etapa en la que los hijos

son adultos y enfrentan la pérdida de sus propios padres, estas identificaciones parecen cristalizarse.

La foto en el libro, que recuerda momentos pasados y que exhibe la mesa en el jardín, dispuesta en el mismo lugar en el que la familia estaba reunida ese día de cumpleaños – exactamente la misma mesa en el mismo lugar – es una representación de la existencia de temáticas universales sempiternas y recurrentes, que configuran escenas con un libreto conocido. Es una historia cuyo argumento recupera actualidad.
Fréderic, como ya dijimos, fue el único que se quedó haciendo su vida en París, Jerémie es un ejecutivo de una industria en China y Adrienne una diseñadora independiente que armó su vida en Estados Unidos.
Cuando Fréderic quiere conservar la casa viva con sus objetos, sus muebles, su alma, para transmitírselos a sus hijos, será porque él es el único que logra conectarse con la importancia afectiva de la herencia o porque es él quien a partir de una carencia afectiva se resiste a los cambios e intenta preservar los bienes y también los vínculos, para evitar el duelo de la pérdida y de lo que no fue? Le pregunta a Elöise si en el caso de que la madre no estuviera, ella se quedaría a cuidar la casa..
Será por esto también que él fue el único, entre sus hermanos, que se ocupó de negar las características y las implicancias de la relación entre su madre y su tío abuelo?

El llanto de Fréderic por la pérdida de su madre, después de haber estado en el cementerio eligiendo el lugar para su tumba, que representaba una innegable realidad de su orfandad, recuerda al llanto de un niño que se siente desamparado.
La muerte de alguien que posee significancia en nuestra vida, dice Chiozza L., constituye el paradigma más típico del proceso de duelo en el que generalmente se incrementa la desolación y también la culpa por aquello que con él no hemos podido vivir. En un análisis más profundo acerca del tema, sostiene que cuando nos duele una ausencia, lo que nos duele es la actualidad del recuerdo que reactualiza una carencia que según pensamos, desaparecería con la presencia de lo que recordamos y no desaparece con la presencia de aquellos con los cuales convivimos.

Es reveladora la escena en la Fréderic les muestra a sus hijos los cuadros de Corot, pintor del siglo XIX, aclarándoles que un día serán de ellos y de los primos y que luego pasaran a ser de sus hijos. Contrasta la importancia que tienen para él esas obras con el desconocimiento y la indiferencia que demuestran ellos al observarlas. Son bonitos dice Sylvie, pero no son lo mío, son de otros tiempos, agrega Pierre.

Estos comentarios que parten de cierta ingenuidad juvenil, nos llevan a suponer que al mismo tiempo que ellos sienten que no es el momento oportuno para hablar de la herencia de bienes, necesitan negar su importancia, porque se enfrentan con sus propios sentimientos de insuficiencia en sus posibilidades para la materialización.
En este sentido adquiere un significado especial la conocida frase de Goethe: "lo que de tus padres heredaste debes adquirirlo a fin de poseerlo".
Chiozza L sostiene que forma parte del regalo de la vida en la tarea de cuidar el desarrollo de un hijo, el que sintamos que nos prolongamos en ellos y afirma que padres y hermanos tienen muchas veces necesidades propias que no armonizan y que cuando no se logra una transacción adecuada y se opta por negar o avasallar las necesidades o los derechos de alguno de los miembros de la familia, la relación no evoluciona favorablemente.

La película disminuye su ritmo con una narración más pausada, en las escenas en las que los hijos vuelven a la casa materna a la que le falta mantenimiento, se reúnen con los tasadores evaluando los detalles de los objetos y las posibilidades de venta. Todo parece estar fuera de lugar. Tal vez estas imágenes que transcurren lentamente, expresan el clima angustia y de tristeza casi susurrada, que es reflejo del duelo por el que estos hermanos tienen que atravesar.
El pasado y los valores quedan ahora en sus manos, enfrentándolos con el fin de su niñez y la construcción de su propio futuro.
Los niños de diferentes edades, que en el comienzo de la película corren a través del bosque, tras la búsqueda del tesoro – símbolo del descubrimiento de la sexualidad - sus risas y su jolgorio, parecen representar la infancia pasada de estos tres hermanos.
Los dibujos que eran un secreto que Daisy descubrió, iluminando con un encendedor el papel que la tinta invisible ocultaba, simboliza que los trazos de lo que cada uno va a ser ya están presentes en la niñez y que solo se hacen más visibles y se desarrollan en el transcurso de la vida.

La escena en que Fréderic nervioso y muy disgustado, retira a su hija del departamento de policía, porque la encontraron robando y teniendo drogas, revela la existencia de fuertes sentimientos de impotencia y culpa que dificultan la comunicación entre el padre y la hija. Si bien la adolescencia es una etapa de la vida en la cual los jóvenes desarrollan la rivalidad con los padres, como algo necesario en el desarrollo evolutivo, cuando Sylvie le recuerda que él también fumó, utiliza probablemente este reproche en primer lugar, como un argumento para reclamar a partir de los celos su ausencia, porque sentía que él estaba demasiado ocupado tramitando la herencia de su madre y en segundo lugar, como un intento para atemperar

sus propios sentimientos de culpa. Precisamente es ella la que se va de la casa, la noche del velatorio de su abuela, aunque como le dice a su tía el padre le pidió que se quedara.
Hay circunstancias afirma Chiozza L en que la diferencia entre lo que un padre recomienda y lo que hace, surge del deseo del padre acerca de que el hijo no reproduzca sus insuficiencias. Uno de los malentendidos es confundir la obediencia con una sumisión que atenta contra la libertad. Cuando las diferencias entre padres e hijos no se asumen, el hijo crece con un déficit de educación y el desenlace lo deja prematuramente huérfano de la función paterna y priva al padre de dotar a sus hijos de su sabiduría que por herencia les correspondería.

La luz de verano, casi crepuscular que inunda el film, parece vaticinar el fin de una época.
Frédric y su esposa visitan los objetos de arte de la familia ya instalados en el Museo de Orsay. Es extraño verlos acá, dice él, aunque su mujer le señala que están bien expuestos y que mucha gente saca provecho de mirarlos, porque es historia.
El destino de las piezas, los cuadros, las esculturas, el mobiliario, nos hacen pensar que una vez fuera de su entorno las pertenencias parecen privadas de significado, como el escritorio de Heléne que los visitantes del museo contemplan con cierta indiferencia o el jarrón con burbujas verdes sin flores, expuestos en un salón sin luz natural, que parece inanimado. Sin embargo los objetos no solo tienen una historia propia, algo que los define por si mismos, sino que en la medida en que le otorgamos significancia, es decir que le atribuimos importancia afectiva, adquieren significado. Es a partir de los afectos, que las cosas adquieren importancia y es a partir de ellos también que se originan los valores
Aunque las obras pertenezcan a otra época, en la evolución de la cultura, coexiste una mezcla de valores pasados y actuales y en este sentido consideramos que la trascendencia esta más allá de los objetos materiales ya que el significado vive más allá de ellos y alcanza el valor de la cultura.
El mérito de las cosas no radica solamente en su valor material, sino también en el sentimental, algo difícilmente cuantificable. Los objetos valiosos llenos de historia, simbolizan los valiosos recuerdos, sentimientos, sensaciones que quedan a lo largo de la vida y que constituyen la herencia cultural. (Trancurren frente a nosotros una excepcional colección de arte del siglo XIX, un escritorio art noveau, cuadros del artista plástico Corot, el jarrón de Bracquemond, los paneles de Redon, etc.).

En el final de la película vemos a los nietos de Heléne - la generación siguiente - usando la casa familiar con sus propios fines. El director nos enfrenta con la imagen de un mundo que se acaba y otro nuevo que

comienza, con códigos que parecen ser muy diferentes, sin embargo encontramos la permanencia de significados en los recuerdos de la nieta, cuando conmovida dice que su abuela ha muerto y recuerda que ella solía traerla a ese lugar y le contaba historias. Ella me decía que un día traería aquí a mis hijos cuando los tuviera.
Resuenan las palabras de Ortega y Gasset, cuando afirma que los muertos no mueren por completo cuando mueren, sino que están dentro de nosotros, hacen en nosotros morada dejando en herencia sus virtudes y defectos.
Todo individuo actual es el producto o la manifestación de una historia que constituye, desde lo inconciente, el suelo ancestral, la herencia, lo que otorga pertenencia al sujeto. Chiozza L afirma que si la experiencia no fuera transmisible el mundo no progresaría y deberíamos cometer forzosamente los mismos errores que cometieron nuestros antepasados.
Sostiene que la transmisión de la experiencia es un tema clave en la relación entre padres e hijos y la posibilidad de transmitir la dote cultural, depende de la existencia de una suficiente coincidencia en el punto de partida. El aprendizaje se interrumpe, afirma, cuando los conflictos afectivos que surgen en la convivencia lo impide.

Cuando Sylvie, en la última escena de la película, le propone a su novio escalar el muro y los vemos a ambos pasar hacia el otro lado del jardín y alejarse, interpretamos que esta imagen es un símbolo de que la vida va más allá, en su continuidad y en su posibilidad de trascendencia.

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
Ciclo cine y psicoanálisis
5 de noviembre de 2010

Película: “El encanto del erízo”
Novela de Muriel Barbery: “La elegancia del erizo”
Dirección: Mona Achache
Guión: Mona Achache
Título original: “Le hérisson”
Interpretes: Josiane Balasko, Garance Le Guillermic, Togo Igawa,
Anne Brochet, Ariane Ascaride, Manuela Lopez

Introducción al debate: Lic. Silvana O. Aizenberg

La película que acabamos de ver esta basada en el libro de Muriel Barbery “La elegancia del erizo” y transmite que es posible descubrir una riqueza y una profundidad, en las personas y en las cosas, que van más allá de las primeras impresiones.
Desde el psicoanálisis consideramos que toda percepción es una construcción, una interpretación que trasciende a aquello que llamamos realidad y que los dramas de una vida, detrás de su primera apariencia, ocultan afectos y conflictos inconcientes.
Aunque algunas escenas de este film, parecen poco verosímiles, la historia de Paloma, su convivencia familiar, el encuentro con Renée la portera del edificio y la inesperada presencia del enigmático señor Kakuro Ozu, nos permiten reflexionar acerca de algunos aspectos de la adolescencia, que pueden presentarse también en diferentes momentos de la vida.

La linterna y la cámara para filmar que Paloma, desde la oscuridad de su habitación, ubica con cuidado sobre una mesa para grabar sus comentarios, nos enfrentan desde un comienzo con la necesidad que ella tenia de iluminar, como se hace a través de un haz de luz, sus vivencias para poder elaborarlas.
Me llamo Paloma, dice, tengo ll años vivo en Paris en un piso de ricos, mis padres son ricos, mi hermana y yo somos virtualmente ricas, pero a pesar de eso de tanta suerte y tanta riqueza, hace mucho tiempo que se que el destino final es la pecera.

La referencia que hace a un futuro desalentador, que también la lleva a decir que quiere hacer una película para mostrar que su vida y la de los demás es absurda, encubre su sufrimiento actual.
Aunque tenía un desarrollo intelectual avanzado, poco común para su edad, se sentía indefensa, enfrentada con los límites de sus posibilidades yoicas. La mención acerca de que su hermana y ella eran virtualmente ricas, alude a un desarrollo que sentía que todavía no concretó y a una madurez que todavía no había sido adquirida.

Se encuentra próxima a su cumpleaños de 12 y con el anuncio de que faltan ciento sesenta y cinco días para su suicidio, porque dice que si nada tiene sentido el espíritu por lo menos debe enfrentarlo, disimulaba que su crecimiento le generaba inquietudes, porque le implicaba asumir cambios y hacer duelos, en el momento en que los sueños de su infancia parecían haber llegado a un fin irrevocable. Duelos por sus tempranas ilusiones, simbolizadas en sus ansias de perseguir los reflejos de las estrellas, que adornaban el techo de su dormitorio.
Afirma, desde una pretendida madurez, que la muerte entra en el orden de las cosas y que de que sirve morir si no es para dejar de sufrir, sin embargo pensamos que con sus razonamientos, niega que la proclamación de su suicidio es un pedido de ayuda, con el que expresa también la necesidad que tenía de un mayor contacto y un mayor acercamiento afectivo.
Se sentía incomprendida e incomunicada con el mundo adulto y si bien es cierto que muchas veces los adolescentes experimentan que es difícil lograr un diálogo con los mayores, por medio del cual poder entenderse y que las enseñanzas a veces les llegan carentes de significado, como le sucedía a Paloma con las interpretaciones intelectualizadas de su madre, su incomunicación se traducía en fastidio y enojo.
Los graffitis que diseña, encuadrados en la pared de su habitación, que indican la cuenta regresiva de los días que faltan para asumir su decisión, así como los dibujos que realiza del erizo en un cuaderno, que el giro de las hojas pone en movimiento o como el de la portera sentada en el sillón de su biblioteca, muestran su valiosa creatividad, así como su necesidad de expresarse para ser comprendida. También aluden a una conducta obsesiva, característica de este período de la vida.

Se esconde detrás de su cámara de filmación, regalo del padre, por un lado como un modo de eludir el encuentro directo con las cosas que le resultaban difíciles y por otro, como un deseo de registrar escenas para poder incorporarlas y asimilarlas.
Con su natural curiosidad, busca explorar, como lo hace cuando observa a través del cristal del vaso a través del cual mira, para lograr una imagen amplificada y esclarecedora del comportamiento de las personas y del

sentido de las cosas y el conflicto en torno a ese deseo de ver o entender mejor, con más claridad, se expresa también en su miopía, que la obliga a usar anteojos.
Rechaza a su madre y a sus creencias, con el deseo de diferenciarse de ella. Se escapa y con su evitación al encuentro, por un lado estimula su búsqueda y por otro trata de hallar los espacios que le permitan integrar sus emociones, con los estímulos que recibe del entorno.
Cuando uno se aísla, dice Chiozza L., sufre por sentirse incomprendido, pero al mismo tiempo siente que no corre el riesgo de sentirse anónimo en el conjunto de una comunidad.
Es significativo que ella no tenía amigos, dado que la adolescencia, es un período que se caracteriza por la necesidad de encontrar semejantes, con quien poder compartir experiencias.

La convivencia familiar le despertaba celos y envidia, especialmente con Colombe, su hermana. El enfrentamiento con ella la hace decir que es una joven obsesionada por ser menos neurótica que su madre, más brillante que su padre y para quien la vida es una batalla en la que se vence destruyendo a los demás, pero a quien en el fondo consideraba más afortunada que ella.
La rivalidad con los padres, que ella describe como una conducta evidente de su hermana, es también una proyección de su propia rivalidad y de su propia problemática edípica, resultado del malentendido en equiparar las funciones paterno-filiales.
En la cena familiar, compartida con los padres de Tibêre, se la ve disgustada, concentrando su atención en descubrir comportamientos ridículos en los demás, no solo porque las conversaciones no eran de su particular interés, sino porque sentía que ella no tenía un lugar central o protagónico en esa reunión.
Recordamos a Freud, cuando en su artículo acerca de la Psicología de las masas y análisis del Yo, para referirse a los lazos afectivos en el comportamiento de los hombres, afirma que ninguno soporta una aproximación demasiado íntima. Para hacer una referencia a este tema emplea una parábola de Schopenhauer, en la que una manada de puercoespines en un día crudo de invierno, intentaba darse calor y que en el intento de acercamiento mutuo se pinchaban y se distanciaban alternativamente, hasta que llegaron a hallar una distancia media que hacía tolerable el contacto.
Para vivir hay que convivir y la convivencia es un permanente encuentro y desencuentro. Chiozza L. destaca que es frecuente que en una familia, cada uno tenga necesidades propias que no armonizan y que cuando se opta por negar o avasallar las necesidades o los derechos de alguno de los miembros, la convivencia se dificulta.

Cuando Paloma enfrenta a los adultos, desafiándolos, mostrándoles sus equivocaciones, como cuando discute con el suegro de su hermana, acerca del orígen del Go, sosteniendo que es un juego chino de estrategia, contrario al del ajedrez, cuyo sentido no es rivalizar sino el de vivir y dejar vivir, los hace sentir desconcertados e inseguros como ella misma se sentía.
La adolescencia es una etapa de la vida en la que la rebeldía surge como algo saludable en el vínculo entre padres e hijos, pero también puede desarrollarse como una modalidad reactiva, a partir de confundir obediencia con sumisión y en la que las necesidades insatisfechas se formulan muchas veces como si fueran una injusticia o un derecho.
Paloma acusa a sus padres diciendo que el nombre que le han puesto a los gatos, son una clara evidencia del familia en que ella ha nacido y denuncia que en su casa no hay libertad, no se deja salir al gato y no se deja entrar a la portera.
Chiozza, L. destaca que muchas veces la situación típica de rebeldía en los adolescentes, no es el producto de una capacidad crítica bien ejercida, sino de la necesidad de no cumplir con un mandato y que en ese sentido no es un índice de libertad, sino de un sometimiento oculto.
Con su actitud desafiante Paloma negaba la necesidad que tenía de que le tengan confianza, para poder vencer su propia desconfianza. Para autoafirmarse se preguntaba acerca de si existe la posibilidad de conocer el destino o si existe la posibilidad de convertirse en alguien diferente de lo que le ha sido destinado.

En el pasaje de la niñez a la adolescencia y en la búsqueda de una nueva individuación, se reactivan ansiedades tempranas. Las emociones surgen como un tumulto de deseos, frustraciones, resentimientos y vivencias de desamparo.
El temor a fracasar en la vida, se acompaña de sentimientos dolorosos como la soledad, la incomprensión, la incompletitud o la dependencia, que como resultado de un malentendido, activan diversos mecanismos de defensa como la omnipotencia o la negación.
Paloma proyecta en el pez rojo, su sentimiento de pequeñez y si bien por un lado poner una pastilla en la pecera, parece formar parte de un juego para ser espectadora del resultado, por otro le permite descargar indirectamente la agresión hacia su hermana, era ella quien tenía novio y había accedido a la genitalidad. La rivalidad la impulsaba a atacarla e irritarla filmándola insistentemente.
La emergencia de sus impulsos y el florecimiento de la genitalidad, era otro de los pasos que sentía que tenía que enfrentar. Es común del ingreso en el período adolescente, que los impulsos se experimenten como un peligro, como algo que esta fuera de control.

Dramatiza diferentes modos en que es posible perder la vida y cuando subiendo las escaleras, simula tener un ataque al corazón, parece un juego de elaboración a través del cual expresa su vivencia de no poder avanzar, cuando va progresando en la vida.

A la muerte de Pierre Arthens, un vecino del edificio, se sucede la llegada de un nuevo propietario, el Sr. Kakuro Ozu.
Durante el proceso analítico afirma Chiozza L., el personaje inesperado, representado por el analista, es aquel que contribuye a evitar la repetición transferencial y posibilita el desarrollo de un vínculo diferente.
En un sentido semejante, consideramos que Ozu que proviene de otra cultura y domina otro idioma, simboliza los valores diferentes que Paloma necesitaba y deseaba incorporar para enriquecer su crecimiento.
Podemos pensar que Kakuro, representa también a la figura de un abuelo, con quien al no tener tantos conflictos afectivos, como suele suceder con los padres, ella puede desarrollar la ternura y la comunicación que tenía inhibida.
Es habitual en los jóvenes, en el camino de integrarse con la realidad, la búsqueda de nuevas figuras de identificación, que conduce habitualmente a la descalificación de los objetos cercanos y a la idealización de los lejanos. La tendencia a idealizar a los padres durante la niñez cambia y en el ingreso a la adolescencia la convivencia entre padres e hijos tiende a funcionar como espejos, que muestran rasgos que no agradan. Esta actitud la observamos en Paloma, quien instalada concretamente frente a un espejo, imita burlonamente actitudes y palabras de su madre.
La misma dramática esta escenificada en la apreciación negativa que tenía de sus padres, la madre que hablaba con las plantas, tenía una estrecha relación con el psicoanálisis, los ansiolíticos y el champagne y el padre, aunque brillante, ausente y más preocupado en su trabajo que en la familia y sin saber como manejarse con ella. Todos estos reclamos, contrastan con la mirada que tenía hacia la portera, con su importante y atractiva biblioteca, símbolo de sabiduría y hacia el Sr. Kakuro que con su actitud cariñosa, tolerante y dispuesto al acercamiento, parecen representar al objeto que puede gratificar y liberar de las frustraciones, alimentando la fantasía de que alguien puede responder a los deseos.
Los padres que tenemos, le escuchamos decir a Chiozza, L., son siempre un producto de la interrelación de lo que somos con lo que ellos son. En ese sentido, dice, el encuentro a mitad de camino entre nosotros y ellos, lo "construimos" como construimos a los objetos de nuestra percepción.

La relación amorosa que nace sorpresivamente entre Kakuro y Renée, de la cual Paloma es espectadora, la enfrenta con la imagen de la pareja

unida, símbolo de la necesidad de tener unidos a los padres en su interior, para poder superar la conflictiva edípica y poder seguir con su desarrollo.

Acerca de Renée

Me llamo Renée, tengo cincuenta y cuatro años, soy viuda, bajita, fea, regordeta y a juzgar por ciertas mañanas que a mi misma me incomoda, tengo aliento de mamut. No tengo estudios, siempre he sido pobre, e insignificante. Vivo sola con un gato perezoso y cumplo con el arquetipo de la portera vieja y malhumorada.

Con esta presentación, que hace frente a la cámara de Paloma, la portera refleja su melancolía. El interés por la lectura, mostraba su profunda vida interior, aunque detrás de los libros, como refugiada en un escondite, así como Paloma detrás de la filmadora, intentaba eludir el duelo por los sueños de su juventud y sus frustraciones actuales, por aquello que experimentaba como sus propios limites, la soledad, el no haber podido estudiar o el no haber podido tener hijos.

Parecía que no podía encontrar una salida satisfactoria para su vida.

Desde su visión, se describía vieja, fea y gruñona y con su carácter irascible, trataba con aspereza a los vecinos del edificio, descargando su resentimiento y negando su necesidad de afecto y contacto.

Su gratificación era el placer oral de acumular y comer chocolates. También es significativo que éstos eran negros (es decir de sabor amargo), simbolizando la frustración acumulada y el sentimiento de insuficiencia, que le impedía vivir la vida con mas vitalidad.

El encuentro entre René y Kakuro parece inserto en un marco ideal.

Comparten el gusto por la lectura, por las comidas y los videos. Los sobre entendidos los aproxima, como el nombre del gato León en honor a Tolstoi. Parecen poder complementarse como si cada uno fuera una parte de una pieza, que al unirse forman una sola. Las familias felices se parecen, dice la portera, pero las que son desgraciadas lo son cada uno a su manera, completa el nuevo vecino, como si fuera una combinatoria perfecta, aludiendo a un mismo texto que leyeron.

De este modo comienza el desarrollo de una historia , en la que vemos la transformación de la Sra. Michel en su aspecto físico, su semblante más relajado, su mayor disposición y tolerancia al contacto, que evidenciaban la superación de ciertas inhibiciones.

La necesidad de contacto, también se demuestra en la vida de Kakuro, quien aunque era un hombre poderoso, se lo veía solitario y necesitado de compañía para celebrar su cumpleaños.

Tal vez la sorpresiva muerte de Renée, ocurre en el preciso momento en el que el romance, inevitablemente se iba a chocar con la realidad.

Se suele decir, afirma Chiozza L., que la persona amada no coincide jamás con el objeto del deseo, que nuestros deseos son lo que originan, negando la realidad, nuestras ilusiones, aunque también aclara que cada nuevo encuentro nos enriquece, dado que modifica la imagen de lo que deseamos.
Los sentimientos de culpa, también ocupan un lugar en el desenlace de la vida de Renée. Después de accidentada y como si fuera la voz de su conciencia, la oímos decir que la atropelló la camioneta de la tintorería y que seguramente este debe ser el castigo por haber robado el vestido, símbolo de sus deseos genitales.
La melancolía, que la llevaba a decir que ella era una persona horrible y que quería pasar inadvertida, porque nadie quería a una portera con pretensiones, parece anunciar el destino que desde lo anímico, le estaría preparado a Paloma, si no lograra elaborar los conflictos melancólicos, propios de la transición adolescente.
Si bien consideramos que entre ellas había grandes diferencias, porque pertenecían a diferentes generaciones y ámbitos sociales, ambas tenían en común, por un lado, una riqueza interior que las impulsaba a buscar respuestas acerca de las cosas de la vida y por otro el sufrimiento que les representaba hacer el duelo por sus aspiraciones.
Cuado Paloma le cuenta a Renée que de grande va a ser portera, ella le responde que más adelante será una princesa. Si bien este comentario puede devenir del cariño y la confianza, también pensamos que representa una exigencia, parecida a la que le expresa en su último mensaje a Paloma, cuando argumentando acerca de cómo se decide el valor de una vida, le dice que espera que la suya este a la altura de lo que promete.

Hacia el final de la película Paloma cambia. En la expresión de su rostro, vemos también que cambiaron sus afectos, cuando pensaba que se quería suicidar porque decía que nada tenía sentido, reflexiona como lo hizo en el comienzo de la película, acerca de que lo importante no es morir, ni a que edad se muere, sino que la muerte nos encuentre haciendo algo, que es aquello que le otorga significado a la vida, como le sucedió a Renée en el momento en que estaba dispuesta a amar.

Qué es lo que la hizo cambiar?
Por un lado parece tomar conciencia, de que las cosas no siempre son como uno las cree, como la Sra. Michel que por fuera parecía un erizo cubierta de pinches, pero por dentro era elegante y refinada. Descubre que la vida tiene una trama compleja en la que existe la posibilidad de que las cosas tengan diferentes cualidades. Por otro, descubrir que el resentimiento y el refugio en sus fantasías, la distanciaban del contacto y de la posibilidad del vivir el amor y la amistad. Una amistad significativa como la que nació entre Renée, Kakuro y ella.

Recordemos el abrazo conmovedor entre Renée y Paloma, cuando una llora y la otra la calma.
Acepta la importancia de los vínculos, cuando reconoce que morir es no volver a ver a quien amas y que no te volverán a ver los que te aman y que si morir es eso, entonces eso si que es la tragedia que dicen todos.

Como cierre para la introducción de este debate, considero adecuado mencionar las palabras que Chiozza L describe para el personaje de su Caperucita Verde, cuando dice que los sueños imposibles que no hayan sido completamente duelados, introducen en nuestra vida errores y sufrimientos inútiles, que interrumpen el bienestar de los mejores momentos.

Pelicula
Un día en familia
(Titulo en inglés: Still walking)
Escritor y Director: Hirokazu Kore-eda
Japón 2008

Como acabamos de ver, esta historia transcurre durante un encuentro familiar, en la antigua casa de los padres. El hijo y la hija, con sus respectivas familias, visitan a sus progenitores. Se reúnen, para conmemorar la muerte del hijo mayor, ocurrida quince años atrás.

A través de las ceremonias ancestrales, el respeto a los rituales y la comida, la película muestra la relación de un grupo de personas, que parecen tener mucho para decirse y cosas por aclarar.

Si bien el film es de tradición japonesa, con sus hábitos y cultura particulares, pensamos que es posible abordar su interpretación, ya que la temática es verosímil y trasciende las fronteras de lo autóctono, para volverse una historia universal.

Cuando nos internamos en los cuadros cotidianos de esta familia, podemos ver con suficiente claridad, el deseo y al mismo tiempo la dificultad que tienen para el encuentro. Coexisten entre ellos afectos intensos y contradictorios. Somos observadores del cariño que se tienen y también somos testigos de la atmósfera de intolerancia y tensión que los invade, limitándoles la posibilidad de un contacto más gratificante.

Sabemos que la natural diferencia generacional entre padres e hijos, el choque entre el pasado y la modernidad con el transcurrir del tiempo, forman parte e influyen en los problemas de comunicación y convivencia y también sabemos que en las dificultades de contacto, participan diferentes conflictos, generados por numerosos malentendidos y pensamientos erróneos, frecuentes e inevitables en toda ámbito familiar y en toda convivencia

La contrariedad, que impide aceptar que las personas significativas, no son como lo deseamos sino como pueden ser, así como los conflictos generados por la rivalidad, los celos, la envidia y la culpa, provocan importantes desavenencias en los vínculos. Desavenencias, que en muchas ocasiones, provocan dolor y conducen a lamentables distanciamientos con

aquellos cercanos, con quienes existía unión, intimidad y un lenguaje en común.

En el comienzo, contemplamos a la madre y a la hija cocinando y conversando, en una escena que simultáneamente muestra el bienestar que ambas tenían por compartir ese momento, así como el intercambio de comentarios molestos o irritantes entre ambas, como por ejemplo, cuando la hija le dice a la madre que ella nunca trabajo fuera de la casa y que por ese motivo desconoce lo difícil que es y en la respuesta fastidiada de la madre, recordándole que tampoco ella trabajo demasiado, después de haber ingresado a la universidad.

Las enseñanzas culinarias, acerca de que si se hierven los rábanos, pierden la aspereza, parecen ser un símbolo muy apropiado, de la importancia que tiene en todo contacto cercano, el limar las asperezas afectivas.

Gran parte del conflicto entre padres e hijos o entre hermanos, que lleva a que unos y otros se critiquen o peleen , es porque esos mismos padres o esos mismos hijos o hermanos, que son reprobables en el trato cotidiano, también son entrañables. No es raro, que el enojo y el odio se presenten frecuentemente en las relaciones con las personas que más nos importan y que las discrepancias, sucedan a veces hasta un punto, que nos conduce a negar el amor que nos une con ellas.

Ryota, el segundo hijo mayor, como el se denomina a si mismo, pretende inventar excusas para evitar encontrarse con sus padres o limitar el tiempo con ellos, señal de que la relación era conflictiva. Aunque el tenía sus razones, porque no se sentía seguro de ser aceptado, en su decisión de casarse con una viuda que tenía un hijo y estaba desempleado porque la orientación laboral que había elegido, como restaurador de obras artísticas no funcionaba, se sentía perseguido frente a la autoridad de su padre e invadido de rencores.

Entendemos que el carácter del padre, influyó en el modo de ser y de proceder del hijo, porque sabemos que el encuentro entre padres e hijos es siempre el producto de la interrelación entre ambos, pero también creemos que Ryota, a partir de su convicción de haber sido desplazado por el hermano en el amor de los padres, con su sensación de injusticia, no contribuyó para el logro de una mejor relación con ellos. Y así, la incomodidad fue aumentando con su crecimiento y empeoró después de la muerte de Jumpei, ya que con su desaparición el hermano parecía haber consolidado un lugar protagónico en la familia.

Se suele admitir, sostiene Chiozza L., que hay hijos preferidos y sin embargo es frecuente que las preferencias de los progenitores se dirijan a determinados rasgos caracterológicos de los distintos hijos y que además esas preferencias sean alternantes. Son los celos entre hermanos, los que conducen a que los hijos confundan esas preferencias parciales o transitorias, colocándose en una situación que los condena a una condición segunda en el amor de los padres.

Y así se suceden los malentendidos y vemos el profundo malestar de Ryota, cuando la madre contando anécdotas familiares, se confunde y le adjudica a él haber tenido bruxismo, cuando según su recuerdo había sido su hermano o el padre le atribuye a Jumpei el haber hecho un comentario inteligente, el día que robaron maíz de la casa de un vecino y en su memoria había sido él. Ryota reacciona enojado, ofendido, sintiéndose descalificado, repitiendo un patrón de conducta habitual. Posiblemente niega, que junto a la confusión del recuerdo materno o paterno, puede convivir en ellos el íntimo sentimiento de que ambos hijos, nombren a uno o a otro indistintamente, ocupan un lugar de importancia en su vida.

Ryota le pide a su mujer, que invente una excusa para no tener que quedarse a dormir en la casa de los padres y ella le responde que él siempre esta culpando a otros y en ese mismo momento es ella también, quien lo acusa a él de ser indiferente, por no darse cuenta que esta nerviosa frente a la proximidad del encuentro familiar.

Entre los miembros de esta familia, las criticas y las acusaciones van y vienen, como proyectiles que intentan impactar, haciendo sentir en falta y culpable al otro, como si de este modo intentaran aliviar los propios sentimientos de culpa.

El pedido que él le hace a su mujer, para que no le diga a los padres, especialmente al padre, nada acerca de su trabajo, evidencia la intención de ocultar sus dificultades porque se siente en falta y teme la descalificación. Es ese mismo conflicto que lo lleva a decir, que no tiene nada que hablar con ellos

Ryota parece querer tener un acercamiento paternal con Atsuchi, su hijo adoptivo, no solo por el cariño que el niño le despertaba, sino también movido por el deseo de lograr con él una relación diferente a la que él tuvo con su propio padre, sin embargo lo notamos incomodo y desconcertado, cuando el niño en respuesta a una pregunta suya acerca del escuela, le dice que no tiene sentido escribir cartas a un conejo que se murió, ya que es una carta que nadie leerá.

Sorprender a su padre, en una intima conversación con Atsushi , le provoca y le recrea un antiguo enojo, que lo impulsa a interrumpir bruscamente ese encuentro entre ambos, diciendo que no le sugiera ideas al niño porque no permitirá que en el futuro sea médico. La imágen del abuelo y el nieto, seguramente le reaviva los celos sufridos en su infancia, por la relación gratificante que el imaginaba, que tenían su padre y su hermano, recuerdo que por los mismos celos, le resultaba intolerable.

En este momento tiene sentido recordar, que cuando Ryota descubre que su madre, su mujer y su hermana estan leyendo, una redacción de su niñez, reacciona muy enojado, destruyendo el papel . Tal vez su irritación se asocia no solo al hecho de que se sintió invadido en su intimidad, sino porque tal vez ese escrito, lo enfrentó con la frustración, de su propios deseos de la infancia, de llegar a ser médico como su padre. Por eso tal vez, en un intento reparatorio y dándole la importancia que para el tenía, al finalizar el día, reconstruye el dibujo y el texto correspondiente..

No queremos dejar de mencionar, que cuando la relación entre padres e hijos los enfrenta como rivales, a partir del malentendido del falso privilegio del padre en el Complejo de Edipo, deja a muchos hijos prematuramente “huerfanos” de la función paterna y priva a muchos padres de la posibilidad de transmitir su conocimiento y experiencia.

Chinami, la hermana, se muestra más contenta que Ryota y asume con la familia una actitud conciliadora, tratando de moderar el malestar de todos. Proyecta ir a vivir a la casa de los padres, aduciendo que de esa manera va a tener una buena oportunidad para ocuparse de ellos cuando lo necesiten. Pensamos que con esa propuesta, también muestra su necesidad de ocupar un lugar de mayor importancia, no solo porque es la hija que esta viva, sino porque esta impulsada por el deseo inconciente de cancelar una expectativa que experimenta como deuda pendiente de su infancia, que sobre ella no recaían las importancias y los ideales familiares.

La madre, de apariencia sumisa, debajo de sus buenos modales y del agasajo gastronómico que le hace a los suyos, prodigándose, inyecta también filosas ironías o comentarios ácidos. Como cuando dice que su nuera es fría, que su hijo no debería haber buscado un modelo usado o como cuando afirma que es mejor casarse con una divorciada que con una viuda, porque al menos una divorciada eligió dejar a su marido.

Sabemos que la prodigalidad, no es el resultado de la generosidad o de la magnanimidad, sino que por el contrario es un dar excesivo, es una formación reactiva, que a la vez, encubre una carencia y una demanda.

La reunión que gira en torno a la abundante comida, estimula y facilita la unión familiar. La falta de amor, suele confundirse con la falta de alimento, anclada esta fantasía en los primeros contactos.

Pensamos que detrás de sus comentarios hirientes y en algunos momentos crueles de la madre, como cuando ignora las reiteradas disculpas que le ofrece el amigo que Jumpei había salvado, diciendo que lo va a seguir invitando todos los años, porque es peor no tener a alguien a quien odiar, se encuentran sus propias frustraciones, decepciones, resentimientos y profundos sentimientos de culpa.

Sentirse malo, afirma Chiozza L disminuye la autoestima, pero la disminuye menos, que sentirse desgraciado e impotente y en ese sentido la culpa se construye para evitar el sentimiento de impotencia.

Los sentimientos de insuficiencia de la madre, que seguramente incitaron la rivalidad y la envidia por los logros del marido, la empujan a criticarlo frecuentemente y a reclamarle que siempre estuvo muy ocupado, que lo que más le interesaba en la vida era su trabajo, al punto que ni siquiera pudo estar presente cuando su propio hijo se estaba muriendo.

Le dice a la hija, subestimando al padre, que es orgulloso, que no quiere que los vecinos lo vean con la bolsa de las compras y que incluso a su edad quiere que todavía lo llamen doctor. Al mismo tiempo, se atribuye a si misma ser autodidacta para algunas cosas, así como le hace saber a su nuera, cuando ella elogia su arreglo floral. Su actitud parece estar al servicio de ocultar y negar sus propios sentimientos de minusvalia.

Interpretamos que el poco entusiasmo que la madre demuestra, frente a la propuesta de la hija de ir a vivir con ellos, argumentando que era demasiado vieja para vivir con un extraño, que los niños hacen demasiado ruido o que todo lo que hará, si se mudan con ella , será cuidarlos y ser como una criada, revela no solo su manera de ser distante, sino que refleja su necesidad de ser y mostrarse autosuficiente, para ocultar, porque lo experimenta como un ataque a su orgullo, su propia necesidad o su propio deseo de ser cuidada.

Cuando Chiozza L en su libro las Cosas de la vida se refiere a la relación de los padres con los hijos adultos, afirma que deberemos aprender como padres, a acomodar nuestras vidas para pesarles poco, pero también dice que es cierto que, despojándonos de falsos orgullos, no debemos ocultarles a todo trance nuestras debilidades y si es necesario, debemos permitir que nos cuiden, porque eso forma parte de su derecho.

Por otra parte, es significativo el entusiasmo de la madre durante la cena con su hijo y la familia, por escuchar la música de su canción favorita. Pensamos que esa melodía, no solo revela ocultos significados, sino que la letra que ella tararea, acompañando el compás del disco, parecen expresar también su conmoción y su carencia afectiva.

.

El resentimiento acumulado, que ella atribuye a la desatención de su marido, a sus ocultamientos y a la antigua infidelidad, la lleva a proceder, como si entre ellos solo pudiera existir distancia, desamor o ánimo de venganza

El malestar que surge, como resultado de los sentimientos de insuficiencia y celos, lo vemos reproducido en la relación de Yucari con Ryota. Ella hostiga al marido, por sus dificultades laborares y se siente excluida y celosa de la relación que él tiene con la familia, particularmente con su madre. Le reclama amargamente, que la suegra le compró a él un pijama y no a Atsushi, su propio hijo, tratándolo como a un invitado y no de la familia. El reclamo por su hijo, encubre sin mayores dudas, una demanda personal. Por otra parte, es ella misma quien por la noche, compartiendo con su hijo un diálogo acerca de la muerte del padre y de la presencia de él en su vida, a través de las identificaciones, lo excluye a Ryota cuando él quiere integrarse en la conversación, como un intento de proyectar en él los celos que ella misma tenía.

Sabemos que el sufrimiento que se experimenta, frente a los vínculos que las personas que nos importan establecen con otras, nacen de la rivalidad y los celos y también sabemos que los celos nos enfrentan con el sentimiento insoportable, de que sin el aprecio de ese otro, con su desamor, ya no podremos ser lo que creiamos ser.

Al padre, médico jubilado, se lo ve incomodo, frustrado, malhumorado y sin saber bien que hacer con su tiempo, queriendo evitar el contacto con su familia, pero a la vez queriendo verlos un poco. La vida con su mujer, parece estar dedicada casi por completo al recuerdo del hijo fallecido.

El disgusto y la irritación lo dominaban y en ese momento de su vida, tal vez se sentía peor todavía, confundiendo posiblemente los cambios que le imponía la vejez, con la vivencia de fracaso. En el comienzo de la película, lo vemos detenerse durante su caminata, frente a una autopista de velocidad, atravesada por un puente cuya construcción muestra lo moderno o el progreso, transmitiendo un ánimo nostálgico y melancólico, con el que nos muestra su dificultad para aceptar los cambios y realizar duelos.

Se comporta menospreciando a los suyos, sin embargo es evidente su sufrimiento y su vivencia de exclusión, como el dolor que le provoca la relación que la mujer tiene con sus hijos, cuando escucha a su hija decir que al nieto le encanta estar en la casa de la abuela o cuando se aparta con desdén, en el momento de la foto familiar.

El haber cerrado su clínica, seguramente lo experimenta como una humillante impotencia, que disminuye su estima y le hace sentirse indigno del aprecio y el cariño. Tal vez por eso, necesita proyectar todo su malestar, reprobando displicentemente a todos, como lo hizo duramente con el amigo de Jumpei, diciendo que era un pretencioso, un inútil, un "pedazo de basura".

La frustración y la desesperanza, lo impulsa a tener una actitud distante y áspera con sus hijos. Les reclama, así como lo hizo con su hija Chinami, que no valoran todo el esfuerzo que él hizo y todo el trabajo que le significó construir la casa y recrimina severamente a Ryota, como si hubiera sido victima de una traición, el intenso desconsuelo que le ocasionó porque no eligió su profesión y no puede ser heredero de su clínica. Es la madre también quien dice, que si uno de los dos hijos se hubiera hecho cargo de la clínica, tal vez las cosas hubieran sido diferentes.

Su carencia afectiva, lo impulsa a buscar compensaciones para su honra herida y en ese sentido somos participes del beneplácito y la satisfacción que siente, cuando en el encuentro con una vecina, posiblemente una antigua paciente, ésta le dice que llegado el momento de su muerte desea que él este presente a su lado.

En el vínculo con su mujer, se atenazan mutuamente con críticas sostenidas, predomina el malestar y el enojo, como un modo de depositar en el otro "lo insuficiente". El marido ridiculiza a su mujer frente al hijo, la nuera y el nieto, diciendo que ella no confía en teléfonos sin cable, que el año pasado la engañaron y compró por mail canciones pop y la responsabiliza también de su caída en el baño. Ella, por su parte, lo colma de reclamos, diciendo que él promete cosas que no hace y que siempre adjudica la culpa a alguien, por los sucesos ocurridos.

Recordemos que cuando uno se comporta mal, lo hace peor con quienes más le importan y con uno mismo.

Interpretamos que cuando obtener lo que se desea parece imposible, los reproches y los reclamos, parecen aliviar el sentimiento de la carencia. En este sentido, "echarse la culpa" o "echar la culpa", son actitudes que suelen

incrementar, como en un circulo vicioso, los sentimientos de culpa inconcientes que se procura negar.

Se hace evidente sus ansias de compañía, cuando alienta una conversación con Atsushi, en su escritorio. En ese momento se interesa por la vida del niño y le cuenta, de una manera empática, que su padre también enfermo cuando el era un niño y que fue por eso que él decidió ser médico. Pensamos que esta confesión, nos permite resignificar algo de su propia vida, su dolor, su vivencia de fracaso y sus sentimientos de culpa, por no haber podido salvar a su padre a tiempo , ya que este murió antes de que el se recibiera.

En este sentido, el pedido de que sus hijos hereden su profesión y sean médicos, porque en sus palabras era un trabajo que valía la pena, nos ofrece una nueva versión, que da un significado diferente a su comportamiento. No solo deseaba que sus hijos sean médicos para poder cumplir a través de ellos con sus ideales personales y eso no favorecía el encuentro entre ellos, sino que comprendemos que su expectativa, también estaba teñida de afectos provenientes de su propia historia, su deseo de ayudar.

Su propio requerimiento de estima y cercanía, la desplaza en su mujer, cuando le reclama a Ryota que como hijo debería comunicarse con su madre más frecuentemente, tenerle paciencia y hacerle escuchar su voz.

Nobuo, el yerno, representa un aspecto de los propios hijos de esta familia, en la intención de satisfacer a los padres y en la decepción por no lograrlo. Hace, todo el tiempo, comentarios inauténticos que pretenden ser graciosos como si fueran piruetas circenses, en un intento de atemperar al superyó persecutorio, encarnado en su suegra. Oimos un diálogo fallido entre ellos, cuando el pondera su te helado diciéndole que es delicioso y ella le responde que solo es un saquito del supermercado o cuando renueva el intento, diciendo que tal vez la calidad depende del agua y ella le contesta que no es otra cosa que el agua de la canilla.

También la mujer de Ryota es víctima de su necesidad de complacer, que muestra a través de sus gestos amables o comentarios que disimulan sus verdaderos sentimientos. Le pide a su hijo, en el camino a la casa de sus suegros, que deje de llamar a Ryota por su nombre, aunque solo sea por ese día, como si de esa forma pudiera asegurarse más posibilidades de aceptación familiar. El niño, con su natural autenticidad, le responde: pero Ryota es Ryota, como una forma de enfrentarla con lo innecesario de la mentira.

La necesidad de los hijos de complacer a los padres, dedicándoles los logros, tiene su contraparte en la necesidad de los padres de que los hijos satisfagan las ambiciones que ellos no han podido realizar. Como ejemplo de esta situación, es significativa la escena en que la madre comenta que ella siempre soñó que sus hijos la llevaran a pasear en coche y Ryota se siente necesitado de responder que la llevará a pasear todo lo que ella quiera.

En los primeros vinculos, afirma Chiozza L, no solo se aprende cómo hacer algunas cosas, sino que ante todo se aprende qué cosas se deben o no se deben hacer y más aún, destaca, que cosas se deben o no se deben desear, configurando de ese modo nuestros ideales y nuestra imagen del mundo.

La redacción que Ryota escribió en su escuela, en la que decía que cuando creciera su hermano iba a ser cirujano y él médico clínico, porque admiraba a su padre que siempre estaba con su bata blanca de laboratorio y asistiendo a un paciente cuando lo llamaban, incluso siendo de noche, nos muestra la idealización de la figura paterna, propia de la infancia, como resultado de la necesidad de sentirse protegido, que con el crecimiento cambia. Forma parte de una adecuada evolución, que los hijos, puedan reconocer y aceptar a sus padres con sus virtudes y defectos.

También los progenitores idealizan a sus hijos y les atribuyen méritos y cualidades que a veces no les corresponden. La desidealización de los hijos, transcurre como una herida en la autoestima. Es la hija quien le recuerda a la madre, frente a un comentario que esta realiza sobre el éxito que Ryota siendo adolescente tenía con las chicas, que a veces el orgullo de los padres puede ser ciego y también le dice que los hijos no siempre crecen como los imaginábamos.

Sabemos que, en todas las vidas, el presente transcurre entre la nostalgia y el anhelo y que los recuerdos de la infancia o del pasado, son evocaciones que remiten a situaciones actuales.

A lo largo de la película vemos numerosas referencias a recuerdos de la infancia como, por ejemplo, cuando Chinami ve a su hermano desgranar el maíz estando en la cocina y comenta que esa solia ser su tarea de niño. También vemos a la familia expuesta en muchos momentos al impacto de los cambios impuestos por el paso del tiempo. Ryota se asombra y parece apenarse cuando registra la barandilla del baño, símbolo de que los padres envejecieron. El deterioro del baño, con los azulejos despegados

simbolizan también la melancolía, que se opone a la posibilidad de aceptar cambios.

Las fotos familiares que la madre insiste en mostrar a la nuera, forman parte de sus recuerdos apreciados y al mismo tiempo, de su necesidad de huida del presente. Habitualmente decimos que en la medida en que el duelo por el crecimiento de los hijos esta alterado, surge la añoranza por la etapa de la vida que ellos recuerdan e incita al deseo nostálgico de volver a vivir lo ya vivido.

La temática inconciente compartida por los integrantes de esta familia, parece ser el conflicto que gira en torno a la necesidad de sentirse valiosos, ocupando un lugar de importancia en la vida de los otros, así como el estar atrapados por sentimientos de culpa y acosados por un superyo persecutorio; temen no ser aceptados con sus límites y se esfuerzan por ocultar su sensacion de fracaso. El miedo a no lograr el aprecio y el no sentirse merecedores de ese aprecio, los expone a situaciones que les resultan muy penosas.

La ansiedad por lograr un lugar protagónico, se refleja en la actitud del cuñado, cuando le ofrece a Ryota, compartiendo la mesa familiar, venderle una camioneta 4x4 a buen precio, argumentando que ahora el ya tenía una familia para transladar. De este modo Nobuo, intenta exhibir sus propios méritos, haciendo gala de su trabajo, pensando que de ese modo podrá escalar posiciones frente a sus suegros, desconsiderando las dificultades de su cuñado, que el posiblemente conocía.

Chiozza L afirma que buscando el bienestar, uno de los recursos que utilizamos para sentirnos bien, es pensar que las personas significativas reconocen nuestros méritos y que ocupamos el centro de sus vidas. Sostiene que la falta de elaboración del duelo por la “primera falta”, pone en crisis la autoestima que conduce al deseo de ser protagonista.

La temática de la muerte, con su huella entre los vivos, surge como un disparador de recuerdos y como un detonador de sentimientos de culpa. Si bien sabemos que la melancolía con sus correspondientes sentimientos de culpa, surge como la primera parte del duelo, en esta familia, el duelo parece haber quedado detenido.

El motivo de la reunión para conmemorar una fecha mas, de la muerte de Jumpei, evidencia la dificultad familiar para aceptar esa tragedia, esa dura realidad.. Dicha conmemoración parece estar al servicio no solo del respeto y el cariño conservado, sino también como un intento de aliviar los

sentimientos de culpa, que al mismo tiempo parecen estar al servicio de sostenerlos, al permanecer como un recuerdo inamovible.

Cuando la madre frente a la tumba del hijo se lamenta, diciendo que no hay dolor más insoportable o reclama que nunca hizo nada para merecer eso, delata su vivencia de profunda culpa y demuestra que la muerte del hijo la experimenta como si fuera un castigo. Tal vez por eso, necesita repetir una y otra vez, años tras año, los sucesos que antecedieron a su muerte, como cuando dice que nunca olvidara la imagen de sus zapatos lustrados o cuando a pesar de que le dijo a su hijo que tenga cuidado cuando se fue a la playa, se reprocha a si misma, el no haberle dicho algo más.

El ofrecimiento al altar de Jumpei de la primer masa de hojaldre y crema que le trajo su nuera de regalo, la inclusión de la foto del hijo muerto, junto a la toma de la foto familiar y su comportamiento frente a la tumba, alegando que le pone agua para aliviarlo del calor, muestra que se comporta como si el hijo todavía estuviera vivo.

Frente a la muerte de un ser significativo, en algunos momentos se experimenta resentimiento, porque se siente que el objeto "se ha llevado" partes del yo, y en otros momentos remordimientos, porque surgen los sentimientos de culpa. Ambos estados afectivos obstaculizan el proceso de duelo.

La dificultad para enfrentar el dolor, adquiere un dramatismo extremo, cuando la madre pierde momentáneamente del juicio de realidad y quiere atrapar la mariposa que revolotea en la casa, queriendo convencerse de que podría ser Jumpei.

Y la historia continua. .. las conductas y los hábitos, resultado de las identificaciones, se repiten como temáticas sempiternas. Contemplamos a Ryota, junto a su mujer y los propios hijos, ante a la tumba de los padres, cumpliendo con los mismos rituales y diciendo las mismas palabras que le había escuchado decir a su madre, contándole a su hija las mismas historias, como que las mariposas que sobreviven al invierno, vuelven amarillas al año siguiente. También los sentimientos de culpa, se repiten casi inmodificables, cuando Ryota se reprocha luego de la muerte de la madre, que nunca la llevó a pasear en coche o cuando recordando el nombre del luchador de sumo, que conversando con ella no recordaba se autorreprocha melancólicamente, diciendo de sí mismo, que siempre se acuerda tarde.

Por qué se mueren los padres? Más allá de la edad, que marca un limite natural en la vida, el malestar del padre era muy intenso y hubo dos sucesos en el día de la visita familiar, que posiblemente no pudo tolerar. Por un lado, el dolor profundo que le ocasionó la confesión de la mujer de que ella siempre supo de su infidelidad y por el otro, el no haber podido asistir a la paciente por la que lo llamaron. Creemos que haber claudicado en esa solicitud de ayuda médica, le resignificó el dolor que tenía por haber renunciado a su profesión y en un sentido más profundo la reactivación por la muerte de su padre. La madre por su parte, no parecía tener actividades sublimatorias, que le dieran un sentido gratificante a su existencia y posiblemente sentía que ya nada era como antes. La muerte del marido, la exponía probablemente a una vivencia de desamparo y a un duelo, que intensificaba aún mas el duelo no realizado por la muerte del hijo. También podríamos agregar que la vitalidad depositada en el vínculo hostil que mantenían, desaparecía con su pérdida. Mamá discutió con papá hasta el mismo día de su muerte, recuerda Ryota.

Tampoco los niños de esta película están libres de celos, envidia o rivalidad. Satsuki le dice a su hermano, esgrimiendo su autoridad fraterna, que hay fantasmas por las noches, que ella va a tener una habitación en la casa , que tendrá una cama azul y que él no tendrá ninguna, que el piano va a ser suyo y que él nunca va a poder tocarlo. También oímos las sinceras pero incomodas preguntas que la niña le formula a Atsushi, para averiguar, cómo se sintió cuando murió su padre, si lloró y como acostumbra llamarlo a Ryota. Sin embargo, también somos observadores de la vitalidad y del natural encanto de los pequeños, como cuando salen a jugar y logran unirse en un juego compartido o cuando alzan a Mutsu, para que pueda alcanzar las hermosas flores del árbol. La unión de sus manos, es una imagen conmovedora, que más allá de la idealización escenica implementada por la película, simboliza que la amistad, el cariño y el amor también forman parte de la vida.

Alice Miller, en su conocido libro “El drama del niño dotado”, expone que el niño reconoce a muy temprana edad las necesidades de sus padres e inmediatamente procura adaptarse a ellas. La necesidad de conseguir afecto esta intimamente ligado a las primeras experiencias de vida y en ese sentido, afirma, el niño hará todo lo posible para no perderlo. Desde el primer día, pondrá en juego todas sus posibilidades, como una planta pequeña, que se vuelve hacia el sol para sobrevivir.

Pachinko: mezcla de pin-ball y máquinas de spot traga monedas, pero sin el premio en dinero. Se premia con cigarros, CD. Comidas o maquillajes

También Ryota en el comienzo de la película, le dice a su mujer que no tiene intención de volver a vivir con sus padres, aunque también dice que sería genial ocuparse de ellos.

En palabras del director del film, en las veinticuatro horas que dura la reunión familiar, en el transcurso de ese día aparentemente tranquilo, la marea va y viene y pequeñas olas rompen en la superficie.

También vemos la intolerancia entre madre e hija, que en parte podemos atribuir a las diferencias generacionales y a los diferentes hábitos, cuando la hija critica a su madre porque guarda muchas bolsas de papel o porque para ella no tiene sentido tener una heladera "a tope", para sentirse a salvo, porque las heladeras se hacen para refrigerar.

El marido le pregunta cuando compró el disco, hace tiempo.. llevaba Ryota sujeto en mi espalda hasta la casa de aquella mujer. Yo escuchaba tu voz cantando desde su habitación. Caminaremos para siempre… y no quería interrumpirte así que volvi sola a casa

Uds. Van a tener hijos, dice la madre, es más difícil separarse con hijos. Ryota le dice la frase más habitual no es que ganas de tener nietos.Tu familia no es normal, dice la madre, y el dice pero no somos anormales

Bueno, no soy tan importante como un médico, dice Ryota. Mi trabajo consiste en colocar las luces adecuadas.

Los hijos de esta familia necesitan exhibir sus logros frente a la madre, como cuando la hija y los nietos le cuentan a la abuela que la noche anterior al encuentro, comieron una cantidad importante de sushi, batiendo todo un record, exhibiendo de ese modo que tienen un muy buen nivel de vida. . La madre necesita decir que ella también puede comprar sushi y del mejor. Les anuncia que pidió para la comida sushi de luxe que viene con erizo de ma

Cada año se me hace más duro subir estas colinas. En coche sería en un momento.

El paseo en la playa, de las tres generaciones, el abuelo, el padre y el hijo parece ser un intento de reconciliación no del todo logrado.

La madre le enseña a la hija a revolver la comida. Cuántos años me has visto hacer esto? La censura

Los recuerdos de la infancia. Ryota pela choclos. Me trae viejos recuerdos dice la hermana.

Las luces de la ciudad son tan bonitas Yokohama, luz azul Yokohama. Soy tan feliz, sola contigo, caminaremos para siempre, pero me balanceo sola como un barquito, me balanceo dulcemente en tus brazos. Solo nuestras huellas nos siguen Yokohama, luz azul. Tu dulce beso

Nos preguntamos cuál es el destino que le corresponde a los hijos y el rol que todavía ocupan los padres, cuando los hijos crecen.

Chiozza L. en su libro Las cosas de la vida, describe que en la época en que los hijos son adultos, los padres "pesan" sobre ellos tanto como los hijos sobre los padres. Si queremos seguir encontrándonos con nuestros hijos, sostiene, deberemos aprender a tolerar ese peso que unos ejercemos sobre otros. Cuando el encuentro entre padres e hijos, lejos de ser el producto de un genuino deseo, ocurre motivado por el deber y los sentimientos de culpa, el contacto se convierte en algo ficticio e incómodo.

Nuestros errores, afirma, conducidos generalmente por motivaciones inconcientes que ignoramos, pueden ocasionar daños, cuyos efectos a veces no son inmediatos, sino que se evidencian a lo largo de la vida.

Película Coco

La película que acabamos de ver es un film estadounidense del 2017, inspirada en la festividad mexicana del Día de Muertos. Ganó el Globo de Oro a la mejor película animada y durante los Premios Oscar en 2018, fue ganadora a la mejor película animada y mejor canción original por “Remember me”.

En la cultura mexicana, el Día de muertos, es un día especial en el que se celebra el recuerdo de los seres queridos, cuyas almas se desprendieron de sus cuerpos y vienen de visita. Es una tradición de origen prehispánico, que alude a la idea de la finitud de la vida, que también pretende enseñar que la muerte es parte de la vida, que debemos festejarla, porque si existe la muerte se desprende la idea de que hubo vida.

En una primera aproximación podemos decir que esta película intenta mostrar en una visión colorida, alegre, llena de imaginación y humor, una versión poco dramática acerca de la muerte, dirigida particularmente al público infantil. Sin embargo, contemplándola con nuestra mirada psicoanalítica, iluminamos otros aspectos, referidos a la vida y no particularmente a la muerte y en este caso a la vida de Miguel, un niño de 12 años que está ingresando en la adolescencia.

Si bien se trata de un film con personajes que se distancian de lo real y en la que los espacios y los tiempos superan lo posible, somos espectadores de una historia que conmueve, porque así como sucede con los cuentos infantiles que le sugieren a los pequeños, imágenes que le sirven para estructurar sus propios ensueños, las películas de animación, también nos presentan temáticas cuyos argumentos sirven como proyección y como intento de elaboración. La identificación con los distintos personajes permiten experimentar sentimientos que forman parte de la aventura de vivir.

Aunque acabamos de decir que nuestra interpretación trasciende la idea de la muerte, parece apropiada la oportunidad, dada la importancia del tema, para hacer un muy breve rodeo, acerca de la infancia y la idea de la muerte.

Los niños muy pequeños no tienen la concepción de la muerte que sostienen los adultos, pueden percibir la ausencia de un ser significativo y sufrirla, pero desconocen el concepto. Poco a poco y con su crecimiento lo van adquiriendo y reconociéndola como un hecho universal e irreversible.

Y en ese sentido, cuando comienzan a comprender el proceso biológico natural, aunque lo viven como un hecho lejano para ellos, desean conocer el origen de la vida y el misterio de la muerte. Y es frecuente que reciban diferentes y contradictorias versiones que los aleja de aquello que necesitan y desean descubrir.

Sabemos que uno de los más profundos dolores de la infancia proviene de la incomprensión del adulto o de la falta de respuesta a sus preguntas o más aún, cuando intuyen que la respuesta a esas preguntas es una mentira. Cuando el adulto miente, cree defender al niño del sufrimiento, en una actitud similar al del pensamiento primitivo, piensa que negando el dolor mágicamente lo anula. Si se le miente, se suma al dolor una terrible confusión y con desesperanza, el niño deja de creer en los adultos, reprime su curiosidad vital y deja de preguntar.

En relación al temor a la muerte, ya Freud S. se ocupó de señalar que no disponemos ni siquiera en nuestro inconciente más profundo de una representación de la muerte, dado que estamos constituidos por estructuras biológicas que nunca han muerto. Señala que el pretendido temor a la muerte, en realidad, oculta un temor al sufrimiento, por un incremento intenso de la sensación de displacer y que el paradigma privilegiado de esto se representa en lo inconciente, como el temor a la castración.

Chiozza, L. en su libro Las cosas de la vida, en el capítulo “La muerte que forma parte de la vida”, se explaya profundamente

sobre el tema y describe las motivaciones que sostienen las creencias en la resurrección. Sostiene que la vida que anima el cuerpo es aquello que denominamos alma. Pensar que nuestra alma sobrevivirá a la descomposición de nuestro cuerpo, afirma, se corresponde con una convicción histórica que ha sostenido que el alma, insustancial y etérea, puede existir fuera del cuerpo. La idea de que hay vida después de la muerte, o la posibilidad futura de re-encarnación en otro, parecen ser medios para disminuir el temor, que el pensar en la muerte nos produce.

El autor destaca que la muerte que le ocurre a uno es, para uno, incognoscible, dado que la conciencia de estar muerto es algo, por definición contradictorio, si aceptamos que lo que se conoce solo se puede conocer estando vivo y que en este sentido en el fondo de nuestro corazón nos sentimos inmortales. Y si decimos que nuestra muerte es imposible, cabe preguntarse entonces qué es lo que tememos?

Lo que tememos afirma, no es precisamente la muerte, sino el padecer actual que tenemos cuando no logramos satisfacernos con lo que estamos viviendo. Lo que se teme, representa en un tiempo que llamamos futuro, los sufrimientos que amenazan nuestra propia vida y que lo representamos con la desaparición de aquello que llamamos Yo.

Ahora sí, nos introducimos en la interpretación del film.

En el pequeño pueblo de Santa Cecilia en México, vive Miguel Rivera, que sueña con ser músico como su famoso ídolo el difunto cantante Ernesto de la Cruz, un popular cantante y estrella de cine que murió cuando fue aplastado por una campana en una presentación en vivo. A su vez la tatarabuela, Mamá Imelda, piensa que fue abandonada por un músico que decidió dejar su familia para seguir sus sueños. Por eso la familia de Miguel, los Rivera, le prohíben al niño ser músico y odian todo lo que este relacionado con la música.

El día de Muertos, tras romper accidentalmente el retrato de Imelda, Miguel descubre que el esposo de ésta usaba una guitarra

igual a la que usaba su ídolo, lo que lo lleva a sacar la conclusión de que es el tataranieto de Ernesto de la Cruz. Creyendo que su familia aprobará su gusto por la música con su reciente descubrimiento, Miguel pierde su guitarra a manos de Helena quien intenta impedir que participe en un concurso de música del pueblo.

El niño huye de su casa porque decide participar del concurso y como nadie le presta una guitarra, él se escabulle en el mausoleo de Ernesto para robar la icónica guitarra del artista, pero cuando la toca, en ese mismo momento se convierte en alguien invisible, es transportado de alguna forma a otra dimensión, una especie de dimensión de vida después de la muerte en la que todos los fallecidos cruzan un puente para visitar a sus familiares durante la tradición del día de los muertos.

Podemos iniciar nuestro recorrido diciendo que Miguel, a partir del momento en que intenta robar la guitarra, se sumerge en un sueño en el que no puede ser visto y del que no puede despertar. No puede despertar, porque intenta a través de sus ricos contenidos oníricos, algunos muy persecutorios, elaborar sus emociones y conflictos y no puede ser visto para no ser descubierto. Está sumergido en lo que parece la dimensión del inconciente.

Conocemos a partir de Freud que todos los sueños inclusive los de angustia, son un cumplimiento de deseos y se sirven por obra de la censura, de símbolos para la figuración disfrazada de los pensamientos latentes. La dificultad para descifrarlos surge precisamente, porque aparecen como algo desprovisto de sentido. También constituyen una actividad psíquica, por medio de la cual intentamos elaborar problemáticas, resolver dudas y hasta pueden ser fuente de nuevas inspiraciones.

Es significativo que la película comienza con una imagen iluminada de velas en el altar. Las velas encendidas, más allá del ritual para evocar a los muertos, parecen ser el símbolo de la existencia de aquellos sentimientos que están vivos como disposiciones afectivas, dispuestas a procurarse expresión y que perduran a lo largo de nuestra existencia. Para Freud son, por así decir, deseos inmortales de nuestro inconsciente.

Este niño de 12 años, se encontraba invadido por los avatares de su crecimiento, asumir más responsabilidades, el enfrentamiento con sus impulsos, el florecimiento de la sexualidad junto a los conflictos que la acompañaban. También por la necesidad de entender los hábitos y las costumbres de su entorno y particularmente ubicarse en las vicisitudes de los vínculos familiares, entre los que se debatía por resolver la vivencia de lealtad o de traición, entre aceptar las normas familiares y ser zapatero y su deseo de ser músico y desarrollar lo que el experimentaba como su vocación. Necesitaba comprender, por ejemplo, porque razón su tataraabuelo fue desterrado del ámbito familiar, que a su vez trajo como consecuencia la prohibición de la música en la familia, que como toda prohibición puede ir acompañada de sus correspondientes sentimientos de culpa.

Los jóvenes en general, necesitan encontrar un sentido coherente al tumulto de sus sentimientos. El vínculo de amor y odio con los primeros y más importantes objetos, compromete afectos que entrañan sufrimiento. Se sienten habitualmente atrapados en el conflicto entre la lealtad y la traición, porque esto pone en juego la integración a una pertenencia que da identidad. Observamos por ejemplo, la complejidad de esta conflictiva, cuando un hijo siente que elegir una profesión diferente a la de sus padres o cualquier otra eleccion para su vida, la experimenta como un fracaso en la lealtad hacia los seres que ama. Quieren comprenderse a si mismos y al mundo complejo que tienen que enfrentar, para superar las frustraciones, los celos, la envidia, la rivalidad y la culpa, en el trayecto de renunciar a la dependencia de la infancia y consolidar su sentimiento de autoestima e identidad.

Sabemos que los sueños son manifestacion de fantasías que constituyen creaciones personales y entonces nos preguntamos por qué el sueño de Miguel elige para expresarse, transcurrir en el mundo de los muertos?.

En primer lugar podemos decir que seguramente se relaciona con fantasías de castigo, de merecer una pena como la muerte, por sentirse culpable de sus inclinaciones e impulsos. Otra explicación

convincente, es que las imágenes se conectan con el recuerdo de los difuntos y los preparativos previos a la ceremonia del día de Muertos, a los cuales él asistía y al conflicto que esta situación le generaba. Este parece ser el resto diurno que asoció a los contenidos de su sueño.

Freud nos enseñó que el sueño es capaz de retomar los trabajos intelectuales del día y aunque cuando se lo recuerda en la vida de vigilia, se lo recuerda como algo procedente de otro mundo, siguen siempre las representaciones que la conciencia tuvo poco antes. O sea, se anuda de manera incuestionada a las vivencias anteriores.

Miguel con su aspecto vital y sus ojos bien abiertos, nos muestra a un pre- adolescente que necesita, investigar, descubrir y comprender.

Nada es más importante que la familia, la unión familiar. Es la única noche en que los muertos nos visitan y ser parte de la familia implica apoyarla siempre, le repetian cada año durante la celebración, mientras él sentía que quería abrirse camino, un camino diferente, siguiendo los dictados de su corazón. Se sentía viviendo en un mundo de creencias religiosas, que no atemperaban sus sentimientos de culpa, sino que por el contrario los aumentaban.

“Siento que tengo un hechizo, algo que sucedió antes de que yo naciera”. Estas palabras que inauguran la historia que acabamos de ver, parecen aludir a la concepción de que estamos constituidos por la herencia de nuestros antepasados. La memoria histórica que generación tras generación vienen con los relatos familiares y recuerdos. La familia es un símbolo de conciencia histórica y la vocación de Miguel era también la herencia de sus ancestros.

Conocemos por la teoría psicoanalítica que el Ello contiene las innumerables existencias anteriores filogenéticas del Yo. Y también sabemos que de los tiempos primordiales de la sociedad humana, han llegado a nosotros noticias a través de las diferentes culturas, mitologías o religiones.

Ya en la Tierra de los Muertos, lugar al que llegó como castigo por robar, Miguel quiere volver a su casa antes del amanecer o de lo contrario se quedará en ese lugar para siempre y poco a poco comenzará a transformarse en un esqueleto.

Volver a su casa antes del amanecer, es la representación adecuada que se refiere a su deseo de despertar y salir de su sueño, pero también salir de su mundo onírico, implicaba para él enfrentarse con los dilemas que quería y necesitaba seguir elaborando y que precisamente lo llevaron a soñar.

El temor a transformarse en un esqueleto, reflejado en su expresiva cara de horror, al observar el deterioro de uno de los dedos de su mano, simboliza su tan temido sentimiento de impotencia o insuficiencia. Su vivencia de castración, para enfrentar su crecimiento y las dificultades propias del momento de vida que estaba atravesando. Podemos aventurar diciendo que uno de sus grandes interrogantes que él tenía era saber si iba o no iba a poder desarrollarse bien en la vida.

Sus intensos temores e inseguridades pueden explicar algo de la inclusión de Dante, su perro, en el sueño. Su presencia parecía funcionar como un acompañante contrafóbico, a quien Miguel no quería perder de vista, que a lo largo del argumento se transformó en un colorido guía espiritual. El guía espiritual, responde a la figura de alguien que enseña, calma y protege.

Miguel solo podía salir de ese lugar si un familiar difunto le concedia la bendición. Mamá Imelda es una de las primeras figuras con quien se encuentra y logra que ella le de su bendición, puede regresar a Santa Cecilia, con la condición de que vuelva a poner el retrato de ella en la ofrenda y se olvide de la música para siempre.

Regresa, pero se rehúsa a dejar la música, vuelve a tomar la guitarra para participar en el concurso y en dos segundos retorna al mundo de los muertos, por no cumplir con la condición que le impusieron.

Por qué Miguel no puede cumplir con su promesa?

Porque formaba parte de su necesidad de continuar soñando. Necesitaba, aunque sea en sueños, probar sus capacidades, cualidades, saber si era valioso, reafirmar su autoestima, insistiendo para ello en su propósito de ser músico y esa necesidad es lo que lo lleva a no cejar en su intento. Por eso sus palabras cobran verdadero sentido cuando momentos previos a la primera bendición dice: “No solo quiero la bendición, quiero probar que lo merezco”.

Qué significa la prohibición de la música y qué significa la búsqueda de la bendición? Ambas cosas parecen estar intimamente relacionadas.

La prohibición de la música contiene implícita la idea de reprimir los deseos y los impulsos vitales, como un afán de dominar las expresiones instintivas, relacionadas particularmente a la sexualidad y a los sentimientos de culpa asociados. Miguel se sentía culpable por el robo de la guitarra y al revés, porque se sentía culpable cometió el ilícito para atribuirle a ese episodio sus sentimientos de culpa. Las fantasías edípicas quedan plasmadas en el robo del instrumento, que por ser de madera y por sus referencias lingüísticas, es un subrogado del material femenino, así como también por su forma. Recordemos que cuando intenta robar la guitarra, Miguel, la acaricia suavemente y parece invadido por profundas sensaciones.

La temática amorosa que habitualmente miraba en la televisión, simula una proyección de su propio enamoramiento, sus propias fantasías amorosas. La canción de fondo, se refiere a los sentimientos que llegan al corazón.

También podemos interpretar que la pintora, a quien Héctor y Miguel le piden ayuda para encontrar a Ernesto de la Cruz, es un símbolo que despierta la fantasía de la mujer que podría introducirlo en la sexualidad y llevarlo a ser hombre. Rodeada de cuadros de intensos colores y formas llamativas, así como las bailarinas que de la oscuridad emergen de una enorme papaya, y la referencia a qué sucedería si todo estuviera en llamas, son

representaciones que revelan la excitación sexual propia de la adolescencia. Pensamos que cuando Miguel pinta su guitarra, así como lo hizo en una de las primeras escenas, expresa también fantasías masturbatorias, que lo hacían sentir perseguido.

En la pubertad, los jóvenes sufren una embestida de sus pulsiones sexuales, es decir, necesitan manejarse con nuevas pulsiones, que además incrementan fantasías incestuosas. Necesitan renunciar a las personas de su infancia como objeto sexual y encontrar objetos exogámicos para satisfacer sus deseos.

El puesto de control de ingreso que solicita a los fallecidos si tienen algo para declarar y que autoriza pasar o no pasar el puente para visitar el mundo de los vivos, es un símbolo de la censura, de una instancia superyoica que tacha, descalifica y reprime.

La búsqueda de la bendición, constituye la contraparte, significa la necesidad de recibir un permiso, una autorización para desarrollar los deseos y liberarse de los atenazantes sentimientos persecutorios. Solemos recorrer nuestra vida, sostiene Chiozza L. con el intimo anhelo de ser bendecidos por la sonrisa de alguien que nos acepte tal cual somos.

La idea de que el alma de los ancestros nos visitan, contiene una fantasía primitiva, no solo de darle vida a los muertos, sino también de que los ancestros, personas generalmente idealizadas, pueden volver y perdonar nuestros errores.

La necesidad de Miguel, de elaborar sus sentimientos de culpa, que al mismo tiempo formaban parte del clima afectivo de su entorno familiar dominado por el poder de las creencias, parece ser uno de los temas centrales de esta película. El quería sentirse inocente y no culpable o traidor.

Sabemos que cuando la vida nos enfrenta con dificultades, que disminuyen nuestras fuerzas, se reactivan los sentimientos de falta o de culpa reprimidos.

Chiozza, L. sostiene que la búsqueda de la bendición y la maldición tiene una profunda raigambre religiosa. Esto se debe a que la relación con el personaje para el cual se vive se aproxima a la experiencia de lo sagrado en su doble connotación de lo angelical y lo demoníaco. Señala que la importancia de la función del sacramento como ceremonia ritual que obra como el efecto de una bendición, procura que algo que nos fue maldito ahora nos bendiga.

Que significa para Miguel el deseo de ser como Ernesto de la Cruz?

La búsqueda de su vocación, de concretar sus ideales, no solo era su deseo de capturar un sueño, porque sin sueños la vida se vacía de sentido, sino también un anhelo de acceder a algo que le de protagonismo. Uno de los recursos que usamos para sentirnos bien y atemperar el sentimiento de estar en falta, es pensar que ocupamos el centro del mundo en el que vivimos, es decir, que somos protagonistas. Este deseo de Miguel de acceder al protagonismo, queda anudado a encontrar a su tatarabuelo, el mejor músico de todos los tiempos y el más amado cantante de la historia de México, que empezó como un don nadie, compuso las mejores canciones y la favorita de Miguel Recuérdame.

Pero también representa la búsqueda de un padre que lo ayude. De su historia conocemos que su progenitor lejos de asumir su función, parece sometido a los deseos de su propia madre.

Miguel refiriéndose a su tatarabuelo dice: quiero ser igualito a él y si él pudo tocar música yo también. Expresión esta de su necesidad de identificarse con alguien que le enseñe a luchar y a refirmarse en la vida. Cómo puede experimentar Miguel las palabras de su abuela Helena cuando le dice que si ella dice no, es no y se acabó y como puede escuchar las palabras de su padre, cuando en lugar de solidarizarse con él le dice: Si la abuelita dice no más plaza, se acabó la plaza. La abuela no solo rompe su guitarra para evitar que sea músico, sino que también lo silencia cuando quiere hablar y hasta le impone qué y cuanto tiene que comer.

La falta de modelos parentales o cuando no cumplen adecuadamente con la función, genera en todo niño y particularmente en la adolescencia, momento de la vida en que los jóvenes se enfrentan con su deseo y temor a la independencia, una confusión interna que desencadena vivencias de abandono y desolación muchas veces abrumadora.

Tal vez en el diálogo con el mariachi, momento previo a soñar, que lo estimula para que participe en el concurso de música, mientras Miguel le lustra sus zapatos, encuentra a un personaje inesperado, que lo incita y le avala la idea de ser músico y vivir el momento. Vivir el momento, se corresponde con la certeza de que no se puede vivir otra cosa que el presente y si es posible, sin reproches y sin culpa. Pero la fuerza de la represión irrumpe en la plaza con la sorpresiva aparición de la abuela y la familia, imponiéndole la prohibición de ser músico.

Ya en el recorrido por el mundo de los muertos, Miguel se encuentra en el Departamento de reuniones familiares, con su tatarabuela Imelda, que sin su foto en una ofrenda no pudo cruzar el puente y visitar a los vivos. También se enfrenta con otros familiares, cuyas caras ya conocía expuestas en los retratos del altar en cada celebración. Y se reúne con una fallecida olvidada y solitaria alma, llamada Héctor que le asegura ser el mejor amigo de Ernesto. Ambos establecen un trato para beneficiarse mutuamente: si Héctor ayuda a Miguel a encontrar a Ernesto, el primero pondrá su foto en el altar de la familia y Héctor le consigue una guitarra de uno de sus amigos, de Chicharrón, para que él pueda inscribirse en el Shaw de los talentos..

La muerte de Chicharrón, en el lugar de los olvidados, el músico que se desvanece porque ya no tiene amigos y parientes que lo recuerden, enfrenta a Miguel con la evidencia de algo irreversible, con la idea de que en la vida también suceden cosas que no tienen solución. Y podríamos pensar, por qué no, que lo enfrenta con la muerte de su propia infancia, algo que ha desaparecido y no puede retornar, porque sabemos que nuestro vivir es un constante morir de cada instante.

La aparición de Héctor en escena, parece como la pieza de un rompecabezas que Miguel buscaba, para completar los eslabones faltantes de su historia.

Comienza la infructuosa búsqueda de Ernesto de la Cruz y para ello tiene que acceder a la cima de la torre y en esta búsqueda, no solo tiene que ser el ganador de un concurso de música para ingresar en la fiesta, sino que se desencadena el enfrentamiento con muchos obstáculos que le implican reconocer peligros, defenderse de ellos y probarse a sí mismo. La torre en la cima, vista a la distancia, parece una representación fálica que interpretamos como la fantasía de potencia fálica que Miguel sentía que tenía que tener para hacer su vida y concretar ideales. La búsqueda de la grandiosidad y la omnipotencia formaban parte de su sueño. Y hasta es atractivo formular que los fuegos artificiales que adornan algunas escenas representan también el brillo de las ideas. .

Cuando al concluir con su participación en la competencia musical, ve a su familiares entre el público buscándolo para atraparlo, comienza su huída. Esas imágenes pueden ser interpretadas como el deseo de Miguel de poder escapar, no solo de sus familiares, sino de sus propios sentimientos de falta, que lo persiguen en todo momento.

Vivir perseguido y con culpa, destaca G. Chiozza, cuando profundiza acerca del sentimiento de autoestima, es el alto precio que debemos pagar para sostener la fantasía de que un objeto omnipotente nos protege, que nada malo nos sucederá y que si nos portamos bien, todos nuestros deseos serán satisfechos.

Héctor se da cuenta que Miguel le miente, porque le dijo que no tenía más familiares muertos que podrían bendecirlo para volver pronto a su hogar, decide entregarlo a la familia insistiendo que no debe ver a De la Cruz y Miguel abandona también a Héctor, adoptando una actitud de seguridad que el necesitaba sentir que tenía.

La aparición de Pepita, personaje que emula a los típicos alebrijes mexicanos, es una mezcla de jaguar, águila, carnero e iguana. Encarna a un ser fantástico, guía espiritual de la abuela Imelda que persigue y amenaza. Su presencia nos recuerda a los monstruos que viven en las fantasías de los niños, en las que los personajes no son buenos y malos al mismo tiempo, sino que la polarización extrema domina la mente de ellos. Aunque los niños, en el fondo, saben que ellos no siempre son buenos y a menudo cuando lo son preferirían no serlo y por esa razón muchas veces se ven a sí mismos como a un monstruo.

Echando mano a un ardid, Miguel logra ingresar a la celebración en la torre y conoce a Ernesto de la Cruz. Su actitud determinante, pero también su conflicto, se pone de manifiesto cuando cantando y bailando se acerca al borde de una pileta y cae. Pretende declamar su pertenencia, cantando la letra de la canción que solia escucharle a de De la Cruz.

Quería encontrar alguien que lo proteja y lo ayude y eso no le permite reconocer, a pesar de tener cierta percepción, del engaño al que lo somete el célebre músico y así parecen aceptarse mutuamente y conviven.

Y por otro lado, estaba su deseo de “llamar la atención” y ocupar el centro de la escena. Llamar la atención es una conducta por medio de la cual intenta compensar sus sentimientos de insuficiencia. Sabemos que el afán de ser protagonista, lleva a querer triunfar para atemperar la vivencia de falta.

La temática de la mentira, los engaños y la inmoralidad, se abren paso en los contenidos oníricos de Miguel, representado por el supuesto tatarabuelo que era un tramposo dispuesto a matar y a mentir, para no renunciar a sus ansias de ser famoso. Miguel descubre que De la Cruz no quiere ayudarlo, sino salvarse a si mismo. Podemos pensar que entre sus dilemas íntimos que quería resolver, sentía que tenía que elegir entre el camino de la frustración necesaria que impone la realidad para acceder a las metas deseadas o el camino del engaño, la trampa y la mentira,

para obtener fácilmente éxito y calmar el sentimiento de impotencia.

De la Cruz está a punto de otorgarle la bendición para enviarlo de vuelta a su casa y Miguel descubre que Ernesto no es su tatarabuelo, porque Hector aparece y revela muchas verdades, como que Ernesto fue responsable de matar a su amigo y compositor con tal de permanecer como una celebridad, ya que cada canción y tema musical del cantante fue compuesto por él.

Ernesto manda a Miguel y a Héctor a ser encerrados.

Podemos decir que De la Cruz y Héctor representan el poder de las fuerzas del bien y del mal respectivamente, que suponemos viven dentro de Miguel y que el enfrentamiento entre ambos personajes, escenificados por el robo y el envenenamiento, también puede corresponderse con sus propias fantasías edípicas.

Sabemos que los deseos hostiles hacia los padres, y el deseo de tomar posesión de lo que les pertenece, ocurre en el alma de todos los niños. Freud, demostró que la antigüedad nos ha legado una saga. La saga de Edipo rey en el drama de Sófocles.

Cuando es arrojado a la cueva de aguas subterráneas, tal vez es el momento más difícil de su sueño, en el que por la intensidad de su angustia, podría estar más cerca del momento de despertar. Se siente atrapado y sin salida e inmerso en sus temidos sentimientos de fracaso e impotencia. Veía inalcanzable acceder a sus metas ideales.

El reencuentro con Héctor y pese a la actitud melancólica de éste, cuando dice que es un pésimo intento de pariente, nos muestra un momento satisfactorio y logrado que parece brindarle a Miguel un alivio y una solución, cuando descubre que éste es su verdadero tatarabuelo y que deseaba volver al mundo de los vivos para despedirse de su hija Coco. Y dado que la anciana Coco era la única pariente viva que estaba cerca de olvidarlo, él corre el riesgo de desvanecerse en cualquier momento.

Con la ayuda de Dante, Pepita e Imelda, ambos parientes son mágicamente rescatados de su prisión y este rescate, parece una clara representación que alude al deseo de poder tener en la vida alguien que pueda venir a rescatar, a cuidar y a hacerse cargo de todas las dificultades..

Al fin los Rivera consiguen exponer frente a los artistas y el público a Ernesto como un farsante, que le robó las canciones a Héctor y lo mató además de también intentar matar a Miguel. Ernesto es llevado a un campanario que lo aplasta de forma muy parecida a su primera muerte; un retorno de lo reprimido. El triunfo de esta batalla parecen alimentar en Miguel la ilusión de que va a poder triunfar en su vida y es enviado de nuevo a Santa Cecilia pero esta vez sin restricciones.

El re-encuentro de Imelda con Héctor complace como un triunfo, un triunfo del amor y de la pareja unida, aunque cuando Imelda le dice a Héctor que lo va a salvar pero que nunca lo va a perdonar, muestra de ese modo no solo la existencia de sentimientos de culpa irredimibles, sino también la necesidad de culpabilizar al otro, para eludir los propios sentimientos de culpa. En el caso de Imelda, ella se había equivocado, vivió toda su vida tratando de olvidar y tratando de que Coco olvidara, acusando a Héctor de abandono, cuando en realidad a él lo habían envenenado.

De vuelta en Santa Cecilia, ya casi en el amanecer, un desesperado Miguel se lleva la guitarra de Ernesto De la Cruz del mausoleo, que en realidad le pertenecía a Héctor y regresa a su hogar, donde intenta que su bisabuela Coco recuerde lo más pronto posible a su padre. Su regreso parece tener una línea de continuidad con su sueño. Le canta a su abuela la canción que su padre escribió para ella. Coco logra recuperar la memoria y le entrega a Miguel el recorte de foto en el que aparece el rostro de Héctor, figurando esto como el último trozo de la historia. Las acciones de Miguel lo reconcilian con su familia, que por fin acepta y le permite su gusto por la música.

La relación de Miguel con mamá Coco, pese a la gran diferencia generacional, es un vínculo que conmueve, nos muestra que cuando el interés y el cariño es auténtico, hay posibilidad de encuentro. Miguel solía acompañarla desplegando sus juegos frente a ella y aceptaba sus equivocaciones u olvidos, afirmando con su sabiduría infantil, que a mamá Coco simplemente le cuesta recordar cosas.

Por qué a mamá Coco le cuesta recordar y por qué recupera la memoria?

Interpretamos que la dificultad de hacer el duelo por la pérdida temprana de su padre, así como la prohibición familiar de evocar su imagen, fueron emociones penosas que la llevaron al aislamiento y a la desconexión. Resulta significativo que la canción que Héctor le había escrito a su hija se llamaba “Recuérdame” y justamente es eso lo que Coco no podía, recordar,

Las experiencias traumáticas en la vida tienden a inhibir los duelos y como mecanismo defensivo conducen a la búsqueda de un refugio en la nostalgia melancólica, que perturba la natural evolución de la vida. Freud, S. en Duelo y Melancolía destaca que frente a la pérdida de un ser querido, surge en principio una sobrecarga de recuerdos, pero cuando el proceso de elaboración no se logra, el desenlace adquiere una forma patógena. El verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un particular afecto, un afecto penoso.

Podemos decir que la canción que Miguel le cantó a su bisabuela, pidiéndole que no olvidara a su padre, porque sino éste desaparecerá, le transmitió contenidos afectivos que movilizaron el perdón y la comprensión sepultada en años de resentimiento y funcionó como un permiso o también como una bendición que la eximia de sus propios sentimientos de culpa. Le permitió recordar que sus padres cantaban las más bellas canciones, recordar a su hija Elena y atemperar sus propios temores edípicos. No olvidemos el intenso enamoramiento que ella y su padre compartían, cuando cantaban las románticas melodías..

Un año después en día de muertos, Miguel y su hermanita bebé ponen la ofrenda de sus familiares, incluyendo el retrato de su recién fallecida mamá Coco. Gracias a las cartas que Héctor le dejo a Coco, los Rivera prueban de que Ernesto de la Cruz fue un fraude provocando que sea olvidado tanto en el mundo de los vivos como en el de los muertos y Hector se convirtió en un ídolo póstumo. Mientras los Rivera celebran, son visitados por Imelda que ya perdonó a Héctor junto a Coco y el resto de su familia fallecida, mientras que Miguel toca una canción para su familia viva y muerta llamada “En el latido de mi corazón”.

No tenemos dudas que este final podemos interpretarlo como un cumplimiento de sueños, en el que los desafíos de Miguel parecieron atemperar sus temores y sus sentimientos de culpa La unión del mundo de los vivos con el mundo de los muertos, simboliza especialmente, la unión de aquellos aspectos internos que él sentía que tenía que integrar.

Para finalizar este comentario agreguemos algo acerca de la muerte y los recuerdos. Chiozza, L. destaca que después de morir y antes de nacer, somos recuerdos y deseos que existen en la vida de otros. Cita a Simenon para quien la muerte de un hombre ocurre en su forma más definitiva cuando han muerto todos aquellos con los que han convivido. Y también menciona a Charon quien afirma que un registro mnémico completo de todo cuanto acontece a un organismo vivo se conserva “para siempre” en la memoria de las partículas atómica que lo constituyen y justifica de este modo el sentido de algunos rituales funerarios que procuran que los restos de un ser vivo se mantengan unidos en la tumba a la espera de su resurrección.

Si admitimos que la propia muerte, para uno es incognoscible y que no nos pertenece, porque afecta a las personas con las cuales, al convivir nos constituimos, porque la vida se conforma a partir de vínculos, en ese sentido, podemos decir, siguiendo a Chiozza, L. que cuando morimos, nuestras ideas, nuestras obras, las historias, los conocimientos, los valores que pensamos nuestros, dejarán de ser nuestros, pero continuarán existiendo.

Los recuerdos, así como los proyectos, dice Chiozza, L son los colores, las notas musicales, que nos permiten darle significado al presente, llenándolo de sentido.

Llevamos en el alma tejida con anhelos y nostalgias la secreta esperanza de que nuestros sueños se realicen. Solo cuando los dejamos entrar en nuestras vidas, para realizarlos o para renunciar a ellos podemos vivir en la plenitud de nuestra forma.

El padre dice, tu abuelita tuvo la más maravillosa idea, es tiempo de que te unas en el taller, entregándole un delantal de zapatero. Miguel repite la arenga: Tu eres un Rivera, un Rivera es un zapatero y agrega hasta los huesos. Será ésta referencia a los huesos una representación más que lo lleva a soñar con esqueletos?

Papá tu dijiste que mi familia iba a guiarme, bueno De la Cruz es mi familia, la música esta en mis venas. Jamás dice la abuela, no más música dice el padre. No discutas más, quieres terminar como ese hombre olvidado y fuera de la ofrenda de tu familia? La abuela rompe su guitarra. Sin guitarra no hay música. No quiero ser parte de esta familia y escapa.

En los sueños de la muerte de personas queridas. Se descubre que significan algo diverso de lo que contienen, que están destinados a ocultar algún otro deseo. Por ejemplo los sueños de muerte de los hermanos, que constituyen rivales o la muerte de los padres recaen con la máxima frecuencia sobre el que tiene el mismo sexo que el soñante, vale decir que el varón sueña con la muerte del padre y la mujer con la muerte de la madre. Constituyen competidores en el amor, cuya desaparición no les reportaría sino ventajas. .

Otra idea es imaginar que cuando yo muera estaré allí pensando que estoy muerto. En otras palabras estaré viviendo mi Estar muerto.

El temor a la muerte la vinculamos con sentimientos como el dolor de la mutilación, la claustrofobia, el abandono.

Agrega que la idea de lo no vivido, que muchas veces nos tortura en nuestra propia vida, suele asociarse con la representación de la muerte, hasta el punto que, muchas veces hablamos de una muerte en vida para referirnos al sufrimiento que nos produce el vivir apresados en nostalgias y anhelos incumplidos.

Eidón

SEPARATA

EIDON

revista del
Centro de Investigaciòn en Psicoanàlisis y Medicina Psicosomàtica

Año 7
N° 12
Marzo
1980

ISSN-0325-4267

CIMP-PAIDÓS

PERCEPCION DEL NIÑO DE LAS FANTASIAS ESPECIFICAS IMPLICITAS EN LAS ENFERMEDADES ORGANICAS DE LOS PADRES

ADA D. DE ROSMARYN (coordinadora), SILVANA O. DE AIZENBERG, HECTOR E. ARACAMA, CLAUDIA G. DE INI, GRACIELA N. O. DE TRINCAVELLI

En sus trabajos sobre análisis de niños Arminda Aberastury señala que el niño percibe distintas situaciones del ambiente familiar que le han sido negadas: conflictos psíquicos, enfermedades orgánicas, embarazos, abortos, condiciones de nacimiento y muerte. En uno de sus artículos (Aberastury, 1973) destaca el caso de una niña de cinco años que durante el análisis demostró conocer la existencia y la muerte de una tía y la de un hermanito que no había llegado a nacer, percibiendo además los momentos en que estos hechos se habían producido. De ambos casos no había sido informada.

Retomando la idea de esta autora acerca de que el niño percibe también las características y alcances de su enfermedad (Aberastury, 1971), uno de nosotros, en un trabajo anterior (Rosmaryn, 1975), expresa que esto sucede también con respecto a las fantasías inconscientes materializadas en su afección orgánica.

En los estudios patobiográficos de niños, basados en el esquema general de los estudios patobiográficos de adultos (Chiozza, Laborde y Obstfeld, 1973; Obstfeld, 1976, Bahamonde, 1978), se observa que uno de los aspectos que se encara es el motivo latente de consulta tanto en el niño como en los padres, y se comprueba asimismo la existencia de una íntima relación entre la fantasía inconsciente de enfermedad expresada en el trastorno

orgánico del niño y el conflicto inconsciente de los padres (Rosmaryn, 1978).

En el estudio del "caso Juanito" (Rosmaryn, 1976) vemos cómo las anginas que éste padecía expresaban el apretar en su garganta los gemidos de desesperación y protesta por su frustración genital, y también la profunda insatisfacción sexual de los padres.

Estos desarrollos (Chiozza, Laborde y Obstfeld, 1973; Rosmaryn, 1976; Obstfeld, 1976; Bahamonde, 1978) parten del concepto de fantasía específica planteado por Chiozza (1976a), quien siguiendo ideas de Freud, Groddeck y Weizsaecker dice: "Toda estructura o proceso corporal constituye una fuente somática de un impulso cualitativamente diferenciado. Este impulso es al mismo tiempo una fantasía inconsciente propia y particular, específica, con respecto a esa estructura o proceso" (pág. 77).

Susan Isaacs (1943-44) afirma, asimismo, que las fantasías se expresan a nivel corporal. Y añade ". . . que están activas en la mente mucho antes del desarrollo del lenguaje, tomando (. . .) forma específica juntamente con la catectización de zonas corporales particulares" (pág. 86 y 90).

Clifford Scott (1948) define al esquema corporal como la "integración consciente o inconsciente de sensaciones, percepciones, concepciones, afectos, recuerdos e imágenes del cuerpo desde su superficie hasta los límites de espacio y tiempo". Expresa que los inconscientes personales de distintos individuos no son entidades separadas, sino que existe vinculación entre los esquemas corporales de distintas personas —especialmente entre los esquemas corporales inconscientes— y esta relación se extiende hasta los ancestros. Cita a Bartlett, quien destaca la influencia del pasado sobre los esquemas corporales. Luego señala que muchos aspectos del esquema corporal, especialmente los relacionados con la asimilación de los esquemas introyectados de personas mayores, tienen importancia en la vida futura.

Entendemos que esta idea de esquema corporal incluye el conjunto de fantasías específicas materializadas en la particular

modalidad del funcionamiento orgánico de cada individuo, en estrecha relación con las identificaciones producidas a través de las distintas relaciones de objeto (Aizenberg, 1978). Ferenczi, citado por Melanie Klein (1930), sostiene que "la identificación, precursora del simbolismo, surge del esfuerzo del niño por volver a descubrir en cada objeto sus propios órganos y el funcionamiento de éstos".

El propósito de este trabajo es estudiar cómo el niño percibe inconscientemente no sólo la existencia y características de la enfermedad orgánica de los padres, tal como lo señalara Aberastury, sino también las fantasías implícitas en ella, constituyendo esto la base de presentes y futuras identificaciones que se expresarán como rasgo de carácter o trastornos somáticos de idéntico contenido.

Creemos que la concientización y adecuada elaboración en el niño del contenido latente del trastorno somático de los padres crea condiciones más favorables para el desarrollo de buenas identificaciones. Si el niño sabe que su padre infartado habla a través de la dolencia de una herida infligida por una ofensa a su orgullo (Furer, 1971), entonces podrá elaborar dicha situación y lograr una resolución más adecuada del conflicto.

A lo largo del estudio del historial de Dora (Freud, 1905) observamos la íntima vinculación existente entre el significado de los síntomas y las fantasías inconscientes expresadas en las enfermedades somáticas de sus padres. Por otra parte, los trastornos orgánicos del padre aparecen en momentos decisivos del desarrollo libidinoso de su hija (Litvinoff, 1978).

Cuando Dora tenía 6 años —que es el comienzo del período de latencia—, su padre enfermó de tuberculosis. A los 10 años, cuando ingresa en la pubertad, se produce un desprendimiento de la retina en el padre. A los 12, estando ya en plena pubertad, aparece una nueva crisis en su progenitor: confusión mental y parálisis. Estos últimos síntomas fueron relacionados por Freud y los familiares de Dora con una antigua infección luética que el padre padecía antes de su casamiento. La sífilis y la tuberculosis

presentan en su evolución períodos de manifestación activa y de latencia, que son acompañados, y expresados, por las vicisitudes del desarrollo libidinoso de la hija en su época de latencia o irrupción instintiva.

El desprendimiento de retina seguramente fue vivido por Dora como el deseo del padre de no ver su sexualidad naciente, denotando este hecho la intensa relación incestuosa entre padre e hija y la profunda conmoción que la sexualidad de Dora provocaba en aquél.

Dora suponía que su padre le había transmitido hereditariamente la sífilis. Nos dice Freud: "La sujeto había planteado la causa de su enfermedad y antes de que yo iniciase observación alguna a este respecto, se había respondido a sí misma imputando a su padre la culpa de su estado" (pág. 634).

La tuberculosis (Mariona, 1977) que sufre el padre de Dora estaría expresando una fantasía de amor idealizado e inmortal de características incestuosas. La sífilis revelaría su repugnancia por una sexualidad prohibida y culposa.

La madre de Dora sufría dolores en el bajo vientre y tenía flujo blanco, síntomas que expresan insatisfacción genital y conflicto con la sexualidad. Dora confiesa a Freud padecer también de flujo blanco, que él relaciona con la culpa que ella experimenta por su masturbación y también con la situación de "herencia" de la enfermedad sifilítica del padre. Aunque Freud no explicita ni desarrolla esta idea, nos sentimos con derecho a afirmar que en el flujo blanco, la masturbación y la enuresis infantil, están implícitos en Dora los deseos incestuosos y su rechazo, que ella percibe también en su padre.

De ambas fuentes —fijación incestuosa, repugnancia y culpa sexual del padre e insatisfacción genital de la madre— Dora extrae sus propios conflictos con la sexualidad.

En un trabajo en colaboración realizado por uno de nosotros (Rosmaryn y Grus, 1978), al hacerse el análisis del material clínico de dos niños, hijos de un paciente canceroso en su etapa aguda, se mostró que éstos expresaban a través de sus juegos

actividades homosexuales y fantasías incestuosas fraternas que aludían a su vez a un vínculo incestuoso y homosexual que los padres habían desarrollado con sus propios hermanos. Se destacó también la simbolización en el juego de fantasías cancerosas —omnipotencia, egoísmo, insubordinación a un orden establecido (Grus y Grus, 1977)— implícitas en el trastorno orgánico del padre.

Los padres de una niña de 8 meses recurrieron a una consulta a causa de un reciente cambio de carácter que se manifestaba con irritación y "mufa". En la hora de juego realizada con sus padres, la niña alcanzó a su madre un cubo hueco en el que introducía repetidamente un pelito de tambor que encontró entre los juguetes puestos a su disposición. Luego, en la entrevista a solas con los padres, la madre comentó que padecía en esos momentos una tricomoniasis vaginal, razón por la que las relaciones sexuales pasaban por un período de inactividad, que era motivado por la intensificación del pudor y la timidez de la mujer frente al goce genital. La niña expresaba en su trastorno de carácter y en el juego el conocimiento del conflicto sexual y la fantasía de curación.

Exponemos ahora los aspectos fundamentales de una consulta, cuyo análisis ejemplifica adecuadamente la idea de este trabajo. Los padres de una niña de 6 años nos consultan preocupados por el estado psíquico de su hija, que creen se relaciona con un mal que padece la madre. La niña es la cuarta hija: tiene un hermano de 20 años y dos hermanas de 18 y 14. La madre había sido operada de un carcinoma de colon un mes antes de la consulta, y desde entonces la niña rehúsa ir al colegio. El matrimonio había atravesado por serios problemas económicos, con dificultades para lograr un desarrollo independiente. El marido trabajó siempre en el comercio de su suegro, y al morir éste, ocho meses antes de la consulta, continuó en él. A su vez, la mujer intentó realizar por su cuenta un negocio, pero no tuvo éxito. La abuela materna había fallecido hacía cuatro años, víc-

tima de una enfermedad cardíaca, lo mismo que su marido. Nos dice la mamá que "la muerte de los dos abuelos angustió mucho a la niña".

La familia vive desde hace tres meses en el departamento que fue propiedad de los abuelos maternos. Cambiaron de barrio para "distanciarse" de los abuelos paternos de la niña, a quienes los unía un "grueso cordón umbilical". Conservan como personal de servicio a la misma persona que trabajó con los abuelos maternos. También comentan el intenso apego que la niña siente por su madre.

Durante la entrevista la mujer aporta datos continuamente, en cambio el padre se presenta como un hombre apocado que se mantiene en un segundo plano.

Hora de juego: (Vamos a reproducir de la hora de juego sólo aquella parte del contenido inconsciente que tiene que ver directamente con el tema).

En la hora de juego diagnóstica la niña se presenta como muy inhibida. Su expresión revela mucha angustia. Durante los primeros treinta y cinco minutos permanece sin usar los juguetes que están ante ella, retorciendo sus manos, enganchando los pulgares y moviendo el resto de los dedos como si fueran alitas, apoyándolos sobre sus rodillas; abriendo y cerrando sus piernas flexionadas. Da vuelta su bolsillo y observa el número de la tintorería que ha quedado enganchado. Luego mira uno de sus zapatos; se lo saca y se lo vuelve a poner. Con suma timidez toca, durante cortos instantes, en un piano que imagina debe de estar sobre la mesa; bosteza repetidas veces y canturrea algo ininteligible. Al cabo de este tiempo toma seis autos y los ubica de la siguiente manera: dos en pareja dirigiéndose hacia la izquierda; otros dos (el más pequeño y el más grande) en la misma línea que la pareja anterior, pero atravesados y dirigidos hacia ella, y luego los dos restantes en la misma dirección que la primera pareja. Trata de hacer circular el conjunto, pero los cochecitos atravesados obstruyen el tránsito.

Modifica entonces la orientación de los autos que están en

el medio para posibilitar la circulación. Observa luego el juego de té que está sobre la mesa y dice: "Yo en mi casa tengo un juego como éste, pero más chico. Tiene solamente tres tazas, y lo tengo guardado". Cuando la analista le pregunta: "¿Quién te lo regaló?", responde: "Mi papá".

Ahora pone los coches uno encima del otro, pero se le caen todos. Entonces dice: "Este va atado de éste, de éste y de éste". Se le cae uno y agrega: "Vamos, vamos, hay que correr". Un auto queda encima de otro y los increpa: "Vamos los dos juntitos". En otro momento apila los autos en dos grupos de tres cada uno, uno sobre otro, pero se desmoronan y entonces dice: "Yo no juego más".

Analizando la hora de juego, interpretamos que la inhibición para tocar los juguetes expresaría culpa por la fantasía de la eficacia de sus sentimientos hostiles contra su madre, vinculados con sus deseos incestuosos con el padre. Esta situación quedaría encubierta defensivamente por su intenso pegoteo con ella.

El dar vuelta su bolsillo podría aludir al ano contra natura que le fue practicado a la madre. El retorcer los dedos y moverlos en forma de alitas estaría expresando el temor por la posible muerte de su madre, en el sentido de que el espíritu de ésta volaría hacia el cielo. El mirar, sacar y volver a ponerse su zapato y el bostezo que aparece consecuentemente nos hablan de fantasías masturbatorias, en una situación de hiperexcitación abrumante. Esto, posiblemente, esté vinculado también con los contenidos incestuosos asociados en esta fantasía. El canturreo puede expresarnos su intento de mostrarse desentendida de la culpa y de la angustia, como si se dijera: "Yo no tengo nada que ver".

El juego con los cochecitos entendemos que constituye el punto central de su hora diagnóstica. El tránsito de los seis autos representa el tránsito intestinal, íntimamente vinculado en su fantasía específica con el progreso en la vida (Chiozza, 1976b). Una pareja incestuosa —la de la madre con su progenitor— obstruye este movimiento, y también el de ella misma con su padre. Sacar del enquistamiento el contenido de estas parejas endogámicas

para elaborarlo, posibilita la libre circulación y el progreso que conforman la fantasía de curación. El crecimiento tumoral canceroso, que obstruía el intestino de la madre, expresa así en su fantasía inconsciente una fijación incestuosa que atenta contra la vida y que se confirma, acto seguido, en la alusión que hace la niña al juego de té que le regalara el padre y que debía permanecer guardado, como el enquistamiento tumoral.

Los coches uno encima de otro, que se desmoronan, expresan la vivencia de que el vínculo endogámico puede no mantenerse, así como atar un auto a otro puede querer significar el intento de evitar que la relación se destruya. Esta situación muestra el conflicto entre el deseo de separarse de la madre y del padre para poder crecer, por un lado, y por otro el de seguir manteniendo esta unión.

Al decir: "Vamos, vamos, hay que correr", se estaría refiriendo al correr del contenido intestinal, y con "vamos, los dos juntitos", al incesto, como masa que no corre en el intestino. Los autos que se separan al desmoronarse la pila, seguido del "yo no juego más", expresarían el egoísmo del cáncer, en que cada uno se va y se queda consigo mismo, sin hacer juego de conjunto, y también el deseo de seguir sola o apartarse de esta manera de vivir por temor a sufrir el mismo destino que su madre.

El estudio patobiográfico de la madre permite la comprensión de la fantasía inconsciente materializada en el crecimiento tumoral, ya que vivía encerrada en un pegoteo familiar que le impedía sentirse mujer en su matrimonio. La intensa unión con su padre, evidenciada también en múltiples conflictos en el manejo del dinero y en la utilización placentera y adecuada de sus capacidades de desarrollo material, no le permitían un mejor desenvolvimiento vital. Trataba de mantener intacta esta ligazón aunque sintiese al mismo tiempo que le impedía una vida gozosa dentro del marco de su familia y en relación con las posibilidades que su suerte le brindaba.

Los noviazgos de sus hijos mayores y el intento de tener un negocio propio recrearon en ella las dificultades para separarse de

sus seres más queridos. El cáncer expresa asimismo una fantasía de re-unión íntima y máligna.

Conclusiones

En síntesis, hemos querido mostrar, a través de la exposición de diversos casos clínicos, la captación inconsciente que el niño hace no sólo de la existencia y características de la enfermedad somática de los padres, sino también de la fantasía inconsciente materializada en el trastorno. Tal captación proporciona la base de identificaciones que podrán manifestarse tanto en el presente como en el futuro de la vida del sujeto. Su concientización, junto con la elaboración de otras fantasías que se vinculan con el mismo hecho, actuaría como medida preventiva de posibles desenlaces patológicos.

BIBLIOGRAFIA

ABERASTURY, A. (1971): "Los dibujos infantiles como relato". **Aportaciones al psicoanálisis de niños,** Ed. Paidós, Bs. As., 1971.
(1973): "La percepción de la muerte en los niños", **Revista de Psicoanálisis,** tomo XXX, Nº 3/4, 1973, Asociación Psicoanalítica Argentina.
AIZENBERG, S. (1978): "Las zonas erógenas, las identificaciones y el pensamiento. Tres contribuciones a la teoría del carácter", XII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, México, 1978.
BAHAMONDE, C. (1978): "El método patobiográfico: su aplicación al conocimiento de la enfermedad somática", II Encuentro Argentino-Brasileño de Medicina Psicosomática, San Pablo, marzo de 1978.
CHIOZZA, L., LABORDE, V. y OBSTFELD, E. (1973): "Estudio patobiográfico de dos pacientes. Sus problemas teóricos y prácticos". Conferencia realizada en el CIMP, 14-12-1973.
CHIOZZA, L. (1976a): **Cuerpo, afecto y lenguaje,** Ed. Paidós, Bs. As., 1976.
(1976b): Comunicación personal, 1976.
FREUD, S. (1905): **Historiales clínicos. Análisis fragmentario de una historia,** Obras Completas, tomo II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
FURER, S. (1971): "Aproximación a la comprensión de algunas fantasías cardíacas". III Simposium del CIMP, Bs. As., 1971.
GRUS, R. y GRUS, L. C. de (1977): "Cáncer: una intención egoísta". Jornada sobre "El enfermo canceroso", CIMP, Bs. As., setiembre de 1977.
ISAACS, S. (1943): "Naturaleza y función de la fantasía". **Desarrollos en psicoanálisis,** Ed. Hormé, Bs. As., 1967.

Conferencias

EL ROL DEL PADRE EN EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

En los últimos años se ha ido reconociendo cada vez más la importancia del tema que vamos a tratar hoy.

Tanto a través de los tratamientos psicoanalíticos como en la observación obtenida en las consultas realizadas para estudiar problemas de niños se han podido comprobar los beneficios o perjuicios que ocasionan la presencia o la ausencia del padre o bien la dificultad o facilidad mayor o menor que éste tiene para asumir sus funciones.

Como Uds. se imaginarán no es posible hacer en esta charla más que una indicación general acerca de cuáles son las conductas perjudiciales o favorables a seguir para cumplir adecuadamente con dichas funciones. Es decir, que ni es posible ni se trata de hacer un listado de dichas conductas. Cada familia, cada padre, cada madre, cada hijo tendrán una modalidad de relación particular; para ello hay que considerar el momento en que viven, las variaciones que se presentan a través de las diferentes edades, las diversas necesidades, posibilidades y conflictos. Lo que sí es indudable que es imprescindible que dichas relaciones se cumplan y en los mejores términos posibles.

A continuación vamos a considerar algunos de los conflictos principales que pueden estar subyacentes y que dificulten el ejercicio de una adecuada paternidad. Pero antes de eso debemos dejar aclarado dos cosas. En primer lugar que lo que decimos no se dirige exclusivamente a los padres ya que en cierto sentido es parcial hablar del rol que cumple el padre en la familia sin incluir al mismo tiempo la presencia de la madre y la importancia que la buena relación de la pareja posee en la crianza de los hijos. Y en segundo lugar de que partimos del concepto de que todos los aquí presentes hacemos por nuestros hijos lo mejor que podemos. Es posible que al abordar este tema los padres pudieran sentir cierta incomodidad o inquietud como si fuéramos a descubrir sus fallas o a plantearles nuevas obligaciones.

Las hipótesis psicoanalíticas acerca de las relaciones familiares han comenzado con Freud a partir de su concepción del Complejo de Edipo. Freud ha planteado que el desarrollo de los niños implica necesariamente la presencia de ambos padres ya que ambos le sirven como modelo de identificación. En otras palabras el desarrollo no depende solamente de la relación con el pecho y con la madre en su totalidad sino que simultaneamente está implicada la vinculación con el padre. En uno de sus trabajos ha señalado que en la vida de los individuos una de las pérdidas fundamentales era precisamente la del padre.

Melanie Klein, ha sido una de las pioneras en psicoanálisis de niños. Dicha autora afirmó que la figura paterna real tenía un papel determinante en la vida emocional del niño desde la más temprana infancia; asimismo ha remarcado la influencia decisiva que dicha figura tenía a lo largo de todo el desarrollo afectivo del niño.

Varios destacados psicoanalistas argentinos de niños, entre ellos especialmente la Prof.Arminda Aberastury y el Dr.Eduardo Salas sostienen que es fundamental para la vida del niño que su nacimiento haya sido deseado y que además sentirse hijo del padre es tanto o más importante para el desarrollo del individuo como el hecho mismo de serlo. La Prof.Arminda Aberastury, especialmente, señala la importancia del papel del padre en su función específica de ayudar a la búsqueda y al contacto con el mundo externo en los diferentes momentos evolutivos del niño (dentición, marcha y lenguaje).

Dichos autores han expresado que la carencia de contacto con el padre, sobre todo de un contacto corporal y cotidiano con él, deja un déficit que se manifiesta luego en distintos trastornos que contienen como base el anhelo insatisfecho de contacto. Agregan que esto se puede observar con mucha claridad especialmente en pacientes homosexuales.

Por otra parte el Dr.Salas ha destacado que cuando una madre

no puede transmitir al niño, una buena imagen del padre o bien por no mantener con el mismo una adecuada relación genital adulta no le transmite al niño la imagen de esta buena relación de pareja. En relación a este último punto la falta de gratificaciones adecuadas con su marido la traslada la madre a un intento de satisfacer sus necesidades con el niño; como consecuencia de ello en éste se incrementan en forma exagerada y anticipada las tendencias genitales adultas lo cual va en detrimento de la satisfacción de las verdaderas necesidades infantiles, que responden a su desarrollo. Agrega que cuando un padre no puede limitar el contacto excesivo entre madre e hijo esto representa un verdadero ataque, impidiendo los procesos de maduración.

En relación a la imagen del padre que suministra la madre al niño señala dicho autor que la figura del padre se convierte en ausencia para el hijo cuando la madre, en su interior, no posee el adecuado sentido de respeto hacia su esposo ni experimenta tampoco la sensación de protección y seguridad que el mismo debe dispensarle. La buena imagen que la madre posea de su esposo y la satisfacción de una unión gratificante con él resultará uno de los pilares principales de una identidad bien lograda para el niño. Otros autores se han ocupado de la relación entre la función paterna y la aparición de trastornos tales como enuresis, asma, dificultades de aprendizaje, trastornos de conducta, etc.

En un trabajo sobre los significados de la enuresis, la Lic. Liliana Grus profundizó en algunos de los motivos inconscientes de la formación de este síntoma y mencionó como uno de los factores esenciales la presencia de padres exigentes que al mismo tiempo eran incapaces de contener adecuadamente a sus hijos brindándoles los límites necesarios.

Con respecto a los trastornos escolares, los Lic.Ada Rosmaryn y Graciela Iribarne han estudiado a niños disléxicos y comprobaron la existencia de situaciones similares en todos ellos: padre exigente, distante, ausente, con escasa intervención corporal en

los juegos, prefiriendo juegos intelectuales, charlas, etc. A la vez estos niños poseen generalmente una madre que los sobreprotege y mima en un contacto sobre-estimulante. En relación a las dificultades escolares se puede observar que el interés que el padre pueda tener y manifestar por el aprendizaje de su hijo será vivido por éste como un deseo y un permiso otorgado para aprender.

Pasaremos a considerar a continuación situaciones vinculadas con el ejercicio de la autoridad por parte del padre. Existen numerosas circunstancias en las cuales se puede observar la dificultad para cumplirla en forma adecuada.

La falta de límites, por ejemplo, produce trastornos ya que no proporciona una buena imagen de padre que guía y acompaña sino que por lo contrario proporciona una imagen de abandono y soledad, trayendo como consecuencia para el hijo una exigencia interna paralizante y atormentadora. El mismo tiene que buscar dentro de sí los límites que el padre no supo ponerle desde afuera, viéndose obligado así a asumir sobre sí mismo el rol paterno con lo cual se perturba el proceso de identificación. Tiende a vivir como un adulto lo cual distorsiona su desarrollo. Generalmente este proceso es coincidente con el que mencionamos anteriormente acerca de la genitalización prematura.

Podemos preguntarnos a continuación por qué los padres pueden perder total o parcialmente el contacto corporal y afectivo con el hijo, el ejercicio adecuado de la autoridad así como la posibilidad de disfrutar de la paternidad. Una de las primeras cosas que deseo mencionar al respecto, es que frecuentemente los padres intentan actuar en forma totalmente diferente y contraria a la que sus padres hicieron con ellos mismos. Así por ejemplo padres que vivieron en un clima de mucha represión tenderán a otorgar una libertad excesiva (esto es llamativo con respecto a la educación sexual). Otro ejemplo sería que habiendo vivido en la infancia en un clima de frustraciones muy intensas se tiende a brindar

a los hijos satisfacciones excesivas o inmediatas (ya sea en atención a bienes materiales), que no les permiten aprender a esperar o bien a tener capacidad para tolerar la más mínima frustración.

Frecuentemente, a partir de la divulgación muchas veces malentendida de los conceptos psicoanalíticos se crean situaciones familiares equívocas. Hace algunos años no era tan común que los padres tuvieran intervención directa en la crianza de los hijos y su figura en la familia era temida o a veces distante. Los nuevos conceptos acerca de la necesidad de la presencia paterna han sido llevados en ocasiones al extremo en el cual los padres han asumido tareas como alimentar a sus hijos, cambiarlos, bañarlos, llevarlos al colegio, hacerlos dormir y hasta colaborar en las tareas domésticas. En este caso los niños se encuentran frente a padres inseguros que no saben qué hacer con su disconformidad y carecen entonces nuevamente de figura paterna o lo que es peor aún se confunden respecto a cuál es la función materna y cuál la paterna. Esto trae como consecuencia la imposibilidad de realizar una buena diferenciación sexual, que es imprescindible para su adecuada evolución e identificación. En este punto es necesario aclarar que no es negativo que los padres se ocupen de algunas de estas tareas; estamos haciendo hincapié en el exceso de esta situación.

Cuando la necesidad de que el padre cumpla con una cierta cantidad de horas-papá se transforma en una obligación se produce a veces de manera penosa una pérdida de la espontaneidad y la naturalidad en el contacto. Cuando el trato entre padres e hijos se transforma en un "debo-hacer", "es necesario jugar", la exigencia que esto representa para el padre puede crear tanto malhumor que de alguna manera en forma consciente o inconsciente dicho enojo pueda recaer sobre los hijos. Si además esta situación es vivida por el padre y el hijo como una obligación impuesta o dispuesta por la madre, nuevamente se crea un clima de confusión y resentimiento y el niño no encuentra un modelo adecuado en su padre. Asis

te dolorido al temor del padre frente al enojo de la madre y de tal modo los varones aprenden a temer a las mujeres y las niñas aprenden a mandar a los hombres. Probablemente repetirán en el futuro una modalidad de vínculo semejante en sus propias vidas.

Otro punto que es de interés para ser considerado es que para poder asumir la paternidad es necesario poder aceptar el paso del tiempo y el cambio en las circunstancias de la vida. No es fácil muchas veces saberse padre y responsable cuando tal vez hasta hace muy poco tiempo sólo se fue hijo.

Renunciar al status de hijo y a sus beneficios implica conjuntamente enfrentarse con el temor al envejecimiento. Esto se observa muy claramente cuando una pareja joven que tiene un solo hijo encara el cambio que significa tener un segundo y luego un tercero. El nacimiento del segundo hijo transforma definitivamente a esta pareja en familia y los coloca frente al hecho de que ahora ya son grandes.

Con cierta frecuencia se observan matrimonios constituídos de tal manera que los maridos perpetúan su situación de hijos y quiero agregar que ésta es una de las tantas razones que inciden en las desavenencias conyugales.

En otros casos vemos que el padre a su vez ha tenido en su infancia y por diversas circunstancias una ausencia de modelo paterno, sintiéndose por lo tanto limitado o incapacitado para ejercer provechosamente tal función. Ser padre implica brindar amor, cuidado, bienestar material, protección y guía. Cuando un padre siente que no ha recibido protección, él mismo intenta por una parte ser con su hijo y darle todo aquello que no ha recibido, pero también puede ocurrir que sienta que no le resulta tan fácil dar al propio hijo lo que él no ha recibido. En una oportunidad un padre que realizaba una consulta llegó a manifestarme que junto al deseo de ofrecerle a su hijo todo lo mejor, también se enfrentaba con la angustiosa pregunta de que por qué al hijo le resultaba todo tan fácil.

En un trabajo que realizáramos en colaboración con la Lic. Trincavelli, referido al desencuentro entre padres e hijos señalábamos el tema de las exigencias y de la necesidad que tienen muchas veces los padres de que sus hijos cumplan con sus proyectos o ideales no realizados. A veces se observa que las dificultades por parte de los hijos de concreción de sus propios proyectos personales representan un verdadero ataque para el amor propio de los padres. Esta situación de trasladar los ideales al hijo surge como producto de una confusión de identidades, ya que el padre confunde a su propia persona y a sus expectativas con las de su hijo sin poder considerar las necesidades y la individualidad del mismo.

Otro punto con respecto al tan conocido tema de la rivalidad edípica planteada habitualmente en términos de la lucha del hijo por obtener el lugar del padre, desea referirme a un profundo estudio realizado por el Dr.Luis Chiozza en el cual advierte que cuando se prohíbe al hijo el contacto íntimo con la madre no es verdad que esta prohibición se refiera a algo que el hijo podría realizar. El niño interpreta que el padre puede realizar con la madre una vida sexual que a él se le prohíbe. Esta interpretación del niño radica en una confusión que proviene de que él mismo cree que el padre se adjudica un privilegio que en realidad no tiene. Cuando el padre y la madre se casaron han renunciado ellos también a casarse con sus respectivos progenitores. Aclara dicho autor que hay que entender que el padre aparece ante los ojos del hijo como poseedor de un privilegio que en realidad no tiene y que es el hijo quien en verdad intenta o pretende gozar de un privilegio que no le corresponde.

Podríamos ejemplificar esta situación considerando a aquellos padres que de una u otra manera permiten que sus hijos tengan acceso a la vida íntima de la pareja, como ser, por ejemplo compartiendo la cama matrimonial. Probablemente esta aceptación esté influída por un sentimiento de culpabilidad inconsciente por

parte del padre que lo lleva a no sentirse con derechos plenos frente a su esposa como también a alimentar la idea de que en realidad está quitándole al hijo algo que le corresponde. Intentaría de tal modo evitar al hijo el supuesto sufrimiento por sentirse excluído de la pareja. Deberíamos agregar que probablemente esta permisibilidad esté relacionada en forma inconsciente con un deseo no resuelto por parte del padre de haber realizado con sus propias madres esta situación que ahora sí permiten a sus hijos.

Otro ejemplo menos manifiesto que el anterior pero que reviste de cualquier modo una gravedad similar lo encontramos en aquellos padres que permiten la intervención de sus hijos en otros aspectos de la vida matrimonial o una participación excesiva en las decisiones familiares.

Un último punto a que debemos tratar se refiere al tema del filicidio y su vinculación con el parricidio, tema que ha sido estudiado muy profundamente por el Dr.Arnaldo Rascovsky.

Deseo mencionar en relación a este tema una importante contribución realizada por el Dr.Alejandro Fonzi, quien aclara la confusión que se crea muchas veces frente a un padre que ordena, cuida y dispone para el bien de la familia y de los hijos con aquel otro padre que sólo busca satisfacciones de índole personal. Dicho autor expresa que la llamada lucha entre padres e hijos es una ilusión. Un padre y un hijo no tienen un campo común para disputarse. Solamente puede librarse una lucha entre ellos en la medida en que hayan renunciado a sus respectivas condiciones o funciones; en tal caso se trataría de una lucha entre hermanos.

Se puede observar en la experiencia clínica a padres que se desubican muy fácilmente frente a sus hijos tratándolos como si fueran sus iguales entrando muchas veces en situaciones de rivalidad o competencia o bien ejerciendo una autoridad ineficiente a veces y excesiva otras. En algunas familias padres e hijos lu-

chan entre sí entrando en una verdadera competencia de capacidad o fortaleza.

No es raro ver también padres que desprecian, ridiculizan o desvalorizan a los hijos no otorgándoles la confianza y el estímulo que necesitan para crecer. También vemos respecto a la dificultad en el ejercicio de la autoridad que a veces se la lleva a cabo en nombre de otros y no de sí mismo (No toques eso que el guardián se va a enojar).

Para finalizar deseo mencionar que el Dr. Chiozza ha señalado también que existe una gran resistencia o una dificultad para asumir la autoridad y que esto no significa necesariamente que se rechace la autoridad, ya que son muchas las personas, señala, deseosas de gobernar y deseosas de poder, pero que no son tantas las que están dispuestas al compromiso que ello implica como ser: responsabilizarse por sus actos, temor a equivocarse o a cometer injusticias. Podemos trasladar estas ideas en forma bastante exacta a la situación de ser padre. Vemos que a menudo éste es un status deseado y buscado, pero al mismo tiempo no muchos están dispuestos a asumirlo con toda la entrega y el compromiso que ello significa.

SILVANA O. AIZENBERG

17/11/92

COLEGIO MEDINATH ISRAEL

EL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE NINOS ENTRE 10 Y 11 ANOS

Criar y educar a nuestros hijos representa una de las tareas mas satisfactoria de nuestra vida, pero tambien la mas dificil.
Ya antes de que nazcan comenzamos a sentir la responsabilidad y la preocupacion por su bienestar fisico y emocional.
Y cuando nacen, al mismo tiempo que sentimos que son una parte nuestra, descubrimos que son diferentes. Que tienen comportamientos, reacciones o estados de animo que no siempre podemos comprender, compartir ni estar de acuerdo. Entonces mas de una vez nos preguntamos, que les pasa? por que tienen problemas?. Si les damos lo que necesitan y hacemos esfuerzos por satisfacerlos por que no siempre lo logramos?.
Y a medida que van creciendo, nos enfrentamos con nuevas dudas y mas dificultades, frente a las cuales muchas veces no sabemos que pensar o que hacer. Y tenemos la sensacion de estar frente a un mundo complejo, en el que nos resulta dificil ingresar.

Las edades entre 10 y 11 anos, corresponden, tanto para las nenas como para los varones, al momento evolutivo que desde la medicina o la psicologia se describen como el periodo de la pubertad o de la pre-adolescencia. Es una epoca que se caracteriza por cambios significativos, fisicos, intelectuales, y emocionales.
Se los ve mas grandes, adquiriendo una forma corporal mas definida. Al mismo tiempo que cambian sus gustos y sus habitos. Se expresan de una

forma que no es la habitual, plantean sus opiniones, sus puntos de vista o en otros casos asumen una actitud introvertida y reservada. Tenemos la sensacion de estar frente a pequenos adultos.

Es en esta epoca, que comenzamos a inquietarnos seriamente y no siempre de manera conciente, acerca de su futuro y sobre sus posibilidades para enfrentar la vida. Tanto en lo referente al desarrollo de la inteligencia, el rendimiento en general y la capacidad, como respecto a la sexualidad: su crecimiento corporal y su adecuacion social, su modo de relacionarse con los amigos del mismo sexo o del sexo contrario.

La preocupacion por su sexualidad surge con mucha intensidad. Y la pregunta frecuente es: como podemos saber si su desarrollo sexual es normal, que indicios nos permitan detectar problemas o como podemos darnos cuenta de una inclincacion homosexual. Cual es la ayuda que podemos brindarles en ese sentido?.

En primer lugar tenemos que aclarar que la identidad sexual queda definida definitivamente en la adolescencia, aproximadamente entre los 13 o 14 anos.

Si bien la identidad sexual que cada nino tiene al nacer, esta definida por la diferencia de genitales y las caracteristicas sexuales secundarias, las tendencias bisexuales son constitutivas en todos los seres humanos.

Los ninos durante los primeros anos de vida van realizando las identificaciones necesarias para crecer y es asi que van tomando cracteristicas maternas y paternas. Dicho de otra manera, van adquiriendo al modo de una copia, modalidades femeninas y masculinas. De ese modo, durante su evolucion, hay periodos en que manifiestan

mayor inclinacion por estar con las personas del mismo sexo y comportarse como tales y en otros momentos con las del sexo contrario y ser como ellos. Un ejemplo de esto es cuando las nenas, estan interesadas por jugar al foot-ball o tienen un aspecto desalinado y varonil o cuando los varones manifiestan curiosidad por los juegos de nenas y se visten de acuerdo a la moda.

Por lo tanto es una modalidad normal de la infancia la alternancia en el interes por lo femenino o por lo masculino.

Cuando deja de ser normal ese comportamiento?

Cuando pierde su caracter variable y se transforma en una constante. Es decir cuando un nino reitera por periodos muy prolongados la misma conducta. Cuando su unico interes es comportarse como el sexo contrario y se transforma en lo que desde el psicoanalisis llamamos una fijacion. Por ejemplo, si un varon se interesa unicamente por juegos femeninos, comparte sus actividades casi exclusivamente con ellas o inhibe la agresion normal y no obtiene ninguna satisfaccion en las actividades masculinas.

La masturbacion de los ninos es otra inquietud frecuente.

Para aclarar este tema, tenemos que partir de la aceptacion de la existencia de la sexualidad en la infancia. Aunque no se trata de una sexualidad identica a la del adulto porque se diferencia en su forma y en su meta, los impulsos sexuales infantiles son los precursores de la organizacion genital adulta.

La observacion clinica demuestra que ninos muy pequenos sacan placer en reconocer y tocar su propio cuerpo, particularmente sus propios genitales. En este sentido la masturbacion es una actividad instintiva normal, desde la mas temprana infancia. Ya los bebes ponen de

manifiesto su interes por los genitales. Es habitual verlos contentos cuando se los deja desnudos, se los bana y se pueden tocar. Tambien podemos ver que expresan su curiosidad sexual por medio de juegos en los que pueden investigar, mirar e introducir objetos dentro de alguna cavidad.

Cuando el interes por los genitales y la masturbacion no es normal? Cuando se transforma en una actividad que abarca la mayor parte del dia del nino. Cuando reemplaza a otros actividades y se masturba de manera compulsiva, es decir, cuando no puede dejar de hacerlo.

Una manera de abordar la problematica sexual con los hijos, es tratando de hablar con ellos, de la forma mas autentica posible, acerca de las generalidades del tema. No es imprescindible hacer grandes confidencias personales, ni pedirselas a ellos.

La ansiedad que se despierta en los padres por comprobar la normalidad del desarrollo y la sexualidad de sus hijos, los lleva a veces a estimularlos a tener una actitud sexual que esexcesiva o prematura y no coincide con el momento evolutivo por el cual estan atravesando.

Como una manera de ejemplificar esta situacion, mencionare lo habitual del comentario risueno, por parte de padres y educadores, acerca del "noviazgo" entre los pequenos, asi como tambien la programacion fantaseada de futuros casamientos. Si bien es natural el conocimiento de que un desarrollo adecuado de los ninos se concretara en el futuro en la formacion de una pareja, asi como es natural, por ejemplo, que una madre "teja" suenos diurnos con respecto al casamiento de su pequena hija, el apresuramiento en fomentar o tomar en serio estas fantasias, esta movido muchas veces por la ansiedad de comprobar la identidad sexual. Saber si en algo tiene una sexualidad/ normal.

A veces el no poder asumir una actitud discreta hacia las manifestaciones eroticas de los hijos, haciendo comentarios publicos respecto de las exteriorizaciones sexuales de ellos, constituye una violencia o una intrusion en su vida afectiva. Dicha actitud puede producir una sobreestimulacion o una inhibicion de su conducta.
Es habitual que los ninos acepten estas fantasias o propuestas y que asuman con cierta facilidad dichos "noviazgos". O que se muestren muy entendidos o "cancheros" sexualmente, porque sienten la necesidad de calmar a los padres y a si mismos con respecto a su desarrollo sexual. Pero aunque asumen esta actitud, representa para ellos una verdadera exigencia para sus posibilidades reales y un motivo de infelicidad.

Tambien podemos comprobar que la precocidad sexual y la hiper-excitacion, tienen sus raices en la falta de otras actividades adecuadas y satisfactorias para su edad. La practica de deportes, juegos o el aprendizaje en general, es un estimulo y una posibilidad para que los ninos se sientan mas seguros y contentos y suele ser una condicion para el crecimiento normal. Crecer, desarrollarse y madurar, trae aparejado una mejoria en la autoestima y por lo tanto una condicion necesaria para la tranquilidad.
Otro aspecto a ver
El sentimiento de insatisfaccion, es un mal de nuestra epoca y ocurre que a veces queremos que los chicos esten contentos y entusiasmados, pero no siempre es lo que sucede en nuestras propias vidas. Por el contrario nos vemmalhumorados, insatisfechos y preocupados. Y entonces surge una contradiccion. Queremos que ellos valoren y esten satisfechos con lo que hacen y hasta a veces nos impacientamos, pero no hacemos del todo conciente que esperamos que ellos logren el placer

y la satisfaccion que nosotros mismos a veces no podemos obtener.

Una de las dificultades mayores en la crianza de los hijos es poder diferenciar sus necesidades y sus intereses de los nuestros. Es asi que en el intento de evitarles insatisfacciones o sufrimientos que nosotros hemos padecido, les ofrecemos, mas de lo que ellos mismos necesitan. Por ejemplo, cuando les compramos excesivos juguetes, golosinas o ropa. O cuando los protejemos, los acariciamos o los besamos mas de lo que ellos quieren o necesitan.

En este sentido nos enfrentamos con un tema importante que es el de los limites. Por un lado sabemos de la utilidad de contener y limitar a los ninos. Pero por otro lado tenemos el deseo inconsciente de satisfacerlos ilimitadamente para que no sufran privaciones. A veces creemos que el poner limites, puede generarles inhibiciones o transformarlos en ninos atemorizados. Y es asi que muchas veces, tenemos verdaderas dificultades para poner limites adecuados y frecuentemente no coincide lo que pensamos con lo que hacemos.

Tambien el temor a que nuestros hijos no nos quieran o que ~~con~~ en el transcurso del tiempo guarden un mal recuerdo nuestro, nos lleva a ser muy flexibles o contradictorios con la puesta de limites.

Conviene aclarar que existe una verdadera confusion entre asumir una actitud firme y acorde a las necesidades de los ninos y estar enojado e imponer castigos.

Es necesario tener en cuenta el rico mundo de fantasias en que se encuentran los ninos. Reconocer que generalmente estan expuestos a sentimientos intensamente opuestos, variables y extremos. Es asi que un dia se sienten totalmente buenos y lindos y hacen sentir a los demas de esa manera y otras veces ocurre todo lo contrario. Y aunque a

veces se expresan con mucha conviccion, no siempre se sienten tan seguros de lo que afirman. Y cuando se muestran rebeldes muchas veces estan movidos por el deseo o la necesidad de auto-afirmacion.

Como podemos ayudarlos? Mantener el dialogo y la comunicacion abierta es siempre un camino adecuado, tratando de mantener un delicadisimo equilibrio entre comunicacion e invasion. Los ninos quieren ser comprendidos pero no invadidos. Quieren ser escuchados y tomados en serio, pero tambien necesitan ser contenidos y orientados.

9-9-93

JARDIN MUNDO NIÑO

LA EDUCACION Y LOS LIMITES EN LA TEMPRANA INFANCIA

El tema de la libertad en la educación, en los últimos treinta años, tuvo su historia. Una historia poco feliz porque surgió de un malentendido.

Freud, el descubridor del psicoanalisis, había planteado que muchas enfermedades, tenian como base situaciones traumáticas en la infancia, en las cuales la frustración y la represion de los impulsos, era la causa de los sintomas.

Entonces desde la pedagogía se pensó, que si se evitaba la represion en los niños y se los dejaba hacer libremente, durante su infancia, estos podrían llegar a ser más sanos y felices.

Así se creó, durante una época, una especie de mundo ficticio en el cual los límites, prácticamente no existían. Los resultados de esta educación demostraron que eran perjudiciales, puesto que los niños educados en tal forma se mostraban insatisfechos, inadapatados, con angustias serias y enfermedades.

También se comprobó que los niños no sentían esa libertad que les daban como expresion de cariño y seguridad, sino todo lo contrario, como abandono e inseguridad.

Mi deseo, es poder conversar esta noche con Uds., acerca de la necesidad y los beneficios que la educación y los limites tienen para el desarrollo y el crecimiento en la temprana infancia y también poder exponerles, algunos de los motivos o conflictos inconscientes que dificultan a los padres y a los educadores el ejercicio de su función.

En primer termino por qué decimos que son necesarios los limites y la educación en la temprana infancia?

Sabemos que los primeros cinco años de vida son constitutivos de la identidad. La forma en que el niño es criado y tratado contribuye a la conformación de su carácter.

Cuando un niño nace, nace con un gran monto de ansiedad. Una de las formas de controlar esa ansiedad es el establecimiento de horarios estables y de normas en su manejo diario. La alimentación libre, en la que el bebe come cuando quiere, no le ayuda a elaborar o atemperar la ansiedad que tiene.

En este sentido la disciplina y los horarios son fundamentales para que el niño pueda ir desarrollando una sensación de seguridad y estableciendo una personalidad fuerte. El orden y las normas establecidas desde los primeros momentos de la vida, lo prepara para enfrentar luego la escolaridad y la vida en general.

Un paso importante en la vida de un niño, es pasar de la succión del pecho a comer alimentos sólidos. Entonces, al principio necesita tocar la comida, hacer experiencias, pero esta exploración tiene que tener un limite, no puede prolongarse indefinidamente. La libertad indiscriminada aumenta la ansiedad, el niño se siente expuesto a sus propios impulsos y esto lo lleva a veces a sufrir trastornos en el comer.

Lo mismo podemos decir cuando aparecen los dientes y surge la necesidad de morder. Esta no puede ser satisfecha directamente con los padres u otras personas, sino que debe derivarse a otros objetos porque si se le permite al niño morder, puede comenzar a sentir que cometió un acto destructivo y junto a este sentimiento surge el remordimiento y la sensación de culpa.

Algo semejante podemos plantear con el dormir. Un bebe, en los primeros meses de su vida duerme mucho; mantener a un niño a medida que va creciendo en el ritmo de sueño de un bebe es lesionarlo, ya que si

un niño duerme todo el día esto representa un ataque a su libertad y no favorece que desarrolle intereses y aumente sus actividades.

En la observación clínica, vemos que aquellos niños que tienen una vida organizada, que realizan actividades propias para la edad y que no satisfacen permanentementeus sus impulsos y deseos, llegan a la noche con necesidad de reposo y el sueño aparece como un proceso natural. Dejarlo despierto hasta altas horas de la noche o dejarlo dormir hasta altas horas de la mañana, es atacarlo en su necesidad.

Tampoco es conveniente que el mundo de juegos y juguetes invadan toda la casa y el ambiente familiar, ya que esto, el niño también lo siente como si fuera el resultado de su hostilidad y generalmente, aunque no lo demuestre, queda preocupado..

Dar libertad de acción a un niño, al mismo tiempo que educarlo, es muchas veces un equilibrio dificil de lograr, es un proceso que transcurre entre el permitir y el prohibir y a veces parece que depende de una sabiduria especial.

Lo que podemos afirmar es que detener un acto evolutivo acorde a la edad, es tan perjudicial para el desarrollo como acelerarlo.

Cuando los padres ya sea por incomprension o por ansiedad detienen el aprendizaje y retienen a un niño en un regimen de quietud que ya no le corresponde, el niño puede enfermar. Por ejemplo puede tener insomnio, anginas a repetición o miedos nocturnos.

Y por otra parte, cuando tenemos la oportunidad de ver niños que han sido criados con una libertad excesiva, no solo asistimos a sus trastornos, que se pueden expresar en extremo nerviosisismo, o en una conducta que habitualmente llamamos hiperquinetica o tener trastornos de la atención, sino que desarrollan un sentimiento de abandono y se sienten muy angustiados.

Al mismo tiempo el exponer a los niños a una libertad excesiva, coloca lentamente a los padres en una situación, en la que se sienten cada vez más dominados o atrapados por sus hijos y muchas veces no encuentran la manera de solucionarlo.

Permitir a los niños acceder a objetos personales o de valor, pertenecientes a los adultos, no solo los frustra porque no les sirven como juguetes, sino que como además a veces llegan a estropearlos, sufren porque sienten que dañaron.

Lo más importante, es que en este supuesto privilegio que tienen de tomar posesion o acceder a todo lo que desean, les entorpece la posibilidad de jugar.

Es fundamental para el crecimiento de un niño poder jugar. Ninguno puede crecer bien si no puede desarrollar su mundo de fantasías. Una de las necesidades básicas durante el crecimiento es poder jugar, porque de esa manera el niño,puede repetir situaciones placenteras y también elaborar las que le resultaron dolorosas o traumáticas.

Un niño jugando investiga y no son muchos los juguetes necesarios para esta actividad, todo lo contrario, si son demasiados pueden inhibirlo en su experiencia.

Cuando juega con agua, este es un juego imprescindible en su vida, pero si se da en un una modalidad sin limites, en vez de servir como descarga y elaboración, se transforma en una intensa vivencia de angustia, porque el niño al sentir que no tiene control, comienza a sentir que tampoco va a poder controlar el nacimiento de otros impulsos. Este conflicto muchas veces se manifiesta en su conducta, como una necesidad de recibir castigo.

Cuando los padres nos preguntan cuál es el grado de libertad util que necesitan los niños, observamos que la tendencia general es la de dar más

libertad a los mas pequeños y restringir a los mayores, con lo cual, se obstaculiza el impulso de crecimiento.

La falta de limites lleva a los niños a la necesidad de querer ponerlos desde adentro de ellos mismos , pero esto les resulta una verdadera exigencia y a veces cuando no saben como detener su acción necesitan golpearse o accidentarse para detenerla.

El desarrollo del lenguaje, el caminar y el control de esfinteres tambien necesitan de un clima en el que predomine la constancia y la estabilidad.

Con el lenguaje, sucede por ejemplo, que el hablar de un niño de tres años no puede ocupar toda la vida de una familia, pero tampoco es posible que sus logros en la adquisición del lenguaje y en la comunicación sean desatendidos.

Una de las cosas que más duele al niño es que sus preguntas no sean comprendidas y la falta de respuestas adecuadas. La carencia de limites no ayuda a la comunicacion.

A partir de la aceptación de que es importante que el ambiente que rodea al niño, funcione conteniendo y limitando, vamos a introducirnos en la explicación de algunos malos entendidos o motivos inconscientes que nos dificulta en el ejercicio de nuestra tarea.

- En primer lugar podemos nombrar la dificultad en poder separar nuestra vida como padres, de nuestra vida como hijos. El haber sufrido o el haber padecido incomprensiones o injusticias durante nuestra propia infancia, nos conduce al deseo de querer ofrecerles a nuestros hijos una forma de vida mejor de la que tuvimos, en la que el sufrimiento o las privaciones tengan poco lugar.

De esta manera intentamos satisfacerlos en todo lo que es posible, aunque esto represente a veces un gran esfuerzo para nosotros y no concuerde exactamente con las verdaderas necesidades de los niños.

Entonces, se impone un proceso de diferenciación. Admitir que son seres diferentes con una vida anímica propia, que piensan, sienten y quieren diferente.

Este reconocimiento no solo nos ayuda a disminuir la exigencia que nos imponemos para satisfacerlos, sino que también nos ayuda a darnos cuenta mejor de las necesidades que ellos tienen.

- Otro malentendido gira alrededor de confundir firmeza con enojo. Muchas veces creemos que establecer un límite es equivalente a asumir una actitud de enojo.

Lo que si sucede es que la dificultad en establecer límites adecuados, en algunas circunstancias, nos empuja a gritar o a imponer castigos para reforzar nuestras ordenes.

El temor al resentimiento de los hijos o el miedo a perder el amor de ellos, nos lleva a hacer concesiones excesivas. El miedo a que en el transcurso de sus vidas guarden un mal recuerdo nuestro, nos lleva a ser muy flexibles o contradictorios con la puesta de límites.

También a veces sucede que se establece una relación de rivalidad entre los padres, quienes a veces suponen que el que pone los límites va a ser el "malo de la película" y por lo tanto el menos querido. De esta manera la preocupación se centra en los intereses paternos y se deja de lado aquello que el hijo puede estar necesitando.

- Otro razón inconsciente que obstaculiza el establecimiento de normas es suponer que los límites pueden atemorizar a un niño, es decir, convertirlo en un niño sometido, que luego se sienta débil o incapaz para enfrentar la vida o para rebelarse frente a una injusticia. Cuando los niños tienen actitudes desbordadas o conductas mal-educadas, aunque muchas veces somos nosotros las víctimas de ese comportamiento, nuestra tolerancia frente a las mismas, se apoya en la creencia de que si les permitimos

expresarse con total libertad y desobedecernos, luego en su vida adulta asumiran una actitud de dominio semejante que los ayude a triunfar.

El deseo de que los niños crezcan sin inhibiciones, se funda también en la esperanza inconsciente, de que logren metas a las que nosotros no hemos podido acceder. Sentimos placer cuando pueden llevar a cabo deseos que nosotros sentimos que no podemos, ya sea por nuestras propias inhibiciones o por las exigencias que a veces impone la vida adulta. Entonces quien no pensó y dijo alguna vez "mejor que se de todos los gustos ahora, porque después no va a poder".

- Otro motivo que interviene es el acumulo de responsabilidades y de exigencias a la que nos expone la crianza de nuestros hijos que a veces nos hace sentir sobrecargados. Entonces tememos que al asumir una actitud firme con ellos, se ponga de manifiesto o al descubierto toda nuestra molestia. Este temor a expresar irritación o disguste, parte también de la creencia erronea, de que en el vínculo con nuestros hijos solamente es admisible el desarrollo del amor.

En este sentido les ofrecemos una visión del mundo idealizado, que lejos de fortalecerlos los debilita para poder enfrentar luego la realidad.

Muchas veces aunque hacemos grandes esfuerzos para satisfacerlos, nos preguntamos, por que no están más contentos o por qué tienen dificultades en su comportamiento?

Lo que podemos afirmar es que los niños, aun siendo muy chiquitos, son sensibles, inteligentes y perceptivos. El hecho de que muchas veces no digan lo que piensan porque no pueden o porque no quieren, a veces nos lleva a pensar de que no se dan cuenta de las cosas o que no piensan.

Por el contrario, ellos quieren que sean sus padres quienes les digan qué es lo que tienen que hacer y que es lo adecuado y eso los tranquiliza. En cambio muchas veces sienten que se les pregunta y que se les hace elegir lo que les conviene con demasiada amplitud.

Cuando nos preguntan por qué un niño no obedece? Una de las respuestas, es que generalmente el niño percibe cuando la orden o el limite es ambivalente. Es decir, perciben que sus padres les dicen una cosa pero más profundamente sienten otra.

Mundo Niño (Jardín)
13/10/94

A QUE LLAMAMOS TRASTORNO DE CONDUCTA

Para comenzar a hablar del tema que hoy nos reune, convendría definir en primer lugar que entendemos por trastorno y qué entendemos por conducta.

Trastorno significa alteración de un orden, perturbación de algo que es regular. También quiere decir vencer a alguien en su opinión, haciéndolo cambiar de idea o sea trastornánandole su ánimo o su pensamiento.

Conducta es la manera como dirigimos nuestras acciones y gobernamos nuestra vida. Es decir el modo como nos comportamos o enfrentamos las exigencias que nos impone la vida.

El hecho de que los seres humanos tenemos diferentes caracteres, explica porque no se pueden establecer criterios estrictos acerca del modo de comportamiento de los niños y en ese sentido es conveniente no perder de vista que, cada niño tiene su individual y personal forma de ser. También hay que destacar que muchas veces se cae en un mal-entendido y se interpreta como mala conducta, un temperamento muy curioso o muy vital.

Cuando nos referimos a los trastornos de conducta ,entendemos que se trata de un particular modo de conducirse, que generalmente altera el crecimiento de un niño y que no le permite adecuarse a las circunstancias. También genera preocupación o molestia en las personas que los rodean. Por ejemplo, desde el punto de vista familiar

- los niños que no se ajustan a lo que la familia

necesita o espera de ellos - desde lo social - no se adecuan a la adaptación al medio - y desde los criterios evolutivos - no maduran adecuadamente en las distintas etapas del crecimiento por las que tienen que atravezar.

Vamos a mencionar algunos trastornos que se presentan habitualmente en la consulta clinica: La dificultad para aceptar limites, para comer, para dormir. Los problemas de agresión, ya sea que se trate de niños muy o poco agresivos. Las dificultades escolares, de aprendizaje, de lenguaje. Las transgresiones - mentiras o robos - las fantasias y los miedos excesivos. Los trastornos sintomáticos: la enuresis, la masturbación compulsiva y las conductas auto-destructivas, niños que se golpean, se lastiman y se accidentan con frecuencia.

Podemos considerar que una conducta es un trastorno, cuando ésta altera un orden y se presenta de manera reiterada, es decir se hace constante en la vida del niño. Como cuando se resiste a comer o cuando no puede dormir durante un periodo prolongado.

A qué llamamos periodo prolongado? a aquel trastorno que excede en su permanencia, el termino de tres meses aproximadamente.

Esta aclaración es válida a los fines de tener en cuenta que en todo desarrollo normal, existen periodos en que se presentan algunas de las manifestaciones mencionadas - conductas agresivas o resistencia para aceptar limites - pero que se caracterizan por no perdurar a lo largo del tiempo y que no son dañinas. Cuando el trastorno es auto-

destructivo, como en el caso de los niños que se exponen y no mieden el peligros, conviene no restarle importancia e intentar comprender, lo antes posible, porque pasa.

Antes de hablar acerca de las razones por las cuales un niño puede presentar un trastorno o varios trastornos de conducta, vamos a preguntarnos por qué dichos problemas, además de generar preocupación y despertar deseos de ayudarlo, también producen mucha impaciencia e irritación? A veces el enojo es tan fuerte, que nos olvidamos que el niño mismo también sufre y padece por lo que lo aqueja y queremos que cambie rapidamente.

Podemos decir que la molestia o la poca tolerancia que sentimos los adultos frente a los problemas de los niños, está generada por diferentes motivos:

En primer lugar proviene de la misma dificultad para encauzar dichos trastornos, atemperarlos o corregirlos. El sentimiento de impotencia que experimentamos cuando no podemos encontrar la solución para resolver un problema o lograr que un hijo cambie una conducta, es reemplazada muchas veces por la rabia o el enojo.

Un equivoco, en este sentido, es creer que los niños pueden cambiar a traves de un esfuerzo de su voluntad. Es cierto que el esfuerzo es importante en la vida. Casi no existe tarea que se pueda desarrollar sin labor, sin embargo, para realizar cambios en el comportamiento y en el carácter no es suficiente el empeño y la voluntad, sino que se requiere de otro tipo de esfuerzo que esta relacionado con la comprension de los sentimientos que

estan presentes y que se ocultan detras de una determinada situación.

2) En segundo lugar, muchas veces sentimos que la evolución de nuestros hijos es un reflejo directo de nuestras aptitudes como padres, y ver que ellos tienen alguna dificultad lo vivimos como un defecto o incapacidad personal y esto nos angustia.

Al mismo tiempo es frecuente que depositemos en ellos nuestras expectativas de progreso y nuestros ideales no realizados, esperando que los puedan concretar y esto si bien tiene un carácter positivo-estimulante, perturba el crecimiento cuando no le damos lugar tambien a las dificultades o a los fracasos. En este sentido los niños pueden sentir que solo se los va a querer y aceptar si todo lo que hacen lo pueden hacer bien. Esto, muchas veces actua como una exigencia desmedida que puede afectar el desarrollo. Por ejemplo si un niño siente que en la escuela todo le tiene que salir bien y ser una especie de alumno excepcional, es factible que esta imposición actue inhibiendolo para estudiar. Se atonta, entonces, y tiene dificultades de aprendizaje por temor a fracasar. Puede sentir que es preferible no saber porque es tonto y no porque se equivoco.

Es necesario poder distinguir entre los sentimientos concientes y los inconcientes. Muchos padres pueden asegurar que nunca le impusieron ningun tipo de exigencia a su hijo y también pueden aseverar que jamas lo retaron o se enojaron con él, cuando algo le salio mal. Sin embargo,

si nos detenemos a profundizar en sus sentimientos, tal vez podamos descubrir que aunque no lo digan o no se den cuenta, la angustia frente al error o el miedo al fracaso pueden ser muy intensos y comprometer incluso seriamente sus propias vidas.

Los niños poseen una capacidad particular para percibir el estado anímico de los padres. Tienen sensibilidad para adecuarse a las expectativas inconcientes que tienen para ellos, aunque estas no hayan sido nunca verbalizadas. Es habitual que los padres tengan determinadas esperanzas acerca del niño que va a nacer, aunque no lo digan..

Diferenciar entre los sentimientos concientes y los inconcientes, es un progreso que ayuda para la comprensión de uno mismo y en relación con los seres que nos rodean.

Es conveniente saber que la conducta de los niños no siempre coincide con su desear inconciente y que a veces es solo un disfraz de lo que autenticamente sienten y les pasa. Por ejemplo cuando hacen como si nada les importara, pero se quedan con remordimientos y buscan muchas veces un castigo.

Podemos considerar que los trastornos de conducta constituyen un lenguaje, forman parte de algo que el niño nos comunica de ese modo porque no puede hacerlo de otro. El deseo de comunicación existe desde los primeros momentos de la vida. En ese sentido hablar con ellos y fundamentalmente escucharlos, es una apertura para la comprension. A veces decimos que dialogamos con nuestros hijos, sin embargo es más lo que les hablamos, que lo que

los podemos escuchar y en ese sentido el contacto es parcial y unilateral.

Los niños esperan ser comprendidos en sus actos y acompañados en el decurso de sus pensamientos. Así por ejemplo, cuando un niño no come, decirle que hay algo que le pasa pero que no sabemos que es, generalmente lo alivia y lo calma.

No es factible preguntarle que le pasa, porque tampoco el lo sabe.

Es importante tener en cuenta que el trastorno de conducta de un niño tambien expresa situaciones familiares. Es decir, aquello que un niño pone de maniesto en su conducta, revela un sentimiento o una modalidad de su entorno. Es tambien, por este motivo, que para los padres no siempre es facil ayudarlos, ya que se trata de corregir en los hijos algo que en la vida de ellos no siempre esta resuelto.

Podemos intentar, solo a modo de ejemplo, y no para ser aplicado en forma individual, algunas interpretaciones que permitan comprender el significado de un trastorno de conducta tanto en el sentido de la comunicación del niño, como en el compromiso con los aspectos familiares.

Si un niño es rebelde y agrede a otros chicos, no siempre esta conducta significa que quiera agredir, sino que puede estar determinada por su necesidad de auto-afirmarse o de sentirse más fuerte, equiparando de manera erronea fuerza con agresión . También puede ser que de esa manera, suponga que complace un deseo de su padre, mostrándole con

su agresion como si tuviera valor o fortaleza de carácter, aunque ésto le implique sufrir consecuencias penosas o castigos por su conducta.

Los niÑos que tiene propension a las caidas y a los golpes, pueden estar expresando por un lado, la necesidad de ser contenidos y limitados, que es sustituido por el limite que encuentran a través del contacto con la superficie con la que se golpean. Por el otro lado, puede ser la expresion de la identificación con algo del carácter familiar. Reproducen en sus propias vidas y en el sufrimiento por los golpes que reciben, el clima que perciben en su casa, que también se caracteriza por el sufrimiento, el dolor o las penas.

Cuando un niÑo no duerme, puede estar comunicando no solo sus miedos o su temor a soÑar cosas angustiosas, sino que podría sentir que necesita mantenerse despierto para controlar que sus padres no peleen por las noches. Siente que algo de la convivencia no lo deja tranquilo y como esto no lo puede poner en palabras porque lo desconoce o porque no se anima a decirlo, entonces su preocupación se presenta bajo la forma de su angustia frente al dormir.

En este sentido podemos enfatizar que las acciones y las conductas estan en lugar de los sentimientos o pensamientos que no se pueden desarrollar.

Muchas veces un niÑo se ofrece como el problema familiar, porque cree que de esa manera evita que los padres tengan tiempo de enfrentarse entre ellos y asi el único problema posible en la casa lo constituye él.

Tenemos la experiencia de aquellos niños que van a dormir a la cama matrimonial y se resisten a dejarla, no solo por sus deseos de interferir en la pareja y dar lugar a sus deseos y a su rivalidad edípica, sino porque también presienten que es un deseo de los padres, tenerlo junto a ellos, porque de esa manera pueden justificar las dificultades y los conflictos que tienen con la sexualidad.

Sintetizando vamos a reiterar que, un trastorno de conducta, puede ser considerado como tal, cuando se reitera durante un tiempo prolongado sin modificación alguna, cuando empeora o representa un peligro para el niño.

Que los problemas en la conducta son un lenguaje, un modo de comunicación que es importante descifrar, de un modo similar a como sucede cuando estamos frente a una personasona que nos habla en otro idioma y hacemos el intento de traducir lo que nos esta queriendo decir para poder entendernos lo mejor posible y no incurrir en malos-entendidos.

El valor de la compresion redunda, no sólo en el alivio del niño y de la familia cuando lo logran, sino que tiene una importancia preventiva y profilàctica de la neurosis, ya que de esa manera también facilitamos el camino para un momento más dificil del crecimiento de nuestros hijos, como lo es la adolescencia.

Club de Campo - Hacoaj (1987)

LOS PADRES Y LOS HIJOS EN NUESTROS DIAS

Reflexionar acerca del rol paterno y filial en nuestros días implica considerar por un lado, las características del mundo actual en el que vivimos y el modo en que el consenso ambiental influye en la familia. La sociedad con su crisis de valores y la intolerancia a la frustración, perturba la estabilidad y la contención familiar. No ofrece modelos de identificación adecuados. Los hijos con frecuencia se sienten confundidos y los padres, desconcertados, tienen actitudes ambiguas con ellos.

Un ejemplo de ésto lo encontramos hoy en día, en la poca discriminación que existe en los hogares, respecto a las funciones masculinas y femeninas, que hace que tanto los padres como los hijos tengan que realizar un verdadero esfuerzo de acomodación en el vínculo. Para poder identificarse y desarrollar su propia identidad, los hijos necesitan entre otras cosas, diferenciar los caracteres del hombre y de la mujer. Los impedimentos en este sentido y la renuncia que muchas veces tienen que hacer por no recibir los cuidados maternos o la protección paterna adecuada, afecta seriamente su crecimiento.

La falta de modelos angustia a los jóvenes. La crisis de la adolescencia por ejemplo, coincide con la crisis que muchas veces atraviesan los padres. La relación paterno-filial se altera y en cambio asistimos al desarrollo de relaciones fraternas en las que las madres por ejemplo compiten con sus hijas y los padres con sus hijos varones.

Por el otro lado , reflexionar acerca de los encuentros y desencuentros entre padres e hijos, nos lleva a reconocer que aquellos que hoy somos padres en otro momento fuimos hijos y conservamos esas experiencias en nuestro carácter y los que aún son hijos van adquiriendo y ejercitando durante su crecimiento la forma de ser padres. Además, tenemos que señalar que, más allá del lugar que cada persona ocupa en la familia, de acuerdo al momento vital que atraviesa, las funciones de hijo y de padre son roles complementarios que se codeterminan mutuamente. Podemos decir entonces, que así como "los padres hacen a los hijos, los hijos hacen a los padres".

Los vínculos familiares, los lazos sanguíneos o por adopción (equivalentes a los sanguíneos) son los que nos definen y nos permiten

adquirir nuestra identidad, que queda plasmada por ejemplo, en el uso del apellido familiar, símbolo de lo que experimentamos como lo propio. Nos preguntamos entonces, por qué solemos tener dificultades y conflictos justamente con lo propio, con aquellas personas que más se asemejan a nosotros y que nos importan en la vida? Por qué ocurren desencuentros que nos hacen infelices y hasta nos llevan, muchas veces a distanciamientos dolorosos?

Para abordar este tema es necesario deshacer el primer y frecuente mal-entendido, que consiste en atribuir a los padres u otras veces a los hijos, la culpabilidad de los inconvenientes o de la incomunicación. Cuando decimos que la función paterno-filial es complementaria, es a los fines de admitir que tanto los padres como los hijos son responsables de lo que sucede en el vínculo. En este sentido también vale la pena diferenciar los sentimientos de culpa de los de responsabilidad.

Los sentimientos de culpa, tan frecuentes, generados por la sensación de estar en falta frente a alguien o frente a algo, es un afecto penoso y persecutorio. Es un malestar que se experimenta como si hubiéramos realizado un daño o un perjuicio. Esta sensación de culpabilidad, lejos

de estimular para la comprensión y para ayudar a reparar las equivocaciones o los errores y facilitar la aproximación a los seres queridos lleva, cuando es excesiva y con la finalidad inconciente de disminuirla o aplacarla, a atribuirla a otros culpabilizándolos. Son frecuentes los reproches familiares acusándose unos y otros por lo que es difícil o por lo que sale mal. Se crean, así, círculos viciosos penosos, difíciles de detener.

La responsabilidad en cambio, es lo que nos mueve a asumir más constructivamente nuestra vida y la de los que nos rodean. Un acto responsable es el que admite los propios limites y el que nos lleva a preguntarnos frente a un problema familiar, por ejemplo, cuál es nuestra participación en el mismo?

Si bien es cierto que una mayor responsabilidad durante la crianza de los hijos, recae sobre los padres, quienes por edad y experiencia tienen a su cargo el sustento y la educación de ellos, también es cierto que cada hijo participa con su carácter y su modo individual en el tipo de vínculo que se va a establecer. Constituye una evidencia que dos hermanos, por ejemplo, independientemente del sexo que tengan , se relacionan con sus progenitores de diferentes maneras.

Es importante mencionar algo conocido por todos, y es que lo cambios y las crisis son inherente a la vida misma. La vivencia de catástrofe que acompaña a los cambios, genera habitualmente mucha angustia e inseguridad. En este sentido, el crecimiento de los hijos y de los padres, introduce constantemente modificaciones en el vínculo provocando incertidumbre, miedo y dificultad para la adaptación. Como es por ejemplo, prototipico del momento en que los hijos ingresan en la adolescencia.

El conocimiento psicoanalítico nos ayuda a comprender de qué modo los seres humanos, muchas veces, intentamos alejarnos de las vivencias que nos resultan dolorosas, para evitar el sufrimiento y las sensación de displacer. Para ello, no siempre asumimos conductas eficaces en la resolución de los problemas, sino que por el contrario muchas veces ponemos en marcha mecanismos llamados de defensa inconcientes, que se expresan en la formación de pensamientos o conductas dirigidas a negar lo desagradable y evitar el enfrentamiento con la realidad.

Quién no sintió alguna vez el impulso a negar la dificultad de un hijo, comportándose como si nada pasara, para no experimentar el dolor que esa evidencia ocasiona y la pena de no poder o no saber de qué manera ayudarlo?.

Frente a la angustia que acompaña los cambios en los diferentes momentos evolutivos de una familia, alimentamos a veces el deseo de lograr una convivencia estable sin dificultades.

Podemos decir entonces, que la ilusión de poder alcanzar una coexistencia familiar, sin problemas o con el mínimo de ellos, constituye uno de las razones que precipita el desencuentro entre padres e hijos y también entre conyugues. Nos encontramos así, con integrantes familiares, que ingresan en un mal-entendido cuando tratan de forzar una unión cuyo proyecto es lograr el ideal de perfección. Para ello se presionan inconcientemente en la búsqueda de ese ideal. La intolerancia y el enojo mutuo, que muchas veces se desencadena frente a las limitaciones del otro, encubre la insatisfacción por esa ambición que no se cumple.

Las frustraciones de los padres en cualquiera de los ordenes de la vida, tanto sea en el desarrollo laboral como en el terreno afectivo, estimula el anhelo de que las mismas no se repitan en la vida de los hijos. Si bien este es un deseo, que en primera instancia es positivo y alentador del progreso y que significa implícitamente una actitud de confianza en la capacidad de ellos, puede llevar al punto de que los padres - como gratificación personal - necesiten que los hijos lleven a cabo los logros que ellos no han podido. Esto puede transformarse en una verdadera exigencia que niega sus necesidades o posibilidades reales.

No solo una madre y un padre esperan gratificación y rendimiento de los hijos, sino que éstos también los desean y hasta los exigen de los padres y es así que muchos de los enfrentamientos - aunque aparentemente sean por motivos justificados - encubren la desilusion mutua: "los padres sienten que los hijos no son como ellos quieren y los hijos se decepcionan porque los padres no son como ellos los necesitan o imaginaron".

Forma parte de la evolución natural , cuando los niños son pequeños, que se representen a los padres como figuras todo-poderosas. Les adjudican la capacidad para satisfacer todos los deseo y los imaginan

administradores de toda la protección y seguridad. Esta fantasía es compartida muchas veces por los padres, quienes sienten el placer al brindarse, de sentirse necesitados y también por que no decir? el placer de sentirse admirados.

Si los padres y los hijos insisten en perpetuar esta situación en el tiempo, ésto inevitablemente dificultará el contacto más cercano, porque la intimidad en el vínculo puede ser vivida como el peligro de tener que enfrentar de manera más directa la realidad, es decir reconocerse respectivamente en un plano más auténtico con las virtudes pero también con los defectos.

El enojo que sienten los padres, como expresión de la angustia, cuando perciben que los hijos no están suficientemente preparados para enfrentar el apremio de la vida, se sustenta en la creencia de que si se enojan con ellos es porque son hábiles y capaces y además cumpliría con otro prejuicio que es el de creer que la reacción violenta puede ayudar a que se produzca un cambio favorable. Cuantas veces solemos sentir que si nos enojamos algo puede cambiar?

La voluntad de educar a los hijos de un modo diferente a la propia infancia, para evitarles sufrimientos, posibilita en gran medida darles a ellos la oportunidad de hacer una vida mejor. Pero en ocasiones el afán de darles una educación diferente, también conduce a desconocer lo intereses personales de ellos. Así por ejemplo, cuando los padres sufrieron una educación excesivamente represiva, intentarán darles a sus hijos una muy liberal, negando que tal vez no es eso lo que estén necesitando sino que por el contrario, esperan limites y contención para poder crecer más tranquilos.

Querer que los hijos sean personas desenvueltas y poco temerosas, se traduce muchas veces en la dificultad para poner limites. Existe un malentendido que es el de suponer que limitar a un hijo es equivalente a atemorizarlo o a inhibirlo para luego enfrentar la vida.

Otra de las restricciones que impide ejercer más satisfactoriamente la función paterna, constituye el temor a perder el amor o la compania de los hijos. Este temor genera una relación de dependencia por la cual no podemos participar con nuestras opiniones e inquietudes más genuinas en la vida de ellos, gestándose de esa manera, una relación superficial.

El temor a perder el cariño de los seres queridos, paradójicamente expone muchas veces, a lo mismo que tememos. La inautenticidad en el ~~vínculo~~ solo puede derivar en la distancia. Los hijos y los padres necesitan, aunque no lo digan, encontrarse en el punto más ~~autentico~~.

Los problemas y la dificultades en la comunicación, producen un sentimiento de impotencia difícil de tolerar. Sentimiento que se intensifica cuando los caminos que iniciamos para resolverlos no traen la solución esperada.

Reconocer que las dificultades y los trastornos que presentan los hijos, son el reflejo de conflictos reprimidos de los propios padres, parece ser una de las alternativas más difíciles de aceptar. Por ejemplo, frente a un hijo drogadicto, es habitual que un padre se sienta sorprendido, enojado y con la impresión de estar frente a un extraño, o que ingrese infructuosamente en autoreproches de culpabilidad. La angustia y la desesperación no ~~le ayuda~~ a pensar que ese ~~dramático~~ problema puede estar relacionado también con conflictos inconcientes parecidos como puede ser el sentimiento de debilidad, el miedo o los propios deseos transgresores o adictivos .

Es trabajoso reconocer y no nos gusta pensar que ~~nuestros~~ los hijos pueden ser portavoces de problemáticas familiares y que revelan o ponen de manifiesto, en los trastornos de conducta y también en las enfermedades orgánicas, aspectos que los padres no pueden admitir o desconocen de sí mismos.

Cuando menciono que los conflictos pueden expresarse también a través de las enfermedades orgánicas, es porque parto de la concepción médica y psicoanalítica, que considera que las enfermedades en el cuerpo pueden ser comprendidas también como un lenguaje que expresa conflictos o emociones inconcientes.

Entonces, llamamos doble mensaje, precisamente a la pretensión de que los hijos cambien y que puedan enfrentar aquello que a nosotros mismos, en principio, nos cuesta reconocer y luego asumir. Qué padre puede fácilmente admitir que un hijo que se expone a situaciones riesgosas, además de padecer un trastorno personal, expresa al mismo tiempo, como en una pantalla amplificada nuestra propia omnipotencia negada?) nuestros deseos de obtener logros por ellos.

El hecho de que padres e hijos compartan conflictos semejantes es lo que explica las dificultades en la relación, ya que resulta una tarea

improba ayudar a alguien, cuando se comparte la misma dificultad. No es tarea sencilla, por ejemplo, alentar a una persona triste cuando uno comparte conciente o inconcientemente un afecto similar. Las situaciones de irritación o de intolerancia, generalmente están sustentadas en el malestar que produce ver espejado en otro aspectos propios que uno rechaza. De ese modo los padres desean corregir, a veces compulsivamente, los defectos caracterológicos de los hijos y los hijos pelean con los padres porque temen parecerse en las imperfecciones de ellos, que les chocan. Desarrollar modalidades de carácter reactivo, tratando de asumir conductas totalmente opuestas, es otros de los mecanismos habituales en los hijos y lamentablemente fallidos. Fallidos no porque los hijos no puedan diferenciarse de los padres, sino porque su comportamiento es reactivo y además se sustenta en el rechazo.

Otra observación proveniente de la clínica nos enseña, que cuanto más enojados o resentidos estamos con nuestros padres, más difícil se hace la diferenciación.

Lo que habitualmente conocemos como conflicto de Edipo, remarca consensualmente solo la versión amorosa de la cuestión. Como cuando se dice "la nena tiene un Edipo bárbaro con el papá", aludiendo de esa manera a la existencia de un cariño muy intenso. Sin embargo uno de los grandes descubrimientos psicoanalíticos, en relación a la vida emocional de la infancia, señala que el hijo no solo ama al padre sino que también tiene sentimientos hostiles hacia él y que esos afectos negativos lo conflictua porque van dirigidos hacia la persona que también ama y necesita. Dicha ambivalencia de sentimientos, no la padecen solo los niños, sino también los padres, quienes al mismo tiempo que quieren y protegen a sus hijos y les desean lo mejor , también sienten rivalidad hacia ellos, celos y hasta envidia. No es poco frecuente que los padres, sin darse cuenta, deseen las posibilidades que tienen los hijos, la juventud, los proyectos e incluido dentro de estas posibilidades el contarlos a ellos como sus padres.

Es conocida la expresión: "si mis padres hubieran sido así conmigo" o "si me hubieran dado lo que yo le doy a mi hijo", aludiendo de esa manera al sentimiento de injusticia por los beneficios que suponen que ellos reciben.

La tarea de ser padres, incluye junto al esfuerzo de la dedicación, la de tener que renunciar a ciertas prerrogativas propias de la infancia. Representa dejar el lugar de hijo para asumir el de padre y ésto a su vez implica abandonar el deseo de protección y respaldo.

La ambivalencia afectiva, la lucha entre el amor y el enojo, predispone para el alejamiento familiar, como si ese fuera un recurso útil y un modo de preservarse mutuamente. Es necesario destacar que la distancia que a veces toman los progenitores de sus descendientes, no está movilizada por la falta de interés o de cariño, sino por el contrario, por la inseguridad y el temor a danarlos.

Más de una vez comprobamos, en la experiencia clínica, que los padres se alejan de los hijos o delegan el cuidado en otras personas por el temor a no entenderlos o no poder ofrecerles una buena educación.

La inhibición materna o paterna solo puede ir acompañando luego del sentimiento de frustración.

Entre las problemáticas de nuestra época, nos encontramos con el fenómeno llamado de la adolescencia prolongada. Si bien la

permanencia de los hijos en el hogar se extiende más de lo que sucedía hace dos o tres décadas, no podemos a simple vista decir que ésto en si mismo es negativo. Que los hijos se independicen tardíamente puede ser por dificultad de crecimiento, pero es importante considerar la situación inversa, es decir los hijos que intentan asumir una vida adulta, independizándose precozmente, sin estar suficientemente preparados para ello. La permanencia más prolongada en el hogar puede ofrecer, en muchas ocasiones, el contacto con las figuras paternas y en ese sentido la posibilidad de crecimiento e identificación necesarias.

Por otra parte, a veces se hace muy difícil hacer el duelo por la pérdida de los hijos. La palabra duelo proviene del dolor. Los padres incurren entonces, en actitudes de sobreprotección. Sabemos que la sobreprotección no es equivalente a un cuidado adecuado, la sobreprotección deja a los hijos en una situación a veces semejante a la del abandono. Cuando en el hogar tratan a los hijos como si fueran pequeños príncipes o princesas, éstos se debilitan y cuando tienen que enfrentar el mundo exterior, temen que los demás no los traten de la

misma manera. Esto trae muchas veces inconvenientes para la maduración y la adaptación social.

El interés por comprender la relación padres-hijos y facilitar a partir de ella la comunicación, posibilita atravesar la etapa que se caracteriza por la crianza y por ende con la continuidad de la vida misma

En la infancia y adolescencia se encuentran las raíces de la vida adulta. Las vivencias de un niño perduran tanto en su conciencia como en su inconciente. El modo como se relacione con sus progenitores le brindara el molde o modelo con el que enfrentará sus relaciones en el futuro.

Un niño que asume la actitud de complacer a sus padres, desarrollando una identidad falsa, es decir, traicionándose a si mismo en su propia naturaleza, conservara luego ese carácter y desarrollara con las personas del ambiente un vínculo, parecido al que tuvo en su infancia, en el que sentirá que tiene que exponerse y complacer el deseo de los demás. Dependerá constantemente de la aprobación de los compañeros, de los grupos y, sobre todo, en el momento en que les corresponda ser padres, con sus propios hijos.

Sabemos que un recién nacido, por ejemplo, depende de sus padres y como su existencia depende de que consiga o no el afecto de éstos, hará todo lo posible para no perderlo. Si este sentimiento se instala en la infancia, los hijos renunciaran a sus propios sentimientos, trataran de ahorrarles preocupaciones, reprimirán su insatisfacción o también su enojo.

Algo que también es de destacar es que los niños, aún los muy pequeños, que todavía no han adquirido la posibilidad de expresarse por medio del lenguaje verbal, piensan, entienden y tienen deseos de comunicarse. Todavía hoy en día, es generalizada la idea de que si un niño no habla tampoco entiende demasiado bien. Nuevamente la experiencia clínica nos ofrece los elementos, que nos permite afirmar que los niños, aún de pocos meses, perciben situaciones familiares, tienen sentimientos y pensamientos respecto a si mismo y a los demás e intentan comunicarse y ser comprendido.

Sentirse culpables por los conflictos familiares es una característica que predomina en la temprana infancia. Los niños se sienten centro del mundo en el que viven y de esa manera una mamá descontenta, puede representar para él alguien a quien no puede satisfacer, atribuyéndose

la responsabilidad y desarrollando en ese sentido un sentimiento de profunda inutilidad.

No existen pautas estrictas acerca de cómo encarar la relación paterno-filial, sin embargo, podemos afirmar que hacer conciente la seriedad de la misma y reconocer la importancia de no evitar o no aplazar el enfrentamiento con los problemas, argumentando por ejemplo que con el tiempo las coas pueden mejorar, considero que ya es un punto de partida optimo para esta trascendente tarea de la vida que constituye el ejercicio de la paternidad.

- Los padres tratar a los hijos como si fueran su posesión sin entender que son hijos de la vida.
- Respecto de la culpabilidad habría que culpar a los abuelos.
-Anorexia y bulimia

La Lic. Silvana Aizenberg, es psicoanalista.

- Es miembro asociada del Centro Médico de Consulta Weizsaecker, donde participa en las actividades clinicas, de docencia e investigación.

- Fue docente en la Universidad del Salvador en la Cátedra de Psicopatología de la niñez y la adolescencia.

- Es autora de diversos trabajos sobre teoría y técnica del psicoanálisis de ninos y sobre la interpretación y el significado de las enfermedades orgánicas en los mismos.

- Tiene vasta experiencia en la práctica psicoanalítica con lactantes. Documentó una consulta en un trabajo titulado: "Acerca de una experiencia clínica con una beba de ocho meses".

- Obtuvo el premio Lic. Adriana Terni ,otorgado por el Centro Médico de Consulta Weizsaecker, al mejor trabajo científico del año sobre: "Algunos aspectos de la adopción: un caso clínico".

- Participó en simposios, mesas redondas y encuentros psicoanal[iticos:
En el Encuentro Rioplatense sobre psicoanálisis de los trastornos orgánicos, realizado en el Uruguay, presentó un trabajo en colaboración sobre: "Un caso de leucemia infantil".

En el Primer Congreso Argentino sobre autismo, realizado en la Universidad Nacional de Rio Cuarto en Córdoba, llevó su ponencia: "El autismo desde el psicoanálisis.

En las XII Jornadas Nacionales de la vivencia a la elaboración, en Bs. As., participó con su trabajo sobre "el juego en el psicoanálisis de niños."

- Dictó clases en algunos hospitales sobre "La psicoterapia de niños con enfermedades orgánicas".

- El Diario La Nación publicó su artículo escrito en colaboración, acerca de: "Por qué se enferman los niños".

- Fue entrevistada en la audición de radio "Tiempo de Esperanza", sobre las enfermedades en los niños

- Dió charlas de orientación a padres sobre varias temáticas concernientes a la infancia en diversas instituciones y colegios. ,

.

Municipalidad de 9 de Julio

12-5-00

L

LA INFANCIA Y SUS DIFICULTADES EN NUESTROS DIAS

12-5-00

Llamamos infancia al período de la vida que abarca desde el nacimiento hasta la pre-adolescencia, que hoy en día podemos decir que comienza alrededor de los nueve o diez años, período que también llamamos pubertad.

Propusimos conversar acerca de la infancia y sus dificultades en nuestros días, es decir acerca de las dificultades que tienen que enfrentar hoy tanto los padres como los hijos. Existen muchos cambios hoy en la vida de las familias, en la distribución de los roles paternos, en los requerimientos para la subsistencia, etc desde por lo menos dos decadas a esta parte.

En nuestros días, los padres plantean cada vez más a menudo las dificultades que hallan para educar a sus niños. El cambio de las condiciones de vida tiene mucho que ver, pero educar a un niño es siempre dificil (cuando el adulto no tiene confianza en el ser humano que crece, en sus potencialidades.) Asumir las contradicciones es una tarea cotidiana. Hacer coincidir lo que nos imaginamos con lo real.)

En primer lugar vamos a describir algunas características que hoy conocemos como propias y normales de la infancia:

a) Sabemos que un niño al nacer tiene no solo sensaciones corporales, sino que también tiene un psiquismo conformado y que luego va a ir conformándose dando lugar al desarrollo de su carácter. Esto quiere decir que el niño, aún muy pequeño, así como siente frio, calor o hambre, tiene también estados emotivos como de satisfacción o dolor y percibe situaciones de su entorno, como ser la mayor o menor ansiedad de la madre o del grupo familiar. Existe un ~~sobre-entendido o~~ un mal entendido al considerar que como los niños muy pequeños no hablan, no tiene la capacidad para pensar y hasta para sentir. Creemos que por el contrario, los niños perciben estados emotivos propios y de los que lo rodean, entienden el contenido afectivo de las palabras y las palabras mismas. (Desde el nacimiento y también desde antes de nacer). Admitir que los niños tienen una mayor permeabilidad de lo que habitualmente se cree para absorber lo que pasa a su alrededor, puede contribuir para que lo podamos entender mejor en su

proceso de crecimiento y en su sufrimiento. Por ejemplo la idea de que porque es chiquito no se da cuenta, llevó a que desde los adultos tengamos muchas veces actitudes desconsideradas para con ellos, como ser evitarles alguna información necesaria o al contrario brindar una información que el niño no puede absorber argumentando que de todos modos no se dan cuenta.
No solo tienen capacidad para comprender concientemente lo que sucede, sino que también tienen un mundo afectivo inconciente, es decir, tienen como sabemos desde el psicoanálisis, sentimientos que estan fuera de su conciencia y de su voluntad conciencte de conocer.
Nos podemos preguntar si los adultos comprenden en realidad a los niños, ya que no tienen el mismo lenguaje, que las palabras no quieren decir lo mismo para unos y otros. Las palabras que un niño emplea encierran para él experiencias afectivas y emocionales diferentes.
Cuando no logramos que un niño explique lo que le pasa o porque le pasa algo , no siempre es porque no quiere hablar. Aunque en algunos casos no hablan para no ser mal interpretados, pero otra veces no pueden decir que le pasa porque ellos mismos lo ignoran.
Lo que si sabemos es que el proceso de crecimiento le significa a los niños un esfuerzo de adaptación en las diferentes etapas por las que atraviesa. Por ejemplo cuando tiene que aprender a caminar tiene que realizar junto con el esfuerzo físico un proceso emocional que le implica el desprendimiento de la madre y de su sentimiento de seguridad cuando estaba en brazos de ella.

b) Los niños reciben infinitos estimulos pero solo se organizan alrededor de aquello que les interesa. Se van conectando con las coas del mundo de modo parcial y fugaz. Su interés va cambiando rápidamente. Saltan de una cosa a la otra. Muchas veces tiene una lógica incoherente para el adulto que no lo comprende, pero es una lógica adecuada exclusivamente a los intereses del niño. Las cosas suceden o no suceden de acuerdo a sus deseos. Los adultos pueden sentir que estas actitudes son omnipotentes o egocentricas, confundir sus temores como infundados y sus angustias como exageradas. Sin embargo, para el pequeño, esa es la forma de ser niño.
Muchas veces nos sorprende su capacidad para percibir sus propios estados afectivos y los de sus padres. Pensamos que al

mismo tiempo que recibe la influencia de quienes lo rodean, el participa activamente en su desarrollo y en los vínculos que establece.
El hecho de que en la vida de los niños predomina una actitud egocéntrica tiene su perjuicio ya que esto mismo muchas veces los hace sentir responsables de todo lo que sucede a su alrededor. Como por ejemplo si los padres estan nerviosos o se sienten insatisfechos o frustrados los niños tienden a sentir que ellos son los causantes de todo. O cuando los padres se separan los hijos muchas veces no logran comprender las razones de la desavenencia tienden a sentirse responsable de la desunión familiar.
El esfuerzo por complacer y satisfacer a los padres esta presente en la vida de los hijos.

c) Cuando un niño es pequeño experimenta las emociones en forma extrema. Cuando está contento o satisfecho siente que el y el mundo es todo bueno, cuando se siente insatisfecho el mundo y el se convierten en todo malo.Es el propio crecimiento y el enfrentamiento paulatino con las frustraciones lo que en gran parte, lo lleva a darse cuenta de que tanto él como las personas que lo rodean pueden a veces estar contentos y a veces estar enojados y que dichos sentimientos no son tan extremos. Este aspecto es importante para una mejor comprensión de la primera infancia, ya que debido a este modo de sentir los niños muchas veces se comportan de manera incomprensible para los adultos. Por ejemplo reaccionando con intensos temores, con requerimientos exagerados, con enojos o con actitudes desconsideradas, como cuando un bebé no duerme a la noche y que hace que los padres muchas veces reaccionen de manera inadecuada, creyendo que es una dificultad que el niño puede dominar solo o puede corregir con un esfuerzo de voluntad. Es decir comprender que en los primeros años de la vida el niño está sujeto a emociones intensas que no logra atemperar ni juntar, puede ser un elemento que desde el entendimiento de los padres contribuya a una mejor convivencia. Por ejemplo un niño que no puede dormir, no responde solamente a una actitud caprichosa, sino que probablemente está invadido de temores fuertes o de ansiedades, que no le permiten conciliar el sueño. Es bastante frecuente que para los adultos mismos, la noche no siempre sea un momento de bienestar, ya que el temor a la

soledad o las ansiedades acumuladas generan insomnio. (otro ejemplo el de comer)

d) Por qué es importante comprender qué le sucede a los niños pequeños? Porque las experiencias que tienen durante por lo menos los primeros cinco años de vida quedan grabadas en su psiquismo, como huellas inedelebles. Y son esas mismas huellas las que de alguna manera luego guiarán su vida y definirán su manera de ser y de enfermar. Si un niño fue castigado corporal o moralmente, es decir si fue muy criticado o muy retado, es probable que luego a lo largo de su vida busque repetir ese modelo de vínculo en su vida adulta, o al reves, si fue demasiado consentido, buscará repetir ese modelo de vínculo y sufrirá si no lo consigue. En sintesis comprender a la infancia puede contribuir a la prevención de la neurosis.

e) Tomando como modelo a quienes lo guian los niños se van identificando y se introducen en el mundo de las normas y los valores culturales.
El tema de las identificaciones es un tema crucial de nuestra época. Sabemos que es necesario para el crecimiento tener modelos de identificación tanto femeninos como masculinos. La indiscriminación que muchas veces existe entre los roles de la mujer y el hombre, la necesidad que tienen las familias de compartir el presupuesto hace que la mujer se aleje demasiado del hogar no solo en cantidad de horas sino en disposición y energía para los hijos.
Los niños se ven necesitados de hacer un esfuerzo mayor para identificar cual es la función femenina, cuál la masculina y con qué aspectos se tienen que identificar de cada uno de los padres.
Otro aspecto es la necesidad de contención. Crecer y estar contenido parece ser un par inseparable. Como una plantita cuando es pequeña necesita de una guia para sostenerse y crecer, del mismo modo necesitan los niños del ejemplo y de la educación. La coherencia, la constancia, son soportes necesarios para la educación y para la contención, sin embargo no se trata de que los padres tengan que ser ideales, no se trata de que no tengan contradicciones, sino que se trata de asumirlas o tenerlas concientes.

f) La educación. De la educación represiva en la que los niños eran limitados en su espontaneidad y en sus inquietudes se ingreso a la educación sin limites. Desde la psicología se pensó que así como la educación muy represiva daba lugar a que las personas en la vida adulta tuvieran serios problemas o trastornos. Freud, el descubridor del psicoanálisis decía que los pacientes neuróticos contaban en su historia con una educación demasiado represiva, se pasó a una educación en que predomina una libertad sin limites. Esta educación sin limites, es experimentada como abandono. Ya que un niño que no recibe limites se siente demasiado perdido y expuesto a sus propios impulsos y se siente inseguro porque no sabe si lo que hace esta bien o esta mal. Su madurez no le permite reconocer sus posibilidades, se angustia y puede tener dificultades en cualquier aspecto de su desarrollo.

g) Los limites. Es frecuente que los padres generen la idea de que educar a un niño con pocos limites es criarlo poco temeroso y por lo tanto que va a poder enfrentar sin temores los apremios de la vida, sin embargo, un niño criado sin limites es un niño que por el contrario se siente inseguro y debilitado. Puede ser que desarrolle un modo de ser prepotente o arriesgado pero esto muchas veces está lejos del sentirse seguros, sino que por el contrario desarrollan una modalidad de conducta que llamamos reactiva, es decir, contraria a lo que verdaderamente se siente..
La necesidad de tener hijos sanos, es un deseo genuino, sin embargo muchas veces es nuestra propia intolerancia o nuestra propia angustia lo que nos impide ver o las dificultades de nuestros hijos o que nos lleva a generar en ellos la expectativa de que tienen que hacer siempre todo bien y esto a veces es una verdadera exigencia a la que no pueden hacerle frente. Es decir, que la necesidad de que esten bien y que no tengan problemas, se constituye a veces en un verdadero problema para los niños ya que sienten que no pueden satisfacer esa necesidad. O que solo pueden manifestar su debilidad o sus dificultades a traves de algun trastorno.
Infundir confianza a un hijo, depende de la confianza que los padres también se tengan.

i) La protección y la sobre-protección. Es necesario diferenciar el cuidado adecuado que se expresa en protección, puesta de limites, educación y coherencia de la sobre-protección que se caracteriza por una atención excesiva y una preocupación desmedida por parte de los padres que los lleva a invadir la vida de los niños dificultándoles la posibilidad de hacer sus propias experiencias y aprender de la vida. Es decir cuando se trata al niño intentando librarlo o defenderlo de cualquier frustración o sufrimiento. La sobre-protección no fortalece sino que debilita al niño porque luego el espera que el resto del mundo lo trate como lo han tratado en su familia y se siente inseguro para enfrentarse con las circunstancias que le puede imponer la vida. Es muy común que lo niños sobre-protegidos tengan dificultad para adaptarse al jardín de infantes o compartir actividades con amigos.En este sentido podemos decir que hay que diferenciar entre el sentimiento de posesión del hijo como cuando decimos "mi hijo" y el sentimiento de que al hijo lo traemos al mundo pero no es de nuestra posesion, sino que son hijos de la vida.
En este sentido también tenemos que diferenciar entre los ideales de los padres y las posibilidades de los hijos. Si bien en una educación armónica los ideales entre padres e hijos puede ser concordante, por ejemplo que un hijo quiera seguir con la profesión del padre o con su carrera universitaria, muchas veces los padres anhelan de manera más o menos conciente que los hijos cumplan con los proyectos que ellos no han podido llevar adelante satisfactoriamente.

h) Padres culpables. Cuando los padres se sienten culpables con sus hijos porque sienten que no le dan lo que ellos necesitan o porque no se sienten capacitados para criarlos, tratan de compensar a los hijos concediéndolos todo lo que piden otorgándoles demasiada libertad. La necesidad de que los hijos nos quieran,no nos facilita poder decir que no en el momento en que es adecuado. Es habitual la confusión entre paternidad y amistad. Si bien es importante qu el diálogo entre padres e hijos sea cordial y abierto, entender la relación entre padres e hijos como si fueran amigos, les hace sentir como en un estado de orfandad.

i) A qué llamamos trastorno de conducta? Esta pregunta es importante, ya que como dijimos antes ciertas actitudes de la

infancia como las que nombramos u otras, como por ejemplo la curiosidad, la necesidad de moverse, poner a prueba su capacidad muscular y física, el deseo de tocar las cosas para reconocerlas,muchas veces son interpretadas como trastornos, cuando en realidad corresponden a la vitalidad propia de la infancia. Un trastorno es una conducta que afecta el desarrollo y la adaptación del niño y que se presenta sobre todo de manera reiterada. Por ejemplo, cuando un niño ingresa en un período en que le cuesta dormir pero alterna con otros días en que si lo hace, dificilmente podamos decir que esto es un trastorno de conducta, pero si su actitud se mantiene estable durante un período prolongado, sin modificación alguna y perturbando por el contrario su propio descanso y el de los padres, entonces podemos decir que este es un trastorno de conducta. Cuando una conducta se repite como si no se pudiera salir del mismo surco del disco.

j) La sexualidad. Este es un tema muy importante, que merece una extensa charla. Lo que podemos decir es que si bien la sexualidad ha dejado de ser un tema tabú del cual nadie podía hablar, hoy en día la promiscuidad, la sexualidad aparentemente liberal, expone a los niños a una sobre-estimulación que luego no pueden asimilar porque no estan en condiciones ni físicas ni psíquicas de poder enfrentar. Una propaganda sexual sin limites, no implica el desarrollo de una sexualidad madura sino que todo lo contrario implica una perturbación en el buen ejercicio y desarrollo de la sexualidad.

k) Nos podemos preguntar por qué un niño necesita desarrollar un trastorno de conducta.? Porque intenta comunicarnos algo a través de ese trastorno. La noción de conflicto está presente en la vida psíquica del niño desde muy temprano. Esto quiere decir que el niño tiene como tenemos los adultos vivencias inconcientes que se oponen muchas veces a sus deseos concientes. Por ejemplo un niño puede querer mucho a su madre, pero también por la relación de necesidad que tiene con ella, que a veces lo experimenta como una gran dependencia, hace que en algunos momentos pueda sentirse enojado.
Cuando un niño reitera durante un período más o menos prolongado una conducta que implica un grado de sufrimiento y de

Comunicación indirecta

desadaptación social, podemos definir a ésta como un trastorno. Trastorno que expresa de manera encubierta un conflicto o algunos sentimientos que él mismo niño ignora, por eso decimos que es una intención indirecta de comunicarnos algo. Por ejemplo un niño que tiende tendencia a caerse y golpearse, puede querer comunicar de ese modo su necesidad de contención y de limite. Un niño que tiene dificultades escolares puede necesitar expresar de ese modo su dificultad para crecer o su necesidad de atención y cuidados más primarios. Un niño que roba puede mostrarnos con su conducta el deseo de ser querido, del modo como él toma posesión de los objetos.

Cuando los padres padecen lo mismo que los hijos, es común que no se den cuenta.

Confusión de lenguas . Otra de las dificultades es confundir nuestros propios sentimientos con los de los hijos. Por ejemplo las carencias afectivas personales las hacemos extensivas a los hijos. Pensamos que ellos necesitan cuidados y atención del modo como nosotros lo necesitamos en nuestras propias vidas. Dificultad para discriminar a unos y a otros.

l) Enfermedades orgánicas.Así como decimos que los niños pueden comunicarse con trastornos de conducta también pueden hacerlo a través de trastornos orgánicos. Podemos decir que el niño nos habla con su cuerpo, la enfermedad constituye la expresión de sus sentimientos.Siguiendo las ideas de un psicoanalista, Chiozza, que investigó acerca del significado de las enfermedades orgánicas, entendemos que las enfermedades también son una forma de comunicación, como lo es un trastorno de conducta y que a una dolencia física puede ser entendida como un lenguaje y como una forma de comunicar significados afectivos. Por ejemplo, un niño que se resfría puede estar expresando una tristeza inconciente, de la cual el no se entera, y que al mismo tiempo corresponde también a una tristeza del clima familiar. O un niño con una dificultad respiratoria puede expresar de ese modo su desanimo o su dolor frente al crecimiento y a la necesidad de desprendimiento familiar.

m) Las exigencias de hoy en día, el sentir que las responsabilidades desbordan a los padres estimula también un sentimiento de que los

hijos pueden gozar de un bienestar o de una tranquilidad que los padres no tienen. En ese sentido el desentendimiento con los hijos o las dificultades con ellos proviene de un sentimiento inconciente de que el hijo goza de un bienestar que uno no tiene o que ha perdido. Ahora el hijo es el otro. Tenemos que admitir que los adultos muchas veces tenemos una infancia no cumplida y también admitir que el niño expresa lo que los padres llevan en sí y no pueden expresar.

n) La crisis de valores actuales dificulta transmitir a los hijos conductas responsables, conductas y normas adecuadas sociales. Qué hacer con los medios televisivos por ejemplo? Como todas las cosas no existen medidas extremas. Cuando un niño mira mucho televisión más que preocuparse por la influencia que el medio tenga sobre él, valdría la pena preguntarse por qué necesita refugiarse o aislarse y entender esto como una expresion de su angustia personal.

j) Los cambios en la vida se sucitan. Muchas veces el deseo es que no haya cambios. En este sentido lo niños aceptan con más plasticidad los cambios. Los adultos muchas veces representan el orden, los niños el desorden. Pero para el niño el orden es lo que cambia todos los días, en tanto que el desorden es lo que está siempre en el mismo lugar. El niño produce desorden en torno a si porque expresa de ese modo que todo cambia constantemente. Hay cosas que durante la infancia es necesario que se repitan porque facilita un mejor funcionamiento, horarios, habitos,. Etc. Pero también existe el ambito del juego, del deseo vital en que el niño expresa que la vida se renueva perpetuamente.

Conferencia: El psicoanálisis de niños (desde bebés) Teoría y Técnica. Lic. Silvana Aizenberg.

Centro de Estudios y Asistencia Psicoanalíticos (C.E.A.P.)- 24 de noviembre de 2006.

Presentación:

Dra. Silvia B. de Bianconi: Tenemos realmente el agrado de presentarles a la Lic. Silvana Aizenberg. Ella desde hace muchos años, trata niños, los ha tratado tanto en el tratamiento psicoanalítico habitual, como también ha hecho y colaborado en muchos Estudios patobiográficos. La experiencia que tiene es enorme. Yo he visto en algunas ocasiones que vinieron delegaciones de italianos, o desde Suecia, a la Fundación Luis Chiozza a tomar clases, cuando estaban con ella y recibían instrucciones acerca de lo que era la técnica de niños, como quedaban asombrados porque decían que muchas de las cosas que ella les transmitía realmente no las conocían, no sabían que se podía hacer eso. Algunas han sido planteadas por Melanie Klein, por Arminda Aberastury, pero, como ustedes van a ver, muchas son novedosas. Y también los resultados que nosotros vemos, son muy interesantes, sobre todo con el Estudio patobiográfico de niños. Ella es miembro de la Fundación Luis Chiozza, es miembro del Centro de Consulta Médica Weizsäcker, ha colaborado en varias de las investigaciones acerca de patologías orgánicas que se han hecho en la Fundación, también ha escrito números trabajos de los que se presentan los días viernes, allá en la Fundación. Los que más conocen algunos alumnos de nuestra institución son aquellos que se refieren al juego en los niños. Yo creo que va a ser una experiencia provechosa la que vamos a tener y que va a ser muy útil para nosotros y para nuestros pacientes. La forma en que vamos a funcionar es la siguiente: En un primer bloque ella va a hablar acerca de la teoría y la historia del psicoanálisis del niño, y al finalizar se pueden hacer preguntas sobre este aspecto, el de la teoría. Después haremos un descanso de algunos minutos y ella va a hacer una introducción acerca de la técnica del psicoanálisis de niños y ahí es donde esperamos funcionar como Seminario, donde se podrán plantear las inquietudes que tengan sobre la técnica. Cuando decimos la técnica de niños es desde que nacen, por lo menos por ahora, desde el momento del nacimiento, y las distintas formas de tratar de acuerdo a las edades. Bueno, esperamos que logren aclara mejor manera posible todas las dudas que tengan.

Lic. Silvana O de Aizenberg: Muchas gracias Silvia por la presentación, espero complacer y satisfacer las expectativas. Como dijo Silvia vamos a hacer una breve historia de cómo surgió el psicoanálisis de niños, pero tenemos que empezar diciendo que cuando hablamos de psicoanálisis de niños, no pensamos que haya ninguna diferencia con el psicoanálisis general, con el psicoanálisis que nosotros empleamos para la atención de pacientes adultos, no hay ninguna diferencia teórica, tenemos una diferencia acerca de la técnica, pero, bueno, de esto es de lo que vamos a hablar más tarde.

Nuestra tarea es que los pacientes puedan conectarse con ciertas cuestiones inconscientes y llevárselas a la conciencia y eso, que caracteriza la labor psicoanalítica, es también lo que hacemos con los pacientes adultos. Si hablamos de historia, ya sabemos que Freud fue quien, de alguna manera, habilitó la posibilidad de que trabajemos con niños. Tenemos dos ejemplos en la obra de Freud, que son representativos, uno es el juego de un niño muy pequeño, que Freud interpretaba que a través de sus juegos simbolizaba la pérdida y la recuperación de la madre. A Freud le llamaba la atención, cómo un niño que no tenía problemas durante el día, que estaba bien, que estaba tranquilo, de todas maneras insistía repetidamente con un determinado juego, y entonces él se ocupó de interpretar... y dicho sea de paso este nene era su nieto, que estaba elaborando la ausencia de la madre, y sobre todo porque el niño no protestaba frente a

esa ausencia. Esta fue una ilustración que Freud dio, muy clara, acerca de como un niño pequeño puede simbolizar a través del juego.

Y el otro caso, muy conocido, es el caso Juanito, el niño que tenía una fobia a los animales, y Freud pudo demostrar que esclareciéndole al niño algunos aspectos, viendo por qué tenía miedo a los caballos, y sobretodo centrando el tema en la conflictiva edípica, el niño empezó a mejorar.

Bueno una de las razones por las que Freud escribió ese trabajo, fue también para demostrar que existía el complejo de Edipo, porque Freud demostró que no existía la tal inocencia de la infancia, y esto que se pensaba de que los niños no pensaban, no sentían, no percibían, menos aún que tenían un inconciente, ni conflictivas sexuales con sus objetos. Freud dejó bien claro que tenían relaciones objetales, por supuesto, y que dentro de las mismas se da siempre la conflictiva edípica.

Entonces, ya Freud demostró que aún niños muy pequeños tenían problemáticas serías y que a veces las expresaban a través de un trastorno.

También ya Freud nos decía que cuando un niño nace viene con una herencia prenatal, y viene con un aspecto constitucional y también se inserta en una particular circunstancia familiar y a esto él lo describió como lo que conocemos como series complementarias.

Entonces, que un niño ya lo es desde el momento que nace, o más, un hijo es desde el momento de la gestación, y desde antes porque está en la idea de los padres, y pensamos que en el periodo prenatal ya podemos hablar de un psiquismo y ya podemos hablar de capacidad simbólica, por lo tanto, para que podamos decir que trabajamos con chicos , tenemos que admitir que los chicos tienen un psiquismo, que tienen una particular constitución, que tienen ansiedades muy profundas, y Freud también demostró cómo los niños tenían un superyó muy severo. Entonces, los conceptos de ambivalencia, de conflicto, de resistencia, todo eso, es válido aún para niños muy chiquitos.

Hubieron muchos autores que se ocuparon, partiendo de esto de que el niño tiene psiquismo y que lo podemos comprender, de ver cómo se los podía tratar. Autores que instrumentaban técnicas, como por ejemplo la técnica de dibujos. Una autora conocida, Sophie Morgerstern. Francesa, veía que los chicos en los dibujos representaban ansiedad personales, y entonces empezó a implementar esto, aunque no dejó una técnica demasiado armada, pero si es cierto que hoy en día utilizamos los dibujos de los niños para interpretarlos.

También hubo quien implementó una técnica con Títeres, porque la idea era que el niño pudiera expresar a través de los títeres el sadismo, el masoquismo, que no podía expresar de otra manera pero descubrieron también que las inhibiciones de los niños no les dejaban tampoco utilizar este método, por lo tanto eran técnicas que no tenían demasiada viabilidad, se pueden aplicar, se pueden incluir en las técnicas actuales, pero no eran viables.

Después nos encontramos con dos autoras que son pilares iniciales para el psicoanálisis de niños, Ana Freud y Melanie Klein.

Ana Freud, si bien era la hija de Freud, en algunas cosas, era menos continuadora de su teoría que Melanie Klein que fue más fiel a los principios freudianos, en el sentido por ejemplo, de sostener que existe un psiquismo temprano.

Ana Freud decía que se podía trabajar con niños, pero recién después de los seis años, porque los niños dependían de los padres y por lo tanto los objetos reales existían y que no se podía

trabajar con niños pequeños, que no tenía sentido, que reciñen se podía trabajar con ellos cuando tenían bien instalado el lenguaje verbal, etc.

También sostenía que tenía que haber una tarea preparatoria para que los chicos entendieran qué es un tratamiento psicoanalítico.

Ana Freud también decía que los chicos no tenían conciencia de enfermedad, que no transferían ni hacían neurosis de transferencia. De todas maneras Ana Freud tiene una obra valiosa y se ocupó mucho de describir los mecanismos de defensas, por ejemplo. Aclaro esto no desvalorizando la obra de Ana Freud, sino diciendo que si bien ella se ocupó de los chicos y del juego de los chicos, y después ya en su vejez admitió que lo que ella planteaba acerca de la transferencia de los niños, lo había planteado de una manera tan rígida porque fue una insuficiencia suya en la comprensión; de todas maneras la que nos dejó más obra en este sentido fue Melanie Klein, que desarrolló ampliamente todo lo que es la vida emocional de los chicos desde el comienzo. Por ejemplo, hay un artículo de Melanie Klein sobre la vida emocional de los bebés.

Ella en su obra describió muy extensamente todas las etapas por la que un chico recién nacido pasa. Demostró esta idea de que los chicos nacen con una angustia muy poderosa, que tienen un superyó muy poderoso... Freud también decía que la experiencia del nacimiento era una experiencia que dejaba marcados a los chicos, ¿no? Entonces, Melanie Klein describió como los niños pasan por diferentes etapas y como necesitan defenderse de ciertas ansiedades. Y así, por ejemplo, decía que un bebé recién nacido hasta los 6 meses atraviesa por la etapa esquizoparanoide. Esquizoparanoide, porque el niño ante estas ansiedades paranoicas muy intensas, trata de defenderse disociándose. Sostenía que los bebés hasta los 6 meses aproximadamente, usaban mecanismos de defensa extremos para poder defenderse también de ansiedades y angustias extremas. Esto que nosotros desde la teoría y la práctica del psicoanálisis aceptamos y lo comprendemos, en el saber popular no es muy admitido. Sabemos que mayormente se subestiman las vivencias de los niños, en el sentido de que el hecho de que no hablen, de que no se expresen por medio del proceso lógico o por la palabra, hace que muchas veces se subvalúen las capacidades de los niños. Sin embargo, nosotros creemos que los niños nacen con capacidades, con potencialidad, y que esta potencialidad la van desarrollando en el contacto con los objetos que los rodean.

En un trabajo, que justamente comentaba Silvia, acerca del juego en el psicoanálisis de niños, donde nos ocupamos de describir porque los niños juegan, decíamos que un niño es alguien que trae historias y que hace historia, y hace historia en contacto con las personas de su vida y hace historia con sus propios contenidos, porque pensamos también que un chico participa activamente en la situación familiar. Volviendo un poco a Melanie Klein, ella definió entonces esta cuestión de que en los primeros meses de vida el niño padece de ansiedades muy, muy fuertes, que instrumenta estos mecanismos de defensas que mencionamos, y que poco a poco va tomando contacto con la realidad, se va integrando más, se va uniendo internamente, integrando su propio yo, y al mismo tiempo va integrando también al objeto, entonces lo que antes le parecía absolutamente terrorífico, por ejemplo un chico podía sentir que su madre cuando se acercaba era alguien que lo iba a atacar, que le iba a hacer daño, empieza a reconocer que la madre, cuando se ausenta y cuando lo frustra, a veces no es tan buena, pero que también están los aspectos buenos, por eso decimos que comienza a integrar el objeto e integrarse él mismo.

Creo que la observación de lactantes y de niños pequeños nos permite ver que esto es así, que por ejemplo si vemos a un bebé chiquitito, en momentos en que llora, es un llorar desesperado, que el adulto no sabe cómo atemperar, pensamos que ese llanto corresponde a vivencias muy intensas que no puede asimilar, y que con el tiempo se va integrando él, va integrando las cosas que lo rodean, y nosotros decimos que amplía el espacio de ensanchamiento de su conciencia, y esto lo decimos con el siguiente sentido: creemos que un niño recién nacido está muy invadido por proceso primario, o sea, está más invadido por sus emociones, por sus ansiedades, por sus aspectos inconcientes, y que poco a poco va adquiriendo y afianzándose, y desarrollando el proceso secundario que tiene que ver con la razón, con la lógica, con el pensamiento más adulto.

Esta cuestión de que el niño está más conectado con el proceso primario nos lleva a decir que el niño es más permeable a sus propias vivencias y también más permeable a lo que pasa a su alrededor, o sea, si bien como dijimos antes, instrumenta mecanismos de defensas muy fuertes, también conserva algo de esta frescura de su mundo inconsciente. Entonces, no es raro que veamos niños que tienen una capacidad particular para percibir lo que pasa a su alrededor, para percibir circunstancia familiares, como es el típico caso de los chicos que perciben el embarazo de la madre, antes de que ella se dé cuenta, y a esto ¿cómo lo interpretamos o lo entendemos?, bueno, como una permeabilidad que el niño conserva con su mundo inconsciente y que a lo largo de la vida va instrumentando mecanismos de defensa, va reprimiendo.

Sabemos que la represión es absolutamente necesaria y natural, que nadie puede vivir siempre en proceso primario que significaría principio del placer solamente, pero, con las ventajas y desventajas, en el sentido de que se va debilitando, perdiendo un poco esta permeabilidad que vemos que tiene un bebé o un chico en los primeros años de vida. Retomando un poco este tema de los objetos reales que decía Ana Freud, el cuestionamiento era: cómo se puede atender a un niño, si un niño no transfiere, este era un interrogante que ya Melanie Klein, hace tantísimos años, lo explicó, y dijo que no era así, que el niño transfiere, porque todo lo que hacemos en la vida es transferir y si bien es cierto que los objetos reales existen, que los padres reales existen, sobre estos padres se transfieren objetos que ya son heredados, por lo tanto los padres de la realidad son y no son, vale decir que son construcciones que el niño va armando dentro de sí.

Entonces, Melanie Klein sostenía que cuando interpretamos a un niño, podemos interpretar lo que transfiere sobre nosotros, sobre el analista, porque entendemos que esa transferencia es una representación de la imago interna que el chico tiene de su madre y que no corresponde a la madre real. Después, en la experiencia clínica, vemos que tampoco los niños son chicos tan disociados, tampoco es que deforman de tal manera que se crean una madre que en la realidad no exista de ninguna manera. Obviamente que el niño toma de sus padres, aspectos, pero nunca son... digamos, el retrato que el chico tiene de los padres internamente no se corresponde exactamente con lo que los padres son o piensan que son, entonces nos manejamos con el mundo interno del chico no con el mundo externo. Tal es así que Melanie Klein, también nos dejó un legado muy importante que es el famoso caso Richard, que en la época de la guerra, lo atendía en un pueblo mientras habla bombardeos, y había situaciones de peligro y Melanie Klein le interpretaba al niño en función de sus ansiedades, de sus propios impulsos agresivos y las representaciones que el chico traía durante las sesiones, ella no las interpretaba como cuestiones o circunstancias de la vida real.

Esto, por supuesto nos reafirmó la posibilidad de trabajar con chicos y la posibilidad de interpretar la transferencia, de poder trabajar comprendiendo lo que el niño transfiere y después vamos a ver que, a partir de Freud, y Racker y otros trabajos, trabajamos además con la contratransferencia también. Entonces: que el niño tiene psiquismo, que tiene capacidad para

simbolizar, que transfiere, que la existencia de los padres reales no es un impedimento para que el niño se analice, todo esto son elementos que habilitan ampliamente la posibilidad de trabajar con ellos.

Sostenemos que los niños tienen conflictos, que sufren de ambivalencia tal cual lo padecen los adultos, y están tironeados por vivencias de amor y odio a veces muy fuertes, ellos también a veces odian a los objetos que aman, lo cual les generan mucho conflictos porque al mismo tiempo los necesitan. También sabemos que los niños están invadidos por sentimientos de culpa muy grandes y a veces decimos: ¿de dónde surgen estos sentimientos de culpa? Bueno, hay una parte que no tiene demasiada respuesta porque los sentimientos de culpa, de alguna manera, vienen, se heredan también; pero hay otra parte de los sentimientos de culpa, que están justamente asociados a esto que decimos de los intensos impulsos agresivos de los chicos. Sienten mucha agresión, suponen que esa agresión la están ejecutando, la están descargando y después se sienten culpables de los hechos que suceden a su alrededor. En este sentido, a veces el yo de los chicos es un yo muy gigante, omnipotente, y todo lo que pasa se lo atribuyen a ellos mismos como si ellos fueran los causantes de todo. Y a consecuencia de esto después se sienten muy culpables.

También sufren las ansiedades paranoicas, que ya mencionamos, que provienen de creer que en el mundo va a haber tanta agresión como la agresión que experimentan dentro de ellos mismos. Por todo esto, trabajamos entendiendo que un niño es alguien que padece y que necesita ser comprendido. Y que tiene la posibilidad de entendernos, porque está también este otro aspecto que es el tema de la comunicación, del que ya nos vamos a ocupar. Antes, y concluyendo un poco con el tema de la historia, decíamos que tenemos como pilares del psicoanálisis de niños a Ana Freud y Melanie Klein, también conocemos cosas de Winnincot, de quien mucho no les puedo decir, porque generalmente no trabajamos mucho con él y no ha sistematizado mucho el trabajo del psicoanálisis de niños, Winnicot también a veces trabajaba con la transferencia a veces no, entonces mucho de él no les puedo decir, pero sí, tenemos un representante argentino, en quien nos apoyamos por su capacidad y su profundidad que es Arminda Aberastury. En el año 1948, en la Asociación psicoanalítica argentina, se puso la materia psicoanálisis de niños para la formación de todos los analistas, pensando que todo analista debía conocer algo de la evolución de la infancia y del psiquismo infantil. Bueno, Aberastury nos dejó muchas enseñanzas, es una autora muy importante, ella siguió los lineamientos de Melanie Klein, pero aportó cosas nuevas, por ejemplo Melanie Klein se ocupó mucho de desarrollar lo que pasaba en la vida emocional del bebé, se ocupó mucho de desarrollar el psiquismo infantil, desarrolló la técnica del psicoanálisis del niño, esto es fundamental, nos dejó como legado la técnica de trabajo con niños, y casi se puede decir que desde hace más o menos sesenta años que estamos trabajando del mismo modo, pero, por ejemplo, ella no nos contó mucho qué hacemos con los padres, cómo trabajamos con los padres, ella se circunscribía a trabajar con los niños, y si bien hacia comentarios acerca del ambiente familiar no nos dejó una enseñanza acerca de cómo trabajar con los padres, en cambio Aberastury desarrolló más la técnica de niños, nos dejó una enseñanza acerca de cómo tenemos que trabajar con los padres, desarrolló algo muy importante que es que incluyó a la vida emocional del bebé el hecho de los niños atraviesan por una fase genital previa. Es decir, sostuvo que un niño de meses tiene curiosidad por su propio cuerpo, curiosidad por el cuerpo de los demás y mostró cómo algunas enfermedades de la primera infancia están relacionadas con esta fase genital previa. Esto es un concepto de ella muy fundamental, y también lo que hizo de ocuparse de las enfermedades orgánicas. No se ocupó en el sentido de comprender la especificidad de las enfermedades, como las entendemos a partir de la obra de Chiozza, pero, Aberastury da una importancia fundamental

a, por ejemplo, qué le pasa a un chico anoréxico, a un chico asmático, a un chico epiléptico, y no solamente eso, sino que además se ocupaba de mostrar cómo en el juego y en los dibujos de los niños aparecían representadas las distintas enfermedades, aparecían las evoluciones de las mismas. Entonces, nosotros la tenemos a ella como un respaldo fundamental para nuestra tarea en muchos sentidos, como esto que digo de qué hacer con los padres y de la compresión de las enfermedades orgánicas.

Volviendo al tema de cómo trabajamos con los niños, ya dijimos que los niños transfieren, pero nos encontramos con una cuestión que es el tema del lenguaje, y entonces decimos: el niño transfiere, y transfiere jugando, no transfiere hablando, pero entonces: ¿ésta es una dificultad?, ¿es lo mismo que se exprese jugando a que se exprese hablando?

Nosotros entendemos que sí, entendemos que si bien son lenguajes diferentes y no podemos decir que es lo mismo un chico que juega a un chico que habla, de todas maneras creemos que el juego, los dibujos, el lenguaje verbal extraen su contenido de una misma fuente común, ¿y cuál es esa fuente común?: el inconciente. Entonces, si bien las expresiones son distintas, y por supuesto que cuando un niño habla nos ayuda bastante en la comprensión, porque estamos más habituados a manejamos con el lenguaje verbal y con el proceso secundario, con el juego, (que tiene, en un sentido, más de proceso primario, digo en un sentido porque el habla también lo tiene, por supuesto) puede expresar lo mismo, porque el lenguaje lúdico como el verbal, es un lenguaje comunicativo, a través del cual podemos comprender, y comprender padecimientos.

De todas maneras, a veces, sobre este aspecto tenemos algunas inquietudes porque a veces nos preguntamos: ¿cómo puede ser que un chico que ya puede hablar, digamos, a los 4-5 años, de todas maneras prefiere expresarse jugando? ¿Cómo entendemos esto, por qué prefiere expresarse jugando?

Bueno, una de las respuestas es: si decimos que la riqueza instintiva del niño y esta permeabilidad de su mundo inconciente y conciente va integrándose gradualmente, entendemos que el juego se presta como un representante adecuado para que el chico pueda expresarse mejor.

En un trabajo, hace un tiempo, habíamos puesto como ejemplo a una bailarina, Isadora Duncan, y decíamos que si Isadora Duncan pudiera decir lo que dice hablando no necesitaría decirlo bailando. A lo que voy con todo esto es a que el juego, para el chico, no sólo que es indispensable, porque es su modo natural de expresarse, sino que también él lo prefiere. Es decir, es su modo de expresarse porque no domina tanto el lenguaje verbal, o porque también a veces teme ser mal entendido, no ser bien comprendido, pero además el juego le da como si fuera una escenificación, una secuencia, que a veces la palabra hablada no le da, sin obviamente desmerecer la palabra hablada, porque la palabra hablada nos abre de constante la comunicación y es plena en muchos sentidos, pero entendemos que el chico, jugando, es el modo como puede expresarse mejor.

Usamos entonces el juego en la sesión psicoanalítica con niños, cuando tenemos al chico que se expresa jugando más que hablando tenemos que desarrollar alguna técnica para comprender lo que está haciendo, pero en cuanto a movilización comunicativa, pensamos que lo podemos equiparar.

La otra cuestión que nos preguntamos siempre es: cómo hacemos si el chico juega y el analista habla, ¿dónde nos encontramos, en qué punto nos encontramos?, porque si el chico se expresa

jugando y el analista se expresa hablando, parece como si fueran dos lenguajes absolutamente distintos que no tienen unión, pero esto se responde con lo que ya dijimos: si partimos de que tanto el lenguaje como el juego tienen una raíz común que sería inconsciente, creemos que cuando le hablamos al chico, no solamente que entiende nuestras palabras, porque los chicos tienen capacidad para entender nuestras palabras, sino que además lo que a ellos les llega es nuestra comprensión, nuestra contratransferencia.

Veamos un poco ahora cómo se nos abre un enorme campo teórico a partir de los desarrollos de Luis Chiozza y todo el desarrollo de su teoría acerca de la comprensión de la enfermedades orgánicas, acerca de las fantasías específicas que están implícitas en cada enfermedad, que todo esto nos aportó mucho para el tratamiento con niños, porque entendemos que cuando un niño se enferma, cuando tiene algún trastorno nos está comunicando también algo a través de sus síntomas, y está revelando algún aspecto oculto. Dicho sea de paso, cómo podemos sintetizar en dos palabras lo que Chiozza habla de la enfermedad orgánica, dice que es una solución que el paciente encuentra para expresar emociones, y que esa solución oculta y revela al mismo tiempo, o sea que cuando un chico se enferma, está desarrollando un trastorno que aparentemente a uno le cuesta conectarlo con las emociones que sustentan esa enfermedad, sin embargo entendemos que cuando un chico se enferma está ocultando aspectos que desconocemos.

Pasando a otro aspecto, solemos encontrarnos con el cuestionamiento de si se puede trabajar con chicos pequeños, si no les hace daño a los chicos que los hablemos de algunas cosas, que les hablemos por ejemplo de sus ansiedades, de sus sentimientos de culpa, etc. ¿Cómo es esto? Y, volvemos a Freud, él decía: lo que hace daño no es lo que se sabe, lo que hace daño es lo que no se sabe. Se refería al punto de vista consciente, por ejemplo, en El esclarecimiento sexual infantil, que es un artículo muy rico, muy fresco, que escribió Freud acerca de si es necesario o no esclarecerle a los chicos acerca de la sexualidad, muchos lo atacaran a Freud diciendo que cómo se les iba a hablar a los chicos de estas cosas, cómo se les va a aclarar de la sexualidad o las curiosidades que tienen, y Freud decía: no, no, lo que daña es aquello que no se hace consiente, lo que se hace consiente no daña, y lo traía como ejemplo al caso Juanito, y decía: ¿en qué lo perjudicó a Juanito poder comprender que estaba desplazando sobre un animal el enojo y el miedo que le tenía a su padre? Entonces, él estaba absolutamente convencido de que no lo dañaba para nada, y nosotros hoy en día también. Pero, por supuesto, después veremos en la parte de la técnica que no todo se puede decir, que todo tiene un tiempo, que todo tiene un timing, etc., etc., y esto es así también con los pacientes adultos. A veces cuando hacemos comparaciones entre el tratamiento de adultos y niños nos encontramos con que no hay grandes diferencias, salvo esta cuestión de que el niño se expresa jugando, también con un adulto tenemos que tener cuidado del modo cómo nos expresamos, de las palabras que elegimos, el modo en que les acercamos aquellas cuestiones que nosotros pensamos que lo están enfermando. Volviendo ahora nuevamente a la obra de Chiozza, a la comprensión de las enfermedades orgánicas, decíamos que esto nos aportó muchísimo porque cuando recibimos a un paciente niño en el consultorio y está enfermo orgánicamente, entendemos que este es un aspecto de sí que de este modo se comunica, de este modo se expresa, y bueno, tenemos toda una teoría que nos ayuda a comprender qué es específicamente lo que así se manifiesta. Es decir, por qué un niño se enferma de esto y no de otra cosa.

Una experiencia que a veces tenemos con los chicos muy chiquitos es que, justamente como son muy permeables, como son muy flexibles, como son más frescos, como tienen menos instalados los mecanismos de defensa, a veces nos encontramos que las evoluciones en el

tratamiento son evoluciones muy positivas y muy favorables y a veces medio que nos suenan a nosotros mismos como mágicas, en el sentido de que la capacidad de cambio que tienen los chicos a veces nos sorprende. Entonces nos hemos encontrado en Estudios patobiográficos, por ejemplo, con situaciones de niños de mucha gravedad, con diagnósticos muy serios donde se suponía que ese chico ya no podía vivir y bueno, nos encontramos con cambios radicales. Entonces esta cuestión de la permeabilidad también hace a la diferencia del tratamiento con los chicos.

Antes mencionamos esto de subestimar las capacidades de los niños, y de que muchas veces se confunde el hecho de que no hablan, que no se expresan hablando, o que dependen de los padres, se confunde, y se subestima la capacidad que los niños tienen de comunicar lo que les pasa. De los Estudios patobiográficos aprendimos muchas cosas, y una de ellas es que un niño es mucha veces un fusible, un emergente de una situación conflictiva familiar y que entonces el niño encarna en su trastorno algo que en su familia está presente, o que está, por ejemplo, negado en el carácter de los padres, y de alguna manera el chico es como si fuera el fusible que se ocupa de revelar y de decir "aquí las cosas no están bien".

Por eso decimos muchas veces que un niño que se enferma en una familia no siempre es el integrante más enfermo de la familia, sino tal vez el niño que se enferma, es el niño que se ocupa, al precio de enfermarse, de decir: "paremos, esto así no puede seguir, veamos qué está pasando".

De hecho, otra pregunta que a veces nos hacen y que es muy interesante es: pero, ¿cómo es? cuando los padres consultan, ¿es porque ellos quieren o es la necesidad del chico?, porque cuando los padres consultan es porque se les ocurrió a ellos no al chico, de alguna manera un chico de dos años raramente sabe que existe el psicoanalista o pueda pedir con claridad la atención de un psicoanalista.

Bueno, esto nosotros lo hemos resuelto teóricamente pensando que no es exactamente que la demanda es de los padres, pensamos que la misma enfermedad del chico constituye la demanda y que entonces si bien el chico puede no saber a través de su razonamiento, o de su raciocinio que existe un psicoanalista o alguien que lo puede ayudar, el enfermarse es una oportunidad que el chico está ofreciendo para que los padres puedan hacerse cargo de esto de otra manera. Entonces comprendemos que la demanda no es solamente de los padres sino que ya la enfermedad del chico está demandando. Otra cuestión que me parece importante plantear es que el psicoanálisis de niños de ninguna manera tiene carácter educativo, los psicoanalistas no educamos a los niños, no esclarecemos cuestiones de la vida real por así decir, sino que nosotros lo que hacemos es que analizamos solamente, analizamos sus fantasías, analizamos sus ansiedades, analizamos sus sentimientos de culpa, analizamos à malestar, no los educamos, y no damos consejos. Porque también en la época Freud y Melanie Klein, se pensaba que a los chicos había que educarlos, y hasta hubo un época en que los psicoanalistas de niños asumían la enseñanza de la educación sexual, cosa que después vimos que esto no tenía demasiado sentido y que no es nuestro trabajo propiamente dicho. Que si lo es el de posibilitarle al niño acceder a tomar conciencia de aquello que él no puede tomar conciencia.

Hay dos cuestiones que olvidé sobre Arminda Aberastury, y que son fundamentales. Una es que ella hizo todo un trabajo acerca de la colaboración con los pediatras, y los odontopediatras, donde decía que el trabajo interdisciplinario era como el futuro para comprender a los niños. La otra cuestión es que sostenía que todo niño desde la primera hora de juego plantea su conciencia de enfermedad, su conciencia de que padece un trastorno, su fantasía acerca de por

qué se enfermó y también su fantasía de curación. Esto, que parecen así palabras tan grandes, en las horas de juego con los chicos si nosotros nos ponemos a ver y queremos encontrar este aspecto, lo encontramos. Por ejemplo, un niño que tenía insomnio, en la hora del juego, el nene le ponía en la mano a Aberastury unos animalitos, y le hacía cerrar la mano, entonces ella comprendió que con esto el niño le estaba diciendo que suponía que de esa manera él podía curarse, ¿cómo?: si se sentía más contenido, si su ambiente le daba un poco más de contención, de esa manera él podía dormir más tranquilo.

Ella se ocupó de mostrar esto y nosotros, como ya dijimos, lo comprobamos, y sabemos que aún los chicos muy chiquititos tienen esa fantasía inconsciente, lo que pasa que como no lo dicen hablando pareciera que no la tienen, pero tienen una fantasía de enfermedad y tienen la fantasía de cómo se podrían curar y esto, la verdad, es bastante conmovedor. La otra cuestión es que también en nuestra tarea tenemos que diferenciar aquellas intervenciones... cuando decimos que Aberastury se ocupó de hablar de lo interdisciplinario y de hablar de cómo se puede trabajar a veces con los pediatras, o con los odontopediatras, nosotros lo comprendemos desde el punto de vista teórico, o sea, comprendemos que vale la pena el intercambio científico, lo que no pensamos es que nosotros los psicoanalistas, nos asumamos, por ejemplo, en terapeutas para una preparación pre-quirúrgica, si bien, como psicoanalistas podemos comprender las ansiedades que tiene un chico que tiene que operarse, no somos nosotros los psicoanalistas quienes tenemos que preparar a un chico para una operación, sino que habrá personal especializado para esto, lo que nosotros hacemos es analizarlos. Entonces, diferenciar este asunto del psicoanálisis aplicado y trabajar con los chicos a partir de la comprensión de la transferencia-contratransferencia es algo, que esclarecido, nos permitió trabajar mejor. Todo esto hizo también que pensáramos hiciéramos experiencias con bebés, y fundamentalmente a partir de los Estudios patobiográfico vimos que un bebé, por ejemplo de una semana, de quince días, logra movilizarse a través de que el analista comprenda las ansiedades de los padres, a través de que se le hable a él particularmente, de modo que pensamos que hay posibilidades de trabajar psicoanalíticamente con un bebé y que para todos es muy claro que un bebé transmite emociones. Lo vemos sonreír, lo vemos llorar.

En alguna oportunidad le escuchamos decir al Dr. Chiozza “¿A quién de nosotros nos cabe duda de que un perro tiene emociones?", y decía: cuando un perro mueve la cola sabemos que está contento, cuando un perro esconde los hijos sabemos que está perseguido, y entonces si pensamos que un perro tiene psiquismo, le atribuimos intenciones, cómo se nos ocurre pensar que un bebé no va a tener intenciones. Claro, son intenciones diferentes que las del adulto. También en alguna oportunidad el Dr. Chiozza dijo: bueno, un chico o un bebé no se pone a jugar al ajedrez, pero esto no quiere decir, el hecho de que no juegue al ajedrez, no quiere decir que no tenga una cantidad de vivencias a las cuales nosotros nos podemos acercar con nuestra mirada psicoanalítica.

Hace poco hicimos un trabajo acerca de cómo podemos comprenderlos y nos cuestionábamos varias cosas que nos inquietaban. Una de ellas es que a veces los bebés representan con sus enfermedades cuestiones que están presentes en la familia, y entonces decíamos: cómo se las arregla, cómo se ingenia un niño para representar en un trastorno orgánico, por ejemplo una nena de cuatro meses que tenía una comunicación interventricular, como se las ingenió para tener los trastornos que tenía, siendo que estos trastornos simbolizaban, desde la interpretación psicoanalítica, que el clima familiar en el cual ella se estaba criando, era un clima de encierro endogámico, de situaciones incestuosas, un clima donde de alguna manera no había aire.

Entonces nos preguntamos cómo se las ingenia para representar en su propio cuerpo algo que está específicamente ligado con la situación familiar, y bueno, lo que comprendemos es que el niño tiene un saber inconsciente. Y decíamos también allí: cómo sabe un niño para tener la nariz del padre, los ojos de la madre, la estructura física de un abuelo, y pensamos que es una herencia, un "saber cómo heredado, y que en este "saber cómo" encontramos también la explicación de cómo un niño puede enfermar de algo que está específicamente ligado con lo que les pasa a los padres. Por eso en los Estudios patobiográficos lo que hacemos es tener entrevistas con los padres, hacemos habitualmente tres o cuatro entrevistas con los padres, prolongadas, donde nos interiorizamos de la vida familiar, de la problemática de cada uno de los padres y de ellos en conjunto, y después otro analista hace un par de horas de juego, que en realidad no son horas de juego porque si estamos hablando de bebés, en realidad es observación de lactantes, pero, le decimos horas de juego también porque es una observación muy particular, porque cuando observamos a un bebé, vemos sus gestos, como se mueve y también encontramos algo de juego, por ejemplo en el abrir y cerrar los ojos de un bebé también interpretamos que hay juego. ¿Y qué es ese juego?, bueno, por ejemplo a través de ese juego está simbolizando toda la elaboración que está haciendo por la pérdida y el reencuentro con la madre, la experiencia de nacimiento, o sea que también podemos encontrar situaciones de juego, pero la cuestión no es centrarlo en el juego, sino poder comprender que un niño con sus gestos, con su postura, con su actitud, con su tensión, con su gorjeo, o su llanto, con el modo en que llora, con el modo en que se relaciona con la madre, o con el modo en que se desarrolla la lactancia, expresa lo que le pasa. Hubo un caso muy particular que vimos... muchas veces con los Estudios patobiográficos desarmamos enormes malos entendidos, por ejemplo en el caso de un bebé que estaba muy enfermo, con unas infecciones generalizadas que eran muy rebeldes y que no había manera de resolverlo, en la hora de juego, o de observación, veíamos que el bebé le daba vuelta la cara al padre, la miraba a la madre y le daba vuelta la cara al padre, y el padre interpretaba que el chico estaba enojado con él, pero no solamente lo interpretaba sino que también lo decía, decía que el chico estaba enojado con él. Cuando nosotros pudimos ver un poco el Estudio más allá de lo especifico, de las infecciones que tenía el niño, ¿que vimos?, que el niño para nada estaba enojado con el padre, que lo que el niño estaba expresando dando vuelta su cara, era que él era muy chiquito, que necesitaba de la contención de la madre y que la madre justamente tenía una actitud de sacárselo de encima y dárselo a los demás, y que entonces él con su rechazo al padre estaba expresando: "ya todavía necesito de mamá, dame tiempo y voy a estar con vos". Comprender esto trajo un alivio enorme y desarmó un malentendido. Esto no apuntaba específicamente a las infecciones del niño, pero en algo tenía que ver.

Entonces, lo que entendemos es que cuando nos metemos en una situación familiar comenzamos a cerrar malos entendidos, que a veces llegan a puntos muy graves y a veces a situaciones casi irreversibles, por eso a veces nos preguntamos cosas como ¿qué hubiera pasado con este chico si hubiesen consultado antes?, a veces nos angustiamos un poco y decimos: si hubiesen consultado por este chico dos años antes a lo mejor esta enfermedad no hubiese ocurrido.

Bien, cuando tenemos las entrevistas con los padres, cuando hacemos estas observaciones con el niño y un equipo que se ocupa de todo esto entiende lo que está pasando, conversamos con los padres, les damos una resignificación y le damos dos resignificaciones al niño. Por supuesto esto lo hacemos estando el niño en brazos de la madre, ¿y por qué esto?, porque entendemos que se movilizan muchas contratransferencias y que al niño le llega, no solamente la comprensión de las palabras: que dice el analista sino que le llega la contratransferencia del

analista y le llega también la contratransferencia que la madre tiene con el analista y que tiene con el niño, entonces hay un interjuego de sentimientos y de afectos que esto trae una movilización que es a veces muy impresionante.

La otra cuestión que nos preguntamos es cuándo un niño se puede analizar, en qué momento de su vida se puede analizar. Nosotros pensamos que desde siempre, o sea, que si un niño de tres meses, si los padres, porque obviamente necesitamos de la colaboración de los padres, están de acuerdo, nosotros podemos analizarlo, porque tenemos los elementos para comprender qué es lo que está ocurriendo, que eso es psicoanalizarlo, y también en la oportunidad de la presentación de ese trabajo acerca de La comprensión psicoanalítica de los bebés que se enferman el Dr. Chiozza nos planteó con mucha claridad que este asunto de cuándo un niño se puede analizar tiene que ver más que nada con un problema cultural. Es un problema cultural que no nos permite admitir que esta posibilidad existe como terapéutica para atender a un niño.

Entonces, pensamos que podemos psicoanalizar a un niño tempranamente. Arminda Aberastury decía que a partir del año podemos pensar que un chico se puede psicoanalizar, pensamos que ella dijo a partir del año porque justamente alrededor el año se da todo este período donde se concreta la dentición, la marcha y el lenguaje, entonces posiblemente Aberastury, si bien no lo fundamentó a esto, suponemos que lo dijo por esta razón a lo de que a partir del año, y acá quiero dejar claro que nosotros pensamos que la posibilidad terapéutica con un bebé es previa al año también.

Otro tema: cuando decimos ¿quiénes son terapeutas que pueden ocuparse de atender niños?, la respuesta es todos, todos los que queramos trabajar, los que de alguna manera sintamos cierta movilización para atender niños, no hay ningún impedimento para atender niños, lo que sí me parece es que, y esto vale para el psicoanalista de niños lo mismo que vale para el psicoanalista en general, que un psicoanalista necesita mucho como decía Melanie Klein, y como decía Aberastury también, necesita mucho de su propio análisis personal, es difícil pensar que uno pueda ayudar bien a un paciente a partir de la negación de los propios conflictos.

Entonces, el hecho de que seamos analistas nos lleva a pensar que en primer lugar tenemos que ser nosotros pacientes y tener nosotros esta permeabilidad con nuestro inconsciente, con nuestros conflictos para poder después empatizar y comprender a los pacientes, si no estaríamos haciendo un trabajo intelectual, donde estaríamos interpretándole a los chicos, pero a partir de un conocimiento intelectual, racional, y no desde una comprensión vivencial. Por eso también de los Estudios patobiográficos tomamos el concepto de puntos de urgencia compartidos, que en realidad, cuando hablamos de los problemas compartidos entre las familia y el chico, preferimos hablar de temáticas y urgencias compartidas, no de puntos de urgencias, porque los puntos de urgencia pensamos que corresponde más a la tarea psicoanalítica propiamente dicha, pero, de los Estudios patobiográficos también tomamos este asunto de poder comprender cuáles son las temáticas comunes. Volviendo a quienes somos los que podemos atender niños, quienes somos y qué debemos hacer, bueno, interesarnos por nuestra propia vida psíquica, por nuestros propios conflictos y también supervisar. Aberastury decía ningún psicoanalista de niños o ningún psicoanalista, puede ocuparse bien de su tarea si no supervisa, si no recibe la ayuda de otros ojos y de otros oídos que también puedan aportar, entonces para la formación nos parece fundamental este aspecto, además de todo lo tiene que ver con el estudio, todo el conocimiento teórico que podamos ir desarrollando. Bueno, vamos a ver ahora las preguntas que ustedes tengan.

(Pregunta del público sobre cómo puede hacer un pediatra para que los padres de los niños que atiende comprendan la necesidad del enfoque psicoanalítico sin que se cierren a ello, como suele ser habitual)

Bueno, la primera respuesta que se me ocurre es a través del convencimiento personal. Pero ahora me explico un poco mejor. Por lo pronto, cuando dijiste que eras pediatra y dije "qué bueno" fue porque, no es que no haya pediatras que tienen la posibilidad de comprender que las dos cuestiones están muy relacionadas, que cuando un chico se enferma no es casualidad, ni es solamente la acción de un virus, ni el frío, etc. pero es importante, porque muchas veces los pediatras interpretan como si los dos terrenos fueran incompatibles, y a veces también nos encontramos con experiencias que resultan un poco penosas, un poco angustiosas, cuando a veces hay pediatras que se ponen en la actitud de interpretar a la familia o interpretar al niño. y a veces los pediatras tienen una muy buena percepción de lo que le pasa al niño, pero, como no están los elementos dados, porque por ejemplo no está el encuadre, no está la posibilidad de comprender la transferencia, de poder comprender más profundamente lo que está pasando, a veces movilizar cosas no es tan sencillo. Entonces, si, nos parece conveniente que desde la pediatría o desde cualquier especialización los campos no se mezclen, así como tampoco los psicoanalistas, por ejemplo, no intervenimos medicando y diciendo bueno, ahora que tome tal antibiótico o que no tome tal antibiótico, este es el campo de la pediatría, pero me parece que desde una comprensión más ampliada ya esto lleva, así como cuando decimos que el niño percibe la contratransferencia de los padres y esto lo lleva a cambiar, yo creo que los padres también perciben la contratransferencia del médico que los asiste, del médico clínico o del médico pediatra, entonces ya, me parece que el encuentro con los padres es distinto, la mirada es distinta, las preguntas son distintas... (Interrupción en la grabación)...muchas veces ante la sola sugerencia de una consulta psicológica se enojan, esta es una dificultad muy grande, y yo no sé si hay algo que se pueda decir como una cosa particular, pero sí creo que a partir del propio convencimiento personal a partir de la propia convicción a veces uno tiene modos de abordar del asunto o vías de acceso en ese sentido. Y si, cuando vemos que un chico repite una determinada enfermedad, obviamente que si vienen los padres y el chico tiene fiebre, no le vamos a decir que vaya hacer una consulta, uno se ocupa de aquello que a uno le vienen a consultar, pero si vemos que es un paciente... así como yo, poniéndome en un lugar de médico pediatra, si viene un chico con una problemática que se repite, que no se resuelve tan fácilmente, creo que intentaría sugerir que existen otros modos también de abordar esta cuestión, que para nada inhabilita la intervención médica, ¿no? porque a veces es como si se dijera que si se atiende psicoanalíticamente no necesita del médico, y esto no lo entendemos así para nada.

Y la otra cosa que mencionaba recién que resulta a veces muy penosa es que los padres justamente, no quieren escuchar del psicoanálisis porque necesitan, por los propios conflictos y por la situación familiar, mantener al niño con esa enfermedad. Y ¿por qué? Bueno, porque de alguna manera si este niño que se arroga sobre si la problemática familiar se cura, entonces, deja lugar para que surjan otros problemas, otras cuestiones. Esto me hace acordar al típico ejemplo, no tiene ver con la enfermedades orgánicas, pero si como modelo de funcionamiento, los chicos que comparten la habitación de los padres y que los padres dicen: hacemos de todo para que no vengan, pero siguen viniendo a nuestra cama, muchas veces está clarísimo que el niño va a la cama de los padres porque el niño lo necesita, porque los padres lo necesitan, y porque los padres no sabrían que hacer, ni cómo enfrentarse entre ellos, ni con sus propias cuestiones si el niño vuelve a su cama. Entonces, lo que a veces si resulta un poco penoso es que los padres necesitan depositar en un hijo la enfermedad y a veces un hijo enfermo es un hijo

que, desde otro punto de vista, parece unir a los padres, ¿no? Entonces, la preocupación por un hijo a veces parece unir a esa pareja que de otra manera, a lo mejor se encontraría con sus conflictos conyugales, por ejemplo. Así que bueno, creo que es muy bueno que desde otras disciplinas se adquieran estos conocimientos, y la convicción hace... que cuando estamos convencidos, también como psicoanalistas podamos hablar mejor... Recuerdo que una vez una colega me decía: yo digo las mismas cosas que vos, pero vos las decís convencida y yo no. Y me parece que es cierto, que a partir de la convicción, y esta contratransferencia particular, esto es lo que llega, y nosotros decimos que la contratransferencia llega antes que el lenguaje verbal, que la interpretación, y además la contratransferencia es el agente terapéutico por excelencia.

Dra. Silvia B. de Bianconi: Quería decir que concuerdo totalmente con lo que dice Silvana, y creo que vos también tendrás la experiencia de un aspecto en que es fundamental contar con un clínico, un pediatra, un neurólogo, un ginecólogo que crea en esto, ¿no? y que es cuando por ejemplo tenemos un paciente que enferma y, por ejemplo, lo quieren operar de urgencia, y a veces, con tener a alguien que dice: no, no, veamos, hagámosle un Estudio a esta persona, mantengamos una expectativa... vigilemos al paciente, y demos la posibilidad de comprender... bueno, la cuestión cambia. Nosotros tenemos mucha experiencia de este tipo. Por ejemplo, en una oportunidad que un ginecólogo confió en nosotros permitió que una persona no sufriera un vaciamiento completo. En otro caso, también, contar con un oncólogo que dijo: yo voy a vigilar, voy a controlar mientras se hace eso, permitió que una persona joven, que hoy anda bastante bien a más de dos años de la época en que le hubieran quitado, también, un ovario con útero y todo, por ahora sigue lo más bien. Y también contar con un pediatra que le dice a los padres: miren, vamos a vigilar este proceso, hagamos este Estudio, yo voy a apoyar esta espera, para los chicos esto es muy importante, ya sólo eso puede salvar situaciones desde otro ángulo. (Le pide que comente algunos casos clínicos que ejemplifiquen, como el de la nena con hidrocefalia que se atendió).

(Preguntas sobre si sirve acercar a los padres alguna lectura sobre el tema para informarlos, y cuál podría ser en ese caso la bibliografía a mencionar, sobre si cuando un niño se enferma, y por ejemplo, inmediatamente lo operan, tal vez de ahí en más se hace cargo de expresar con enfermedades aspectos conflictivos de lo familiar que no son comprendidos)

Lic. S. Aizenberg Bueno, empiezo por esto último. Me parece que es muy importante esto que está diciendo porque no sabemos de qué misteriosa manera el niño asume ocupar un lugar en la familia y también por qué los padres, de alguna manera, lo eligen a ese hijo como representante de lo que está pasando en la familia.

Esto tiene que ver con expectativas inconcientes, que veces se nos hace inalcanzable comprender bien. A veces a través de los Estudios patobiográficos si llegamos a comprender estos aspectos. Es absolutamente cierto que un niño que se asume en "el enfermo es muy difícil después que abandone ese lugar, y es muy difícil ¿por qué?, primero porque como usted decía puede desarrollar su identidad en ese sentido, y entonces ahora cómo hace para abandonar eso y empezar por otro camino y... siente que esto es una cosa muy difícil de lograr.

La otra cuestión es que a veces es muy fuerte el temor a que sanándose él se enferme algún otro miembro familiar. Tenemos por ejemplo el caso Milena, un caso muy conmovedor, de una chiquita con un tumor muy serio, un rabdomiosarcoma, que la preocupación de ella era que si ella se curaba, si ella no se moría, otra persona iba a morir en su lugar. Entonces, a veces hay profundos sentimientos de culpa en los niños que hacen que asuman sobre sí... que prefieran enfermarse ellos, por ejemplo, antes que se enferme un hermanito. Esto también en una

oportunidad, no con una enfermedad orgánica, pero lo vimos en el caso de una nena que se resistía a venir al análisis, pero no es que no evolucionaba, había cambiado muchísimo, pero se resistía a venir al análisis, y lo que pudimos comprender es que ella no quería venir más porque se sentía muy culpable con su hermanita y quería que su hermanita pudiera analizarse, y los sentimientos de culpa la hacían rechazar el análisis, Entonces, a veces, curarse no es tan fácil para los chicos porque no saben bien cuál es el otro desenlace que va a haber.

Igualmente hay algo que me gustaría aclarar, porque no me gustaría que se desprenda un equivoco de lo que estamos diciendo. Cuando hablamos de que los chicos asumen sobre si conflictos familiares, de ninguna manera pensamos que los padres son culpables de lo que al chico le pasa, o sea, entendemos que es un conjunto familiar, dinámico, que todos padecen, por así decir, de lo mismo, y en todo caso los padres sufren las consecuencias de lo que han hecho sus propios padres y que entonces, ya lo vamos a ver en la parte de la técnica también, creo que es importantísimo que nosotros no le atribuyamos a los padres la culpabilidad de lo que le pasa a los hijos, porque de esa manera seria absolutamente injusto y además absolutamente negativo para el progreso del tratamiento. Y bueno, por lo demás, es cierto que a veces los chicos asumen ese lugar y no lo pueden abandonar tan fácilmente. Con respecto a lo de acercar a los padres bibliografía, es una posibilidad, pero en general pensamos que la bibliografía es ofrecerles a los padres un conocimiento demasiado intelectual del asunto, y lo que nosotros queremos es conmoverlos afectivamente, lo que queremos es mostrarles lo que está pasando en ese sentido.

Ahora, es cierto que a veces un padre puede aceptar mejor un libro que una palabra, pero, corremos el riesgo de que nos alejemos más todavía de la posibilidad de la ayuda ¿Por qué? Porque los padres creen que habiendo leído y habiendo tenido el proceso intelectual, ya está, es suficiente, y entonces postergamos más todavía la posibilidad de que recurran a un analista. Entonces, a veces, tenemos que poder tolerar que los padres se angustien, porque a partir de la propia angustia de los padres surge la inquietud para consultar. En cambio, a veces queremos utilizar remedios rápidos y soluciones rápidas, y no siempre son los mejores.

Con respecto a lo que preguntó la Dra. Bianconi, de los casos clínicos, sí, tenemos muchos... El caso de la chiquita con hidrocefalia, es un caso muy dramático, porque es una bebita que nació con hidrocefalia, que, por ejemplo, era lunes y el próximo lunes había que operarla, colocarle la válvula, para hacer el drenaje, y es una válvula que es para toda la vida, y que en aquel momento la experiencia en este tipo de válvulas era de veinte años solamente, así que no se sabía después de veinte años qué iba a suceder, pero bueno, el trabajo con el neurólogo, con la pediatra, fue un trabajo muy arduo, porque ellos nos comprendían, entendían nuestra explicación, pero para ellos no cabía ninguna duda que había que intervenir, y más cuando se les preguntó si se podía esperar, si nos daban un poco de tiempo como para comprender qué pasaba con esta nena a partir de un Estudio patobiográfico, antes de intervenir y poner esta válvula que en definitiva era para el resto de su vida, nos miraron un poco horrorizados, como que qué estábamos planteando, esto no se maneja de esta manera, casi como si estuviéramos ejerciendo una especie de ignorancia muy grande.

Bueno, afortunadamente esa bebita nos ayudó un montón, entonces el día lunes comenzamos el Estudio patobiográfico de urgencia, que esto también existe como posibilidad terapéutica, los Estudios de urgencia, cuando se trata de intervenciones quirúrgicas, etc. Entonces trabajamos el día lunes, el martes, el miércoles, con los padres, con la beba, el día jueves comenzamos con las resignificaciones, y para nuestra sorpresa el diámetro cefálico dejó de crecer, el jueves no creció, el viernes no creció, el sábado involucionó, el domingo involucionó, y esa nenita hoy tiene quince años y no tiene tal hidrocefalia y no fue operada.

Entonces nos encontramos a veces con estas experiencias, muy dramáticas, y sí, pensamos que en este caso, como somos un equipo que trabajamos y nos hacemos apoyo entre todos, pero es verdad que no siempre los especialistas colaboran con la confianza, y es cierto que cuando colaboran con la confianza a veces los resultados son mejores. Hace poco también hemos visto un chico con una fimosis, esta falta de retracción del prepucio del pene, y también, era para cirugía y el pediatra, convencido de nuestra postura, esperó, y bueno hemos comprendido el caso y al niño le desaparecieron las adherencias, y no hizo falta tal operación. En fin, yo estoy contando casos exitosos, también a veces ocurre que es necesaria la operación, pero también vemos que cuando comprendemos, por supuesto que la cirugía o la evolución de un tratamiento es mucho mejor a partir de poder integrar los aspectos conflictivos implícitos, o lo consciente con lo inconsciente. Por ejemplo en este momento tengo una paciente que está haciendo quimioterapia, una nena de 12 años, estuvo haciendo quimioterapia en realidad, y bueno, la sorpresa familiar y médica de que la chica no vomitaba, y no tenía rechazo a la medicación y estaban todos muy sorprendidos de esta cuestión, más allá de que por ahora la cuestión viene evolucionando muy muy favorablemente también, pero bueno, no le bajaban las defensas, de la manera que era esperable, entonces había una especie de sorpresa en relación a esto. O sea que también esto ayuda a la evolución. Lo que quiero decir es que tampoco nosotros a partir de la comprensión podemos idealizar pensando que vamos a evitar una intervención quirúrgica cuando esta es indefectible e imprescindible, ¿no?

Segunda parte: Seminario sobre técnica en psicoanálisis de niños. Lic. S. Aizenberg:

Primero les digo una frase muy linda que dice Aberastury de Melanie Klein que dice que "Melanie Klein ha llevado el psicoanálisis al corazón del niño". Dos cuestiones, que antes no les dije, y que vienen bien tener en cuenta. Cuando hablamos de ocuparnos de un chico, también pensamos que el psicoanálisis para los chicos tiene una cuestión, no solamente "curativa", sino también preventiva. Por supuesto que para los adultos también, pero en un niño, en fin, que todavía tiene esa posibilidad de desarrollo también la intervención psicoanalítica tiene algo de prevención de trastornos, Y después, algo que estuvimos hablando en el intervalo, acerca de cómo los médicos se resisten, como los padres también se resisten, y bueno también tenemos que saber que la resistencia

tiene su sentido de ser y que a ninguno de nosotros nos resulta tan fácil enfrentarnos con aquello que nos resulta penoso y con aquello que nos resulta difícil de resolver. Entonces a veces esto hace que necesitemos poner afuera la dificultad, como ser por ejemplo, el chico se enfermó por desabrigarse, el chico se enfermó por tal otra cosa... en fin, quería aclarar un poquito esto.

Y una cosita más también que hablábamos recién con Silvia, que cuando yo les hablé del artículo de Freud de "El esclarecimiento sexual Infantil" y que Freud decía "al niño le hace daño lo que no sabe", obviamente no nos estamos refiriendo al conocimiento intelectual de la sexualidad, sino, a lo que el chico tiene como su propia fantasía respecto a la sexualidad, y muchas veces estas fantasías están cargadas de situaciones conflictivas.

Bueno, quería aclarar también esto.

Con respecto a la técnica entonces, ya dijimos de Melanie Klein que fue quien estableció cómo trabajamos con niños, y dijo que tenemos que tener un lugar adecuado para ellos, un lugar donde puedan disponer juguetes, donde puedan expresarse. Ya también les dije que fue Arminda Aberastury quien dijo: van a desarrollar una técnica que nos permita abordar a los padres, entonces, por ejemplo, nos enseñó cómo tenemos que tener las entrevistas con los padres, cuántas entrevistas, el contenido de las entrevistas. De todas maneras Arminda Aberastury subraya algo que es fundamental, y dice que no nos tenemos que olvidar: que paciente es el niño.

Entonces, si bien con los padres también se establecen transferencias, porque los padres vienen a las entrevistas y también piensan que el analista es bueno, que el analista es malo, en fin, desarrollan una cantidad de transferencias, dice Aberastury que no nos tenemos que olvidar que la relación es bipersonal y que siempre tenemos que ocuparnos de lo que le está pasando al niño.

En función de esto ella nos propone que no tengamos tantas entrevistas con los padres. ¿Por qué? bueno, primero porque esto nos llevaría a hacer demasiadas infidencias en cuanto a lo que está pasando en el tratamiento y a veces los niños tienen miedo de ser descubiertos en las cosas que ellos plantean y en las cosas que nosotros les decimos, y la otra cuestión es que si tenemos demasiadas entrevistas con los padres damos lugar que se desarrolle una neurosis de transferencia que después no la podemos manejar bien porque no son los padres nuestros pacientes.

Entonces, idealmente hablando la sugerencia es tener un par de entrevistas anuales con los padres, en los tratamientos que ya están establecidos, y después por supuesto que habrá excepciones porque habrá padres más ansiosos y otros menos ansiosos, interviene además el tema de la confianza, hay padres que confían más, otros confían menos. Respecto al material que le ofrecemos al niño, por supuesto que dependerá de las edades. Hoy en día con la cuestión progresiva de que los chicos evolucionan más rápidamente, o están más estimulados, a veces un chico de 9 ó 10 años, a veces ni siquiera juega, prefieren dibujar, a veces hablar, evitan un poco más el juego y pensamos que ya a partir de los 9 ó 10 años el chico ya ingresa a la pubertad. Pero con respecto al

material que utilizamos con los niños tratamos de que sea un material adecuado a sus intereses. Obviamente para un chico de 1 año nos manejamos con un determinado material que para el chico sea maniobrable, que le sea posible manejar y expresarse con ello, y para chicos más grandes pondremos algún otro tipo de juguetes. Generalmente tratamos de poner juguetes que no sean muy definidos. No es que ponemos a la mamá, al papá, sino justamente al revés: usamos elementos que le permitan al chico poder expresarse, o expresar su propia angustia.

Por ejemplo, cuando yo antes les decía que el niño que puede hablar prefiere jugar es porque jugando siente que se aleja un poco de la angustia, mientras que hablando es como si estuviera más conectado con la angustia, entonces a veces jugar con elementos que son más impersonales, más indirectos, que no son ni la madre, ni el padre, ni el hermanito, le permite expresar fantasías que de otra manera no lo haría, ¿no?, por eso, si le ponemos un soldado, un indio, o dos indios, o dos soldados, a lo mejor el chico puede desarrollar todo un juego donde se despliegan fantasías agresivas, que de ser por ejemplo con elementos que representen al hermano, como un muñeco o que él defina que es el hermano, esto no le permitiría jugar o representarlo.

Una cosa básica es el tema del encuadre. Cuando trabajamos con niños tenemos que tener un encuadre preestablecido, no por ponernos demasiados rígidos, sino porque es el encuadre lo que nos posibilitar trabajar. Entonces, cuando decimos encuadre decimos por ejemplo: la cantidad de sesiones que el chico tiene que venir. Esto, a veces se usa como resistencia al análisis. A veces los padres dicen: no, pero cómo una frecuencia de análisis de cuatro sesiones semanales, pero que hace con las otras actividades, también va al colegio, etc. Generalmente se desplaza sobre el número de sesiones la verdadera dificultad que es enfrentarse con que el chico necesita analizarse y que esta es la verdadera dificultad, meterse con el análisis. Entonces, preferentemente pensamos que cuando un niño comienza un tratamiento psicoanalítico lo hacemos con parámetros bastantes claros, le pedimos que sea una frecuencia de sesiones importante, y esto porque partimos de la idea de que en mayor cantidad de sesiones, mayor posibilidad de elaboración, mayor posibilidad para comprender, y si bien hay algo que nos tranquiliza que es que sabemos que lo que un chico expresó en una sesión y nosotros no comprendimos lo va a expresar en otra sesión y lo vamos a intentar comprender, y nos va a dar muchas oportunidades para que lo comprendamos, igual, cuantas más sesiones sean la cuestión se facilita mucho.

Tenemos también el encuadre en cuanto a que son 50 minutos los que trabajamos con el niño, el encuadre en cuanto a que el niño no puede ni atacar al analista, agrediéndolo, lastimándolo, ni atacar elementos del consultorio, y ¿por qué?, por razones obvias y no tan obvias. Las obvias, porque al analista si lo atacan le duele, si un paciente lo rasguña o lo lastima o le pega al analista le duele, o si le arruina algo del consultorio... por ejemplo vimos una paciente, una nena, en una supervisión, que cortó con una tijera la cortina del consultorio, y bueno, esto tiene su costo. En fin, esto por razones obvias, y por razones no tan obvias tenemos que cuando un chico destruye se siente culpable, y nosotros como terapeutas tenemos que asumir esta cuestión y ayudar a que el chico,

por un lado, exprese sus fantasías lo más que pueda, esto lo decía Melanie Klein, tratemos de que se exprese lo más que pueda porque si no cómo lo comprendemos, pero hay un punto donde todo tiene un límite, y este límite cuál es, y bueno, digamos, no aumentar los sentimientos de culpa que puede tener el paciente si hace algún daño. Hay un concepto teórico que también vale la pena aclararlo porque fue una cuestión controvertida, y que nosotros sepamos no está fundamentado en los trabajos de niños que están escritos fuera de nuestro ámbito. Nosotros sabemos por la teoría psicoanalítica que el paciente para analizarse necesita inhibir el polo motor. Es decir: no llevar las cuestiones a la acción sino que facilitar el proceso regresivo de encuentro con las huellas mnémicas, con las huellas perceptivas, o sea el contacto con su mundo interno.

Entonces muchas veces se dijo: bueno, pero cómo hacen los chicos, si los chicos juegan, se mueven, no parecen tan conectados con su mundo interno, ¿cómo llevamos adelante la tarea con los niños en ese sentido? Bueno, la explicación de esto es muy fácil, con los niños, lo que impide la tarea no es que el niño se mueve, juegue, salta, o intenta desplegarse lo más que puede de manera motriz, sino que lo que facilita la tarea es que nosotros al niño no lo gratificamos, es decir, no le satisfacemos los deseos.

Entonces, la tarea psicoanalítica se desarrolla justamente en un terreno de frustración, frustración no porque el analista no lo comprenda, frustración en el sentido de que no es el analista el que se ocupa de acariciar al paciente, calmarlo si llora, o comprarle el regalo que quiere. Nosotros lo que hacemos es comprender, y desde ese punto de vista no hay ninguna diferencia con el análisis de adultos. El hecho de que el chico se preste más, desplegando la parte motriz, esto no impide que un chico no pueda someterse a un tratamiento psicoanalítico y recurrir a sus recuerdos o sus huellas mnémicas, porque esto se ve facilitado por la falta de gratificación, o sea, es la frustración en el tratamiento psicoanalítico lo que lleva que el paciente recurra a sus recuerdos y a sus afectos angustiosos. Entonces esto borra esta dificultad que a veces se plantea y no se le encuentra mucho la respuesta.

Lo importante es esto, mantener un encuadre claro, y que dentro del encuadre está este tema de la no gratificación. Ahora ustedes se preguntarán qué pasa cuando los pacientes son chicos muy chiquitos, y demás, pero lo vamos a ir viendo a medida que Uds. pregunten.

(Preguntas: sobre el tema del trabajo con los padres, por ejemplo cuando los mismos hacen comentarios al traer o retirar al niño; sobre el manejo de los honorarios y la reposición de material en la caja del paciente, sobre cuando los niños no quieren entrar a sesión, o llegan muy tarde, o no se pueden ir de la sesión; sobre el pedido de informes por parte de los maestros de los pacientes; sobre el trabajo con el chico cuando los padres están durante las sesiones).

Lic. Aizenberg: Generalmente, los padres que demandan mucho, son padres que se sienten muy culposos, demandan mucho al analista porque se sienten con mucha culpa, y volviendo a lo que ya dijimos: muchas veces con que comprendemos la situación eso

ya ayuda a poder manejarlo mejor. Y uno dice, pero ¿cómo? ¿sin hablar, sin decir nada?, y bueno, es así, comprensión es lo fundamental. Después se podrá elegir qué decir o de qué manera, pero si por lo menos saber que muchas veces los padres demandantes, son padres que se sienten muy culposos y con temor a que uno los acuse a ellos, que por eso Aberastury decía: cuidémonos mucho en las entrevistas de no enjuiciar a los padres, de no hacerlos sentir culpables. Entonces, por ejemplo, que nuestras preguntas tengan más bien un carácter de indagar para enriquecernos, para comprender, y de ninguna manera acusatorio. Por eso, muchas veces deberíamos parar un poco el "¿por qué?", porque a veces decimos "¿y por qué tal cosa?" y los padres lo sienten como si uno los estuviera acusando y les dijera "¿y por qué hicieron eso?", en términos acusatorios.

Entonces es preferible formularlo más bien como: cuéntenme un poco más, diganme. cómo lo pensaron, cómo fue que tomaron esta decisión, de qué manera llegaron a resolver esto, tratando siempre de comprender que los padres se sienten muy culpables. También cuando tenemos contacto con los padres, ya sea porque vienen al consultorio, ya sea porque llaman por teléfono, a veces tenemos que manejarnos con estas situaciones desde el sentido común, o sea, tratar de mantener la transferencia positiva con los padres, que este es uno de los objetivos de las entrevistas con los padres, mantener la transferencia positiva. Y también, comprendemos psicoanalíticamente que a veces las cosas que los padres dicen y hacen son aspectos disociados del yo del niño. ¿Qué queremos decir con esto?, que a veces cuando los padres tienen resistencia para que el niño se analice o dicen nos cuesta que venga; no queremos que venga, comprendemos que esto algo representa del niño también, y por lo tanto, a veces tomamos la intervención de los padres como aspectos disociados del mismo niño.

Después, en cuanto a cómo manejarnos, hay algo que tiene que ver, como decíamos, con el sentido común, con una cuestión de contemplar que no es tan sencillo para un padre poner en manos de un analista a su hijo, por muchas razones, una de ellas, porque se ponen en juego los celos. Los padres queremos naturalmente ser nosotros quienes podamos ayudar a nuestros hijos y no que tenga que intervenir otra persona, en fin, hay una cantidad de cuestiones que a veces hacen que los padres no nos faciliten tanto, nuestra tarea o que tengamos que instrumentar ciertas cuestiones en el trato con ellos.

Con respecto a la información que nos dan los padres, sobre esto también tenemos algo claro, cuando los padres nos llaman por teléfono, cuando por algún motivo se comunican con nosotros, necesitamos informárselo a los chicos, porque los chicos sienten que si no escondemos información, y que estamos manejándonos detrás de ellos y justamente lo que el niño necesita es sentir que puede tener confianza, tanto en nosotros como en los padres. Por eso, generalmente si recibimos un llamado de los padres, o un pedido de entrevista, nosotros no le consultamos al niño si podemos tener la entrevista, esta es una decisión que vamos a tener que tomar nosotros, pero si le informamos al niño que los padres nos llamaron. Muchas veces nos quedamos ahí, con la información solamente, a los chicos no les interesa que los padres contaron tal cosa o tal otra. Es más, decimos: "tu mamá me llamó porque está preocupada", ya es una falta de identificación concordante con el niño, porque decirle que la madre está

preocupada es de alguna manera generarle sentimientos de culpa, y es presionar al chico para que cambie para que la madre no nos llame más a nosotros. Entonces, respecto a la información que se le da al niño es: me llamó tu mamá, quería comunicarme tal y tal cosa, pero de una manera lo más breve que podamos.

Con respecto a los honorarios, esto también forma parte del encuadre, y es bueno que podamos tener un honorario estable, es decir que podamos cobrarle a todos nuestros pacientes, y a cada paciente el mismo honorario. Es cierto que hay pacientes que pasan por situaciones circunstanciales donde no pueden pagar todas las sesiones del mes, en tal caso, y esto más bien lo digo a título personal, yo opto por, si considero que los padres quieren que el niño se analice, que conviene que se analice, tal vez becarlo por alguna sesión, pero no modificar nuestros honorarios. Hoy vimos justamente esto en una supervisión individual, no conviene modificar nuestros honorarios, porque si modificamos nuestros honorarios y a uno le cobramos diez y al otro quince o al mismo paciente en una situación le cobramos quince y en otra diez, creamos una situación de confusión, que entonces el paciente dice: bueno, pero entonces, si me podía cobrar diez, por qué me está cobrando quince, por ejemplo. Y entonces hay algo que no queda demasiado claro y también a partir de esto es como si nosotros estuviésemos expresando nuestra propia ambivalencia con el cobro de honorarios. Y esto nos lleva al tema de por qué hablamos de que los analistas también tenemos que analizarnos y ver nuestros conflictos, justamente, porque muchas veces cosas como éstas requieren análisis, porque el cobro de los honorarios genera conflictos, por ejemplo, porque sentimos que damos menos de lo que recibimos. Y entonces muchas veces hacemos lio con los honorarios.

Entonces: los honorarios forman parte del encuadre, y si un paciente en algún momento particular necesita una excepción, veremos cómo se hace esa excepción, y les decía que el modo que yo en mi práctica lo pude resolver, es a veces becando a algún chico con dos o tres sesiones al mes, durante un período breve, porque sabemos que estas cosas tienen sus consecuencias y tienen sus patas cortas, entonces hacerlo como una cuestión circunstancial, pero no hacer modificaciones de honorarios. Hoy, por ejemplo, se planteó el caso de un paciente a quien se le quiso establecer un honorario único mensual, un arreglo que no era demasiado claro y que trae más consecuencias negativas que favorables al tratamiento. Hay que ser muy cuidadosos en ese punto y analizar nuestros sentimientos de culpa y además... Aberastury decía que nosotros los psicoanalistas de niños, tenemos dificultad para atender pacientes, porque la fantasía que se moviliza es que estamos robando el hijo al padre, o sea, ella decía: se actualizan fantasías ediípicas, donde nosotros estamos metidos en la pareja de padres y estamos sacando al hijo, y advertía: ojo que muchas veces tememos que el tratamiento se interrumpa porque nos sentimos demasiado culpables de estar atendiendo a ese paciente.

Respecto a la reposición de los juguetes, por supuesto que cada caso es particular, no podemos satisfacer la demanda de un chico que quiere que le repongamos y le repongamos y le demos mucho material, tampoco podemos dejar que se acumule el

material de una manera exagerada, pero si es cierto que si sabemos a veces esperar las cosas se resuelven un poco y que muchas veces nos angustiamos y queremos resolver las cosas por medio de la acción. Un ejemplo de estos, típico, es el de un chico que juntaba cosas en la canasta, su canasta era un despropósito, todo, todo arruinado, etc., ya no entraba más nada y el chico con esto estaba expresando el deseo de que el analista soportara... buscaba ver si el analista podía soportarlo a él con todos sus contenidos rotos y dañados, por lo tanto si el analista hubiera actuado diciendo: vamos a limpiar la canasta, etc., etc., le hubiera confirmado a este chico que en realidad no tenía ningún lugar donde poder mostrar que él siente que muchas partes de él están dañadas o que él está dañado, no?

Por ejemplo, con respecto, a la cantidad de dibujos, a veces los chicos hacen una cantidad de dibujos muy importante, lo que yo hago a veces es decirle que seleccionen cuál quiere él conservar en el canasto y cuáles pueden dejarse en un lugar aparte, ponemos en una carpeta su material y entonces guardamos en lugar aparte, que no es el canasto, esos dibujos sobre todo porque es una pena que se arruinen. Después, la demanda de materiales como plastilina, plasticola, esto también se maneja con el sentido común. Es cierto que un chico puede agotar dos potes de plasticola en una sesión y lo dejamos hacer, pero si hace esto todas las sesiones vamos decirle que esto en realidad preferimos que no, que haga alguna otra cosa, pero que no lo haga de esta manera, porque bueno, directamente, la verdad, porque no le podemos reponer tanto material. Entonces, cuál es el momento para hacer de un modo o para hacer de otro dependerá de nuestra transferencia, de cómo esté evolucionando ese vínculo con ese chico particular.

Con respecto a las resistencias y la transferencia negativa, qué hacer cuando un chico no quiere entrar, también, a veces sobre esto decimos que es un poco el arte del psicoanalista, pero si es cierto que cuando un niño no quiere entrar al consultorio es poco piadoso hacerlo entrar a la fuerza, y digo esto porque hablábamos esta mañana que en otras épocas a los chicos se los forzaba más, se les decía que poco menos se les iba a poner una camisa de fuerza cuando se ponían muy agresivos, o se los tenía que meter en el consultorio en contra de su voluntad. Bueno, sobre esto entendemos que es demasiado, que tenemos otros elementos, sabemos que cuando un chico siente que lo comprendemos, esto de alguna manera desarma la situación. Y ¿cómo lo comprendemos?, a veces a través de la palabra, y a veces incluso sin la palabra, simplemente con que nosotros a partir de nuestra contratransferencia comprendamos. Cuando un niño no quiere entrar le damos tiempo, por ejemplo yo suelo decirles: bueno. querés esperar acá fuera del consultorio, esperamos un rato, yo no entiendo qué es lo que está pasando, posiblemente vos tampoco entendés, esperemos un rato... damos un poco de espacio como para poder comprender y a veces logramos que el chico por su propia decisión entre.

Y la otra pregunta con respecto a la demanda de las maestras, ahí también tenemos un lío, porque a veces desde lo escolar demandan que nosotros digamos que hay que hacer con un niño, que les expliquemos qué le pasa, etc., etc. y nosotros no somos consejeros,

es más, muchas veces no sabemos cuál es el consejo útil para un chico en ese sentido, si supiéramos cuál es el consejo útil lo daríamos. Y a veces, sabemos que los consejos pueden ser peligrosos, peligrosos en el sentido de que justamente estamos indicando algo que para el chico es negativo. Ya voy a dar un ejemplo porque me parece un ejemplo muy ilustrativo y muy dramático. Entonces, cuando los maestros demandan desde el colegio, de alguna manera les tenemos que hacer entender que nosotros no podemos hacer ningún tipo de infidencia, no podemos contar ninguna situación de la familia, ni podemos contar qué es lo que estamos elaborando con el chico en el análisis. Si podemos escuchar la información que nos dan y decirles que el niño se está analizando y hasta ahí llegamos, no somos nosotros quienes decimos si el chico necesita psicopedagoga, si tiene que repetir de grado, nosotros no tenemos esa atribución.

Respecto a los consejos, cuento muy breve, un ejemplo muy dramático que yo siempre lo cuento en los seminarios de niños, porque digo: con esto los asusto y nunca más lo van a hacer. En un Estudio patobiográfico vimos una nena con un cáncer en el maxilar cuando estudiamos el caso comprendimos que el factor desencadenante de la enfermedad fue un consejo que dio la analista. Era una nena que tenía una relación muy incestuosa con su papá, tenía cuatros años más o menos, se bañaba con el papá, el papá tenía un metejón impresionante con esa nena, y la analista dio el consejo de no bañarse con la nena, y ese fue el factor eficaz desencadenante que precipitó el desarrollo del cáncer, y esto lo entendemos teóricamente en relación a que toda la excitación que se vehiculizaba en esta relación, digamos cuasi incestuosa, necesitó buscar el camino regresivo y la descargó en su propio cuerpo. Acá ya nos metemos en el camino de la teoría, en el camino de la comprensión de las enfermedades orgánicas, pero lo que quiero decir es que a veces los consejos no siempre son los adecuados, por eso los analistas evitamos dar consejos. Cuando digo que el consejo de esta analista fue el factor eficaz desencadenante, no pienso que esa niña no se hubiera enfermado si el analista no hubiera dicho eso, porque para poder enfermarse de un cáncer semejante, evidentemente esta nena tenía todo el terreno predispuesto para hacer esa enfermedad, o sea en algún otro momento le hubiera pasado, aunque más no sea por los límites de la educación, pero hubiera sucedido, pero lo cuento más como una ilustración de cómo los consejos hay que evitarlos, ¿no? También preguntaban sobre cuando los padres entran al consultorio, a las sesiones del chico. Es un lio este tema. A veces tenemos que tolerarlo un tiempo, tolerarlo un poco. Mi experiencia es que cuando podemos comprender y si comprendemos centralmente, esto de alguna manera se desarma.

Es cierto que algo del encuadre se modifica, es cierto que cuando tenemos que interpretar delante de los padres se nos arma una situación muy complicada, de mucha persecución, pero también a veces si sabemos esperar y logramos manejar bien nuestra contratransferencia, por ejemplo no es nada raro que yo le diga por ejemplo al chico: bueno, vos necesitás que tu mamá o tu papá estén acá con vos, cuando vos pienses que podés decirles que se vayan, que esperen afuera, avisanos. Y esto es como si al chico le diera autonomía, independencia, y entonces no es raro que esa misma sesión o la sesión siguiente diga: te podés ir, como diciendo yo también tengo acá voz y voto acerca de la

situación. Lamentablemente, cada caso particular hay que verlo, pero si es cierto que es una de las complicaciones de nuestra técnica, sobre todo en tener que interpretar con los padres presentes.

Una cosita más sobre el pedido de materiales excesivo. Ya dije que necesitamos aplicar el sentido común y también por supuesto, y básicamente, tratar de comprender qué significa para este chico esta demanda, por qué demanda, por qué pide tanto, qué es lo que está pidiendo. Por supuesto un chico que demanda mucho está hablando de otras carencias, de algún otro tipo de carencias, carencias afectivas, en fin, hay distintitas situaciones que llevan eso.

(Preguntas: sobre los materiales que pueden ser peligrosos como el fuego, el querer usar objetos cortantes, y sobre el querer llevarse materiales; sobre lo que Klein decía de que la transferencia negativa se debe trabajar desde el comienzo mismo del tratamiento y por qué cuesta muchas veces hacerlo; sobre el uso de los datos biográficos del chico y cómo armar las resignificaciones que los padres esperan, hasta dónde llegar, qué decir, qué no, como incluir lo de los puntos de urgencia compartidos por el chico y los padres; sobre cuándo empezar a usar el diván con los chicos)

Con respecto al material de juego, cuando Aberastury comenzó a trabajar, ella decía que había que permitirles jugar con fuego a los niños, también facilitarle juegos con agua, y después ella misma vio que esto era sumamente peligroso y corríamos el riesgo de que el chico se queme, etc. etc., entonces lo evitamos. Si bien nosotros entendemos que todo lo que el chico hace o deja de hacer, es comunicación, es simbolismo, y nosotros necesitamos comprender qué es lo que nos está comunicando, hay ciertas cuestiones que no las podemos dejar hacer, y el tema del fuego es demasiado riesgoso, el chico se puede lastimar, quemar, entonces a veces proponemos que se exprese de otra manera y otras veces el chico solo lo hace de otra manera y sin que nosotros se lo propongamos, pero forma parte del encuadre también evitar que juegue con fuego, aunque lo traiga desde su casa.

Vamos a tomar el otro ejemplo del chico que puede traer elementos cortantes, a veces nos encontramos por una cantidad de cuestiones, por ejemplo un chico que trae un cuchillo y nosotros le decimos: con eso no se puede, el chico insiste que si se puede, entonces no podemos empezar a forcejear con el chico... dámelo, te lo saco, no te lo saco... Generalmente pedimos ayuda a la persona que lo acompaña, le pedimos que si puede ayudarnos a que le retire el elemento y que no lo traiga más, porque con eso ahí no podemos jugar. Esto en relación a no permitir los elementos cortantes, pero, ahora, esto no quiere decir que no tenemos que interpretar varias cosas. Una, por qué el chico trae elementos cortantes, qué nos está diciendo con esto, y la otra, por qué de alguna manera más allá del elemento cortante pretende hacer lo que no tiene que hacer.

Entonces, nos encontramos con un chico que en realidad su intención a lo mejor no es cortar, sino que la intención quizás es trasgredir, pero esto lo va a dar el contexto general, y en ese sentido es muy importante considerar que nosotros no interpretamos, y esto Melanie Klein lo decía muy bien, no interpretamos las cosas simbólicas aisladas,

ella decía: yo no interpreto, si un chico dibujó un faro, bueno el faro es el pene, no; (y la criticaban a Melanie Klein por esto) yo interpreto el faro inserto en el contexto general, en lo que el chico hace, no hace, expresa. Porque muchas veces nosotros sacamos las interpretaciones no tanto de lo que el chico habla o dibuja, sino de sus gestos, nosotros vemos cómo un chico llega y está desanimado, cuando un chico dibuja con ganas o dibuja sin ganas. A veces, por ejemplo, en un dibujo nos rompemos la cabeza pensando a ver que significa lo que dibujó y lo que importa no es qué dibujó, lo que importa es el modo como lo hizo, y ¿por qué?, porque en eso está demostrando también qué es lo que puede resultar abrumador, en cada caso en particular se puede ver con facilidad, no es tan difícil.

La otra cuestión importante es el asunto de la transferencia negativa. Los fundamentos del psicoanálisis, están en trabajar con la transferencia negativa. Pero claro, hace falta que haya suficiente transferencia positiva para que podamos hablar de transferencia negativa, pero nosotros tenemos que también trabajar con los aspectos hostiles del paciente, con los celos del paciente, con el deseo del paciente de hacernos fracasar, etc. Así como un paciente adulto puede estar envidioso del analista, el analista como un objeto sobre el cual transfiere otros objetos envidiógenos, esto lo sabemos, pero así como nosotros tenemos que analizar con un adulto esto, con un chico es lo mismo.

Sobre esto, cuento un ejemplo: en una oportunidad que estuvimos en el Instituto Aberastury de Italia, en un cena, nos sentaron a los psicoanalistas de niños en la misma mesa, y cada uno contaba alguna anécdota graciosa que le había pasado con algún chico, y entonces un colega italiano contó algo que yo comento siempre y que alguno de ustedes recordarán sobre que un chico le hacia la vida imposible durante la sesión, que él transpiraba y miraba el reloj a ver cuánto faltaba para que el chico se fuera, y cuando sale el chico se encuentra con el siguiente paciente en la sala de espera, lo mira al otro paciente, lo mira al analista, y le dice al otro paciente: no entres porque él es un deficiente, un boludo, le dice al chico, lo mira al analista y le dice: yo a vos te voy a arruinar la carrera. En este caso suena gracioso, pero lo que si es cierto que los chicos a veces tienen mucha hostilidad, que a veces no quieren reconocer que necesitan ayuda, necesitan la ayuda y al mismo tiempo la rechazan, es exactamente igual que cuando manejamos con un paciente adulto, no hay ninguna diferencia, la única diferencia es que tenemos que tratar de entender a través del lenguaje simbólico, de los juegos, si en el juego expresa agresión, si, por ejemplo, toma un camión volcador y lo carga demasiado, por lo tanto está hablando seguramente de que se siente sobrecargado, no solamente de que él se siente sobrecargado, sino a lo mejor siente que su mamá está muy sobrecargada, y sobrecargada de ¿qué?, de él, del trabajo que le da. Y ¿qué le interpretamos?, que se siente muy culpable porque la ve a la mamá sobrecargada y piensa que él le da más trabajo, por ejemplo.

Las palabras pueden ser dichas así y también pueden acomodarse de otra manera, a veces las palabras surgen solas, no es tan fácil de decir hay que hablar de tal y tal forma, pero tratamos de elegir palabras simples, palabras fáciles, asegurarnos que nos entienda. Uno usa palabras que cree que los chicos entendieron y los chicos no

entendieron, una vez a un chico le dije que él... era un chico muy valioso, era chiquito, y le dije que a él le gustaba mandarse la parte, cosa que hoy no lo diría, y menos de esa manera, porque decirle a un chico que le gusta mandarse la parte es absolutamente acusatorio, a nadie le gustaría que se lo digan, a mí no me gustaría que me lo digan y a nadie le gustaría. Y después que le dije "mandarse la parte, pensé: habrá entendido que quise decir, y le pregunté: ¿vos sabés lo quiere decir mandarse la parte? Sí agarrar una cosa y llevarla a otra parte. Bueno, así como esa hay miles de experiencias.

Bueno, entonces, respecto a la transferencia negativa, si, es fundamental interpretar la transferencia negativa, pero a partir de la identificación concordante con el paciente, porque es muy fácil que critiquemos, que nos pongamos en actitud de: vos querés tal cosa, o te querés salir con la tuya, vos querés hacer como vos querés, nos sale con bastante facilidad la identificación complementaria.

Para que todos nos entendamos, qué es identificación complementaria, lo digo en dos palabras, cuando nos identificamos concordantemente estamos identificados con el yo del paciente, cuando nos identificamos complementariamente, nos identificamos con los aspectos más superyoicos del paciente. La concordancia es esto de simpatizar, y poder hablarle al paciente desde el ponemos en su lugar. Muchas veces en las supervisiones digo: ¿qué es comprender la transferencia? Ponernos en el lugar del paciente, saber cómo se siente él.

Bueno, otra cuestión que ayuda mucho para la interpretación de la transferencia negativa es algo que Chiozza desarrolló teóricamente que es la conveniencia de interpretar indirectamente, es decir, no involucramos nosotros como personajes directos de la vida del paciente. Por ejemplo, Melanie Klein, en sus interpretaciones se involucraba, entonces cuando ella interpretaba por ejemplo, que un chico tenía miedo a que lo lastimen o a que lo dañen, decía: vos tenés miedo de que yo te dañe. Bueno, de acuerdo a la teoría de Chiozza vemos que esto sobrecarga el vínculo, hace más difícil contar algunas cosas, entonces tanto para con los adultos como con los niños, usamos generalmente la interpretación indirecta, que qué quiere decir, bueno, que usamos los objetos del relato, interpretamos en relación a ellos y no nos involucramos tanto nosotros, como el objeto directo del vínculo.

Sobre los datos biográficos, también es un lio, porque una cosa es lo que los padres cuentan, y la resignificación que le tenemos que dar a los padres, otra cosa es lo que el chico cuenta en la sesión, a veces tenemos que saber distinguir una cosa de la otra, y qué les contamos a los padres cuando tenemos una devolución o una resignificación con ellos? Bueno, cuando tenemos entrevistas con los padres de un chico que va a iniciar tratamiento las llamamos entrevistas de devolución, cuando se trata de Estudios. patobiográficos son resignificaciones porque entendemos que en nuestra tarea estamos. resignificando historias, dándole un nuevo significado a la historia que nos han contado.. Entonces qué hacemos, nos ocupamos de las temáticas comunes. Por ejemplo, supongamos que es un chico que se la pasa haciendo cosas, un chico impulsivo, un chico hiperquinético, que nosotros interpretamos que se vuelca a la acción y hace muchas cosas porque se siente muy angustiado, y que si para, y deja de hacer todo lo

que está haciendo, se enfrenta con toda la angustia y siente que no lo puede tolerar. Si nosotros comprendemos que esta temática forma parte también de los padres, en el sentido de que ellos niegan también sus propios sentimientos de angustia, tal vez podemos acercarnos a los padres mostrándoles que posiblemente el hijo se siente muy angustiado y que en la medida en que hace, hace y hace busca alejarse de la angustia, y que esto a ellos muchas veces se les hará difícil comprenderlo, porque tal vez, también ellos a veces se sienten más angustiados de lo que se dan cuenta o de lo que reconocen. Tratamos de manejar las resignificaciones en estos términos, creemos que esto toca un punto común que abre un poco el espectro y los padres entonces pueden, por ejemplo, darse cuenta que el rechazo que tienen por la conducta del hijo y el hecho de que suelen decir que ya no saben qué hacer con él, es porque ven reflejado en el hijo algo que a ellos mismos les pasa. Y esta es una cosa importantísima, que los padres muchas veces se angustian porque ven en el hijo algo de ellos, rasgos propios que tienen negados y esto hace que a veces no los puedan manejar.

Sobre el tema de llevarse cosas, si, a veces los chicos intentan llevarse cosas de la caja de juego, las motivaciones pueden ser diversas porque pueden llevarse cosas como un ataque envidioso, pero también pueden llevarse cosas mostrándole al analista que quieren llevarse algo del analista a su propia casa. Lo mismo que al revés, cuando traen elementos de su casa al consultorio, están mostrando que quiere traer algo de la casa para que el analista lo pueda comprender. No es nada raro que los chicos digan: ¿querés venir a mi casa? vení a mi casa. No es nada raro que pase esto, y este no es un pedido arbitrario ni caprichoso, sino que hacen este pedido porque sienten que solamente si vemos, vamos a poder comprender mejor, por eso nos traen cosas e incluso se llevan cosas. De todas maneras, como: veces no tenemos claro por qué el chico lo hace nos conviene de todas formas mantener el encuadre. Entonces, aunque el encuadre a veces pueda ser un poco injusto con el chico para poder facilitarnos a nosotros la tarea de poder trabajar de manera prolija tenemos que mantenernos un poco estrictos en algunas cuestiones, y sostener que no es convenientes que se lleven los juguetes. ¿Por qué? simplemente porque son los elementos con que juega en el consultorio, y después porque no sabemos si esto representa para él, querer dañar al analista, robarle cosas, entonces tratamos en lo posible de que quede la consigna muy clara de que las cosas del consultorio quedan dentro del consultorio, que también es importante porque los juguetes, el cajón de juguetes, y el candado que habitualmente lleva el canasto de juguetes, son el símbolo del secreto profesional, entonces para el chico es muy importante que esto se preserve.

Cuando vemos que para el chico es fundamental llevarse algo, cuando vemos que es "de vida o muerte llevárselo", obviamente se lo dejamos llevar y no pasa nada tan serio. Después pasa otra cosa, que hay chicos que nos sacan elementos y roban" y nosotros no nos damos cuenta, y si no nos dimos cuenta, no nos dimos cuenta, y si nos damos cuenta, vamos a tener que verbalizarle, y decirle: bueno, mirá, en la canasta faltan un par de elementos, vos te los llevaste, sería mejor que los vuelvas a traer. Si los trae bien, si no, lo usaremos como un elemento más de interpretación.

Y con respecto a cuándo usar el diván, la experiencia es así, de muy chiquitos hasta los 8 ó 9 años, usan la mesa de juego con su sillita correspondiente, nosotros no nos sentamos en una silla chiquita, primero porque es incómodo y después porque es darle al chico una imagen de igualdad que no es cierta, estamos creando una circunstancia que es artificial, entonces nosotros nos sentamos en el sillón como corresponde o en la silla que nos corresponde, el niño en la sillita porque es más cómodo para él. Esto hasta los 8 , 9 años, después de los 9 años, los chicos son más altos, usan mucho generalmente material gráfico, entonces los sentamos frente al escritorio, y esto no invalida que el chico también pueda acostarse en el diván, porque a veces hay chicos muy chiquititos de tres años, por ejemplo que se acuestan en el diván. Qué hacen, como tenemos la protección para los pies para que los pacientes adultos que no ensucien, yo tenía una pacientita que se acostaba, apoyaba la cabeza en la almohada y estiraba, y estiraba los pies, porque quería poner los pies en el cobertor. Generalmente pasan cosas muy tiernas, muy graciosas con los chicos, que nos hablan de su ternura, de su frescura, a veces decimos que nos facilitan muchísimo la tarea esta inestabilidad del ánimo, a veces otras veces, porque son chicos y porque tienen no facilitan o la tarea, pero generalmente son muy espontáneos, generalmente son muy permeables, los chicos no se adhieren a la resistencia tan fácilmente, a las contraresistencias me refiero, o sea, si un analista interpreta desde la contraresistencia los chicos tanto no lo aceptan, insisten, dicen: esto no... en fin, tenemos también un montón de anécdotas graciosas y cosas que nos gustan de trabajar con ellos.

Dra Silvia B. de Blanconi: Con esto que decías recordé que hace un tiempo atrás hicimos un Estudio a un chiquito de dos años y la terapeuta que le hacía la hora de juego observó que en determinado momento dejó el juego y fue y se acostó en el diván, se acostó, no hizo nada y después volvió a jugar y cuando velamos la hora de juego con Chiozza él decía que le había querido mostrar a la terapeuta que él sabía realmente que estaba enfermo y hasta qué punto estaba enfermo. Y lo mostró poniéndose ahí acostadito, era una cosa conmovedora hasta el relato de la hora de juego. Quería pedirte si podías contar, porque para mí fue algo emocionante, que hace poco en el Encuentro Internacional vimos el caso de epilepsia Infantil, el momento de la hora de juego porque eso podría servir, esa experiencia puede servir para un Estudio como para cualquier sesión de tratamiento, que nos relataras un poco el punto este en que el chico dice: Ay Silvana,! ay Silvana!, ay Silvana!, y la interpretación tuya es Ay José!, ay José!, ay José!. Que es una cosa que hasta antes de pensarla ya llega el contenido, pero me parece que es algo que vale la pena relatar y conocer porque nos muestra gráficamente el tema de la contratransferencia, del punto de urgencia y de la comprensión en el verdadero sentido, porque además viró todo lo que estaba ocurriendo en esa sesión.

(Pregunta sobre el caso de una nena que se duerme profundamente acostada en el diván)

Lic. Silvana O. de Aizenberg: Esto de que los niños saben del psicoanálisis y de que los puede ayudar en su sufrimiento lo muestran claramente, es así. El ejemplo que dio Silvia

es muy conmovedor. Tan es así que saben, que muchas veces hacen sin que les demos la consigna.

Cuando llega un chico la hora de juego o a sesión por primera vez, veces sorprende que ni siquiera espera que demos la consigna, porque tenemos una consigna preparada que cada vez la damos menos, como ser: esto es para que juegues, yo voy a ver lo que hacés y después te voy a decir que comprendí... a veces ni siquiera hace falta que le demos la consigna, el niño inmediatamente se pone a jugar y a comunicar. Me acuerdo del caso de una nena que no podía dormir a la noche, tenía un trastorno muy grave del dormir, y lo primero que hizo cuando entró al consultorio fue agarrar la almohada del diván, ponerla en el piso y acostarse. ¿Qué me estaba demostrando ella con eso? Incluso los padres no sabían más que medidas tomar y la nena cuando estaba cerraba la puerta de su dormitorio, se llevaba su almohada y se acostaba en la puerta del dormitorio de los padres y algo de eso me quería comunicar. Es decir, de entrada un chico viene sabiendo que estamos dispuestos a comprenderlos, quieren comunicar, muestra el problema por el cual están consultando: A veces decimos: podríamos y entender a un chico sin tener la entrevista con los padres? Y teóricamente si, lo que pasa es los padres no lo traerían sin hacer una entrevista con ellos, y a veces los padres también aportan elementos que son datos que nos enriquecen un poco más la compresión, pero los chicos se ocupan de mostrar y saben que lo están haciendo. Y la otra cuestión respecto a que saben que lo están haciendo es que cuando en una sesión no se sienten demasiado comprendidos no se quieren ir. Entonces no es solamente que no se quieren ir porque se ponen caprichosos y quieren hacer como ellos quieren sino que no se quieren ir como diciendo ahora falta algo más. Y cuando uno les interpreta algo, muchas veces dicen: "ya está", o "listo", ya está dicho, y ahí aceptan irse, con lo cual demuestran claramente como se alivian, y que tienen absoluta claridad acerca de qué es lo que vienen a hacer.

Bueno, el ejemplo del chico con epilepsia que vimos en el Encuentro ahora en Bariloche, si, fue un caso muy conmovedor, un chico con muchas dificultades y a veces, por eso yo les decía, que a veces no es sólo las palabras que usamos lo importante sino que esto tiene que ver con el arte de psicoanalizar. Era un chico que tenía mucha desesperanza, estaba muy desesperanzado, no tenía la más mínima confianza en sí mismo, los padres tampoco tenían confianza ni en ellos ni en él, ese era un punto de urgencia compartido entre padres e hijo, entonces en una sesión en la que él jugando y haciendo cosas empezó a expresar Ay! Silvana, Ayl Silvana, yo sentí que mi desánimo también era muy importante. El decía qué podemos hacer y me salió casi como en automático, Ay! José Ay! José, pero como expresándole que yo comprendía su sentimiento de impotencia y d desesperanza. Entonces, a veces, hay cosas que hacemos que no son sólo por vía de palabra, y, de hecho, a veces los chicos llegan y ven solamente nuestra cara y saben si estamos dispuestos a recibirlos o no, nuestro tono de voz.

Una vez un chiquito jugaba con una espada, era una sesión en la que yo particularmente estaba un poco desconectada y estaba un poco en otra cosa y el chiquito dice: "hoy esta espada está poco afilada" y bueno así... comprenden de inmediato. El cuanto a la comprensión de qué es lo que hacemos en el análisis, una nena que había dibujado un

abanico con hermosos colores, una nena que sabía dibujar muy bien, que dicho sea de paso ahora es arquitecta, dibujó el abanico y dijo "miralo", me dijo que era un abanico chino, lo dio vuelta y me dijo: "pero acá se ve de otro modo" y "acá" se refería a que en la sesión nosotras no sólo veíamos su aspecto lindo y estético, sino que también velamos sus conflictos.

Los chicos tienen esta frescura de poder transmitir, de no aliarse demasiado con nuestra resistencia y cuando dicen que "no", yo muchas veces digo: escuchémoslo porque a veces es un no resistencial y de que no quieren saber nada, y otras veces es un no en que tienen razón. El tema de dormirse. Bueno esto también a veces es muy penoso, es tan penoso como cuando vemos un chico enfermo, como cuando yo les hablaba de los bebés, ver un bebé enfermo es muy, pero muy conmovedor y a veces hay que armar el yo para poder ocuparse de un bebé muy enfermo, ni hablar cuando está en incubadora, se genera una situación de impotencia muy grande.

Bueno, cuando hay un chico muy angustiado también es muy conmovedor, por ejemplo, cuando llega un chico al consultorio y se duerme, generalmente no están expresando una transferencia negativa, sino que nos están expresando que están sobrepasados por un nivel de angustia que no pueden tolerar y nosotros también nos angustiamos, entonces por angustia los queremos despertar, queremos hacer algo por medio de la acción, o sea, qué es lo que nos tranquiliza, que el chico esté jugando, pero si está jugando cómo hace para mostramos que está así de angustiado, y dormirse el el modo que encontró de mostrar la cuestión.

Entonces, ¿cuáles son las cuestiones técnicas? Bueno, como siempre: esperar, tener paciencia, generalmente decimos: ¿interpretamos mientras el chico está durmiendo?, lo hacemos, pero no abundamos en eso, porque a veces parece también como una situación un poco artificial y a veces nos sentimos un poco ridículos interpretando a un chico que está profundamente dormidos. Porque a veces uno ve chicos que están con los ojos cerrados pero no dormidos, por lo tanto ahí si les interpretamos. Pero cuando un chico está profundamente dormido... Otra cosa: no vale la pena despertarlo, mejor dicho no vale insistir en despertarlo, porque intentar podemos, por ejemplo moverlo, decirle que se durmió, si no prefiere despertarse, en fin hay algunas cosas para decirle, pero cuando un chico está pasado de angustia no se despierta. Pero esto no tiene nada de malo, lo malo es que nos sintamos culpables, que nos sintamos culpables frente a los padres, que lo hagamos sentir al chico culpable porque se durmió. Entonces hasta podría ser que si comprendemos esto cuando el paciente se va, nosotros podamos aliviarlo en su culpa diciéndole: bueno, hoy se ve que no se sentía bien y necesitó dormirse, y que de esta manera nos mostró que no se sentía bien, y esto nos ayudó. Uno de los objetivos que tenemos como psicoanalistas de niños, no es reforzar el superyó, es aliviar el superyó, y porque si lo sabemos vamos a armar nuestras interpretaciones más en esa dirección.

(Preguntas: sobre el caso de un niño que destrozó los juguetes y hasta la caja de juego y después no quiere ni verla y sólo juega, por ejemplo, con el candado y la llave y no pude más tocar o abrir la caja; sobre cuando el analista se aletarga y se duerme delante

del chico; sobre cuando los chicos preguntan de la vida personal del analista, por ejemplo sobre cuántos hijos tiene, etc.)

Bueno, algo ya dijimos en relación a que el niño necesita expresarse con los elementos que tiene a su alcance, y si le ponemos juguetes y cosas, de alguna manera tenemos que darle cierta libertad para que los pueda romper. Así como tenemos que cuidamos de poner elementos buenos y no poner elementos que se rompan fácilmente, porque lo exponemos al chico a una frustración demasiado rápida e innecesaria, del mismo modo también tenemos que comprender que los elementos que ponemos a su disposición son para que los usen como quiera. Entendemos que cuando un chico rompe de la manera como decían, no quiere volver a meterse con la canasta de juego, etc., comprendemos que es un chico desesperado, un chico que de alguna manera necesita decir algo con esto que rompió, en principio la primer cosa surge es que necesita decir que él está así roto, no vuelve a la canasta porque se angustia de volver a la canasta así, y a veces también dejan las cosas todas rotas para que el analista se haga cargo. No me resulta demasiado fácil hacer una interpretación adecuada, o tiene que ver con cada paciente en particular, pero si es cierto que esto puede suceder, y si me parece que está movilizado por la desesperación. Aberastury contaba de una nena que con plasticola pintó un pizarrón. Ella ponía pizarrones, nosotros no los usamos, vemos que con los dibujos en los papeles alcanza. Esta nena puso plasticola en todo el pizarrón de una manera abundante, y ella comprendió que no lo hacía para destruir, sino para mostrar que no le alcanzaba todo lo que ella tenía adentro para poder reparar la vida desunida de los padres, y que no alcanzaba toda la goma del mundo para reunir a los padres. Por supuesto después vino la interpretación: por qué pensaba que tenía que ser ella la que uniera a los padres.

Bueno, esto se integró como parte del proceso analítico. Por supuesto... voy a decir algo elemental, nunca entendemos que un chico es víctima de los padres, así como antes dije, los padres no son culpables de lo que le pasa al niño, no entendemos que el chico sea víctima, si entendiéramos que el chico es víctima de lo que le pasa no tendría ningún sentido que trabajemos en psicoanálisis de niños, porque si trabajamos en psicoanálisis de niños, es porque pensamos que el chico es responsable, es responsable de lo que hace, a veces él puede movilizar situaciones familiares, a veces puede mejorar y aliviar la culpa de los padres, así que tratamos siempre de llegar a un núcleo que haya en el chico que lo lleve a cambiar a él y la participación que él tiene en el asunto. Es muy fácil decir "te sentís mal porque tus padres se separaron", no, es demasiado sencillo, si un chico está muy angustiado porque los padres se separaron, bueno tendremos que ver si es que se siente culpable, si es que se siente culpable con todas las cosas de su vida, porque tampoco hablamos de los padres con si fueran objetos de la vida real, que esto sería un psicoanálisis aplicado, sino que tratamos de la angustia que tiene el chico frente a la desunión. ¿Por qué se angustia?, porque se siente culpable, y¿ por qué se siente culpable? porque quiere sostener la omnipotencia. En fin. Entonces, vamos avanzando paulatinamente en la elaboración de diferentes aspectos, pero nunca entendiendo que los padres son los culpables, aunque también sabemos que hay cosas que los chicos reciben hechas, y que en esto mucha decisión no tienen ni tuvieron, pero la cuestión

fundamental es cómo se manejan ellos con sus circunstancias y no quién es el culpable de la circunstancia.

Con respecto a esto de la analista que se duerme frente al paciente, eso también es angustioso, no es tan frecuente, quizás por el hecho de que el chico se maneja más jugando, pero si a veces hay chicos que nos producen un letargo tremendo, y bueno, si nos adormecemos el chico no se va a horrorizar. Esta es otra de las cosas que decimos de los chicos, ellos no se horrorizan de esto, somos nosotros que le atribuimos a veces a los chicos cuestiones que no les pertenecen. Entonces, que una persona esté cansada y se adormezca, también para los chicos es una cosa natural, somos nosotros quienes nos horrorizamos. El letargo del analista es una contratransferencia que corresponde a una situación negada del paciente y entonces tendremos que manejarlo en estos términos y siempre por línea de la interpretación. El tema de las preguntas sobre datos de la vida del analista, es verdad, los chicos insisten mucho en saber cosas del analista. Melanie Klein era muy clara en este sentido, y ella decía: no es que es malo darle datos a los chicos, lo que pasa es que ese no es el psicoanalítico, entonces muchas veces no le damos datos, pero para no perder el tiempo, por así decir, porque explicándole con quién vivo, dónde vivo y cuántos hijos tengo estamos dejando un poco de psicoanalizar si nos dedicamos a aso. Entonces, como lo que nos interesa es saber lo que el chico siente, y lo que el chico piensa, es verdad que a veces se irritan si uno les dice "y vos que pensás", y a veces dicen: pero yo te estoy preguntando, pero contestame. Y ahí, a veces decimos: bueno, que es verdad que él está preguntando pero yo prefiero saber qué es lo que él piensa, y otras veces sencillamente digo: sobre esto prefiero no contestarte. Concreto. Y cuando son respuestas concretas y poco ambivalentes, los chicos las admiten. Porque lo que los chicos muchas veces no toleran es la ambivalencia.

Y después por supuesto, detrás de estas preguntas tenemos que comprender el contenido latente, porque todo lo que el chico hace en la sesión, dibujar, jugar, preguntar, es contenido manifiesto, nosotros tenemos que ver qué es lo que se oculta detrás del contenido manifiesto, y a veces simplemente preguntar sobre la vida del analista es nada más que buscar un acercamiento, sentir que si el analista le contesta... a veces lo que le importa no es cuánto hijos tiene el analista, sino si el analista le contesta o no le contesta, y si le contesta, él se siente aceptado, siente que forma parte del núcleo cercano del analista, si no le contesta, lo trata como un ajeno, como un extraño y lo rechaza, entonces ¿qué es lo que vamos a interpretar?: su deseo de ser aceptado.

Una cosita que no me preguntaron, pero la digo porque tiene que ver con la técnica, sobre la entrevista a los padres, se trate de un tratamiento o de una consulta... porque está también es una parte del psicoanálisis de niños: que a veces hacemos consultas. Las consultas tienen por finalidad un poco esclarecer algún punto y hacer algún tipo del sugerencia y derivación. Decía entonces, que se impone que veamos siempre primero a los padres cuando los chicos son chiquitos, no en la adolescencia, porque el adolescente viene solo, mejor dicho, vienen los padres también, pero el adolescente nos dice él el motivo de consulta, pero cuando los chicos son muy chiquitos tenemos la entrevista con los padres, entrevistas a veces de una hora y media, dos entrevistas de una hora y media

cada una, tratamos de tener los mayores datos posibles y después hacemos la hora de juego con el niño. Pero a la inversa hacemos cuando tenemos que hablar con ellos, que siempre le damos prioridad al niño, o sea, le damos la resignificación o la devolución primero al niño y después a los padres, ¿por qué? primero, porque el niño es el paciente, y segundo porque corremos el riesgo de que los padres vengan a la resignificación, desarrollen una transferencia negativa con lo que les digamos, y no traigan al chico después y por lo tanto se queda sin devolución. Como técnica, esto tenemos que verlo con cuidado, y aún en los casos en que confiamos mucho, no confiemos. No hace mucho me pasó con dos mellicitos, los padres vinieron muy confiados, hablaron, había que dar devolución, y me plantearon una cantidad de dificultades para traer a los dos, si primero uno o primero el otro, bueno en fin, el asunto es que yo cedí y hablé primero con ellos, con el resultado esperado: a los chicos no los trajeron a la devolución, entonces esto sí, si lo podemos mantener siempre bastante estricto mejor, lo de dar la devolución primero al niño. Y acá hay otra particularidad de la técnica: cuando se trata de bebés, o de chicos de uno o dos años que no se separan de los padres, ahí tenemos que hacer al revés, y arriesgamos, vemos primero a los padres, porque como la devolución va a ser en presencia de los padres por lo menos que ellos sepan de alguna temática común, de manera que cuando hablamos con el chico no se sorprendan ni se asusten tanto.

(Pregunta sobre los honorarios, si es conveniente, a cierta edad, que el chico sepa cuánto salen las sesiones, si es conveniente que él traiga el dinero él, etc.).

No, de los honorarios se tienen que hacer cargo los padres, o sea, salvo ya, en la pre o adolescencia, 12, 13, 14 años, que ya los chicos tienen una cierta habilidad que los padres pueden hacerle cargo, así como también pueden hacerlos cargo de hacer un mandado o una diligencia, también los pueden hacer cargo de entregar en un sobre los honorarios, y que sea el paciente quien los paga. Cuando son más chiquitos... se hacían muchas cosas, pero que suenan un poco artificiales, pero claro, tenían un motivo, ¿por qué se sugería que los chicos pagaran?, se creía que si el chico pagaba tomaba conciencia de que esto era un tratamiento, se hacía más responsable del tratamiento, y ahora voy a comentar de Doltó, como se manejaba con este asunto, pero me parece que hoy en día nos simplificamos un poco las cosas, y como el material realmente sobreabunda, entonces, exponerlo a un chico que se haga cargo de los honorarios cuando en realidad un chico de 4 años no sabe manejar muy bien si $200 pesos es mucho o es poco, se siente excesivamente responsable, y es preferible que de los honorarios se hagan cargo los padres, así como se hacen cargo del colegio y otras cuestiones. Con todo esto, Doltó, una psicoanalista francesa, que tenía mucha percepción, mucha sagacidad con los chicos, decía que ellos tenían que pagar, porque era como un símbolo del agradecimiento por lo que recibían, y que aún los chicos muy chiquititos tenían que traer algún pago, aunque sea simbólico. Atendió chicos muy chiquitos también y contó la historia de un pacientito de 8, 9 meses, que vino con una asistente social, en brazos, que tenía el puño cerrado, y cuando le abrieron el puño tenía una piedrita en la mano y ella interpretó que esta piedrita simbolizaba el pago que le estaba haciendo a la analista. Por supuesto que los pacientes a veces se sienten agradecidos con el analista, y a veces se sienten culpables con el analista, y quieren agradecer, pero me parece que el mejor

agradecimiento es cuando el chico evoluciona bien, y colabora con el tratamiento, y los chicos saben colaborar con el tratamiento como dijimos antes, no se enganchan tan fácilmente, ni con la resistencia ni con la contraresistencia y la verdad nos ayudan un montón con todo el material que traen.

(Pregunta sobre qué hacer cuando los chicos se tiran gases y a veces se vuelve muy molesto, si, por ejemplo, abrir una ventana los hace sentirse mal, etc.)

Es cierto, a veces suceden esas cosas a las que nos exponen los chicos, son cosas extremas... (interrupción de la grabación)... quizás deseen recibir un trato como el de un bebé que cuando se hace pis y caca, la mamá lo limpia y se lo festejan encima, no?, Entonces podríamos decir que un chico cuando recurre mucho a esta modalidad expresiva, nos está expresando un deseo de ser querido, de ser aceptado, etc., y que no tengamos rechazo por... también los mocos a veces son algo que producen mucho rechazo. Ahora con respecto a lo concreto, bueno la verdad que cuando la situación se pone demasiado enrarecida conviene verbalizar la cuestión y decir: mira hay mucho olor vamos a abrir la ventana, y si el chico lo interpreta mal tendremos oportunidad de ver cómo reacciona él ante ciertas cosas.

En una época, no hace tantos años, no se les permitía a los chicos ir al baño, entonces el chico quería ir al baño, se lo interpretaba como una resistencia, como una ruptura del encuadre y por lo tanto el chico que quería hacer pis o caca, se hacía ahí, y el analista se tenía que aguantar el olor, o la incomodidad. Por supuesto que se entiende l motivación, y lo que llevó a esta postura, que es entender todo lo que el paciente haga, aún lo que tiene que ver con este comportamiento, es expresión de algo, pero me parece que como dijimos antes, el material sobreabunda y no es necesario que nos expongamos ni nosotros ni expongamos al niño a estas cosas.

La otra cuestión que querría agregar, cuando yo dije de no gratificar a los niños, por supuesto que no los gratificamos, pero ocurre que a veces pacientes que son muy chiquitos los dejan en el consultorio y si nos piden salir al baño, a veces los tenemos que ayudar. Por suerte digamos, la mayoría de los chicos que entran en tratamiento van de dos años para arriba, digo por suerte en el sentido de que estamos menos expuestos a tener que atenderlos, pero a veces ha ocurrido que tenemos que ayudar a un chico a limpiarse la cola o a desabrocharse el pantalón, y entendemos que son rupturas del encuadre que después las restablecemos rápidamente, y tratamos de que estas cosas no se den con frecuencia, no?

(Pregunta sobre el tema de la culpa que los chicos pueden sentir por ocasionar el gasto del tratamiento a los padres, y sobre cuando los padres se quejan de eso con el chico porque no están muy de acuerdo con que se traten y tienen que pagar)

Es cierto, muchos padres suelen incurrir en eso, pero lo que nosotros tenemos que comprender es cómo el chico lo toma, no podemos modificar al grupo familiar, no podemos hacer nada para decirle a ese padre "no lo haga", de hecho a veces hay situaciones, como dijimos antes, que a nosotros nos parecen verdaderamente nocivas, por ejemplo el colecho, es más, a veces pensamos que el colecho puede ser una de las

razones que dé lugar a las confusiones infantiles, por ejemplo, pero tratamos de no influir con nuestra participación directa, entonces es conveniente no decir a los padres "no lo hagan", pero si vemos de qué manera el chico trae este material a la sesión, si es que lo trae, de qué manera, en fin, tratar de analizar cómo el chico vive esta situación, y cómo se adapta a la misma. Lo vamos a trabajar como parte de la terapia, no podemos influir sobre el padre.

(Y si eso lo angustia mucho al niño, no se puede hablar con los padres?)

Pensamos que no, por lo que dije antes, por lo del consejo, porque a veces los consejos a los padres los hacen sentir perseguidos, culpables y le damos un consejo al padre que seguramente no va poder cumplir, y no lo puede cumplir porque está movido también por sus propios contenidos inconcientes, después necesita sacar al chico del tratamiento, porque no pudo, y la próxima vez que venga... supongamos que digamos "saque al chico de la cama", no lo pudieron sacar de la cama, la próxima vez no vienen a la entrevista, sacan al chico del tratamiento, porque cuando les preguntemos qué nos van a contar? que no lo hicieron?

Es complicado, en estas situaciones, bueno, hay que ver cómo el chico expresa la culpa, de qué manera, cómo maneja el chico esta situación con estos padres y cómo se siente culpable con muchas cosas de su vida también, y de qué manera esto afecta su adaptación general. Nosotros estamos hablando mucho de los padres y los hijos, y por supuesto que los chicos son muy dependientes de los padres, pero, a los chicos no les pasa esto solamente por los padres, los chicos tienen, como dijimos antes, sus propias ansiedades, sus propios conflictos, sus propios temores, sus propios miedos a fallar, y ni hablar de sus propias dificultades con la potencia, que ver solamente con los padres. i se sienten potentes o no, y que esto no tiene verdad que los chicos para crecer necesitan identificarse con los padres y que a veces, cuando faltan figuras de identificación, los chicos se ven en bretes si no logran encontrarlas, pero los chicos no son a imagen y semejanza de los padres, ni todo lo que ocurre es con tiene suficientes contenidos atractivos para que los amiguitos quieran estar con él, y bueno tendremos que hablar de esto y, puede estar relacionado con que siente que la madre no lo tanto, pero en fin, no todo lo que le pasa al chico tiene que padres, esto es importante que lo aclaremos.

Noviembre 2018

CONFERENCIA

Vamos a hacer un muy breve recorrido acerca del origen del psicoanálisis de niños, su inserción y desarrollo en la Argentina. Expondremos aspectos de la actividad lúdica y su significado. Describiremos cómo es el niño del que hablamos en psicoanálisis de niños, el vínculo con los padres y el entorno y por último nos ocuparemos de reseñar algo de lo que hacemos cuando psicoanalizamos a un niño.

1 . **Breve historia del psicoanálisis de niños**

Fueron las teorías de Freud S. y Klein M. las que abrieron el camino hacia el psicoanálisis de niños y dejaron un legado fundamental.

La fobia de un niño de 5 años, publicado por Freud en 1909, describe una intervención analítica de características muy particulares, dado que el padre del niño lo consultaba y el lo orientaba con sugerencias e interpretaciones. El éxito terapéutico obtenido, alentó la idea de aplicar el método analítico a los trastornos y enfermedades de los pequeños.

Si bien los aportes de Freud al psicoanálisis de niños no surgieron directamente de su experiencia clínica, muestran su lúcida observación acerca de la infancia.

En 1920 analizó las motivaciones del juego a partir de la observación de un niño de dieciocho meses, su nieto y lo relacionó con la más importante función cultural de la infancia: la renuncia a la satisfacción pulsional directa. Comprendió que el niño no jugaba solamente a lo que le era placentero, sino que también repetía al jugar situaciones dolorosas, tratando de elaborar lo que había sido excesivo para su yo.

Analizó sueños infantiles, desarmó la idealización del mundo infantil, que le costó un fuerte rechazo y resistencia del entorno científico de su época. Demostró la existencia de la sexualidad infantil y el curso de las etapas libidinales en la infancia, la existencia del complejo de Edipo, así como la

influencia de una instancia psíquica severa, el superyó como introyección de las enseñanzas de los padres.

Destacó que las impresiones tempranas dejan huellas indelebles, que aunque son víctimas de una amnesia posterior, configuran la personalidad y establecen la disposición para el desarrollo de futuros trastornos en la vida adulta.

El interés por comprender la mentalidad del niño, estimuló a numerosos psicólogos, filósofos y pedagogos, a lo largo del tiempo, a investigar su desarrollo y los momentos evolutivos, así como también a instrumentar técnicas para ejercer el tratamiento con ellos. Aunque algunos de los hallazgos obtenidos mantienen validez, como por ejemplo, la interpretación de los dibujos infantiles, para la mayoría de estos autores existían dificultades insalvables para legitimar el método analítico con niños.

Ana Freud en franco antagonismo con Klein, ella desde la pedagogía y Klein desde el psicoanálisis, afirmaba que el niño de corta edad no estaba en condiciones de asociar verbalmente, de transferir sobre la figura del analista porque contaba con la presencia de los objetos parentales y entre otros reparos señalaba, que no se podía ejercer el psicoanálisis con ellos porque no tenían conciencia de enfermedad.

Todas estas objeciones ya ha quedado muy atrás en el tiempo y por el contrario el psicoanálisis de niños fue ocupando un lugar importante en el ámbito de la salud, ganando terreno en riqueza teórica y técnica.

Fue Klein, con su obra, quien no solo fundamentó la equiparación entre el lenguaje verbal de los pacientes adultos y el juego de los niños, sino que adaptó y sistematizó el método analítico a la técnica de juego. Afirmó que la construcción de un juego posee una riqueza simbólica semejante a la que tienen los sueños y en el que se recrean los símbolos heredados.

Sostuvo que en el comienzo de la vida postnatal, el niño experimenta ansiedades persecutorias en la medida en que se siente expuesto a privaciones y que la disociación propia de la posición esquizo-paranoide y la depresiva, es la forma más primaria que dispone el infante para defenderse.

Con sus contribuciones establece la posibilidad de ejercer el psicoanálisis con niños muy pequeños.

En nuestro país Arminda Aberastury fue una pionera del psicoanálisis de niños y se convirtió en la representante más conocida del pensamiento kleiniano. Difundió la práctica del análisis de niños y aportó principios teóricos y técnicos fundamentales.

Sistematizó el procedimiento para las entrevistas con padres y las características de la intervención de ellos durante el tratamiento y desde la teoría propuso la inclusión de una fase genital previa entre las fases libidinales clásicas oral y anal, descriptas por Freud, demostrando que la genitalidad previa impulsa al lactante a investigar su propio cuerpo y el de los demás, como un intento de elaboración de sus pulsiones enlazadas con las vicisitudes edípicas. Abordó la comprensión de las enfermedades orgánicas como el asma o la epilepsia, como reveladores de la existencia de conflictos inconcientes y entre otros aportes, divulgó el valor del psicoanálisis entre pediatras y odontopediatras.

La autora señaló que el psicoanálisis de niños tuvo una sorprendente aceptación en nuestro país, en una época (1948) en que era rechazado y criticado en Europa y en Estados Unidos.

En la actualidad, al hablar del psicoanálisis de niños tenemos que destacar, aunque para muchos de nosotros esto ya es muy es conocido, que la diferencia entre el psicoanálisis de niños y el de adultos es fundamentalmente de técnica y no de principios teóricos.

En nuestro ámbito, en la obra de Luis Chiozza, encontramos importantes aportes que enriquecen la teoría y el ejercicio del psicoanálisis de niños, al punto que nos permite sostener, que el método en muchos aspectos ha cambiado. Contribuyeron sus desarrollos acerca de lo hepático, de la existencia del psiquismo fetal, las fijaciones tempranas y el complejo de Edipo pre-natal. La interpretación psicoanalítica de las enfermedades orgánico, su concepción acerca del falso privilegio del padre, la conveniencia desde la técnica, de la interpretación indirecta, así como el hallazgo de puntos de urgencia compartidos entre paciente y analista y la existencia de

temáticas comunes entre los padres y el niño derivado del ejercicio de los estudios patobiográficos de niños.

A lo largo de la historia psicoanalítica, hubo muchos autores extranjeros y argentinos que profundizaron y enriquecieron el tratamiento de niños: Winnicott, Meltzer, Dolto, Bettelheim, Thelma Recca y otros, a quienes no mencionamos en esta presentación porque, como ya dijimos, nos ocupamos de hacer un corto recorrido para ubicarnos en los comienzos del psicoanálisis de niños y su desarrollo en la Argentina.

El juego y su significado

El juego se halla presente desde los orígenes de la historia de la humanidad.

Se realizaron numerosos intentos para formular teorías acerca del juego que lo defina en su esencia. Los griegos para referirse al juego infantil poseían dos palabras, cuyo significado etimológico se correspondía literalmente con las expresiones “cosas de niños y niñerías”. Estas palabras quedan vinculadas al significado de contento, alegría y despreocupación. Los hindúes utilizaban diferentes palabras para definirlo, que aludían especialmente a lo ligero, alegre, desembarazado. Y para los chinos la idea de juego infantil encerraba significados como divertirse, juguetear, alborotar, bromear, etc.

Si bien en estas culturas aparece tardíamente el concepto de juego, en todas ellas se hace referencia, con diferentes palabras, a un campo de juego en el que coinciden las significaciones de diversión, broma, alegría y despreocupación.

En la evolución del latín, el vocablo Ludus se usó para referirse a juegos de competición y de esta manera, el juego queda también asociado a actividades de ejercitación y aprendizaje, atenuando un poco el significado de pura diversión.

A partir de estas descripciones etimológicas, al juego se lo considera una actividad de menor importancia, algo referido solamente a la diversión o a la despreocupación y esto se opone a la idea de que se trata de una actividad seria, que en la infancia constituye una condición necesaria para el crecimiento.

Sabemos que si un juego no es tomado en serio, no es posible jugar. Decimos que la actividad lúdica es seria en el sentido de importancia, de significado. Solo es posible jugar por aquello que importa y afecta.

Concebimos entonces que el juego está movilizado por una dinámica afectiva multifacética, que busca el placer de la actividad misma, la descarga de impulsos de autonomía, dominio, la ejercitación de habilidades y constituye una forma de comunicación.

Si admitimos que la capacidad de significar y simbolizar, es inherente a la existencia de un psiquismo, podemos afirmar que toda actividad, por rudimentaria que sea, configura el ejercicio de una función simbólica y desde esta perspectiva el juego es algo dado desde el comienzo de la vida.

Ya en el abrir y cerrar los ojos del recién nacido podemos encontrar actividad lúdica. Podemos interpretarla como símbolo del intento de elaborar la angustia del nacimiento y la pérdida de la vida prenatal.

Para Freud el niño que juega se comporta como un poeta, que despierta con frecuencia en la contratransferencia sentimientos inherentes a una vivencia de conmoción estética.

El autor destacó que el niño utiliza el juego para compensar los sufrimientos y las frustraciones y que de ese modo puede sentir que domina la situación que lo perturba. Escenifica el cumplimiento de un deseo sofocado en su conducta, adopta un papel activo, repitiendo aquella experiencia desagradable que vivió pasivamente y lo traumático se libera a través de la repetición.

Aberastury agrega a lo sostenido por Freud, que el desarrollo temprano de la capacidad de juego le posibilita al niño elaborar las ansiedades surgidas durante su crecimiento. Menciona que en cada etapa del desarrollo psicosexual existen juegos característicos que permiten la descarga de las pulsiones parciales y representan fantasías o temáticas básicas universales.

Así por ejemplo, en la fase del predominio de los impulsos orales, el niño jugando chupa, muerde y explora los objetos con la boca, descubre el mundo a través de ella.

Durante la fase anal, sus juegos se caracterizan por la presencia de elementos como el agua, la arena y la tierra, que son sustituto permitidos de la orina y las heces, que revelan la ambivalencia con respecto a los deseos de dar y retener los contenidos del cuerpo.

La genitalidad previa, lo impulsa a investigar su propio cuerpo y del de los demás, descubriendo la diferencia de sexos y tratando de elaborar las vicisitudes edípicas. Así elegirá para jugar objetos huecos que le permitan meter y sacar cosas y objetos para penetrar y perforar.

Interpretamos, que el juego del niño revela la actitud con la cual enfrenta sus vivencias: escenifica sus fantasías, ansiedades y deseos inconcientes. El juguete le facilita la descarga de impulsos agresivos sin hacer peligrar la relación con sus objetos originarios. Jugando el niño siente que no daña a sus objetos significativos.

Klein al describir el juego en los niños y particularmente los juegos de personificación, señala que estos ponen en marcha mecanismos de disociación y proyección que producen el debilitamiento del conflicto. Explica que el niño al adjudicar al analista, durante su juego los roles más variados y contradictorios, activa y revive con él, las distintas imagos y fantasías. Este proceso, afirma, constituye la base del fenómeno transferencial y es la fuerza propulsora del trabajo analítico.

El niño jugando crea un espacio ilusorio, intenta de ese modo cambiar “la realidad”, cree en su mundo de ilusión, aunque sabe que está jugando. Así como el niño durante su crecimiento va adquiriendo la noción de que el lenguaje verbal es una representación simbólica y aprende por ejemplo, a diferenciar la palabra “mamá” de la mamá misma, de igual forma cuando juega, sabe que juega y que su juego es un “como si”.

Observamos con frecuencia el compromiso afectivo que se dramatiza cuando un niño fantasea que es un superhéroe que enfrenta todos los peligros y

vence a los enemigos o que siendo un monstruo, puede apoderarse de todas las riquezas del planeta.

Para Chiozza, la transferencia, el teatro y el juego son actividades pertenecientes a una tercera forma de vida, en las cuales intervienen la percepción de lo que somos, la imagen de lo que deseamos ser, dando lugar al nacimiento de una vivencia de como si lo fuéramos. Define al juego como una acción de ensayo a pequeña cantidad, que precede a una acción a plena cantidad.

Sintetizando podemos decir que hay tres características esenciales que definen el juego de los niños: a) el ámbito ilusorio en el cual transcurre; b) la posibilidad de elaborar lo traumático; c) el placer que lo acompaña.

Surge, en algunas oportunidades, el interrogante acerca de si el juego permite elaborar?

Si decimos que el juego es una actividad plena de significado, podemos decir que forma parte de un intento de elaboración, pero consideramos que es predominantemente elaborativo, en el contexto de la sesión analítica, mediante la interpretación que le otorga un sentido a dicha actividad.

Otra pregunta remite a que si un niño es capaz de hablar, porque prefiere jugar.

Entendemos en primera instancia que juega porque constituye su forma de expresión natural. Por otra parte, vemos que tiende a sentir que la expresión verbal le resulta insuficiente para traducir su imaginación y sus fantasías. Siente que al entrar en contacto con las palabras, algo de sus ilusiones cambia y se pierde. Por eso muchas veces, durante la sesión, no les gusta a los niños que se les interrumpa su juego, pidiéndoles descripciones del mismo. Al mismo tiempo jugar y concretar fantasías los tranquiliza en relación a su capacidad creativa y reparadora. Sienten que al desplegar en un mundo de ilusión la intensidad de sus afectos y sus conflictos, evita que su mundo de fantasías puedan quedar al descubierto.

Podemos afirmar entonces que en la experiencia del psicoanálisis de niños, el juego constituye una parte esencial del proceso, es un medio de

comunicación fundamental, que da cuenta de manera inequívoca la relación con las fantasías inconcientes y con el cual muchas veces decimos, es muy difícil mentir.

2 -**Cómo es el niño del que hablamos en psicoanálisis de niños**

La niñez actual transcurre en medio de profundas transformaciones, que no implica necesariamente otorgarle un valor en si mismo negativo, pero no podemos dejar de decir que el psicoanálisis, hoy en día, está inevitablemente inmerso en un mundo convulsionado en el que está en crisis la educación, la sociabilización, las creencias y que nos vemos enfrentados a un entorno plagado de malentendidos, de pensamientos erróneos que no evidencian de inmediato las consecuencias dañinas.

Chiozza, L. sostiene que en nuestra época hay una mayor conciencia del déficit físico y una menor conciencia del déficit psíquico. La psicoterapia y la educación tienen una menor aceptación del consenso, lo mismo que la necesidad de modificar el carácter. En este sentido el analista se encuentra con una dificultad importante, porque lo que interpreta choca con el consenso y esto con los años, dice, se fue haciendo más grave.

La tradicional noción de infancia como un tiempo de inocencia y dependencia del adulto se fue debilitando, por el acceso que tienen los niños a la cultura actual y la evolución electrónica y la difusión viral. Pasan mayor tiempo frente a la televisión, computadora, Internet. etc. que con el contacto familiar. Son niños que, en su gran mayoría, están sobre-estimulados, los espacios de la niñez comienzan a tener características diferentes.

Los adultos y los niños parecen encontrarse en un pie de igualdad, respecto de la información que manejan e incluso en algunas en las que los infantes aventajan a los mayores. No obstante, pensamos que no se trata de pensar que la infancia ha desaparecido o que ya no haya niños, sino que lo que se puede decir es que existe un cambio, donde las generaciones anteriores ya no son un modelo tan definido.

Si bien pensamos que cada niño se adaptará a la época en la que vive desplegando sus propias condiciones y capacidades, muchas veces

observamos que a pesar de que se comportan en algunos aspectos exhibiendo un desarrollo superior, paradójicamente en otros sentidos vemos que se sienten indefensos, necesitan del adulto y luego aprenden a influir sobre ellos.

La infancia de hoy se caracteriza por la demanda de inmediatez acrecentada por la cultura mediática de satisfacción consumista. Contrasta la vivencia de los niños de sentirse todopoderosos, como parecen cuando tienen el control remoto en la mano, con las dificultades que a veces presentan en su desarrollo en general.

Los cambios actuales que implican cierta pérdida en la forma tradicional de la familia, la existencia de diferentes roles paternos, los cambios de género, en las funciones de ser hombre o ser mujer, así como también los avances científicos en las distintas formas de procreación, nos enfrenta con la constitución de vínculos que llevan al replanteo de la existencia de una nueva organización familiar y sus repercusiones.

Entonces, vemos que muchas veces los niños sienten que tienen que lidiar y en algunas ocasiones les resulta muy traumático, con aquello que sienten y perciben, con aquellas cosas que desde el entorno le plantean o le imponen, se trate de los padres, la escuela, otros adultos, etc.

Necesitamos aclarar que a pesar de este contexto adverso, no nos vemos necesitados a introducir modificaciones esenciales en el ejercicio de nuestra tarea. Puede ser que hoy en día, los niños no jueguen o no dibujen tanto, porque su atención recae en otros intereses, sin embargo seguimos considerando que todo lo que el niño hace durante la sesión, es comunicación de afectos y fantasías que pueden y necesitan ser analizados.

Al mismo tiempo y como algo que parece en alguna medida muy contradictorio con lo que venimos planteando, suele presentarse todavía la duda acerca de si los niños muy pequeños, tienen capacidad para percibir sus propios sentimientos, los de su entorno, pensar o expresarse y esta duda surge de confundir la ausencia de palabras o su uso limitado, con la ausencia de pensamientos y de fantasías. Sabemos que los procesos intelectuales se expresan en acciones antes de poder expresarse en palabras. La comprensión de las palabras antecede a su uso y aún sin usar ninguna palabra, el niño

puede entender gran parte de lo que se le dice o de lo que se habla en su presencia.

El hecho de que los adultos tienen que decidir por el niño, conduce a veces al malentendido de minimizar su capacidad perceptiva y a creer que su comportamiento es básicamente una mimetización de lo que puede captar de su alrededor.

Cuando un bebe nace, desde los primeros momentos tiene gestos, miradas, actitudes absolutamente significativas. En este sentido, afirmamos que podemos analizar a un bebe muy pequeño y si no lo hacemos el impedimento no es debido a la insuficiencia del método, sino a una insuficiencia de criterio cultural.

Que un niño se comporte como alguien que no tiene juicio, no significa que sea incapaz de comprender o que no podamos comprenderlo. Por el contrario, pensamos que los niños tienen una inteligencia amplia, que van perdiendo en aquellos sectores en los que dejan de usarla.

Existe todavía una lamentable costumbre de hablar con ellos como si fueran tontos, lo cual a veces finalmente los transforma en tontos. O se les miente, queriendo creer que no registran las mentiras. El mito de Papa Noel o el de los Reyes Magos, son mentiras tradicional que cuando un niño las descubre inaugura el camino de la desconfianza en sus padres. Crearles ilusiones a los pequeños, estimularles la fantasía de la magia, debilita al Yo en lugar de fortalecerlo.

El tema de las mentiras ejerce en la vida de los niños una importancia fundamental. Cuando se les miente, se los está enfermando y hay niños que para negar lo que le dan testimonio sus sentidos, necesitan atontarse estropeando su desarrollo intelectual.

La falta de dominio sobre la realidad y sobre los propios deseos constituye una frustración importante en la infancia, que muchas veces no es reconocida como tal desde la mirada del adulto. Es una tendencia pensar que los niños no sufren o no se frustran, sin embargo pensamos que son muchas las frustraciones a las que se ven expuestos.

La adecuación al principio de realidad y la tolerancia a la frustración, son condiciones que el niño va afianzando con su crecimiento. La forma en que enfrenta la desilusión de sus expectativas, establecerá un patrón que se repetirá una y otra vez en sus experiencias posteriores.

Los primeros años se caracterizan por una afluencia de emociones internas y estímulos externos que el niño trata de organizar, al mismo tiempo que se siente autor de todas y cada una de las cosas que ocurren. Su psiquismo se caracteriza por una menor represión, por cierta inestabilidad de las defensas y por una mayor permeabilidad conciente-inconciente.

Su yo se va integrando y su vivencia de sentirse único poseedor de los objetos que lo rodea va cambiando y atraviesa por la elaboración de los celos, la envidia, la rivalidad, la culpa y el sentimiento de pérdida de dominio del objeto.

Podríamos decir que la vida anímica del niño se complejiza en dos aspectos, que se influyen mutuamente. Por un lado todos los aprendizajes nuevos que le permite al Yo manejarse más adecuadamente, contemplando su necesidad con las posibilidades y por otro, sus impulsos, sus fantasías inconcientes y las defensas frente a ellos.

Insistimos en que un niño muy pequeño tiene contacto con la realidad, pero no con la realidad del adulto y en este sentido también, tiene una conciencia diferente a la del adulto, lo cual no quiere decir que no tenga una riquísima vida psíquica.

Por el contrario, su particular manera de ser lleva a definirlos como más auténticos, más espontáneos y más directos en sus apreciaciones.

Chiozza L describe las distintas viscitudes afectivas que se exprimentan desde los primeros momentos de la vida. El recién nacido siente que tiene que renunciar al pecho materno, que consideraba propio, comienza a sentirse como “mutilado” en la imagen de si mismo. Esto, afirma, constituye la primera falta y la más importante carencia después del nacimiento, que forma parte de los cimientos del complejo de Edipo y el complejo de castración.

La necesidad de compensar esa primera falta, afirma el autor, suele conducir al deseo de ser protagonista. Cuando la intención de ser protagonista fracasa, surge la necesidad de reconocimiento, que suele llevar a conductas complacientes que son producto del temor al abandono.

Un aspecto importante de destacar es que en la temprana infancia la noción de psíquico y somático, disociación habitual en el adulto, no se presenta en la conciencia del niño como algo tan diferenciado. La disociación entre físico y psíquico, es una adquisición que va incorporando con el crecimiento.

Al malestar que un niño puede sufrir por un dolor abdominal o un padecimiento respiratorio, lo experimenta sin una clara discriminación entre corporal y anímico, quedando implícita la indisoluble relación entre sus trastornos y los correspondientes estados afectivos o significados inconcientes.

Los padres y el entorno

La gratificación que acompaña a la paternidad y a la crianza de los hijos, se desarrolla dentro de una situación compleja, en la que se ponen en juego identificaciones en las que tanto los padres como los hijos aportan lo suyo.

Cuando solemos afirmar que un niño nace sanamente y se enferma en el camino, no lo afirmamos para culpabilizar a los padres en su función o para responsabilizarlos por las dificultades que tiene el hijo, sino que consideramos que con su evolución, el niño va aprendido en un proceso de identificación, por medio del cual se apropia de modos de comportamiento de sus padres u otras personas y tiende a adoptar sus actitudes y valores.

Decimos que los niños captan el deseo inconciente de los adultos y responden a ellos, porque son los deseos inconcientes reprimidos los que tienen más poder que los concientes, no pensamos que un niño sea una imitación o copia fiel de sus padres, sino que en este particular interjuego de identificaciones heredadas y adquiridas, el niño aporta con su propia modalidad.

Solemos afirmar que la enfermedad de un niño funciona como el fusible de un circuito eléctrico y constituye el emergente de conflictos inconcientes

familiares. Y reconocemos que todo síntoma o enfermedad es expresión de distintas fantasías inconcientes, que se desarrollan en el vínculo con las personas del entorno.

Dicho en otras palabras, el niño tiene la capacidad de identificarse con conflctos que forman parte de las identificaciones que han realizado sus propios padres, es decir, se identifica con el tronco común familiar y esto nos permite afirmar que el conflicto que se pone de manifiesto a través de los trastornos en la infancia, constituyen una crisis en la vida del niño y también es una crisis en la vida de sus familiares.

Chiozza, L describe que un niño pequeño, más allá de las ceremonias sacramentales como el bautismo destinadas a liberarlos de un pecado original, nos muestra una alegría, inmune a los sentimientos de culpa, que solemos designar con la palabra “inocencia. Sin embargo, dice, pronto se introducen en su vida la malicia y la vergüenza.

El autor plantea que nacemos con una disposición a establecer un vínculo filialmaterno colmado de significancia y que en ese vínculo se realiza la impronta que deja huellas indelebles en el carácter. En los primeros vínculos, afirma, no solo se aprende cómo hacer algunas cosas, sino que ante todo se aprende qué cosas se deben o no se deben hacer y más aún que cosas se deben o no se deben desear, configurando de este modo nuestros ideales y nuestra imagen del mundo.

Partimos de la idea que el niño recibe una influencia por la cual desarrolla sentimientos, como por ejemplo la culpa conciente, generando lo que llamamos “influencia del medio”, que opera como un contagio de estilo.

Los dramas que sufrimos en el alma, sostiene Chiozza, pueden ser contemplados como una perturbación más extensa, radicada en el conjunto de almas que conviven, conformando el espíritu de una existencia colectiva.

A veces el niño se inserta en un ambiente en el que reinan dos modelos familiares (vivan o no los padres, sean biológicos o adoptivos) y conciliar estos modelos, se convierte en una verdadera hazaña para su crecimiento.

Son muchas y variadas las vicisitudes afectivas que se entrecruzan en el vínculo paterno filial y así vemos que cuando nace un hijo él se convierte en el protagonista de la historia y cuando esto va acompañado del sentimiento de los padres de no haber sido protagonistas en sus propias vidas, en sus propias infancias, esto los impulsa a evitarles, exageradamente, el sufrimiento y a colocarlos en el centro de la escena. Todas estas vivencias puede traer aparejado en los padres una envidia inconciente por el hijo, que se introduce y se manifiesta de una u otra manera en el vinculo.

Y es así, que también somos espectadores de como el amor hacia los hijos muchas veces va acompañado de resentimiento, no solo porque los hijos reciben aquello que los padres sienten no haber recibido, sino también porque experimentan que con sus dificultades los hijos muestran o exhiben sus propias imperfecciones o debilidades.

Gustavo Chiozza suele destacar que en la función parental muchas veces encontramos un abuso de poder. Dice que a veces podemos obligar a un hijo a cumplir el rol de tonto para que podamos sentirnos inteligentes u obligarlos a sentirse culpables de cosas que ni siquiera comprenden, para que nos podamos sentir inocentes.

No es inusual que los niños no se sientan aceptados o queridos por lo que son, sino por lo que deberán ser o por lo que se sienten obligados a ser, que presientan que tienen que acomodarse a todo.

Es frecuente que sientan que tienen que acomodarse a “todo”, aunque también es cierto que cuando perciben a sus padres ambivalentes, traten de ser ellos quienes se imponen y dominan con actitudes difíciles de manejar.

En el tratamiento psicoanalítico, muchas veces se introduce el obstáculo de que los pacientes pueden experimentar la aceptación de la intervención psicoanalítica, como una traición familiar, que puede afectar a sus padres y que puede constituir una amenaza de pérdida del amor parental.

La experiencia nos muestra que concluida la sesión analítica, el niño regresa a una situación familiar que a veces es muy conflictiva y que no le ofrece el apoyo que requiere para analizarse. Aunque no deconocemos que las resistencias de los padres tienen su equivalente en las resistencias del niño y

que él es alguien activo para movilizar sus propias resistencias y las de su familia, también sabemos que es preciso contar con un entorno que tenga confianza o convicción en el método analítico, para que el niño pueda hacer suyos los cambios que va realizando durante el proceso.

Cuando un niño percibe que su tratamiento puede despertar algún tipo de malestar en los padres, opta por minimizar la importancia que el análisis tiene para él.

Recordamos el caso de un paciente de siete años, que mostraba un genuino interés durante sus sesiones y con la mejoría de sus síntomas reflejaba que se sentía bien comprendido. Sin embargo esto contrastaba con la actitud que tenía cuando salía del consultorio y se abrazaba a su madre diciéndole que durante la sesión se había aburrido mucho. Pudimos comprender que de esa manera intentaba defender su espacio analítico, tratando de evitar los celos de la madre, por el vínculo que tenía con la analista y que podría poner en peligro la continuidad de su tratamiento.

Sabemos que la mejoría de un niño genera alivio a los padres, porque disminuyen sus sentimientos de culpa, pero también que esa mejoría muchas veces desestabiliza el ámbito familiar y no es poco frecuente que los retiren del tratamiento, teniendo el mismo niño, pocas posibilidades de defender el mismo.

Labor terapéutica

Una particularidad de la técnica que distingue el tratamiento con niños es que son los padres quienes, movilizados por las dificultades del hijo, que consideramos constituyen en sí mismas un pedido de ayuda y en algunas ocasiones por una solicitud manifiesta del paciente, quienes establecen el contacto inicial con el analista, deciden o no la iniciación de su tratamiento y se hacen responsables de asumir el contrato analítico.

La pregunta acerca de si es posible analizar a un niño prescindiendo de la participación activa de los padres, conlleva aceptar que la tarea en si misma es factible, porque el trabajo analítico consiste en la comprensión de la transferencia-contratransferencia que se desarrolla entre paciente y analista y en el reconocimiento del vínculo que se establece entre ambos, aunque

también nos vemos necesitados de reconocer, que la presencia real de los padres, tanto en una entrevista inicial como durante el tratamiento, forma parte de una necesidad, dado que son ellos quienes pueden asumir el compromiso adulto y desde este punto de vista están estrechamente involucrados.

Otro interrogante habitual, recae sobre cómo incluímos en el análisis del niño los datos brindados por los padres?

Entendemos que la información recibida enmarca la infancia del paciente y constituye parte de los "mitos familiares" y en ese sentido las interpretamos como símbolos de contenidos inconcientes, compartidos por el niño y su familia. Es decir, lo esencial no son los datos que los padres aportan, sino lo importante es la interpretación que logramos hacer de esos datos, a partir del encuentro con los significados.

Chiozza, L. sostiene que para intervenir psicoanalíticamente sobre un modo de ser, no se trata de interpretar una presunta realidad cronológica, sino que es necesario interpretar el material como si se tratara de un sueño o una fábula, que alude a una fantasía inconciente atemporal y perpetua, que se repite en el acto de la convivencia presente. Es ese acto el objeto de nuestro análisis y en este sentido trasciende la edad que pueda tener el paciente.

Agregamos que si el niño desde muy temprano, tiene conciencia de enfermedad y fantasías acerca de su curación, también puede asumir la "responsabilidad" de su tratamiento. Entendiendo por responsabilidad el grado de colaboración que puede prestar al proceso analítico.

Por eso es que destacamos que cuando analizamos a un niño, nuestro punto de acceso es él y es a él a quien vamos a analizar, entendiendo al mismo tiempo que transferirá sobre la figura del analista las mociones afectivas de su vida. Cuando interpretamos al niño, del mismo modo que cuando interpretamos a un paciente adulto, todo lo que se oponga al análisis lo consideramos como producto de una resistencia.

Sabemos que a medida que los niños crecen y aumenta su capacidad para aportar representaciones propias y contar su propia historia, la

perentoriedad con que necesitamos las representaciones aportadas por los padres disminuye.

Klein pensaba que era posible trabajar psicoanalíticamente con el niño y que no debía contarse con la ayuda de los padres, ni alterar la educación en el hogar, pues solo su mejoría podría condicionar cambios en el medio familiar.

También Aberastury afirmaba que sobre la base de la necesaria dependencia infantil, existe una fuerte tendencia a considerar al niño como un mero objeto en el grupo familiar y no como una parte activa de él. Mencionó que las distintas orientaciones del psicoanálisis parecían ocuparse más de los padres que del niño, rompiendo así la íntima alianza terapéutica con el paciente y el encuadre.

Esta autora convencida de que la modalidad de dar consejos a los padres, que había ensayado en sus primeras épocas, era inoperante y muchas veces agravante, continua con la orientación de mantener con los padres las entrevistas que resulten indispensables, sin tratar de influir sobre su conducta habitual.

Sin embargo, como terapeutas, nos encontramos con algunas dificultades cuando los padres piden o esperan un relato acerca de lo que sucede durante las sesiones. Generalmente, ellos se sientan tironeados entre la necesidad y el deseo de que su hijo reciba ayuda psicoterapéutica y al mismo tiempo apenados, por no ser ellos quienes puedan ayudarlo. Se ponen en juego diferentes vivencias, sentimientos de fracaso, culpa, humillación e injuria narcisista, temor a ser juzgados, etc.

Es cierto que las entrevistas con los padres, en las ocasiones en que es necesario realizarlas, ofrece al analista una vivencia muy particular que es ver a la pareja como si fuera a través de los ojos del niño, dado que él tiene una relación con cada uno de los progenitores y una relación con el interjuego de ambos, pero nuestra tarea consiste fundamentalmente, en la comprensión de la relación que el niño de entrada establece con el analista.

Queremos destacar especialmente que los analistas no somos consejeros ni orientadores de padres, sino que el trabajo analítico consiste exclusivamente en comprender aquello que se despliega en el vínculo transferencial-

contratransferencial, que a su vez revela el estilo con que el paciente, aún siendo muy pequeño, aprendió a enfrentar su vida. Sin embargo, también necesitamos aclarar que como toda regla hay excepciones y que cuando se presentan situaciones que consideramos de riesgo para el niño, en algunas ocasiones necesitamos intervenir.

Tampoco formulamos diagnósticos clínicos, dado que partimos de la concepción de que todo síntoma, enfermedad, conducta o accidente, lo contemplamos como expresión de fantasías inconcientes reprimidas y en ese sentido la diferencia entre formular un diagnóstico y el tratamiento se desdibuja.

Nos parece que la necesidad de recibir un diagnóstico clínico esta movilizada, por el deseo inconciente de sostener la irresponsabilidad tanto de los padres como de los niños en aquello que les está sucediendo y quedar colocados en condiciones de damnificados a quienes hay que reparar. Sabemos que la obtención de un diagnóstico puede ir acompañado de un beneficio secundario que puede traer aparejado consecuencias importantes, como por ejemplo la administración de medicamentos, que a veces no son inocuos y conducen a un deterioro irreversible.

En algunas oportunidades nos cuestionan respecto a que si un niño tiene poca historia de vida transcurrida, cómo puede tener conflictos y además ser analizado?

Los niños nacen con disposiciones inconcientes, que van desarrollando con su crecimiento, así como sucede por ejemplo cuando van adquiriendo la capacidad para avergonzarse, que no experimentan en su más temprana infancia.

Freud asumió que desde un comienzo el conflicto está presente en la vida psíquica del niño. Señaló que las ansiedades que sufre el niño desde su nacimiento surgen no solo del hecho de que el mundo puede parecerle hostil e inhóspito, sino que junto con sus tendencias de amor sufre por sus tendencias destructivas. Remarcó que el conflicto está presente en la vida psíquica del niño y que para salvaguardarse desarrolla mecanismos de defensa que cumplen con el objetivo de escapar del sentimiento de angustia.

Los desarrollos de Chiozza, L. acerca del psiquismo pre-natal y las fijaciones tempranas, conducen a plantear que la represión está presente desde el comienzo mismo de la vida y permite suponer que una división fundante del aparato psíquico, tuvo lugar en esos momentos originarios. La existencia de un psiquismo temprano y de una trama edípica pre-natal, nos permite pensar en la presencia de disposiciones afectivas, previas aún al nacimiento, que anteceden a las que se instalaran durante los primeros años de la infancia.

El autor afirma que un niño, como todo ser humano tiene procedimientos efectivos dentro de la salud y procedimientos alternativos, que buscan ser efectivos dentro de la enfermedad. Es decir, cuando no puede resolver sus conflictos en salud, los resuelve en enfermedad.

En este sentido, sostenemos que a partir de sus primeros momentos, el niño tropieza con dificultades y puede tener perturbaciones. En cada momento de cambio irá adquiriendo posibilidades específicas y tendrá diferentes reacciones que derivarán o no en perturbaciones del crecimiento.

El tratamiento psicoanalítico conduce a hacer conciente aspectos del carácter, que ocasionan sufrimiento e impiden un buen desarrollo. Es decir, se ocupa de comprender el significado de aquellos hábitos que conforman el carácter.

Pensamos que los niños van conformando su carácter y que a partir de los dos años, período coincidente con el control de esfínteres se pone de manifiesto su necesidad de manifestasr cierta autonomía en sus actos y entre los cinco o seis años, período asociado al ingreso en la etapa escolar, su carácter se va consolidando.

Si bien no tiene la posibilidad de decidir sobre su propia vida, como elegir por ejemplo quien será su pediatra, puede decidir acerca de la construcción de su carácter. Decidir si se identifica con una modalidad melancólica, maníaca o paranoica y de qué manera aprende a enfrentar duelos.

Qué hacemos cuando psicoanalizamos a un niño?

Sabemos que durante el proceso analítico, el niño, no sólo establece de manera inmediata una transferencia positiva y negativa con el analista y una

neurosis de transferencia, sino que es capaz de mostrar desde un primer momento su fantasía inconciente de enfermedad, así como su fantasía de curación.

Las características de su juego, el modo como juega, la razón por la cual deja de jugar y dibuja o modela o recorta, todos son hechos que tienen un sentido y tienen el valor de asociaciones, así como también los comentarios que acompañan su actividad.

Ya dijimos que en el proceso de análisis el paciente revive sus modos habituales de sentir, hacer y pensar. Todo lo que hace y dice durante la sesión, oculta y revela conflictos que surgen al modo de una denuncia de afectos reprimidos que esperan poder ser odios.

Viene al análisis para repetir y también para cambiar. El analista con su presencia y sus interpretaciones se convierte en un nuevo modelo de identificación. El cambio transferencial, puede lograrse no solo por la posibilidad de hacer conciente la transferencia, sino por la experiencia emocional que se le brinda al paciente, por medio de la intervención del analista como personaje inesperado.

Solemos decir que no solamente trabajamos con lo que el paciente dice, trabajamos con lo que dice, cómo lo dice, con los gestos que hace, con sus síntomas y fundamentalmente con la posibilidad de hacer conciente nuestra contratransferencia. Frente a un niño, así como sucede con un paciente adulto, nos preguntamos por qué está expresando esto aquí, ahora y a mi?.

El material de la sesión constituye un relato y nuestra tarea consiste en encontrar significados y el significado lo da el afecto y ese afecto se puede expresar en las palabras que se usan, en el tono de voz o en la expresión de una mirada.

Hay niños que dibujan más de lo que juegan, posiblemente una de las explicaciones es porque encuentran en ese modo de expresión la posibilidad de mostrar su capacidad reparatoria y eso los tranquiliza.

De nuestra experiencia concluimos que es beneficioso que el analista, en la medida de lo posible, intente establecer con él paciente un diálogo verbal,

que estimule ese tipo de comunicación. El hecho de que paciente y analista se expresen en diferentes lenguajes, uno hablando y otro predominantemente jugando, no representa un impedimento para la tarea, ya que ambas expresiones aluden a un significado inconciente común.

Las interpretaciones formuladas en el lenguaje de la vida, adquieren una importancia especial. Un lenguaje que forma parte de lo cotidiano, adecuado a la edad del niño, a partir de la coincidencia de intereses que facilita la comunicación. Solemos decir que cuando comprendemos al paciente, podemos expresar la interpretación en el lenguaje adecuado.

Por eso es tan importante en nuestra tarea lograr la identificación concordante más ajustada, a partir de la empatía que haga posible reconocer la intención, la motivación o los deseos del paciente, reconociendo a su vez su nivel de pensamiento y la particular estructuración de su aparato psíquico.

Sabemos que así como el niño expresa con menos deformación sus fantasías inconcientes, es decir engaña menos, también se engaña menos, percibe y responde más directamente a las emociones inconcientes. Por eso también observamos que el niño frecuentemente tiene una capacidad de recuperación importante, excepto que sean niños muy graves.

Gustavo Chiozza en un trabajo acerca de la función parental en la formación y en el análisis del carácter, introduce paralelos entre la función de los padres en la crianza de los hijos y la función del psicoanalista en el análisis de los pacientes. Describe entre las funciones parentales las de protección y reparación. Afirma que si bien ambas intervienen en la crianza de los hijos advierte como la protección puede ir en desmedro de un adecuada preparación. En este sentido compara la tarea del analista con la función parental, porque el paciente proyecta sobre el analista a las figuras parentales. De modo que si el psicoanálisis se propone ayudar al paciente a un mejor enfrentamiento con la realidad, podemos decir que la función del analista es equiparable a la función paternal de preparar. Sin embargo se enfrenta con las resistencias del paciente que busca que el analista le ahorre el enfrentamiento con la realidad y en cambio, le de todo hecho, todo lo que necesita para poner fin a su frustración y que ademas le prometa que nada malo le volverá a pasar.

Los niños, aún siendo muy pequeños quieren comprender por qué tienen trastornos o por qué se enferman. Quieren y necesitan que les den otra significación a su padecer y entienden que la sesión es un espacio en el que pueden comunicar aquello que les preocupa y por lo que sufren. En el mismo sentido queremos destacar que no es frecuente en la experiencia clínica que un niño se oponga a la frecuencia de sesiones o manifieste su disconformidad para concurrir.

Una niña pequeña con una delicada habilidad manual, confeccionó un abanico de papel y coloreó uno de sus lados con bonitos e intensos colores y exhibiéndolo a la analista dijo, de este lado (refiriéndose al lado pintado) se ve de una forma y de este otro, dando vuelta el abánico "aca" dijo, se ve de otra, expresando de este modo su clara vivencia de que en el espacio analítico, se conversa sobre cuestiones que van más allá de las apariencias.

Muchas veces decimos que los niños no toleran fácilmente un pacto resistencial en el cual no se los analice. Y también decimos que las interpretaciones adecuadas son generalmente aceptadas.

Existe la duda referida a cómo el analista adulto, que ya ha vivido su infancia, puede identificarse concordantemente con un niño? Si el análisis se realiza siempre en una coincidencia de los puntos de urgencia entre paciente y analista, cómo se logra la identificación concordante entre personas que pertenecen a diferentes generaciones?.

La respuesta la encontramos en aquello que destaca Chiozza, L cuando plantea que la posibilidad de comprender está dada por la universalidad de los temas. El paciente vive de un modo propio particular los dramas cuyos temas son universales. A partir de esta universalidad de los temas puede recuperar la identificación concordante y la simpatía que surge de una comprensión más profunda.

El autor sostiene, referido al tratamiento de adultos, pero que lo podemos hacer extensivo al de los niños, que algunos de los temas contenidos en los dramas que los pacientes viven, como los celos, la rivalidad, el protagonismo, la vergüenza, etc. el analista puede comprenderlos porque son los mismos temas contenidos en los dramas que al analista como a todo ser humano le han ocurrido, le ocurren o tal vez le ocurrirán.

Suelen pedirnos a los analistas que atendemos niños que relatemos un caso clínico y en ese sentido, así como sucede con cualquier otro relato, nos encontramos con el inconveniente de que los ejemplos son un recorte, una versión personal, que no coincide exactamente con aquello que se escenifica y se vive durante una sesión. Sin embargo, a los fines de poder ilustrar algo de lo que hacemos cuando psicoanalizamos a un niño voy a relatar un par de viñetas clínicas.

Viñeta clínica

Ernesto propone jugar a que él es un hipnotizador. Explica a la analista que ella tiene que ser la hipnotizada y que tiene que cumplir sus órdenes.

Cuando ella le pregunta qué tiene que hacer, responde: “que me alcances cosas”. Cuando le pregunta cómo tiene que estar, contesta “contenta”.

Ernesto hace gestos con las manos delante de la analista. El se pone de pie y ambos quedan enfrentados. Mueve sus manos para ejercer una actitud sugestiva mientras dice: “tu serás mi esclava, harás todo lo que yo te diga”. Intenta chasquear los dedos y no puede. Dice: “no importa, te hipnotice igual”. La analista queda inmóvil en su papel de hipnotizada y Ernesto sonríe con placer. Ordena: dame ese lápiz, dame el libro verde, dame la goma” y sus pedidos son respondidos. Junta todos los objetos y habla cada vez con mayor tono imperativo, casi gritando. Luego intenta chasquear los dedos nuevamente, pero no los puede hacer sonar, al final dice: “no importa, ya te despertaste, eh?. Cuando la analista se mueve, el agrega: “quién puso todo esto acá? Señalando los objetos.

Interpretamos algunos de los contenidos inconcientes que Ernesto nos comunica a través de su juego.

Espera que la analista desde la vivencia de hipnotizada, comprenda su padecimiento. Siente que sus deseos y sus sentimientos no son tenidos en cuenta y que en cambio se ve obligado a obedecer y a mostrarse contento.

La actitud dominante y segura que despliega como hipnotizador, oculta la angustia que tiene cuando se siente inseguro y manejado

Crea un mundo en el que los deseos se transforman en órdenes que se cumplen sin postergación. Expresa de esa forma la incapacidad que siente para enfrentar frustraciones y sus deseos de lograr lo que quiere rápido y facilmente.

Con el pedido de que la analista le alcance cosas y se muestre contenta, expresa sus deseos de acercamiento edípico y sus deseos que la analista como la madre estén contentas con él.

Con la dificultad para chasquear los dedos, muestra la imposibilidad que siente para lograr lo que necesita y para defenderse.

Hipnotiza a la analista para que ella no pueda interpretar. Teme que las interpretaciones sean un impacto que él no pueda soportar. En el vínculo transferencial le hace vivir el temor y la debilidad que él experimenta.

Cuando le pregunta a la analista “quien puso todo esto acá”? necesita declamar su inocencia, se siente culpable por sus deseos.

El juego del hipnotizador le permite proyectar su vivencia de sometimiento y experimentar el placer del dominio.

El analista se presta para que el paciente en su vinculo con el reviva, es decir, re-presente sus modos habituales de sentir, de hacer y de pensar (Chiozza)

Viñeta clinica

Sebastian tiene cuatro años y lo traen al análisis porque tiene serias dificultades en la comunicación, pronuncia pocas palabras y cuando lo hace no están relacionadas con lo que esta haciendo,está detenido en su aprendizaje y sociabilización. Se lo ve como a un niño desconectado, como encerrado en su propio mundo. Pronuncia algunas palabras, y cuando lo hace no están relacionadas con lo que esta haciendo.

En una sesión se acuesta en el diván en sentido inverso, o sea enfrentado a la mirada de la analista y con su cuerpo girado hacia la pared. Comienza a golpearla, durante largos minutos como si la quisiera correr o empujar, con la

palma de su mano abierta. La analista experimenta angustia e impotencia y piensa que el paciente muestra que se encuentra frente a algo que no puede traspasar. Le interpreta que el se siente mal, porque quiere entender qué le pasa y quiere que lo entiendan mejor y poder hablar. Que siente que entre él y los otros existe como un muro de incomunicación que no puede desarmar, que no puede hacer desaparecer.

El paciente se incorpora y se sienta rápidamente y pronuncia la palabra corazón. La analista experimenta una conmoción contratransferencial intensa, siente que con la palabra elegida, el paciente ofrece una respuesta de contenidos reprimidos. Le interpreta que cuando él se aisla, con su encierro, se siente muy solo, pero que prefiere hacer de esa manera, porque así crea un mundo imaginario en el le parece que se aleja de los sufrimientos y las frustraciones, no quiere tener miedo, ni experimentar dolor. (Que no le duela el corazón)

El paciente se baja del diván y comienza a correr en una dirección y en otra acercándose y alejándose. La analista piensa que por un lado el paciente puso sus pies en el piso y que eso parece ser un símbolo de sus deseos de entrar en contacto con la realidad. Con sus movimientos hacia un lado y hacia el otro del consultorio, muestra su ambivalencia entre sus deseos de acercamiento y sus temores que lo llevan a alejarse.

Luego se acerca a su canasta de juegos, saca una hoja y unos crayones y tomando la mano de la analista, le indica que tome la suya y lo guie para que juntos puedan dibujar un papá primero y luego una mamá. Son muchas las interpretaciones que podríamos hacer con respecto a esta solicitud, pero sobresale en esta sesión que con el dibujo de los padres expresa su fantasía de curación. Es decir, muestra la importancia y la necesidad que tiene de un mejor contacto con ellos y de ellos con él, que lo ayuden con su crecimiento y sus dificultades, así como también refleja su percepción de que la incomunicación es parte de una dificultad familiar.

Por último, concluyendo con el tema del psicoanálisis de niños, queremos decir que cuando los niños desarrollan sus posibilidades comunicativas, mantienen un canal abierto que les facilita el cambio y el crecimiento. Pensamos que todo niño sale beneficiado de un análisis, aun cuando los trastornos no sean aparentes ni graves. Consideramos que como analistas,

estamos en condiciones de ejercer una influencia radical sobre su desarrollo, no solo para que puedan transitar en mejores condiciones su infancia, sino también por su valor profiláctico.

La reparación de la infancia, así como la reparación que experimenta el terapeuta, ejerciendo su función, nos lleva a sentir y a pensar que el psicoanálisis de niños es una actividad justificada y plena de sentido.

Conferencia: “Entre padres e hijos”

En su libro *Las cosas de la vida* Chiozza L. dedica un capitulo a la relación entre padres e hijos y desarrolla aspectos importantes que hoy quiero traerles, junto con algunos comentarios y reflexiones, para poder conversar con Uds.

Sabemos que solemos experimentar la llegada de un hijo como una de las experiencias emocionales más profundas de la vida, fuente de intensas gratificaciones, que al mismo tiempo nos permite sentir que nos prolongamos en él, dándole sentido y trascendencia a nuestra propia existencia. Sin embargo, también somos partícipes y espectadores de las grandes dificultades que suelen presentarse en el vínculo entre padres e hijos, el desencuentro y el padecer que la mayoría de las veces esto conlleva.

En primer lugar, queremos mencionar que no concebimos una relación en la que no haya dificultades, porque en todos los ligámenes humanos se movilizan afectos diferentes, se mezclan en distinta proporción sentimientos opuestos, como sucede por ejemplo con el inevitable interjuego entre el amor y el odio.

Tampoco partimos de la idea de que existe una relación entre padres e hijos que podamos describir como que “está bien” o que “está mal”. Todo vínculo es el resultado de un proceso evolutivo natural, en el que se van desplegando distintas vicisitudes. También las problemáticas que surgen tienen su propia historia y sus particularidades de acuerdo a la edad, porque no es lo mismo criar a un niño pequeño que acompañar el crecimiento de un adolescente. Nos interesa entonces profundizar en por qué en algunas circunstancias las dificultades toman características tales que perturban seriamente el contacto entre padres e hijos y anticipan desencuentros futuros.

Compartimos las palabras de Chiozza, L. cuando afirma que entre padres e hijos debe ocurrir casi todo lo que se hace con la vida, y en ese casi todo está implícito también discrepar y pelear, y que no se trata de evitar la pelea, sino de considerarla en serio y no incurrir en la negación de su importancia.

También es importante reconocer que en la infancia se prepara el conjunto completo de los modos en que transcurrirá la relación entre padres e hijos.

En su libro *Para qué y para quien vivimos* Chiozza L acentúa de manera conmovedora, que no debemos minimizar el significado de la expresión "amor contrariado", porque una cuota de tal contrariedad subsiste siempre en las relaciones en donde el amor florece en sus mejores formas. En nuestra relación con los seres que amamos, dice, sucede con frecuencia la dolorosa "paradoja" de que los dañamos y nos dañan. No es extraño, afirma, que el enojo y el odio se presenten en las relaciones con las personas que más nos importan, al punto que nos conduce a negar el amor que nos une a ellas.

Es por eso que consideramos fundamental destacar que aquello a lo que le quitamos importancia, aquellas situaciones que minimizamos, las molestias, las desavenencias en el vínculo paterno-filial, aquello que tratamos de apartar de nuestra conciencia porque es doloroso o difícil enfrentar, suele retornar y puede hacerlo bajo diferentes manifestaciones, afectando el transcurso de la vida.

Freud descubrió el complejo de Edipo después de la muerte de su padre e inició su autoanálisis, el análisis y la interpretación de sus propios sueños, y llegó a la conclusión de que en todas las personas se repetía una constelación afectiva semejante a la que narra el mito. Señala que dado que preferimos vivir en la ignorancia de deseos y fantasías que contrarian nuestra moral, la represión y los mecanismos de defensa inhiben nuestros impulsos edípicos tanto en su forma positiva como negativa.

En términos breves y esenciales, se trata del deseo de tener la preferencia y el amor exclusivo del progenitor del sexo opuesto y de la rivalidad y la enemistad con el progenitor del mismo sexo. Del vinculo de amor y odio con los primeros y mas importantes objetos en la vida del niño, un vinculo que compromete afectos que entrañan sufrimiento, como los sentimientos de rivalidad, de celos, de envidia y de culpa. Una constelación afectiva tan fundamental que lleva a Freud a afirmar que el complejo de Edipo es el complejo nodular de todas las neurosis.

Para subrayar la fuerza e intensidad de estos sentimientos que muchas veces “actuan en la sombra” , y que nos “habitan” en todas las epocas de la vida, Chiozza L suele describirlos como los “cuatro gigantes del alma”.

Son afectos que dificultan toda convivencia, y que “renacen” con cada niño que inaugura la relación con sus padres. Son numerosos los ejemplos que podemos citar, como cuando los hijos movidos por sus conflictos edípicos, no toleran los celos frente a la pareja de los padres unidos y generan discordias familiares, o cuando los padres, actualizando sus propios traumas edípicos, a veces se empeñan en enemistar al hijo y alejarlo del otro progenitor, tratando de eludir la penosa vivencia de celos y de carencia del amor exclusivo.

La conocida problemática de quien anhela el protagonismo y el reconocimiento de los objetos significativos, pasa a ocupar en los vínculos paterno-filiales un lugar trascendental.

En nuestro entorno, Chiozza L. se ocupó de esclarecer que la rivalidad del hijo con el padre y de la hija con la madre, propia del complejo de Edipo, es un malentendido, porque en realidad padres e hijos , como sucede con el elefante y la ballena, pertenecen a territorios distintos donde no hay competencia posible.

A partir de este malentendido, se instala en el hijo la idea de un falso privilegio del padre, de acuerdo con la creencia de que el padre hace con la madre lo que él no puede hacer, cuando en realidad el padre no tiene tal privilegio, porque tampoco él pudo hacer con su madre lo que deseaba. Tambien los padres atrapados por la rivalidad y los celos pueden sentir que sus hijos gozan de prerrogativas que ellos no tienen. Ante el nacimiento de un hijo, el padre puede sentirse solo y excluido de la íntima conexión que su hijo tiene con su mujer, negando que él vivió una experiencia semejante en ocasión de su propio nacimiento.

Chiozza L. señala que el primer contacto que se tiene con un hijo es siempre una idea que precede al deseo asumido de engendrarlo. Aclara que se trata de una idea que surge ya en la infancia tanto de las niñas como de los varones. En ese sentido la palabra “concebir”, aclara, refiere claramente a

ese proceso previo por el cual el hijo existe en la mente de sus progenitores, antes de su existencia.

Una de las primeras paradojas con las que nos encontramos, es que si bien un hijo inicia una nueva historia que constituye, como decimos, el cumplimiento de un deseo anhelado, también puede ir acompañado de sentimientos penosos como el dolor de dejar de ser hijos para convertirse en padres, o el temor a no poder estar a la altura o de no poder hacer frente a las tareas y la responsabilidad que esa nueva situación impone. Tal vez la importante disminución de la natalidad, en muchos países del mundo refleja, entre otros aspectos, la resistencia a asumir el compromiso que tener y criar un hijo significa.

Ya desde un comienzo el deseo de procrear no siempre esta sostenido por motivos que podemos llamar saludables. Como padres podemos desear un hijo con el fin de que satisfaga las ambiciones que no hemos podido realizar, que consolide la unión matrimonial o que se constituya en una compañía que atempere los sentimientos de soledad y compense carencias afectivas. Es conocido el ejemplo que menciona Freud, cuando describe que los padres muchas veces, aspiran concretar sus propios ideales en el hijo, como un intento de restituir el narcisismo herido y lo consideran o lo tratan como a "His Majesty the baby", con sus predecibles consecuencias.

Asi como los deseos de los padres hacia los hijos no estan exentos de ambivalencia, los deseos de los hijos hacia los padres, como antes mencionamos, tampoco lo están. Así, por ejemplo, cuando la ambivalencia en el vínculo es intensa, el sentimiento de envidia puede llevar a que un hijo renuncie a la identificación con el padre por temor a dañarlo, como resultado de la fantasía edipica de triunfar y destruir a su rival.

Frecuentemente hablamos del nacimiento y la crianza de los hijos como si los adultos tuviéramos cierto dominio sobre su existencia. La expresión "tener un hijo" denota una ilusión de posesión y si bien los hijos son las personas que más se parecen a los padres, son "otros", que traen desde los primeros momentos de la vida su propia constitución, que luego van a ir desarrollando en el entretejido de la trama familiar.

Cuando un hijo es pequeño, generalmente se convierte en el protagonista de la historia y cuando esto va acompañado del sentimiento de los padres de no haber sido protagonistas en sus propias vidas, en sus propias infancias, suelen tratar de evitarles, exageradamente, toda posibilidad de sufrimiento y a colocarlos en el centro de la escena.

En las ocasiones en que los padres sienten que le dan a los hijos aquello que ellos mismos no tuvieron, como la atención, el cuidado o el bienestar material, por un lado eso los complace y es ubicuo el comentario: "no voy a ser como mi padre o como mi madre fueron conmigo", pero por otro, los lleva a experimentar cierto resentimiento al sentir que el hijo recibe aquello que él nunca tuvo y que siente que ya no puede tener.

Estas vivencias pueden traer aparejadas un sentimiento de envidia inconciente, que se introduce y se manifiesta de diferentes maneras en la relación. Y esta situación se complejiza aún más cuando se le da al hijo aquello que el hijo no necesita o no quiere. Puede experimentar entonces que lo que le dan excede sus propios méritos o que tiene que retribuir por todo lo que recibe y sus sentimientos concientes o inconcientes de culpa suelen aumentar.

Se trata de sentimientos de culpa que, a veces, adquieren un dramatismo especial cuando los hijos experimentan que los padres se "desviven" o como se dice comúnmente "dan la vida por ellos". En el trasfondo de esta actitud suele estar la necesidad de proyectar en el hijo las propias insuficiencias e inseguridades , que impide una adecuada discriminación de sus necesidades.

En este sentido la sobreprotección, como una modalidad reactiva, constituye en si misma un modo de abandono. Sabemos que sobre proteger no implica ejercer un cuidado adecuado, ya que en lugar de preparar al hijo para la vida, ayudándolo a enfrentar las exigencias y las frustraciones que la realidad impone, lo debilita y disminuye la confianza en si mismo.

Chiozza G., cuando se ocupa de describir las complejidades propias del ejercicio de la función parental, señala que muchas veces nos encontramos con un abuso de poder. Entre otros ejemplos expresa que a veces podemos necesitar que un hijo a cumpla el rol de tonto, para que podamos sentirnos

inteligentes o hacerlos sentirse culpables de cosas que ni siquiera comprenden, para que nos podamos sentir inocentes.

En todo desencuentro, entre padres e hijos, hermanos, parejas, amigos u otros, es frecuente que surja el planteo acerca de quien tiene la culpa frente a las dificultades o los inconvenientes. Concentrar la atención en saber quien tiene el mayor compromiso, más allá de que alguno de los implicados pueda tenerlo, es una actitud generalmente motivada por la necesidad de liberarse de este sentimiento penoso.

Reclamar, reprochar o "echar la culpa", es un proceder frecuente. Los padres pueden sentir y reprochar que dan más de lo que reciben y los hijos pueden sentir y reprochar que no se reconocen sus esfuerzos. Y no es poco habitual, que cada uno por su lado, experimente algún grado de resentimiento, alimentando la fantasía de ser acreedor, como un modo de atemperar el propio sentimiento de "estar en falta", de haberse equivocado o de no haber hecho lo suficiente.

Por este motivo y para poder perpetuar la proyección de sentimientos de culpa, que a veces se tornan intolerables, se sostienen durante largos períodos enojos y resentimientos, que llevan a importantes distanciamientos familiares, sin que esto aporte mayor alivio sino que por el contrario tiende a acrecentar el sufrimiento.
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Modifique hasta aca
De esta manera, consideramos la importancia de poder asumir la propia responsabilidad en los acontecimientos de la vida, aunque también es importante que destaquemos que cuando se trata de hijos pequeños y dada su condición de dependencia, la mayor responsabilidad recae sobre el adulto, aunque sabemos que los hijos influyen activamente en el ámbito familiar.

Muchas veces los requerimientos entre padres e hijos, exceden las posibilidades mutuas. No solo los padres aspiran a tener hijos logrados y exitosos, sino que los hijos también depositan en sus padres grandes ilusiones y poco a poco en el transcurso de la vida, ambos se van enfrentando con la frustración de esas expectativas.

La frustración y la dificultad para duelar las aspiraciones ideales ocasionan una decepción que, como generalmente es inconciente, se manifiestan de diferentes modos constituyendo serios malentendidos. Y es así como muchas veces los padres no ven al hijo que tienen con sus "verdaderas" posibilidades, sino al que desean tener y los hijos no ven a sus "verdaderos" padres con sus alcances, sino a los que desean tener.

Es ejemplificador el caso que relata Freud en 1913, de una paciente que en su infancia al pedírsele que trazara a pulso una circunferencia, la realiza con compás, no admitiendo su engaño. Su padre, excelente dibujante, había despertado en ella un intenso cariño y admiración. La niña al descubrir que éste no poseía la grandeza que ella deseaba, debido a sus dificultades económicas y a su escaso poder, no puede aceptar tal disminución de su ideal, y trata de demostrar a través de ella misma las excelentes dotes de su padre.

Cuando Freud se ocupó de analizar la fantasías tan habituales en los niños de ser hijos adoptivos, sostuvo que esa fantasía se construia a partir del deseo de que otros padres, más valiosos que los suyos, sean los verdaderos padres. Aunque también destacó, más adelante, que dicha fantasía encubre el amor y la valoración por los propios.

Y forma parte de este conflicto, que en alguna medida es inevitable, que tanto los padres como los hijos no se sientan aceptados o queridos por lo que son, sino por lo que deberán ser o por lo que se sienten obligados a ser, impulsados por la necesidad de recibir el amor y el reconocimiento que necesitan. Y esto adquiere una complejidad mayor cuando la necesidad de ser querido es confundida con el sentimiento de que el único amor verdadero, el que vale la pena, es el que lo coloca en prioridad primera.

El tema de las exigencias ideales tiene una importancia relevante porque puede hasta representar un ataque hostil, ya que si bien por un lado, como venimos diciendo, tanto los padres como los hijos, esperan que el otro pueda materializar expectativas y traiga bienestar, ésta misma posibilidad también es resistida, porque despierta sentimientos envidiosos, convirtiéndose entonces en un mensaje contradictorio.

También queremos destacar que las características del vínculo entre padres e hijos es una construcción, que depende de las distintas maneras de ver las cosas y que estas distintas miradas, puede llevar a que se pierda la coherencia necesaria en el trato. Chiozza, L señala que la relación que establecemos con los seres significativos, es siempre una construcción equiparable a cuando construimos los objetos de nuestra percepción.

No podemos dejar de mencionar acá, que cuando no se puede lograr aquello que se desea y que se siente como una necesidad imperiosa, muchas veces se recurre a mecanismos extorsivos como la queja o el reclamo. Sabemos que cuando un niño es pequeño aprende a conseguir lo que quiere a través del sufrimiento y que este mecanismo luego tiende a repetirse a lo largo de la vida. Chiozza, L aclara que esta modalidad extorsiva, característica de la melancolía, configura en el fondo una intención de instalar con el objeto una relación sado-masoquista, en la que se trata de proyectar a un deudor, a un culpable.

Y es así que padres e hijos muchas veces se sienten atrapados por intensos y penosos sentimientos de culpa, que de una u otra manera a través de críticas o quejas mutuas intentan proyectar en el otro, para evitar el dolor de no poder.

Por otra parte, los hijos pueden sentir con angustia que las dificultades de los padres pueden ser un obstáculo para su avance, sentir que si los padres no pudieron progresar u obtener mayores satisfacciones en la vida, ellos tampoco van a poder.

Un día mi nieta me preguntó por qué a los hijos les duele tanto ver sufrir a los padres y luego de sobreponerme a mi conmoción afectiva, intenté explicarle que en primera instancia les duele porque son las personas a las que quieren y necesitan, que además los deja confundidos porque sienten que tienen que incorporar en sus vidas un modelo de sufrimiento y sobretodo asustados y culpables, por sentir que con su presencia y sus virtudes no es suficiente para aliviar el padecer parental.

Si retomamos lo planteado anteriormente acerca de que antes de su nacimiento, el hijo fue una idea concebida en sus padres, una idea que es un ideal, recordamos cuando Chiozza G. interpreta que el amor que

experimentamos por el hijo, no siempre proviene de lo que es, sino de lo que nosotros imaginamos, esperamos y deseamos que algún día llegue a ser. Un hijo ideal construido a la medida de nuestros sueños y deseos insatisfechos. Podemos decir que es un amor que peca de egoísta por estar demasiado condicionado a un rendimiento desmesurado que actúa como una carga indeseable.

La paidolatría es una conducta reactiva que se pone de manifiesto en la sobrevaloración o idealización del hijo. El tema de la paidolatria, adquiere connotaciones penosas y puede conducir a que se tiranice a los niños para que cumplan con la imagen idolatrada. No sorprende ver la ansiedad y el malestar que experimentan algunos padres cuando no se cumplen los deseos de que sus hijos sobresalgan en sus actividades, que puedan ser profesionales de éxito o grandes jugadores de algún deporte, así como lo expresa el humor popular de la madre judía que aspira a que su hijo sea médico.

Aberastury (1971) postulaba que detener un acto que se desprende espontáneamente como producto de un momento de evolución, es tan pernicioso para un niño como acelerarlo. Consideraba que aquellos padres que viven los logros de sus hijos como si fueran propios, dificultan el proceso de personificación.

El sufrimiento y la intolerancia que sentimos los padres cuando los hijos tienen dificultades o trastornos, no solo se corresponde con la vivencia de impotencia para ayudarlos, sino también porque solemos sentir que ellos muestran, como si fuera proyectado en una pantalla amplificada, rasgos propios que no siempre nos agradan. Se trata de partes que negamos y que preferimos ignorar porque parecen el reflejo de nuestras propias limitaciones y así ingresamos en el lamentable sentimiento de que nuestros hijos se transforman en enemigos, porque con sus sufrimientos o sus dificultades, exhiben nuestras imperfecciones y debilidades.

Quien no sintió alguna vez el impulso a negar la dificultad de un hijo comportándose como si nada pasara, para no experimentar el dolor que esa evidencia ocasiona y la pena de no poder o no saber de qué manera ayudarlo. Y quién no apelo al enojo, alimentando la idea de que si nos enojamos algo puede cambiar.

Por su parte, la natural tendencia de los hijos a idealizar a los padres, surge como un mecanismo de defensa natural en los primeros años de la vida, y como una necesidad de negar el propio desvalimiento, sentirse protegidos alimentando la fantasía de tener padres poderosos. Pero también sabemos que si esa idealización se mantiene engañosamente durante mucho tiempo, el hijo se daña, puede sufrir o tener miedo cuando sus padres fracasan o se equivocan, pero constituye un daño mayor cuando el percibe que los padres mienten o disimulan dichos fracasos. Es de fundamental importancia el modo en que los hijos han experimentado la convivencia con sus progenitores.

Por esta razón, pensamos que hay sentimientos penosos, como la vivencia de fracaso, que no accede fácilmente a la conciencia, generando en cambio malentendidos y en ocasiones también llegamos a sentir como padres, a partir de aspectos mal resueltos de nuestra personalidad, que los hijos hasta pasan a ser representantes de nuestros propios padres señalándonos, como antes lo hicieron ellos, nuestra impotencia y nuestra falta. Es una experiencia común que los padres sientan que con sus hijos se les repite una historia semejante a la que han vivido con sus padres. Posiblemente esta sea una de las explicaciones por las que en muchas ocasiones los padres llaman a sus hijos "mama" o " papa" o "mami" o "papi".

Se suele decir, por ejemplo, que padres violentos generan hijos violentos y esto en gran medida es cierto porque se corresponde con identificaciones familiares directas, sin embargo pensamos que aquello que ocasiona mayor perjuicio es cuando el comportamiento de los hijos, refleja aspectos reprimidos o negados, que no surgen tan claramente en la conducta manifiesta de los padres. Por ejemplo, actitudes fóbicas de un hijo pueden encontrar su contraparte en temores o inseguridades reprimidas o negadas de los padres.

Los malentendidos son muchos y se van entrelazando unos con otros en el escenario de afectos universales y así los padres pueden interpretar como falta de amor el alejamiento de los hijos o el escaso contacto afectivo, sobre todo cuando se trata de adolescentes. Sin embargo para el hijo dicho distanciamiento no siempre significa falta de amor hacia sus padres. En algunas circunstancias puede ser el resultado de confundir la intensidad de

los sentimientos con el temor al incesto, que lo lleva a través de enojos o peleas a una distancia mayor de la necesaria.

Los impulsos y las fantasías incestuosas, tanto en los padres como en los hijos y la renuncia al incesto traen aparejadas frustraciones que si no pueden ser elaboradas influyen negativamente en el vínculo. Desde la clínica observamos que estas fantasías se intensifican con el crecimiento de los hijos y que la ambivalencia de los progenitores los lleva a veces a estimular excesivamente el crecimiento y otras veces a retenerlo.

El crecimiento de los hijos conduce siempre a un cambio al que los padres podemos resistirnos por experimentarlo como una separación, una pérdida dolorosa, pero también a veces sucede que los celos cumplan una importante función. Celos, por ejemplo, de sentir que otras personas pueden influir en ellos, en su manera de ser o en la manera que elijen vivir y estos sentimientos que se experimentan como legítimos, impiden desarrollar una flexibilidad y una tolerancia adecuada frente al desprendimiento de los hijos.

Nos encontramos frente a una tarea que a veces parece insalvable. Por un lado son los padres quienes tienen que educar y transmitir valores a los hijos; como habitualmente decimos son un modelo necesario de identificación y por otro, están invadidos por conflictos que a la vez son legados de sus propias familias de origen, es decir, del modo en que ellos mismos fueron criados. Sabemos que los padres biológicos aportan la carga genética y que dicha carga genética implica también reconocer que una parte del carácter se recibe también por herencia.

Las enseñanzas de padres a hijos constituye otro aspecto esencial que participa en la relación. En la convivencia surgen conflictos afectivos que conducen a radicalizar posiciones y es así que el deseo auténtico o genuino del padre de enseñanza para que él hijo aprenda, lo supere o hasta para evitarle algunas equivocaciones, puede ser confundido por el hijo, movido por su rivalidad, con sometimiento. Cuando la rivalidad, propia de la etapa fálica, perdura como una fijación, impide que el hijo supere a sus progenitores.

Un ejemplo clásico es el de la adolescencia, etapa de la vida en la cual entendemos que se desarrolla la rivalidad como una parte saludable y

necesaria del desarrollo evolutivo, sin embargo, muchas veces entre los adolescentes y sus padres se instalan discordias donde se ve que el interés en sostener una discrepancia es mucho más importante que el tema o argumento sobre el cual se discrepa. Las cuestiones que se discuten, solo en apariencia pueden ser banales y la importancia recae en su significado.

Aquí tal vez es necesario introducir un tema esencial que fue motivo de la conferencia inaugural que pronunció Chiozza L. este año en nuestra institución. Se trata del conflicto existente entre la lealtad y la traición. Vemos que durante el crecimiento, los hijos van adquiriendo y consolidando identificaciones; cuando identificarse con uno de los progenitores lo experimentan como una traición al otro, esto complejiza el proceso y obtura el logro del vinculo. La traición y la lealtad se implican recíprocamente de manera inevitable y observamos por ejemplo la complejidad de las situaciones, cuando un hijo siente que elegir una profesión diferente a la de sus padres o cualquier otra elección para su vida, como una traición y un fracaso en la lealtad hacia los seres que ama.

En el ámbito de una familia, como vemos a lo largo de este recorrido, no siempre las cosas son tan sencillas, porque con los padres además se establecen contactos diferentes. Y así vemos que no es lo mismo la relación de un padre con su hijo varón en quien se proyectan aspectos narcisistas, como el contacto con el hijo del sexo opuesto que excita predominantemente la libido objetal. Aunque sabemos que dichas contactos pueden en alguna medida ser transferidos, también sabemos que las funciones del ser padre o madre son específicas y diferentes hasta considerar que algunas de ellas pueden ser intransferibles.

Las diferentes constituciones de hombre y mujer brinda a cada uno de los padres aptitudes específicas para ejercer mejor una función parental que otra. Aunque estas funciones pueden ser ejercidas por ambos progenitores, identificamos generalmente a la mujer más consustanciada a ejercer la función de protección, brindando contención y el hombre, en cambio, se siente naturalmente más consustanciado con la función de preparación. Lo típicamente masculino supone la idea de salir, ir hacia fuera, hacia el mundo.

La experiencia clínica muestra que los hijos, muchas veces, se ven confundidos y necesitados de reconocer con más claridad cuál es la función

femenina, cuál es la masculina y con qué aspectos se tienen que identificar de cada uno de los padres.

Hasta aquí no profundizamos en otras de las temáticas clásicas del psicoanálisis. Cuando nos referimos a la relación entre padres e hijos, también tenemos que explorar los conflictos inherentes a la relación de los padres entre sí, como la envidia de la mujer al pene y del hombre a la mujer por la función procreativa y maternal. El hombre puede alimentar la fantasía de "robo del hijo" en su unión con él y la mujer con una actitud posesiva puede fantasear con guardar o retener al hijo, como a una parte de sí misma o como algo que alimenta su sentimiento de potencia.

Entendemos que la dificultad para superar la rivalidad entre el hombre y la mujer, puede muchas veces conducir a inhibir a uno u otro progenitor en el desarrollo de sus funciones. Los celos, la envidia y la rivalidad cuando son intensos impiden poder reconocer y admitir que los hijos son compartidos y no exclusivos de uno solo de los progenitores.

Otro espacio que da lugar a enfrentamientos y conflictos, es cuando en las familias hay más de un hijo. Por un lado, los celos entre hermanos y la disputa por las preferencias paternas y por otro, entre las tareas paternas, muchas veces resulta complejo asumir el lugar de juez parcial frente a las peleas entre los hijos.

Los celos entre hermanos lleva muchas veces a confundir cierta preferencias transitoria de los padres con falta de amor. Y la intensidad de estos celos impulsa muchas veces a que los hijos pretendan el amor absoluto de los progenitores, sin resignarse a aceptar como valioso el amor que les toca recibir. Sienten que lo que reciben no les alcanza para sentirse suficientemente queridos, negando la parte oculta de este mismo conflicto que es la vivencia de no ser digno del amor que se recibe.

Otra forma perjudicial en la crianza de los hijos y especialmente cuando éstos son aún pequeños, afirma Chiozza L. consiste en la tendencia a premiar los esfuerzos antes o en lugar de premiar los resultados. Si bien es cierto, que forma parte de la función materna festejar y estimular los esfuerzos de un niño, no es menos cierto que cuando crece e ingresa en la escuela los

estímulos y premios deben ir desplazándose paulatinamente hacia la obtención de resultados.

No podemos dejar de mencionar que existen otras relaciones, como la de sobrinos, discípulos o colegas, con quienes compartimos nuestra vida y con quienes construimos, casi sin proponernos, una relación paterno filial en la que se reproducen en gran medida las gratificaciones y también los conflictos mecionados.

Entre padres e hijos en la actualidad
Xxxxxx Modifique desde aca

Sabemos que la crisis de valores en la que estamos inmersos en la actualidad, influye en todos los vínculos, no solo en el de padres e hijos. La infancia actual también está inmersa en un mundo convulsionado en el que está afectada la educación, la socialización, las creencias y nos encontramos en un entorno plagado de malentendidos, de pensamientos erróneos que no evidencian de inmediato sus consecuencias dañinas. Como ha destacado Chiozza L., a la manera de los gérmenes de las infecciones epidémicas, se trata de pensamientos erróneos que forman parte del consenso, que "se contagian" y forman parte de las enfermedades y de los conflictos y sufrimientos en la convivencia. Destaca que la enfermedad individual, no es otra cosa que el reflejo de la enfermedad social y que solo encontraremos una mejor manera de relacionarnos con la patología social, si adquirimos conciencia de la misma.

En este sentido al referirse al espíritu de nuestra época, también señala que los desarrollos que la civilización logró con la tecnología y el pensamiento racional, no se ha acompañado con un desarrollo equivalente en el terreno afectivo.

En la época de Freud, la autoridad de los padres que luego integraba el superyó no se cuestionaba, ni tampoco sus valores. Los tiempos en que hoy vivimos son diferentes. La asimetría de las funciones paterno filiales fue cambiando y hoy no sorprende ver que los hijos impongan sus criterios en la familia y que los padres renuncien gradual o totalmente al ejercicio de la paternidad.

Como expresa Chiozza L. , una de las graves dificultades de nuestra época consiste en que, de tanto confundir la autoridad con el autoritarismo, el concepto de autoridad se desdibuja. La autoridad, afirma es una cualidad, una capacidad que acerca de algo en especial posee el que ha sido muchas veces su autor y esa capacidad determina su cualidad de ser “el que sabe”. En ese sentido, los progenitores, ante los hijos pequeños, son siempre autoridad. Y subraya que a medida que los hijos crecen, los progenitores que auténticamente no pretenden saber lo que no saben, conservan mejor su autoridad.

Cuando un niño es pequeño comienza por explorar el mundo, quiere conocerlo, todo es nuevo para él, es curioso e inquieto y regularmente si no tienen demasiados conflictos tienen mucha energía, sin embargo es importante destacar que muchas veces dicha vitalidad e inquietud traspasa ciertos parámetros y así nos encontramos con niños que no aceptan limites, que hacen lo que quieren, cuando quieren e imponen su voluntad.

No es poco frecuente observar como los hijos, llevados por sus propios impulsos y rodeados de un ambiente en el que no hay limites, pueden modificar los habitos familiares y hasta perturbar la vida erótica de los padres, sintiéndose triunfadores y al mismo tiempo muy culpables. Y aunque esta modalidad afecta a los padres, también interpretamos que otorgar a los hijos una libertad excesiva, puede alimentar la fantasía de sostener cierta omnipotencia a través de ellos. Sostener la idea de que todo se puede.

Es una evidencia que hoy en día, muchos padres se sienten ambivalentes e interpretan el ejercer la paternidad e imponer límites a los hijos como si fuera un acto de injusticia o de violencia. Se trata de un malentendido que involucra distintas cuestiones y una de ellas es confundir educación con imposición, una confusión que los lleva a ir cediendo hasta el grado de ser excesivamente permisivos. Una actitud que no quita que frente a determinados comportamientos de los hijos, como enojos o desbordes, los padres pueden llegar a reaccionar gritando o hasta pegando, tambien con actitudes desbordadas, que encubren sus sentimientos de impotencia para contenerlos y encauzarlos.

Es frecuente también, junto con lo que anteriormente señalamos acerca de la necesidad de satisfacer los deseos y el temor a frustrar a los niños, que los

padres asuman la idea de que educar a los hijos con pocos limites es criarlos poco temerosos y que de ese modo van a poder enfrentar mejor los apremios de la vida. Sin embargo, la experiencia muestra que un hijo criado sin limites suele, por lo contrario, sentirse inseguro y debilitado. Puede ser que desarrolle un modo de ser prepotente o arriesgado, pero esto muchas veces es una formación reactiva que oculta su inseguridad y también suele ser motivo de dificultades y conflictos.

Queremos destacar que los sentimientos de culpa obran a veces de manera implacable, los padres que al no sentirse con suficientes derechos no ejercen la paternidad y los hijos que en la búsqueda de castigo pueden tener comportamientos inadecuados para ser penados, se lastiman o se enferman.

Los padres muchas veces se sienten culpables como un modo de eludir la responsabilidad de la educación, las decisiones y la transmisión de valores. En su libro El miedo a los hijos Barylko J afirma que para no sentirse culpables los padres piden indulgencia a los hijos o se retiran de la escena por miedo a dejar huellas negativas en sus vidas. En la clínica observamos que algunos padres se alejan por inseguridad y temor a dañar.

Cuando los hijos llaman a sus padres por sus nombres propios, suprimiendo la clásica denominación “mamá” o “papá”, generalmente denuncian de ese modo la existencia de una rivalidad edípica que pretende de ese modo anular la diferencia generacional, pero fundamentalmente como un modo que les permite expresar la vivencia de ausencia de la figura parental.

La tradicional noción de infancia como un tiempo de inocencia y dependencia del adulto se fue debilitando por el acceso que tienen los niños a la cultura actual. El niño pequeño que ya no es solo educado por la familia sino también por la cultura global que con el desarrollo de Internet y las nuevas tecnologías se “ha metido” en la casa, se caracteriza por la demanda de una satisfacción inmediata, acrecentada por la valoración del consumo.
Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx modifique hasta aca

Décadas atrás, los adultos eran el ejemplo, la fuente de maduración para las jóvenes generaciones y en ese sentido parecía que crecer era seguir el modelo adulto, hoy la infancia se enfrenta, como dijimos, con adultos desorientados y con dificultades para hacerse cargo.

Regularmente cuando escuchamos decir una familia pensamos en madre, padre e hijos, lo que conocemos como familia nuclear, aunque no se presenta así en todos los casos, ya que actualmente existen diferentes tipos de familia.

La existencia de diferentes roles parentales, de cambios en los roles masculinos y femeninos tradicionales, las cuestiones "de género", así como también los avances científicos en las distintas formas de procreación, nos enfrenta con la constitución de vínculos y nuevas organizaciones familiares cuya evolución y desenlace aún no conocemos.

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Así como sabemos que la discordia entre los padres enfrenta a los hijos, especialmente cuando todavía son pequeños, con una discordia entre las partes de sí mismo, que en cuerpo y alma provienen de cada uno de sus progenitores y que se combinan de manera indisoluble en su propia constitución, también pensamos que una situación semejante se instala cuando faltan modelos parentales o cuando no cumplen adecuadamente con la función de enseñanza y protección. Pensamos que dicha discordia interna genera un estado de abandono y desolación muchas veces abrumadora.

Chiozza, L afirma que encontramos especialmente en las enfermedades autoinmunitarias, una expresión patosomática específica de este tipo de conflicto, que suele desencadenarse cuando no se lo puede tolerar en la conciencia.

Hace poco y con motivo de la discusión a un trabajo acerca del denominado autismo infantil, también señaló que el supuesto aumento de este trastorno en nuestra época, debe ser un signo de una regresión frente a una espiritupatía que es la ausencia del nicho parental.

Entre las temáticas actuales más corrientes, surge la inquietud desde el mundo adulto, acerca de como encarar el contacto de los hijos con la tecnología, el uso de tablets, celulares, redes sociales etc. Es cierto que la permanencia o dependencia excesiva con estos elementos puede ser perniciosa y los aleja a los hijos de otras actividades e intereses y hasta solemos decir que son los medios de comunicación quienes educan a los

hijos, porque pasan más tiempo con ellos que con su familia, sin embargo también pensamos que encarar adecuadamente esta problemática dependerá no solo de la adaptación a los cambios que el mundo actual impone, sino que fundamentalmente será el reconocimiento de los conflictos familiares subyacentes, como la ambivalencia tanto de los padres como de los hijos, que permitirá una mejor definición.

En este sentido la pregunta acerca de prohibir o permitir a los hijos el uso de los elementos electrónicos es un desplazamiento que encubre otras dificultades. La ausencia de intereses o los problemas en el intercambio social, puede ser una manifestación en los hijos que forma parte también de una problemática familiar.

Es cierto que estamos inmersos en una cultura que estimula la victimización y la irresponsabilidad y en este sentido responsabilizar a la crisis actual de las dificultades familiares, es una forma de negar el propio compromiso, postergando en gran medida o anulando el enfrentamiento con la angustia que despierta el desencuentro con el que no se sabe muchas veces qué hacer.

Sabemos que el modelo familiar, el modo de pensar y de hacer, impregna inconcientemente el carácter de los hijos Y es este modelo familiar que luego se va a repetir, como un hábito adquirido en otras relaciones.

Cuando reflexionamos acerca de los encuentros y desencuentros entre padres e hijos, esto nos lleva a reconocer que aquellos que hoy somos padres en otro momento fuimos hijos y conservamos esas experiencias así como los hijos van adquiriendo durante su crecimiento la forma de ser de los padres.

Dicho en otras palabras, el niño tiene la capacidad de identificarse con conflictos familiares, es decir, se identifica con el tronco común familiar y es esto lo que nos permite afirmar que el conflicto que se pone de manifiesto a través de los trastornos en la infancia, constituyen una crisis en la vida del niño y también es una crisis en la vida de sus familiares.

Describimos en algunos trabajos de investigación acerca de las enfermedades somáticas, que existen temáticas compartidas en un grupo familiar que nos

permiten observar que las fantasías implícitas en la enfermedad de un hijo, se puede poner de manifiesto en el carácter de los padres y viceversa.

Cuando solemos afirmar que un niño nace sanamente y se enferma en el camino, no lo afirmamos para culpabilizar a los padres por el desempeño en su función o para responsabilizarlos por las dificultades que tiene el hijo, sino que consideramos que con su evolución, el niño va aprendiendo en un proceso de identificación, por medio del cual se apropia de modos de comportamiento de sus padres u otras personas y tiende a adoptar sus actitudes y valores.

En las diferentes etapas del crecimiento como la primera infancia, la pubertad o la adolescencia sobresalen diferentes necesidades, que demandan de los padres diferentes respuestas y adaptaciones, como sucede por ejemplo con los hijos adolescentes cuando comienzan a pensar cosas distintas de sus padres y quieren ejercer una independencia para la que no se sienten preparados. Pensamos que el modo en que se encararan esas situaciones y sus dificultades, dependerán de los afectos que se ponen en juego en cada estilo familiar.

En la adultez, a veces son los hijos quienes se tienen que ocupar de los padres, cuando en una época de la vida, las funciones paterno filiales comienzan a invertirse. Pero también sucede que hay hijos pequeños que postergan o sacrifican su propia niñez, para sostener la imagen de sus padres. Por ejemplo, hijos que percibiendo la depresión de su o sus progenitores, se esfuerzan por generar un bienestar y una alegría en la familia que no siempre experimentan.

A lo largo de esta conversación fuimos describiendo numerosos malentendidos, que se introducen en los vínculos.
Mencionamos que no concebimos una relación en la que no se presenten afectos contrariados.
Partimos de la concepción de que las dificultades y los obstáculos son inherentes a la vida misma y que lo esencial es el modo en que podemos enfrentarlas y resolverlas.
Desde el pensamiento psicoanalítico consideramos que en la medida en que podemos asumir nuestros conflictos fundamentalmente los inconcientes, es decir, en la medida en que estamos dispuestos a tener los “ojos abiertos”

para dar una nueva mirada a nuestras vidas, ésto puede aportar bienestar y contribuir a que el daño sea menor.
Nos referimos también a la actualidad y a la crisis de valores en la que está inmersa nuestra sociedad y su influencia cuya magnitud desconocemos, sin embargo, aunque digamos que los padres y los hijos de hoy en día, no son iguales a los padres e hijos de ayer, esta afirmación también es enriquecida cuando admitimos que los cambios son naturales porque la vida es cambio permanente.
En este sentido, pensamos que eludir o postergar la responsabilidad de nuestros actos o decisiones y atribuir nuestros infortunios a la crisis de nuestra época, puede ser una coartada o un refugio por medio del cual intentamos reprimir nuestros afectos y negar nuestra participación en aquello que nos sucede. La responsabilidad en cambio, es lo que nos mueve a asumir más constructivamente nuestra vida y la de los que nos rodean.

Las funciones parentales, afirma Chiozza L. duran lo que dura la vida y en ese sentido más allá de la edad de los hijos es importante saber que con nuestro ejemplo impartimos una enseñanza. Y agrega que hasta la forma en que morimos completa la educación que les damos.

La participación de los padres en el tratamiento psicoanalítico de niños

Lic. Silvana Aizenberg

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
30 de Octubre de 2020

En trabajos anteriores nos hemos ocupado de describir que, aunque la estructura anímica de los niños difiere en muchos aspectos de la del adulto –en tanto es un ser en desarrollo que siente, se comunica de modo diferente y transita por etapas evolutivas de cambios veloces– la distinción entre el psicoanálisis de niños y el de adultos es solamente de técnica y no de principios, así como lo sostenía Klein.

En esta ocasión, queremos retomar este tema dado que, cuando hablamos de la diferencia de técnica entre el análisis de adultos y el de niños, aludimos a la adaptación de la técnica de juego –porque los niños se expresan predominantemente jugando y dibujando– pero no nos referimos generalmente a otro aspecto esencial en el análisis de la infancia, que es el lugar que ocupan los padres en el tratamiento de los niños y su participación en este.

No desconocemos el hecho de que en el tratamiento de adultos, en algunas circunstancias, también es necesario entrar en contacto o realizar entrevistas con algún familiar del paciente, pero esto no es tan frecuente y esos eventos no comparten muchas de las características que involucran al análisis de niños.

Con ellos, en cambio, nos vemos en la necesidad de admitir que la presencia "real" de los padres es una presencia activa e inevitable de la que no podemos prescindir, dado que son quienes pueden asumir el compromiso adulto, gestionar el encuentro y hacerse cargo del tratamiento.

Los padres no solo piden la entrevista inicial, movilizados por las dificultades del hijo –que en sí mismas son consideradas un pedido de ayuda– o debido a una solicitud manifiesta del paciente mismo,

sino que son ellos quienes deciden si el tratamiento dará inicio o finalizará. Y una vez iniciado, suelen pedir reuniones en forma irregular, discontinua o inesperada, lo que termina configurando una experiencia clínica singular.

Por estas circunstancias, en el trabajo clínico, muchas veces nos vemos en la necesidad de resolver obstáculos o inconvenientes que ocasionan desencuentros y que repercuten de diferentes modos en el tratamiento del paciente.

Lograr una adecuada identificación o empatía con los padres, que facilite o posibilite llevar adelante el tratamiento, dependerá de los basamentos teóricos que sustentemos, de la experiencia clínica con la que contemos y del establecimiento de un encuadre definido.

Aunque también queremos señalar que, más allá de la significativa utilidad de disponer de un encuadre delimitado y claro, partimos fundamentalmente de la concepción que psicoanalizar a un niño implica una forma de hacer, cuya realización se basa en el conocimiento del cuerpo de teoría que caracteriza al psicoanálisis en general e implica el análisis sistemático de la transferencia, la contratransferencia y las resistencias.

Es decir, partimos de la convicción de que es necesario contar con un encuadre definido, pero sin perder de vista que lo esencial en la técnica es lograr la conexión emocional que deriva de la transferencia-contratransferencia y sin incurrir en la idea de que el encuadre es una regla fija que hay que respetar de manera inamovible.

La habitual pregunta acerca de si es posible analizar a un niño prescindiendo de la participación de los progenitores conlleva a admitir que la tarea en sí misma puede ser factible. Después de

todo, la labor terapéutica radica en el análisis del vínculo analítico que establecemos con el niño, utilizando como representación el "aquí y ahora" de la situación transferencial, aun en el caso de niños muy pequeños. Pero esto no implica que podamos afirmar que sea factible evitar de manera radical la inclusión de los padres en el tratamiento.

Entendemos que, cuando un niño juega, se mueve en el espacio y, por así decir, representa de una manera teatral –a través del juego– todas las vivencias que muchas veces nos permiten comparar la sesión psicoanalítica con el proceso del sueño. Esto nos posibilita sostener que el juego es una representación transitoria, ocasional, del drama central que constituye el punto de urgencia de su vida.

El encuentro del analista con los padres, más allá de la información que puedan brindar, ofrece la posibilidad de una vivencia muy particular. De alguna manera, es como "ver" a los padres a través de "los ojos" del niño, dado que él tiene una relación con cada uno de los progenitores y una relación con el interjuego de ambos.

Ante el comienzo del análisis de un niño, Klein (1932) solía tener un breve contacto inicial con los padres y prescindía luego lo más posible de dichos encuentros, afirmando que era factible trabajar psicoanalíticamente con el paciente y que no debía contarse con la ayuda de los adultos, ni alterar la educación en el hogar, pues solo su mejoría podría condicionar cambios en el medio familiar.

Aberastury (1962), siguiendo los lineamientos de Klein y convencida de que la modalidad de dar consejos a los padres, que había ensayado en sus primeras épocas, era inoperante y muchas veces agravante, mantenía las entrevistas que eran indispensables, sin tratar de influir en su conducta habitual.

Partía de la idea de que el niño es alguien que piensa, percibe, comprende, puede expresar su mundo interno y colaborar en el proceso analítico. Sin embargo, sobre la base de la necesaria dependencia infantil, decía, existe una fuerte tendencia a considerar al niño como un mero objeto en el grupo familiar y no como una parte activa de este.

La autora puntualizó las características de las entrevistas, formulando reglas precisas para realizar un interrogatorio con datos detallados acerca de la vida del niño y su entorno, sin abandonar el criterio de que los padres hablen del hijo y de su relación con él.

Sostenía que, antes de iniciar el análisis, era necesario obtener el máximo de información. Estas reuniones dirigidas, que no se realizan en presencia del niño, aportan el motivo de consulta actual: los datos biográficos de la familia; la historia del niño; su evolución; la descripción de un día de vida; el relato sistemático de sus enfermedades, operaciones o accidentes; los sucesos traumáticos; los hábitos familiares; las ideologías; la religión, etc.

Con los años transcurridos desde estas primeras postulaciones, la experiencia clínica nos llevó a reconsiderar la utilidad de confeccionar un cuestionario tan minucioso. Aunque pensamos que una mayor cantidad de datos recibidos de la vida del paciente y su familia son representaciones que pueden ser un aporte importante para profundizar en la comprensión de las vivencias del niño y en la posibilidad de identificación del analista con sus trastornos, actualmente partimos de la idea de que no es prioritario obtener un relato extremadamente detallado, dado que lo principal en nuestra tarea es la comprensión e interpretación de aquello que el niño ofrece en cada una de sus sesiones.

En este sentido, no es nuestro propósito durante las entrevistas realizar un “interrogatorio” a los padres, sino establecer un ámbito en el que ellos tengan la posibilidad de hablar, sin forzar aquello que pensamos que es una actitud defensiva de su parte y tampoco enfrentarlos con lo que nos parece evidente. Hay que considerar que no siempre están dispuestos a reconocer o tolerar aspectos reprimidos.

Winnicott (1980), al referirse a la clínica psicoanalítica infantil, comentaba que, en algunas ocasiones, tomaba nota de todo lo que sucedía a lo largo de la entrevista con los padres, incluyendo lo que él mismo decía. Aunque agregó, que buena parte de esas entrevistas, y en especial sus detalles más sutiles, se borraban “como un sueño al nacer el día”.

Desde los fundamentos de la teoría psicoanalítica, sostenemos que tanto los pacientes adultos como los niños, cuando inician un tratamiento, llegan “acompañados” de su entorno familiar, con sus objetos internos, sus identificaciones; es decir, con los padres que cada uno lleva consigo.

Compartimos el criterio de Klein y Aberastury de mantener una actitud en la que se otorga preferencia al tratamiento del niño, a preservar el vínculo que establecemos en el análisis con él, y realizar con los padres las menores entrevistas posibles.

Sin embargo, como terapeutas, reiteradamente nos encontramos como ya mencionamos, con el inconveniente de que los padres, ansiosos por suprimir los síntomas del niño, piden orientación, indicaciones, diagnóstico y pronóstico, o esperan un relato acerca de lo que sucede durante las sesiones. Es frecuente también que realicen llamados telefónicos para informar acerca de algún acontecimiento de la vida del niño, de las circunstancias familiares

o que pidan consejos acerca de alguna decisión, como puede ser la conveniencia de un cambio de colegio.

Entendemos que estas solicitudes, por un lado, representan una auténtica inquietud para que su hijo reciba ayuda y, por el otro, pueden ser expresión de diferentes motivaciones inconscientes. Una de esas motivaciones, por ejemplo, está sostenida por la fantasía optativa de que el analista posee una capacidad "fuera de lo común", que es un personaje omnipotente que puede proponer soluciones o resolver las dificultades.

Los trastornos de los hijos generan angustia e intolerancia, frecuentemente se experimentan como un reflejo de las propias dificultades y despiertan la necesidad de aliviar rápidamente los sentimientos de culpa. Sabemos que dichos sentimientos de culpa forman parte de un malentendido, que se construye a partir de la fantasía ubicua de "culpar" a los padres por las dificultades o enfermedades del hijo –algo que es facilitado por el hecho de que el niño es un ser en formación que depende de sus padres y de la injerencia que estos poseen sobre su vida y su constitución–. (Aizenberg y Casali,1995).

En algunos casos, la ambivalencia de los padres se pone de manifiesto no solo cuando se oponen a su análisis, sino también cuando, durante las entrevistas iniciales, olvidan relatar alguna circunstancia familiar penosa, los síntomas por los que lo habían traído o cuando tienden a minimizar las dificultades o a exagerarlas.

De la observación clínica se desprende que el mismo paciente, muchas veces, durante sus sesiones puede ofrecer al analista el relato, por medio de su comunicación verbal o no verbal, de acontecimientos de su vida que los padres no mencionaron.

Aberastury (1962) proponía que, una vez concertada la entrevista inicial, en primer lugar era conveniente indagar sobre el motivo de consulta, porque el problema inicial más difícil, decía, es hablar de lo que no "anda bien" con el hijo. Y aunque dichas resistencias, afirma, hayan sido vencidas en gran parte en el momento en que decidieron consultar, sugería seguir este criterio porque disminuía el monto de angustia inicial.

La autora destacó que se establece un doble proceso de transferencia y contratransferencia –por un lado, con los padres y, por el otro, con el niño– y señaló que, a veces, las entrevistas con los progenitores les despiertan a ellos sentimientos de fracaso, culpa, humillación e injuria narcisista, temor a ser juzgados o acusados, etc.

Oponerse a la indicación de tratamiento para el hijo o interrumpir la terapia una vez iniciada se debe, muchas veces, a que se sienten "tironeados" entre el deseo de que reciba ayuda psicoterapéutica y la pena por no poder ser ellos quienes puedan ayudarlo. Incluso a veces surge el temor a que el analista pueda pasar a constituir otro modelo de identificación y ellos dejen de ser los principales receptores del amor de los hijos.

Forma parte del proceso analítico que el analista, con su presencia y sus interpretaciones, se convierta en un personaje inesperado, un nuevo modelo de identificación.

Si bien en la vida de los niños hay personas que intervienen con su presencia y sus enseñanzas: familiares, amigos, maestros, etc. el analista con el contacto semanal frecuente y además de carácter privado, puede estimular en los progenitores una mayor inquietud y un mayor sentimiento de exclusión. En algunas ocasiones suelen

comentar la curiosidad que les despierta aquello que el niño hace o dice en el consultorio.

Por otro lado, es una evidencia, desde la experiencia clínica, que los padres tienden a sentirse perseguidos y experimentan una movilización familiar cuando, frente a la ayuda terapéutica, sienten que el niño pone de manifiesto o se "ocupa" de mostrar aquello que ellos necesitan o quieren mantener oculto.

Los padres desean la mejoría del niño y la superación de sus dificultades, pero como al mismo tiempo comparten la vertiente inconsciente que las sostiene, en ese sentido podemos decir que son "cómplices" de los trastornos del hijo.

De este modo, la combinación de conflictos mutuos, muchas veces perturba o impide la posibilidad de la ayuda analítica; ayuda que al mismo tiemplo es solicitada.

Si admitimos que las diferentes actitudes que los progenitores asumen están motivadas no solo por la necesidad de atemperar el sufrimiento que ocasiona el trastorno de un hijo, sino por conflictos inconscientes que forman parte de dicho trastorno, nos planteamos de qué manera procedemos con ellos desde el punto de vista de la técnica y el encuadre.

Entre los aspectos generales que forman parte de la técnica, queremos resaltar que los analistas no somos pedagogos, consejeros ni orientadores de padres. Nuestra tarea no consiste en dar explicaciones, ni adjudicar el trastorno del paciente a un determinado trauma o circunstancia vital acontecida, sino que nos centramos en encontrar significados, comprender aquello que se despliega en el vínculo transferencial-contratransferencial con el

paciente, que a su vez revela el estilo con que este, aun siendo muy pequeño, ha aprendido a enfrentar su vida.

Muchas veces, con el propósito de lograr una contratransferencia positiva con los progenitores, en quienes se proyecta al objeto perseguidor, los consejos o las infidencias en las que podemos incurrir como analistas, surgen de la intención de solucionar con rapidez los trastornos del paciente y de la necesidad de obtener resultados que atemperen o encubran el propio sentimiento de insuficiencia en la comprensión más profunda.

Sabemos que la relación que se establece entre paciente y analista suele estar impregnada por afectos e importancias, que depende de la transferencia que es depositada en las figuras paternas y que recae sobre el analista, y esto adquiere un carácter de confidencialidad, que es necesario respetar.

Aberastury (1962) sostenía que la ansiedad persecutoria del analista frente a la presencia de los padres o ante sus resistencias para hacerse cargo del análisis del niño puede encontrar su explicación en la actualización de la conflictiva edípica del propio terapeuta, que lo puede llevar a experimentar la relación con el paciente como la vivencia de “robo” del hijo a los padres.

Siguiendo con nuestro rol de terapeutas, debemos señalar que tampoco formulamos diagnósticos clínicos, dado que partimos de la concepción de que contemplamos toda conducta, síntoma, enfermedad o accidente como expresión de fantasías inconscientes reprimidas. Y, en ese sentido, la diferencia entre formular un diagnóstico y el tratamiento se desdibuja.

Interpretamos que la solicitud de un diagnóstico es una necesidad que puede estar sostenida por el deseo de esgrimir una

irresponsabilidad de los padres ante aquello que está sucediendo y quedar colocados en condicion de damnificados a quienes hay que reparar. Una situación semejante podemos encontrarla en algunos niños, dependiendo de la edad.

No es poco frecuente que algunos padres hablen de los trastornos de su hijo justificándose o acusándose mutuamente o aferrándose a una etiología médica o histórica, refiriéndose a que el padecer del niño está vinculado con la enfermedad de algún miembro familiar.

Por otra parte, la obtención de un diagnóstico, puede conducir a la administración de algún medicamento que no es inocuo, con la intervención de la medicina tradicional, y puede traer consecuencias serias o llevar a un deterioro irreversible. En la práctica vemos ejemplos lamentables de esta situación con niños medicados con ansiolíticos a partir de diagnósticos como el ADD (Trastorno por Desorden de Atención) o el TGR (Trastorno Generalizado del Desarrollo).

Cada vez que nos consultan por un niño, recibimos información de él a través de sus padres, la cual nos permite, por un lado, introducirnos en las características familiares –lo que nos posibilita, por ejemplo, formarnos una opinión acerca de quién ejerce la función materna, quién suplanta la falta de padre, etc– y, por otro lado, cuando escuchamos de él a través de sus padres, sabemos que es su visión personal acerca del paciente. De este modo somos capaces de saber cómo y dónde ubican a ese hijo en sus vidas, cuáles eran sus expectativas, cuánto los gratifica o cuánto los desilusiona.

El nacimiento de un hijo impone demandas a los padres, pero al mismo tiempo, les genera expectativas que son depositadas en el nuevo ser. La intolerancia frente al fracaso de las expectativas

ideales, frente a la presencia de dificultades que despiertan el temor de no poder estar a la altura de la función a cumplirlas, genera intensos sentimientos de culpa.

También el niño revela su propia visión acerca de los padres. Klein (1952) subraya la idea de que en el psiquismo de un niño toda experiencia se entrelaza con la "realidad", por lo que podemos decir que el "retrato" de los padres "reales" durante un tratamiento sufre siempre una distorsión de grado variable. Aunque la autora también aclara que el modo en que el niño crea las imágenes de sus padres no significa una negación de las circunstancias vitales ni de la influencia que el ambiente ejerce sobre él.

Nos solidarizamos con el espíritu de las palabras de Aberastury (1962), quien afirmó:

> Cuando comprendí que un niño sabía que estaba enfermo y que desde la primera hora de juego mostraba su fantasía inconsciente de enfermedad y de curación y aceptaba al terapeuta por su propia decisión, se me hizo muy claro el papel que jugaban los padres. (pág. 135)

La aceptación de la problemática edípica en la infancia y la existencia de la sexualidad infantil descriptas por Freud, sirvieron de apoyo a los primeros analistas de niños, que se dedicaron a contemplar especialmente el mundo de fantasía de los pequeños pacientes y "alejaron" a los padres de su consultorio. Sostenían que los padres que verdaderamente importaban eran los fantaseados, los introyectados, los que pertenecen a la realidad psíquica del paciente y no a sus progenitores reales.

Sin embargo, queremos mencionar que, a pesar de esta evidencia que proviene de la teoría psicoanalítica, en la actualidad todavía existen orientaciones terapéuticas en las que los analistas se ocupan más de los padres que del niño y rompen así la íntima alianza terapéutica con el paciente y el encuadre.

Conjeturar acerca de la inclusión y participación de los padres en el tratamiento de los niños y el encuadre que es necesario mantener con ellos, implica en alguna medida hablar también del paciente. El niño viene al análisis para repetir y también para cambiar. Es usual ser espectador del alivio de la ansiedad que experimenta, a partir de la intervención del analista, cuando siente que no se repiten pautas familiares.

Al mismo tiempo, cuando ya comenzó su tratamiento y los padres piden una entrevista, esto nos expone a tener que asumir con el paciente un criterio explícito y definido. Concebimos que el eventual encuentro con los padres es una información que es necesario dar al paciente sin que esto constituya en sí mismo un pedido de autorización para realizarlo.

La circunstancia de entrevistar a los padres sin la presencia del niño le despierta al paciente un fuerte sentimiento de exclusión y temor a ser descalificado o criticado “a sus espaldas”. Contemplando esta posibilidad, que origina sentimientos de desconfianza, Aberastury (1962) sostenía que era necesario informar al paciente de cualquier encuentro casual con los padres en donde se haga referencia a él.

Si aseveramos que un niño, desde muy temprano, tiene conciencia de su enfermedad y fantasías acerca de su curación, podemos decir que también puede asumir la “responsabilidad” de su tratamiento, entendiendo por responsabilidad el grado de colaboración que puede prestar al proceso de análisis. Por eso es que afirmamos que,

cuando analizamos a un niño, nuestro punto de acceso es él y es a él a quien vamos a analizar.

Aun si son muy pequeños o sufren trastornos importantes, quieren comprender por qué se enferman. Quieren y necesitan darle otra significación a su padecer y entienden que la sesión es un espacio en el que pueden comunicar aquello que les preocupa y por lo que sufren.

No obstante, a veces observamos que esta necesidad y la actitud de colaboración que prestan para su análisis, los enfrenta con la inquietud que les despierta la percepción de que su tratamiento puede crear malestar en los padres. Pueden llegar a sentir que la aceptación del análisis y del analista representa una traición familiar, que puede constituir una amenaza de pérdida del amor parental y, en ese sentido, pueden optar por minimizar la importancia que el análisis tiene para ellos.

Recordamos el caso de un paciente de seis años que mostraba un genuino interés durante sus sesiones y con la mejoría de sus síntomas reflejaba que se sentía bien comprendido. Sin embargo, esto contrastaba con la actitud que tenía cuando salía del consultorio y se abrazaba a su madre diciéndole que durante la sesión se había aburrido. Pudimos comprender que de esa manera intentaba defender su espacio analítico, tratando de evitar los celos de la madre por el vínculo que tenía con la analista, los cuales podrían poner en peligro la continuidad de su tratamiento.

Por otro lado, hay niños que se resisten al análisis y lo manifiestan a través de francas actitudes de oposición y son los padres quienes los “traen”. Esta negativa a veces se corresponde con el malestar que experimentan al pensar que la solicitud de análisis es para que

alguien los “corrija” y a su vez les despierta la vivencia de abandono.

En este último caso, si el niño ya está en análisis, formará parte del proceso de elaboración comprender el sentido de su resistencia. Sin embargo, no es el analista quien debe asumir la tarea de convencer al paciente, sino que el compromiso con el análisis recae en la posibilidad de que el niño, tras lograr un acuerdo con sus padres, concurra a las sesiones.

Aunque no desconocemos que las resistencias de los padres tienen su equivalente en las resistencias del hijo y que él es alguien activo para movilizar sus propias resistencias y las de su familia, también sabemos que es preciso contar con un entorno que tenga confianza o convicción en el método analítico para que el niño pueda hacer suyos los cambios que va realizando durante el proceso.

Ya Freud (1976) remarcaba la influencia que el entorno familiar puede ejercer en un tratamiento.

> “En los tratamientos psicoanalíticos, la intromisión de los parientes es directamente un peligro, y de tal índole que no se sabe cómo remediarlo. Tenemos armas contra las resistencias internas de los pacientes, cuyo carácter necesario reconocemos, pero ¿cómo nos defenderíamos contra aquellas resistencias externas? (…) Quien conozca las profundas desavenencias que pueden dividir a una familia no se sorprenderá, como analista, si encuentra que los allegados del enfermo revelan a veces más interés en que él siga como hasta ahora y que no sane. (pág. 418)

La observación analítica también nos muestra que, concluida la sesión, el niño “regresa” a una situación familiar que a veces es muy conflictiva. Tienen un contacto cotidiano con los padres y, mientras se analiza, vuelve a una impregnación patógena dentro del ámbito familiar.

Chiozza, L. (2016) destaca que la enfermedad de una persona, de una familia o del espíritu de un pueblo son entidades que se influyen entre sí y explicita que la enfermedad de un niño puede ser entendida como la neurosis del niño o como una manifestación de los vínculos “enfermizos” de la familia.

Chiozza, G. (2007), al ocuparse de la justificación del trabajo con los padres en las patobiografías de pacientes menores de edad, afirma que, para realizar el estudio patobiográfico, necesitamos indefectiblemente de las representaciones aportadas por los padres, pero que la presencia de ellos y sus aportes comienzan a hacerse menos necesarios y perentorios cuando se trata de niños mayores o adolescentes.

El autor marca las diferencias existentes entre la metodología de trabajo en una patobiografía –que es un abordaje que denominamos transversal– y la de un tratamiento psicoanalítico de niños –que describimos como longitudinal–. Según explicita, la resignificación a los padres en la patobiografía de pacientes menores de edad no tiene parangón con lo que ocurre en el tratamiento psicoanalítico de niños, porque la participación de los padres parece menos determinante; se dispone de un tiempo más prolongado para trabajar con el paciente.

Concordamos con el criterio de que un tratamiento psicoanalítico ofrece mayores posibilidades, dada la frecuencia de sesiones duante un período prolongado en el tiempo, para que el niño

pueda expresarse y para que el analista pueda intervenir. Y también estamos de acuerdo con que, en la medida en que los niños pueden aportar y contar “sus historias”, las entrevistas con los padres se hacen menos necesarias, aunque nunca pueden ser eliminadas.

En las reuniones con los padres es necesario sostener un encuadre en el que no haya dudas de que el tratamiento es del hijo. Las entrevistas tienen el carácter de una intervención puntual, un “espacio” que forma parte del tratamiento psicoanalítico con el niño.

Cuando las entrevistas son necesarias, concebimos que lograr una contratransferencia concordante con los padres, aunque esta no sea verbalizada, contribuye a sostener una transferencia positiva y al desarrollo de un vínculo positivo. Funciona también como un permiso que recae sobre el propio deseo del niño de aceptar su tratamiento. Desde este punto de vista, no queremos restarle importancia al hecho de que, a veces, la intervención de los padres y el encuentro con ellos puede constituir una colaboración eficaz.

Los cambios actuales en la estructura tradicional de la familia implican tener que adaptar algunas condiciones para poder concretar las entrevistas. Por ejemplo, cuando se trata de padres separados y quieren evitar el encuentro conjunto, o cuando uno de los progenitores quiere que el hijo se analice y el otro se opone de manera explícita.

Si bien realizar alguna entrevista con cada uno de los padres por separado puede generar incomodidad y resistencias, dado que cada uno de ellos puede proyectar en el analista un personaje persecutorio que cuenta con información privada, generalmente esto no representa un obstáculo insalvable para poder realizarla. Sí,

en cambio, no es aconsejable tomar a un niño en tratamiento cuando alguno de los progenitores manifiesta su disconformidad.

Adoptamos esta actitud guiados por el convencimiento de que el contar con la negativa de uno de sus padres puede representar un verdadero conflicto para el mismo niño, algo que podría alterar su análisis. Pero también porque tenemos que contemplar los motivos legales que hacen a la minoridad en relación con la autorización para que se realice una intervención terapéutica.

Entre las distintas cuestiones que pueden darse en el contacto con los padres, a veces es el analista quien puede considerar necesario concertar una reunión, por ejemplo, para esclarecer contenidos resistenciales de los padres o del hijo, que puedan afectar la continuidad del tratamiento.

Con diferentes niños, de diferentes edades y con distintos conflictos, es necesario a veces adecuar la técnica en relación con la presencia o inclusión de los padres en las sesiones de análisis.

En algunas oportunidades, y debido a la ansiedad o dificultad que tiene el niño, la inclusión de los padres durante la sesión es un recurso inevitable, aunque dicha medida debe tener un carácter transitorio porque expone al paciente, al analista y al adulto que lo acompaña a una situación afectiva compleja, en la que es difícil preservar la intimidad.

Algunos niños, por su corta edad o independientemente de ello, se resisten durante algún período a entrar al consultorio sin la presencia de un adulto que los acompañe. La demanda de inclusión de los padres durante el desarrollo de una sesión, por lo general, puede indicar el propósito del paciente de que el analista, siendo espectador del encuentro con sus allegados, pueda comprender

algo más de la relación que tiene con ellos y pueda influir positivamente sobre sus vínculos.

Cuando los pacientes son muy pequeños (1 o 2 años aproximadamente) y recién comienzan su análisis, o cuando padecen temores o fobias importantes que no les permiten ingresar al consultorio sin ser acompañados, se impone atenderlos junto a uno de sus padres. Esta decisión que modifica la técnica habitual, implica también aceptar que durante esos encuentros surge una movilización afectiva en el adulto que está presente durante la sesión que repercute en el paciente.

Nos conducimos con un criterio semejante a cuando realizamos una consulta o en un estudio patobiográfico de un bebé. Observamos e interpretamos al niño en brazos de la mamá (esta conducta se lleva a cabo solo cuando se trata de bebes) y lo hacemos de ese modo porque partimos de la idea de que las palabras del analista influyen en la madre mientras escucha lo que este le dice y también generan movimientos afectivos en la madre que al bebé le "llegan".

Otras veces sucede lo opuesto: el paciente se resiste a salir del consultorio una vez terminada la sesión y, en esas ocasiones, necesitamos que el adulto se ocupe de retirarlo. Esta conducta puede estar al servicio del deseo del paciente de prolongar el encuentro analítico o como expresión de su resistencia para admitir límites, es decir, la consigna que le impone el analista para respetar el encuadre. Y hasta en algunos momentos puede representar el deseo inconsciente del niño de generar discordia y enfrentar a sus padres con el terapeuta.

No compartimos la idea de mantener entrevistas conjuntas con los padres acompañados del paciente o entrevistas familiares, salvo alguna situación excepcional. Puede ocurrir, en alguna ocasión, que

el paciente mismo lo solicite apelando al terapeuta para que lo ayude a conversar con los padres acerca de algún conflicto que siente de importancia, pero estas ocasiones son poco frecuentes y poco convenientes, dado el desarrollo de diferentes transferencias y conflictos individuales que se despliegan.

Suele surgir el interrogante acerca del modo en que incluimos en el análisis del paciente los datos que recibimos de los padres, sin que esto nos lleve a perder de vista que es el niño el paciente y sin que el tratamiento se transforme en el análisis de los padres.

En primer lugar, tenemos que destacar que las representaciones que ofrecen los padres, que posibilitan construir una historia biográfica, no tienen un grado de coincidencia con una "verdad histórica", sino que forman parte de los "mitos familiares", plenos de significados.

El relato de los padres nos permite penetrar en la "novela familiar": la modalidad del carácter de cada uno, el tipo de vínculo que tienen entre ellos y con el niño y el clima afectivo en el que el paciente crece y se desarrolla.

Tener en cuenta los datos familiares, o lo que dicen sobre ellos, y aquello que como analistas percibimos más allá de las palabras ofrece un grado de complejidad.

En este sentido sostenemos que la información recibida enmarca la infancia del paciente y, desde este punto de vista, lo sustancial no son los datos que los padres aportan, sino la interpretación que logramos hacer de esos datos a partir del encuentro con los significados.

Chiozza, L. (2010) describe que un relato alude a un vínculo entre personas y representa una escena de la vida, un tema. Este es un núcleo de significación que organiza el relato y le otorga un sentido inteligible.

Asimismo, los datos que aluden a sucesos acontecidos en el "pasado" del paciente y su familia los interpretamos como "recuerdos" que, como sostiene Chiozza, L. (1977), son representaciones de algo que está ocurriendo en la actualidad.

Consideramos que la información de los adultos forma parte del "material" del paciente, dado que son aspectos disociados de este. Dicho en otros términos, que se corresponden con la "realidad psíquica" del niño. En este sentido, también sabemos que podemos encontrar una identidad de significado en los motivos latentes, es decir, admitimos la existencia de una temática inconsciente compartida entre el paciente y sus padres.

Reconocemos la importancia que tienen las identificaciones para el desarrollo en la infancia, así como la noción de que el niño comparte las fantasías de los padres, cuyo contenido en común puede expresarse en cada uno de los integrantes del grupo familiar como síntoma neurótico, como rasgo de carácter o bien como enfermedad somática.

Los contenidos que se expresan en la enfermedad de un niño podemos encontrarlos plasmados como un desarrollo equivalente en el carácter de los padres. Por ejemplo, un niño con encopresis puede estar mostrando con su trastorno la intención de hacer todo como él desea o necesita; mostrando con la retención de las heces, una conducta de dominio y autonomía en la evacuación. Rasgos semejantes hallamos en la modalidad caracterológica de los padres, en las que generalmente observamos que cada uno quiere

imponer su criterio en relación al estilo de crianza del hijo y a las características de la convivencia familiar.

Admitir que los conflictos, los trastornos y los síntomas de los niños son expresión de una temática familiar compartida no implica que sus dificultades son un mero desplazamiento de los conflictos parentales. Por el contrario, entenderlo de este modo delimita aún más el espacio del niño en el tratamiento.

El reconocimiento de una temática compartida familiar amplía el campo del proceso transferencial-contratransferencial. En este sentido, recordamos que, si bien el contenido manifiesto que moviliza a los progenitores para una solicitud de tratamiento puede diferir del motivo manifiesto que aduce o expresa el hijo, o que interpretamos que forma parte de la inquietud del niño, sostenemos que esta diferencia es solo aparente y que, como ya dijimos, podemos encontrar una identidad de significado en sus motivos latentes.

Chiozza, L. (1995) se ocupó de demostrar, en el conmovedor caso de Milena, de qué manera el tumor en su pierna expresaba fantasías inconscientes incestuosas, compartidas inconscientemente también por sus padres, que tenían además su correspondiente punto de urgencia común con los miembros del equipo de profesionales que la atendían.

Si aceptamos que un niño es el emergente de un grupo familiar, concebimos que con sus dificultades ocupa un lugar en el ámbito de la familia y su mejoría, en algunas circunstancias, puede generar un sentimiento de desestabilización. Entre los motivos de interrupción del análisis, este suele ser uno de los centrales.

En síntesis:

A partir de este recorrido concluimos que trabajar psicoanalíticamente con niños implica indefectiblemente admitir la participación de los padres “reales”, tanto en entrevistas iniciales como durante el tratamiento, porque son ellos quienes gestionan y deciden la iniciación y la finalización de dicho tratamiento.

Frente a los inconvenientes y las dificultades que el encuentro con los padres ofrece, nos vemos necesitados en primer lugar de lograr una adecuada empatía e identificación con ellos y al mismo tiempo establecer un encuadre definido que facilite y posibilite el tratamiento del niño.

El tomar conciencia de las diferentes transferencias y contratransferencias con los progenitores, aunque no siempre se las verbalice, también influye en el proceso de análisis del niño

El desarrollo de una transferencia positiva con ellos permite establecer o reestablecer aspectos del encuadre, dado que muchas veces este sufre alteraciones a partir de la mayor o menor tolerancia frente a los cambios del niño.

Las características de estos encuentros dependerán, como es lógico, de la edad, el conflicto y las particularidades que distinguen a su entorno.

Aunque parezca algo sobreentendido o natural, generalmente nos vemos necesitados de explicitar a los padres que los trastornos que tienen los hijos no son solo de carácter voluntario, así como tampoco su desaparición. Solemos aclarar que la necesidad de ver al hijo bien y sin problemas los lleva a que, a menudo, no puedan reconocer ni admitir sus dificultades. Señalamos la importancia del análisis y lo que el análisis puede hacer por él.

Cuando un niño padece un trastorno o se enferma físicamente, esto le sucede dentro de lo que podríamos denominar una "enfermedad conjunta". Él es un emergente de problemáticas familiares inconscientes, por lo que solemos decir que el niño funciona como el fusible de un circuito eléctrico (Chiozza, L. y Aizenberg, 1995).

En algunas circunstancias y esto a veces coincide con tratamientos ya iniciados, podemos durante una entrevista conversar con los padres acerca de la relación entre el padecer del paciente y los conflictos inconscientes compartidos. Este proceder, que implica el encuentro con lo reprimido, puede aproximarlos a la comprensión del padecer del niño, pero no nos transforma en su terapeuta.

Compartimos como criterio válido para el tratamiento psicoanalítico de niños aquello que Chiozza, G. planteó para los estudios patobiográficos de niños acerca de la necesidad que tenemos de dar una resignificación a los padres. Señaló que el primer argumento a favor de este proceder lo brinda el sentido común; el niño, dice, se halla inmerso en una dinámica familiar y, por lo tanto, para producir cambios significativos en él, deberemos actuar también sobre su entorno.

Remarcamos la importancia de sostener un encuadre que no nos aparte de la actitud analítica –es decir, priorizar al paciente– y sostener con los adultos la menor cantidad de entrevistas posibles.

Consideramos, que las condiciones convenientes para realizar encuentros con los padres, dependen del establecimiento de un criterio definido en el encuadre, pero que no debería tener un carácter riguroso, en el cual las normas no permitan excepciones.

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (1962). Nacimiento de una técnica, en *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Aberastury, A. (1991). *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Chiozza, L. (1995) Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Chiozza, L. (2010). *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente.* Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Chiozza, L. (2016). *La enfermedad. De un órgano, de una persona, de una familia y de un pueblo.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Chiozza, L. (1980). Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico. En *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Buenos Aires: Biblioteca del CCMW, Editorial Paidós.

Chiozza, L. y Aizenberg, S. (1995) Por qué se enferman los niños. En *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Freud, S. (1976). 28ª conferencia. La terapia analítica. En *Obras Completas.* Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu editores.

*K*lein, M. (2008) *Técnica del análisis del niño.* Obras completas. Tomo 2. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Winnicott, D.W. (1980). *Clínica Psicoanalítica Infantil.* Buenos Aires: Ediciones Hormé S. A.

Referencia bibliográfica

Aizenberg, S. y Casali, L. (1995) La transferencia-contratransferencia en el psicoanálisis de niños.Centro de Consulta Médica Weizsaecker. Buenos Aires

Aizenberg, S. (2004) La revisión de algunos aspectos de la técnica y la teoría de la técnica del psicoanálisis de niños. Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires

Aizenberg, S. (2012) Acerca de la infancia y el tratamiento psicoanalítico de niños. Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires

Chiozza, G. (2007) Justificación del trabajo con los padres en las paatobiografías de pacientes menores de edad. Simposio 2007, Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires.

Congresos y Encuentros

SILVANA O. AIZENBERG

(PONENCIA AL CONGRESO SOBRE JUEGO 17/3/93)

EL JUEGO EN EL PSICOANALISIS DE NIÑOS

Observar y compartir el juego de un niño despierta emociones y recuerdos que por su intensidad conmueven. Es una experiencia enriquecedora que va más allá de las palabras. Sin embargo esto enigmático y misterioso que el juego encierra pide sentido. Genera una curiosidad irresistible que - al modo de una aventura - invita a ingresar en el mundo de la fantasia.

Comprender en el encuentro terapéutico, lo que un niño siente o desea a través del significado de su juego, es una experiencia apasionante.

Quiero enfatizar la importancia que el juego tiene en el psicoanalisis de niños, por su valor comunicativo y porque la interpretación de su sentido, permite acceder a la comprension de los conflictos inconcientes infantiles.

En la obra de Freud existen numerosas referencias acerca del juego, vinculadas a desarrollos sobre lo inconciente y el funcionamiento psíquico. En una de sus obras afirma que el juego, es la ocupación preferida y más intensa de la niñez, en la que él emplea grandes montos de afecto. Dice que todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio.

Freud, analizó las motivaciones del juego a partir de la observación de un niño de dieciocho meses y lo relacionó con la más importante función cultural de la infancia: la renuncia a la satisfacción pulsional directa, que permite el acceso al simbolismo.

Un niño puede convertir en juego una vivencia trumática, repetir activamente como juego aquello que lo afecta pasivamente, tratando de descargar la impresion de lo desagradable.

La teoría psicoanalítica de Freud fue el punto de partida y el fundamento para la teoría y técnica del psicoanálisis infantil.

Frente a la imposibilidad de lograr del niño asociaciones verbales, como en los pacientes adultos, se hicieron numerosos intentos para adaptar la técnica al tratamiento de niños. Fue una Melanie Klein, psicoanalísta inglesa, quien adaptó y sistematizó el metodo analítico a la técnica de juego.

Equiparó el lenguaje verbal de los adultos, al juego de los niños y sentó las bases para el desarrollo del psicoanálisis infantil.

Fue Klein, quien apoyándose en el modelo que Freud elaboró para la interpretación de los sueños, describió el carácter simbólico del juego, en el que se recrean los simbolos heredadosa través de la expresion individual.

Dicha autora toma el analisis del juego como un indicador diagnóstico de las perturbaciones psíquicas infantiles y del modo en que el nino relaciona su mundo interno y la realidad.

Dice que el juego, por la posibilidad que le ofrece al niño de introyectar y proyectar, es un proceso que participa en la estructuración del aparato mental y en el desarrollo intelectual.

La forma en que el niño juega, revela la actitud con la cual enfrenta sus vivencias, así como también utiliza el juego como medio de preparación para actividades futuras.

La hora de juego condensa, desplazado en los juguetes,el argumento de una historia que el niño necesita repetir y comunicar.

A partir de que momento evolutivo podemos decir que un niño juega?

La existencia de un psiquismo, supone la existencia de significaciones y la existencia de significaciones supone la existencia de simbolos. La concepción de que existe un psiquismo embrionario y la afirmación de que la capacidad de significar y simbolizar es inherente a la existencia de un psiquismo, nos permite caracterizar a la simbolización como un proceso propio de la vida misma. Entonces si podemos pensar que toda actividad - por

rudimentaria que esta sea - configura el ejercicio de una función simbólica y si partimos de la idea de que no existe psiquismo sin simbolización y que esta capacidad nace junto con la vida, podemos concebir el juego como algo dado desde un comienzo.

Ya en el abrir y cerrar los ojos del recien nacido hay actividad lúdica. Podemos interpretar que esto a veces puede simbolizar el intento de elaborar la angustia de nacimiento o la pérdida de la vida prenatal. También puede simbolizar el intento de atemperar el impacto que le producen, a partir del nacimiento, sus propias sensaciones y los nuevos estimulos externos.

En el contacto con el pecho de la madre, el bebe no solo satisface la necesidad de recibir alimento o el dar y recibir cariño, sino también su deseo de jugar. La actitud con la que chupetea el pecho, la manera como lo toma y lo deja, expresan una actividad de juego.

Considerar el juego como una manifestación temprana, equivale a plantear que el método psicoanalítico sería aplicable ya en los primeros meses de vida.

Las experiencias realizadas con bebes - que presentaban trastornos de de conducta o síntomas somáticos - utilizando la técnica de juego, demostraron que es posible comprenderlos y ayudarlos en la resolución de sus conflictos inconcientes.

El cuestionamiento acerca de la aplicación del psicoanalisis a niños muy pequeños, que aún no han adquirido el dominio de la expresión verbal, se apoya generalmente en el hecho de confundir la ausencia de palabras, con la ausencia de pensamientos y de fantasías.

Para Luis Chiozza, psicoanalista argentino, la transferencia, el teatro y el juego son actividades pertenecientes a una tercera forma de vida en las cuales intervienen " la percepción de lo que somos y la imagen de lo que deseamos ser, dando lugar al nacimiento de una vivencia de como si lo fueramos".

A pesar de que comunmente juego y seriedad aparecen como terminos opuestos, sabemos que si un juego no es tomado en serio, no es posible. El juego es serio en el sentido de importancia. Esta importancia o seriedad la constituyen los afectos puestos en el juego, ya que solo jugamos a aquello que nos importa, que nos afecta.

Para el niño, es el espacio lúdico en que ingresa para intentar elaborar aquello que, de acuerdo con su fantasía sucede, con el fin de expresar deseos, cambiar algun final penoso de su vida, realizar simbolicamente lo que siente prohibido o reparar y compensar carencias. Cuando logra la elaboración que intenta mediante ese proceso lúdico, sale del juego enriquecido.

La característica esencial del juego se funda en la capacidad simbólica e incluye la conciencia del "como si".

Cuando el niño no consigue mantener una distancia adecuada entre lo que imagina y aquello que para el constituye la "realidad", experimenta su actividad como una "ecuación simbólica", como si fantasía y realidad fueran lo mismo. Su viencia se hace intensamente angustiosa y no puede jugar.

El juego es descripto desde distintas teorías psicoanalíticas.

Para Freud las situaciones traumáticas impulsan al niño a jugar en la búsqueda de alivio y dominio que vivencia como placer.

Para M.Klein el juego es esencialmente elaborativo. El supuesto de la satisfacción y el placer contenido en él, está relacionado con el alivio de la descarga.

Para Erikson, el juego tiene el sentido de la descarga y el alivio de la frustración. Afirma que el niño utiliza el juego para compensar las derrotas,los sufrimientos y las frustraciones.

Para Winnicott, el valor del juego consiste en que es un modo de elaborar la angustia.

Estas conceptualizaciones pueden ser completadas definiendo al juego en general como una acción de ensayo, a pequeña cantidad, que precede a una acción a plena cantidad. Esta acción se acompaña de dos características esenciales: el placer que se experimenta mientras se la realiza y la conciencia de que no va en serio.

El placer del juego proviene de la ausencia de apremio. Un niño solo puede disfrutar del juego si no esta apremiado ya sea por situaciones externas o internas . Cuando un niño esta muy necesitado no puede jugar..

El juego también pierde su carácter de tal si se transforma en una obligación de aprendizaje.

Cuando necesita elaborar una situación traumática el juego se convierte en una actividad comandada por la compulsión repetitiva o por el juego estereotipado.

Podemos destacar que el juego adquiere la función esencialmente elaborativa, en el contexto dela sesión psicoanalítica y mediante la interpretación, cuando se trata - para el niño - de representar aquellas situaciones que le preocupan, lo angustian y quiere resolver.

El juego fuera del consultorio, también es un intento de elaboraación de situación angustiosas, pero adquiere su pleno de sentido de elaboración cuando es interpretado en la sesión psicoanalítica.

Por otro lado, el jugar manifiesta placer cuando el motivo no es tanto la ansiedad sino el deseo de disfrutar. La posibilidad de juego se origina en la suencia de apremio, como dijimos. Entonces se trata para el niño de una actividad libre y creadora que no conlleva el esfuerzo ni la obligación del aprendizaje.

EL JUEGO EN LA SESION PSICOANALITICA

Cuando un niño llega a una consulta o comienza un tratamiento psicoanalítico intenta comunicarse por medio de juegos, gestos, dibujos, expresiones verbales,sintomas o enfermedades organicas.

Aunque los niños son llevados por sus padres a la consulta psicoanalítica, la observación clinica demuestra que aún siendo muy pequeños, manifiestan concientemente su deseo de comunicación y su esperanza de ser comprendidos y ayudados.

Entienden que la sesion es un espacio en el que pueden comunicar aquello que les preocupa y por lo que sufren. Pero no siempre cuentan todo lo que saben. Es decir, saben más tanto conciente como inconcientemente. En otras palabras, pueden ocultar o reprimir.

La comunicación que el niño realiza y la adecuada comprensión de la misma, abre un camino para desarrollar la tarea psicoanalitica propiamente dicha: hacer conciente lo inconciente.

En este sentido es que podemos decir que el juego constituye un lenguaje, dado que la descarga afectiva que este constituya - cuando se percibida y comprendida por "otro" - conduce al proceso de comunicación.

La actividad lúdica que despliega el paciente en la sesión no reúne las características que definen al juego, en el sentido habitual del termino, como diversion y alegria. Sino que es necesario distinguir que toma la forma de un relato cuya finalidad es fundamentalmente comunicativa.

Aunque en una sesion el niño , a veces, puede "jugar por jugar" generalmente su juego, anque tenga un caràcter manifiestamente placentero, está motivado fundamentalmente por la necesidad de elaborar. El placer que obtiene es a partir de la posibilidad de la descarga del aparato psíquico, de ligar representaciones y de elaborar contenidos por medio de la interpretación.

Otro aspecto fundamental del psicoanálisis de niños es que el paciente se expresa preferentemente en forma no-verbal, mientras que el analista vehiculiza sus interpretaciones por medio de las palabras. Esta diferencia en el modo de comunicarse no constituye un impedimento para la tarea,sino que la dificultad radica en que el juego tiene las características de un código particular que necesita ser descifrado por medio de la comprensión y de la interpretación del simbolismo lúdico, así como por la interpretación del contenido latente de las escenas representadas.

En este sentido conviene diferenciar entre las intervenciones que el analista realiza, las que son traducciones de aquello que el niño tiene en la conciencia y no puede comunicar, de las que son interpretaciones de lo inconciente, es decir, de lo que el niño no puede comunicarse a si mismo porque lo tiene reprimido.

También tenemos que distinguir entre la interpretación como comprensión de significados y la verbalización de la misma. La comprensión puede darse aun cuando por diferentes razones no sea oportuna su verbalización.

En este sentido no todo lo que tiene significado puede ser dicho y a veces los niños quieren ser comprendidos sin que sean explicitados sus sentimientos. Esta actitud también forma parte de la labor terapéutica.

Es conveniente que el analista al verbalizar las interpretaciones utilice un lenguaje adecuado a la etapa psico-motriz por la que está atravesando el niño. Los desencuentros y los malos entendidos entre paciente y analista pueden ser comunes.

Los niños muchas veces seleccionan de manera inconciente aquellas palabras que contienen mayor carga afectiva para él. Asi, por ejemplo, frente a la interpretación "sentis una rabia tan fuerte que te da miedo ser malo! un paciente respondió "yo no soy malo". O en

otra oportunidad en que la analista le preguntó a un niño acerca de su dibujo "decime qué hiciste? este contestó sobresaltado "yo no hice nada".

El fenomeno transferencial-contratransferencial se despliega en la sesion con niños de la misma manera como se da en el tratamiento de adultos.

El niño al adjudicar al analista, durante su juego, los roles más variados y contradictorios activa y revive con él, las distintas fantasías.

Cuando el analista participa, asume los roles y funciones que el niño le asigna. Se ubica como representante de los aspectos que el paciente no puede asumir y también representa a las personas imortantes de su vida.

En la sesion el niño "dice jugando". Aun aquellos que cuentan con la posibilidad de expresarse verbalmente "eligen" eljuego como medio de comunicación predominante. Tanto el juego como la palabra le permiten expresr "importancias", sin embargo observamos que no es lo mismo para él jugar que hablar.

Cuando el niño, en lugar de jugar, recurre a la expresión verbal, es porque quiere comunicar con urgencia experiencias impactantes, que lo desbordan, lo desconciertan y que necesita compartir. A través de la "precisión" de la palabra intenta asegurarse la comprensión.

Nos preguntamos por qué si un niño se encuentra en una etapa en la que es capaz de hablar, prefiere jugar?.

- El juego abarca la mayor parte de la actividad vital de la vida del niño, es esencial en su desarrollo y constituye su forma de expresión natural. En este sentido, expresarse jugando le demanda menor esfuerzo que hacerlo con palabras.

- La expresión verbal le resulta insuficiente para traducir su rico mundo de imaginación y sus fantasías.Siente que al entrar en contacto con las palabras, algo de sus ilusiones cambia y se pierde.
- La posibilidad de concretar fantasías por medio de la acción.
- Al desplegar en un mundo de ilusión la intensidad de sus afectos y conflictos, experimenta la vivencia de preservar a quienes quiere y necesita.
- Las acciones con juguetes contribuyen a controlar la ansiedad, brindándole la ilusión de que "algo está ocurriendo realmente" y que así lo puede dominar.
- Le ofrece la oportunidad de volver una y otra vez sobre acciones conocidas.

La elección del símbolo en el juego

Qué "sabiduria" conduce al niño a la elección de un determinado juguete o escenificación de un juego para expresarse? Cómo sabe que utilizando un recipiente puede simbolizar lo referente a la contención y a la genitalidad femenina y que empleando un avion representará sentimientos referentes a la potencia y a la genitalidad masculina.

Para Freud, lo que hoy está conectado por via del simbolo, en tiempos primordiales estuvo fusionado en una unidad conceptual y linguistica. El sentido de esta referencia simbólica se constituye como resto y marca de una identidad antigua que es recreada de continuo en el presente. En este sentido la selección del símbolo no es arbitraria, ya que existe un conocimiento inconciente acerca de la relación entre el simbolo y lo simbolizado y dicha relación solo se pierde en la conciencia.

El simbolismo lúdio se apoya en una "realidad material" que evoca en el psiquismo del niño un ausente. El juguete que el niño utiliza,

generalmente posee alguna de las características del objeto, ya sea su tamaño, color, textura o función.

El hecho de que los niños elijan juguetes similares o realicen los mismos juegos, para representar temáticas semejantes y expresar los distintos momentos de cambio y evolución a través de juegos tipicos, da cuenta de la indisoluble y específica relación inconciente entre el símbolo y lo simbolizado.

El Autismo desde el Psicoanálisis

Lic. Silvana O. de Aizenberg

- Septiembre de 1996 -

EL AUTISMO DESDE El. PSICOANÁLISIS

Lic. Silvana O. Aizenberg

El propósito de este trabajo es: a) aportar algunos significados inconcientes para la comprensión del autismo; b) describir la relación existente entre la problemática del paciente autista y su familia o el medio ambiente que lo rodea y c) posibilidades terapéuticas.

La palabra autismo aparece en la obra de Freud en 1911, citando a Bleuler, quien utilizó este término para los pacientes que padecían de pérdida del sentido de la realidad. Bleuler se refirió al mecanismo de retracción del mundo externo y el refugio en el universo de fantasías propio de los pacientes autistas, al mismo tiempo que destacó que el enfermo no pierde de manera absoluta los conceptos y las relaciones vinculadas con la experiencia, sino que los usa cuando no contradicen sus propósitos. Kanner fue quien describió por primera vez, en 1943, el autismo infantil. Numerosos autores nacionales y extranjeros se ocuparon de investigar e interpretar las características del autismo (el retraimiento, la extrema rigidez y el trato dcsafectivizado con los demás) y elaboraron técnicas terapéuticas para su tratamiento. (Nota 1)

Fue Freud quien, con su descubrimiento del inconciente, de la existencia del Complejo de Edipo y de la sexualidad en la infancia, ratificó que los síntomas son expresión de afectos reprimidos, que permanecen dinámicos en el inconciente y luchan por expresarse. Reconoció que los trastornos psíquicos o corporales pueden ser considerados una solución de compromiso entre las ideas reprimidas y las fuerzas represoras (Freud 1901, 1904, 1911, 1914, 1916, 1917). En nuestro país L. Chiozza, con sus desarrollos acerca de la comprensión de las enfermedades orgánicas comprendidas como lenguaje, nos ofrece el basamento teórico para abordar el simbolismo de los síntomas psíquicos y corporales. Para este autor, todo lo corporal, las funciones y el desarrollo poseen un sentido psicológico (Chiozza 1974, 1976, 1978, 1986, 1995).

Plantear la existencia de significados inconcientes que participan en la conformación del autismo implica partir también de la concepción de la existencia de un psiquismo temprano, de la noción de conflicto y de una capacidad simbólica que podemos remitir a la vida prenatal (Rascovsky 1960).

Consideramos el nacimiento como el desenlace de un proceso natural del desarrollo, que marca el comienzo de un nuevo proceso de integración al que denominamos postnatal. En este período se despliegan las relaciones que se establecieron durante la etapa fetal con objetos "reales" y heredados. El aparato psíquico se va integrando (en el período prenatal y postnatal) en forma progresiva. El reconocimiento de uno mismo y de los otros está tenido en gran medida por la intensidad y las características de los impulsos, fantasías y defensas tempranas.

Las experiencias de satisfacción y frustración le permiten al niño ir configurando las características del objeto que lo "nutre", al mismo tiempo que aprende el modo más

adecuado de obtener lo que necesita. La decepción frente a la experiencia alucinatoria, que lo mantiene en la insatisfacción, inaugura para él la posibilidad de pensar. El proceso primario invade muchas veces su intento de pensar en concordancia con la "realidad".
En el niño autista la integración y el pasaje del proceso primario al secundario están alterados. Desconoce la separación entre él y los otros y conserva en gran medida lo que podemos describir desde el mundo adulto como la omnipotencia y el narcisismo de la temprana infancia. Su conexión con las personas o los objetos es débil y poco discriminada, y cuando pierde al objeto, aunque la angustia es intensa, puede reemplazarlo por otro de manera automatizada. Podemos decir que los niños autistas fueron bebes que, en la búsqueda de la satisfacción instantánea, no pudieron discriminar, por ejemplo, el pecho como algo separado de la boca.
La dificultad en la comunicación, expresada en su actitud de aislamiento y de encierro, es la característica dominante del paciente.

Qué significado podemos atribuir a esta falta de comunicación, y que intenta resolver el paciente de manera inconciente a través de su encierro?
Sabemos que en la temprana infancia los mecanismos de defensa desempeñan una función necesaria en la estructuración del aparato psíquico. Para salvaguardarse de sus impulsos y fantasías, el niño desarrolla mecanismos de defensa que cumplen con el objetivo de escapar del sentimiento de angustia (Freud 1909; Klein 1958). La disociación, la escisión y la negación son las formas más primarias de que dispone el bebé para defenderse y al mismo tiempo constituyen un proceso esencial para el desarrollo normal.
La disociación, para M. Klein, es el modo de expresar y elaborar las ansiedades psicóticas tempranas que le posibilitan al Yo enfrentarse con impulsos e imágenes internas de figuras terroríficas. Cuando dicha disociación es extrema, impide el ingreso en la posición depresiva, caracterizada por la moderación y la integración de los impulsos que conducen a la integración del Yo y del medio. La disociación se construye, entonces, a partir de la negación de aquellas percepciones que el niño experimenta como violentas para su Yo. Necesita, por un lado, mantener escindidos los impulsos de amor y odio inconcientes y, por el otro, eludir la percepción de todo aquello que puede ser displacentero a fin de evitar el dolor de la frustración y poder mantener la identificación con el ideal.
Bettelheim (1967) sostiene que los autistas se retiran del mundo antes de que su humanidad realmente se haya desarrollado.
Cabe afirmar entonces que el autismo constituye un padecimiento regresivo, cuya intención inconciente es la de permanecer en un estado de bienestar idealizado.
Desde su incomunicación el paciente expresa simbólicamente la fantasía de conservarse en un encierro intrauterino, atribuyendo a dicho estado posibilidades de satisfacción ilimitadas, que le permitan negar la carencia o la frustración.
Sólo en su aspecto manifiesto la enfermedad toma la forma del encierro y la limitación, ya que en su contraparte latente parece contener la fantasía de estar

inserto en un mundo de carácter ideal ilimitado. En este sentido, el paciente mismo se siente identificado con el ideal.
Tanto en la experiencia cotidiana como en la clínica se observa que cuando el niño se enfrenta con una situación que implica frustración, reacciona con violencia y muchas veces con una agresividad desmedida. Su conducta responde a la vivencia de que dicha frustración constituye un peligro que lo amenaza con su propia aniquilación.
Podemos interpretar que el encierro en el que se sumerge el paciente no obedece al impacto traumático frente a la experiencia de abandono respecto del objeto que lo frustra, *sino que estaría vinculado con la dificultad para desarrollar un vínculo que podría exponerlo a la pérdida del objeto necesitado*. El aislamiento representa el refugio frente al sentimiento intolerable de no tener a su lado una madre que le proporcione una situación estática y sensual instantánea, al mismo tiempo que le facilita alimentar la fantasía de poseerla.
El entorno o los padres cumplen para el niño una función equiparable a la de una placenta, que al mismo tiempo es negada como tal porque él vive negando la existencia de los que lo rodean. Su existencia parece estar estrechamente ligada al deseo de vivir en un mundo de sueños.
La comunicación del autista es predominantemente preverbal. Su dificultad para expresarse con palabras no se debe a la falta de aprendizaje de las mismas, sino que con su trastorno manifiesta el deseo inconciente de mantener un vínculo primario semejante al de las primeras experiencias de la infancia, en las que la madre comprende las necesidades del hijo sin que éste necesite hablarle.

b) Conflictos compartidos entre el paciente autista y su familia o medio ambiente.
Comprender las distintas enfermedades de la infancia como la expresión de distintas fantasías que no son concientes implica también admitir que éstas se desarrollan en el vínculo con las personas del entorno.
Un niño, mucho antes de nacer, ya es hijo, nieto, sobrino o hermano. No solo ocupa, desde entonces, un lugar en los sentimientos inconcientes de ambos padres, sino también en una complejísima traína de emociones en la cual participa, en mayor o menor grado, toda la familia.
La enfermedad de un niño funciona como el fusible de un circuito eléctrico y constituye siempre el emergente de conflictos inconcientes que involucran a toda la familia. “La observación y el estudio de la conducta en los recién nacidos demostraron que poseen una riquísima vida emocional, y que todo niño, aun siendo muy pequeño, no sólo recibe la influencia de las fantasías inconcientes de las personas que lo rodean, sino que reactúa sobre ellas mediante un tipo de 'diálogo', cuyas 'palabras' se construyen con las funciones del cuerpo” (Aizenberg y Chiozza, 1992).
Los significados inconcientes que participan en el desarrollo autista, expresado en la dificultad del paciente para enfrentar la realidad en la medida en que ésta se opone a sus deseos y en la necesidad de crear un estado ideal por medio del cual intenta evitar la frustración o el dolor, encuentran su forma equivalente en la modalidad caracterológica familiar.

El paciente se maneja con las personas de su medio proyectándoles propiedades y posibilidades mágicas. Las acomoda de acuerdo con sus fantasías, del misino modo como lo hace con los objetos inanimados, a los que generalmente emplea sin respetar la función para la que están destinados. (Nota 2) Dichos objetos sustituyen muchas veces a la madre, negando la necesidad que tiene de ella.
Los padres o el medio tratan generalmente de satisfacer al niño en todas sus necesidades. No solo intentan ayudarlo, sino que en alguna medida comparten su deseo inconciente de crear un mundo dominado por relaciones que parecen adecuarse en forma perfecta, sin ningún tipo de limitación. Brindar una ayuda de es la naturaleza estimula también el sentimiento de poseer condiciones que no se someten a los límites de la realidad.
Si bien son evidentes los esfuerzos realizados por los familiares, en el trato cotidiano, para conectar al niño con la realidad, la dificultad para la discriminación, el duelo y la renuncia de la satisfacción impulsiva constituyen también una problemática inconciente en la vida de ellos.

c) Posibilidades terapéuticas
En los comienzos del psicoanálisis, se sostenía que el método analítico solo era eficaz para encarar cuadros clínicos de neurosis, histerias y trastornos sintomáticos, quedando descartada la posibilidad de aplicarlo a niños y a pacientes psicóticos (Freud 1911, 1914).
El desarrollo de la teoría y el método psicoanalítico a lo largo de este siglo sentó las bases para el tratamiento infantil, así como para el abordaje y la terapéutica de pacientes psicóticos.
Es posible el tratamiento psicoanalítico de pacientes autistas?
Si bien la conducta manifiesta del autista nos lleva a decir que vive en un mundo distinto y sus fantasías o asociaciones de ideas generalmente no están expresadas en forma de lenguaje verbal, esto no implica que el paciente carezca de capacidad simbólica y de la existencia de un psiquismo y conflictos inconcientes.
Por el contrario, podemos abordar la comprensión de esta enfermedad considerando sus manifestaciones como expresión de un mensaje inconciente que sólo en su aspecto aparente parece carecer de sentido o finalidad.
La técnica de juego, descripta por Melanie Klein (1932) para comprender las ansiedades tempranas de los niños pequeños - basada en la interpretación del simbolismo lúdico - aporta elementos que permiten sostener que es posible aplicar el psicoanálisis a niños con autismo. Es importante evaluar cada caso en particular.
Es poco factible plantear el tratamiento en términos de una restitución absoluta del paciente; sin embargo, sus beneficios pueden ayudarlo en su adaptación al medio y beneficiar la convivencia con él. El diagnóstico y el tratamiento precoz ofrece la posibilidad de un mejor pronóstico.
Las características de su conducta y su juego revelan la intención de ejercer una defensa extrema de su "territorio" para evitar toda intrusión. Su dificultad para discriminar el mundo interno y externo, su intensa relación afectiva con los objetos inanimados y su aparente desinterés por las personas que lo rodean, generan habitualmente una respuesta contratransferencial de intensa angustia.

La comprensión de dicha angustia contratransferencial, por medio de la elaboración del vínculo transferencial-contratransferencial, nos acercará a la posibilidad de identificarnos con el paciente. Podemos entender que su modo de relacionarse con los demás no es solo el resultado de su incapacidad simbólica, sino que dicha limitación parece ser el resultado de una defensa destinada a controlar afectos que experimenta como peligrosos para su subsistencia.

NOTA 1

Bleger (1961) sostiene que en el autismo no existe un predominio de la vida interior, sino una indiscriminación entre mundo interno y externo, entre Yo y objeto, entre objeto bueno y malo, etc. El autista - aclara- no pierde el sentido de la realidad, sino que construye un sentido de realidad propio.
Bellelheim (1967) describe la perturbación en la capacidad de relación con el mundo exterior de los niños autistas, y expone su concepción acerca de la región oscura de la inteligencia en que la distinción entre sujeto y objeto carece de sentido.
La escuela estadounidense vincula al autismo con estados de carencia, como si fueran formas defensivas contra presiones insoportables del medio o como intentos reactivos para contrarrestar el peligro de una relación simbiótica patológica con la figura materna. (Foks, G. de S. 1967) '
Otros autores como M. Abadi, J. Bleger; F. Cesio, A. Rascovsky y E. Rodrigué, han procurado detectar, siguiendo la teoría psicoanalítica de la evolución libidinal, el punto de fijación del autismo. La mayoría de ellos postulan la idea de un punto de fijación prenatal. (Foks, G de S. 1967)
Meltzer (1979) afirma que en un momento de su desarrollo, el niño autista tuvo un vínculo intenso y satisfactorio con la madre o con su sustituto, que luego se interrumpió. Frente a este impacto traumático y la angustia consecutiva, el niño emplea la modalidad defensiva de la regresión.
Mahler (1984) realizó una clasificación para diferenciar al autismo de la psicosis infantil y describió un autismo normal entre el primero y el tercero o cuarto mes de la evolución post-natal.
Brutti (1984) refiere que el aislamiento del niño autista es una defensa respecto al objeto y que se aparta de él para defenderlo. Sostiene que el autista no pudo desarrolla un vínculo primario.
Winnicott (1991) parte de la idea de que el autismo constituye una organización defensiva para evitar la angustia que le despierta al niño la falla de la dependencia ambiental. El niño se siente invulnerable y en su regresión deja de sufrir; en cambio, sufren los padres.

NOTA 2

La elección de objetos inanimados generalmente es de contextura dura.
Probablemente le proporcionan al niño la sensación de protección. La dureza de los objetos probablemente contrarresta el sentimiento de ser blando y vulnerable y lo estimula a sentirse seguro en un mundo que parece plagado de peligros inefables, que le producen un terror sin límites. La falta de percepción diferenciada significa también que puede utilizar prácticamente cualquier objeto que le brinde una sensación definida y repetible (de ahí su interés por las colecciones de objetos extraños).

BIBLIOGRAFÍA

ABADI, M.
Renacimiento de Edipo - Editorial Nova, Bs. As. 1960.

AIZENBERG, Silvana y CHIOZZA, L.
"Por que se enferman los niños", La Nación, Bs. As., 23 de mayo de 1992.

AIZENBERG, S. y colab.
"El juego en el psicoanálisis de niños" (tercera comunicación). Presentado en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker. Bs. As. 1993.

BETTELIIEIM, B.
La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del si mismo. Editorial Laia,
Barcelona, 1967.

BLEGER, J.
'La simbiosis1', Revista de Psicoanálisis, A.P.A. tomo XVIII, n4. Bs. As., 1961

BRUTT1, C.
Quaderni di psicoterapia infantile. L' autismo (1). De. Borla. Roma, 1984

CHIOZZA, L. (1974)
"La Transformación del afecto en lenguaje". En Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar. Editorial Paidós. Bs. As., 1980.

CHIOZZA, L. (1976)
"La enfermedad de los afectos". En Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar.
Editorial Paidós. Bs. As., 1980.

CHIOZZA, L. (1978)
"El problema de la simbolización en la enfermedad somática". En Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar. Editorial Paidós. Bs. As. 1980.

CHIOZZA, L.
Por qué enfermamos. La historia que se oculta en el cuerpo. Editorial Alianza, Bs. As., 1986.

CHIOZZA, L.
Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis. Editorial Alianza, Bs. As.
1995.

FOKS, G. S. de
"Actualización sobre autismo", Revista de Psicoanálisis, A.P.A., tomo XXIV n 3 - Bs. As., 1967.

FRANCÉS, Tustin
"Los objetos autistas'. Revista de psicoanálisis. A.P.A., Tomo XXXIX n 1 - Bs. As.
1982

FREUD, S. (1901)
"Psicopatología de la vida cotidiana". Obras completas, T VI - Editorial Amorrortu,
Bs. As., 1976.

FREUD, S. (1904)
"Sobre psicoterapia" - Obras completas T. VII - Editorial Amorrortu, Bs. As., 1976.

FREUD, S. (1911)
"Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico". Obras completas T
XII - Editorial Amorrortu, Bs. As., 1976,

FREUD, S. (1911)
"Sobre psicoanálisis". Obras completas TXII - Editorial Amorrortu, Bs. As., 1976

FREUD, S. (1914)
"Introducción al narcisismo". Obras completas T XIV - Editorial Amorrortu, Bs. As., 1976

FREUD, S. (1917)
“Duelo y melancolía”. Obras completas TXIV - Editorial Amorrortu, Bs. As., 1976.

FREUD. S. (1916-17)
"Conferencias de introducción al psicoanálisis". Obras completas TXV y XVI - Editorial Amorrortu, Bs. As. 1976.

KLEÍN, M. (1946)
"Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". En Desarrollos en psicoanálisis. Editorial Hormé, Bs. As. 1962

KLEIN, M. (1932)
El psicoanálisis de niños. En Obras completas. Tomo 1, Editorial Paidós. Bs. As.,

1980.

MAHLER, M.
Psicosis infantiles y otros trabajos (Estudios 1 y 2). Editorial Paidós, Bs. As. 1984.

MELTZER D. y otros
Exploración del autismo - Un estudio psicoanalítico. Editorial Paidós, Bs. As. 1979.

RASCOVSKY, A. y colab.
El psiquismo fetal. Editorial Paidós, Bs. As., 1960).

RODRIGUE, E.
La concepción del mundo en el autismo. Revista de Psicoanálisis. A.P.A. - Tomo XIII, n 4 - Bs. As. 1956

WINNICOTT, D.
Exploraciones psicoanalíticas 1 - Editorial Paidós, Bs. As. 1991.

30-10-11

VII Encuentro Internacional
El drama en el alma y la enfermedad en el cuerpo

El método patobiográfico

El estudio patobiográfico integra el conocimiento de la medicina y del psicoanálisis con el aporte de las fantasías específicas.

Difiere del encuadre psicoanalítico clásico, porque se realiza mediante el trabajo conjunto de un equipo y se orienta hacia un fin premeditado concentrado en contemplar problemas específicos, como una enfermedad somática o una crisis vital, en un momento particular de la vida de un paciente. Parte del criterio de que no existen enfermedades sino enfermos y que la enfermedad y el afecto son lo mismo observado desde dos puntos de vista.

Consiste en resignificar una historia, que implica comprender el significado reprimido, que determinó el "estilo" con que el paciente dibuja el mapa de su vida y su particular modo de interpretar los acontecimientos.

Consideramos que un estudio patobiográfico no puede sustituir a un tratamiento psicoanalítico y que un tratamiento analítico no puede reemplazar a un estudio. Son metodologías terapéuticas que implican el ejercicio de una técnica con un encuadre diferente, aunque pensamos que ambos métodos no colisionan entre sí, sino que por el contrario pueden influirse mutuamente. Es decir, un paciente que se analiza puede simultáneamente realizar un estudio y enriquecer con los contenidos obtenidos su tratamiento y un paciente que inicia un estudio patobiográfico puede continuar "a posteriori" sus elaboraciones a través del psicoanálisis.

Chiozza L. sostiene que la experiencia realizada en los estudios patobiográficos, lleva a los psicoterapeutas a trabajar de manera diferente en el consultorio psicoanalítico y señala que esto de alguna manera potencia también la confianza en el estudio patobiográfico.

La resistencia a profundizar en los contenidos inconcientes, puede estar presente tanto en uno como en otro método. Puede suceder, por ejemplo, que un paciente instalado en una situación analítica en la que preserva su baluarte, tenga más resistencia para realizar un estudio patobiográfico o que un enfermo opté por la realización de un estudio, con la fantasía de una

resolución inmediata a sus dificultades y se oponga a continuar el proceso a traves de un análisis.

Si bien podemos pensar que la intervención en tiempo breve, propio de un estudio patobiográfico, puede ser un inconveniente mayor para encarar los aspectos resistenciales, su procedimiento que se lleva a cabo a través de entrevistas de anamnesis que movilizan afectos intensos y la resignificación construída a partir de la participación de un equipo de profesionales, influyen en la confianza del paciente y en su mayor aceptación a las interpretaciones.

Por otra parte, la resistencia a descubrir contenidos resistidos, también esta presente entre los analilstas que participan en la tarea, dado que en cada estudio el enfrentamiento con diferentes dramáticas y el compromiso con la significación de la historia del paciente, como una caja de resonancia, moviliza emociones profundas.

Forma parte del trabajo en grupo ir elaborando las distintas contratransferencias y contraresistencias. Al mismo tiempo, el conjunto de contratransferencias, que posibilita una contemplación diferente, constituye un aporte central al estudio patobiográfico que brinda convicción al paciente, porque tiene el peso del consenso.

La coincidencia de los puntos de urgencia, del mismo modo como sucede durante un tratamiento psicoanalítico en el vínculo entre paciente y analista, enriquece el trabajo por la coincidencia de múltiples puntos de urgencia.

Chiozza L. (2008) sostiene que la construcción de una resignificación debe contener una sola idea, como producto de haber trabajado con muchas y como resultado del análisis de la transferencia-contratransferencia.

Las conclusiones de una resignificación expresada en el lenguaje de la vida, enlazada empáticamente con el modo de pensar y sentir del paciente y evitando en la medida de lo posible expresiones intelectualizadas, ayuda también para una mayor posibilidad de insight y comprensión.

La resignificación le permite al enfermo comprender que lo que esta viviendo en la actualidad tiene que ver con su manera de interpretar los hechos, que a su vez esta relacionado con un suceso pretérito.

Como señala G. Chiozza empleando palabras de Chiozza L : “Si bien la palabra, hija del proceso secundario, es el agente privilegiado para el

cambio que deseamos operar, la comprensión que hemos alcanzado no ha surgido del ejercicio del pensamiento lógico-racional, sino de una empatía afectiva, visceral, (que llamamos contratransferencia) más propia del proceso primario". (1996, pag.60)

Se trata de comprender la historia oculta y ésto va mucho más allá de la nominación de los afectos.

Si bien sabemos que en todo vínculo la relación entre los integrantes se establece a través de la proyección de diferentes transferencias, Chiozza L destaca que hay elementos transferenciales que son particulares en un analisis, que no se presentan durante la realización de un estudio patobiográfico. La neurosis de transferencia, por ejemplo, es una característica del proceso analítico, porque es una relación que se constituye con el tiempo, con la continuidad de las sesiones; es la historia recordada. El autor señala que en los casos en que se desarrolla una neurosis de transferencia durante la realización de un estudio, esta es de otras características que la que se desenvuelve en un tratamiento.

Otras distinción entre una y otra intervención terapéutica es, por un lado, la ausencia durante un estudio patobiográfico de la asociación libre, elemento esencial en un tratamiento analitico. En un estudio la tarea se centra fundamentalmente en aquellos aspectos del material del paciente que suscita la contratransferencia del terapeuta y por otro, el aburrimiento o el letargo que surge durante un proceso analítico, que puede invadir al paciente, al analista o a veces a los dos. Esto no es tan frecuente observarlo durante el proceso de anamnesis o en las entrevistas de resignificación.

La Patobiografía posibilita que la transferencia se reparta o se disocie entre los diferentes profesionales que estan a cargo, por ejemplo en las dos resignificaciones que se le brindan al paciente, transmitidas por psicoanalistas diferentes y en la entrevista posterior de seguimiento.

Chiozza L. afirma que aquello que llega a la conciencia con el afecto correspondiente, cumple con una parte del proceso analitico y que es el proceso de elaboración el que posibilita el cambio.

Sostiene que la resignificación de un estudio, constituye un insight de carácter inesperado, que estropea la solución que el paciente encontró y que posee valor comunicativo a través de su trastorno o enfermedad y afirma que es una visión interior que va unida a la emergencia de un recuerdo que forma parte de la historia.

El propósito del estudio es hacer conciente aquellos aspectos del carácter que generan malestar, sufrimiento y su vinculación con las vicisitudes actuales del paciente. A diferencia del tratamiento psicoanalítico, que a través del proceso de elaboración se encamina hacia el logro de una modificación caracterológica. Esto es lo que nos lleva habitualmente a describir al estudio como un método que posibilita el insight y al tratamiento analítico como el que facilita la elaboración, aunque por otro lado sabemos que ambos insight y elaboración se influyen mutuamente.

El insight es una experiencia emocional tanto para el paciente como para el analista, pero para generar cambios hace falta más de una experiencia de ese tipo y es por eso que lo que se logra hacer conciente en un estudio, debe ser elaborado una y otra vez en el sentido de un proceso que se repita con frecuencia y perdure. Chiozza L. define a la elaboración como la "unidad del proceso analítico".

La intervención de médicos especialistas en los ateneos clínicos, constituye un aporte, que amplia las posibilidades de comprensión tanto para el ámbito psicoanalítico, como para el del especialista.

La inclusión de fotografías, que se le solicita al paciente como material complementario, brinda la oportunidad de ver plasmadas en imágenes, aspectos de la vida del paciente que enriquecen su relato verbal y en algunas ocasiones revelan aspectos esenciales significativos.

La confección de la sinopsis que forma parte del procesamiento del material, arroja elementos como por ejemplo, el lenguaje de órganos que permite relacionar el factor eficaz y específico desencadenante de la enfermedad actual y la cuota de esperanza que sale a la luz y revela tanto las posibilidades de curación, como la de establecer un pronóstico.

Chiozza G. refiriéndose a la resignificación destaca que lo fundamental es lograr una versión que intente mostrar que el mismo conflicto estaba presente "entonces" y "ahora". Es decir, componer una historia distinta de la que el paciente propone y en ese sentido poner en crisis la significación que el paciente da a su vida. En síntesis "…para resignificar su historia, debemos ser capaces de contarle otra historia".

Entendemos que detrás de cada biografía hay oculto un mito que tiene las raíces en la vida del paciente y sabemos que la sustitución de un significado por otro, es decir por otro mito, requiere de una suficiente movilidad afectiva, como para que él pueda otorgarle significancia.

A partir de estos desarrollos y siguiendo el pensamiento de Chiozza L. consideramos que el estudio patobiográfico es una intervención terapéutica que constituye una experiencia vital, que puede ser considerada como un verdadero acto creativo.

Silvana O. Aizenberg

Trabajos Publicados en Chiozza Obras Completas

Referencia bibliográfica: CHIOZZA, Luis y AIZENBERG, Silvana (1992d) “¿Por qué se enferman los niños?” en Luis Chiozza OC Tomo VI

La enfermedad de un niño despierta, generalmente, un senti miento de urgencia en cuanto a la nece sidad de liberarlo de su sufrimiento. Los padres habitual mente se preguntan, con temor o con angustia, ¿por qué pasa esto? El niño, lo diga o no lo diga, aun siendo muy pequeño, siempre se pregunta lo mismo. La necesidad de encontrar una explica ción y una respuesta acerca de las causas de la enfermedad suele ser, en los pa dres, la parte más conciente de los interrogantes. Pero su cede, además, que un niño enfermo siempre establece (y su familia también) algún tipo de relación entre sus síntomas, sus sentimientos, y las difi cultades que han surgido, de un modo o de otro, precisamente en ese momento de su vida junto a las personas que comparten su mundo afectivo. Las consecuencias psicológicas que una enfermedad física puede desencadenar en un niño (angustias, temores nocturnos, depresiones, etc.) son, hoy, ampliamente conocidas. No ocu rre lo mismo, sin embargo, con los motivos afectivos profun dos por los cuales se puede enfermar físicamente. Aunque es muy común que esos motivos se presenten fugaz mente en la conciencia de quienes conocen bien la situación que el niño vive, suelen ser reemplazados inmediatamente por argumentos “más razonables”. La idea de que la psicoterapia puede ayudar a resolver algu nos trastornos que se presentan en la infancia (tales como fobias, obsesiones, robos, mentiras exageradas, difi cultades de crecimiento o de aprendizaje, etc.) se ha ido introdu ciendo, cada vez más, en la mente de padres, médicos y edu cadores. No sólo el psicoanálisis o la psicología, sino tam bién la pedagogía, la sociología, la literatura u otras for mas del arte que impregnan la cultura de nuestra época, nos transmiten la idea de que se trata de síntomas 26 LUIS CHIOZZA que tienen signifi cados ocultos, y que, una vez descubiertos, nos otor gan un camino para obtener el alivio o la desaparición del trastorno. Cuando un niño miente, por ejemplo, puede estar expresando, con su construcción fantasiosa, el deseo inconciente de transformar en placentero algo que siente penoso en su vida, algo que no puede aceptar o tolerar. Cuando un niño roba, puede estar expresando una necesidad de amor, insatisfe cha, que él mismo ignora. La necesidad, por ejem plo, de que alguien se interese por él, que lo quiera con un intenso deseo y que lo “tome”; así como él, en su conducta sintomática, se apodera con irresistible deseo de las cosas que sustrae. Los trastornos de conducta suelen ser “soluciones” que el niño encuentra para poder expresar difi cultades. Desde este punto de vista, su comportamiento es una forma de “lenguaje”, un intento de comunicación que sólo puede realizar de esa manera. Pero el panorama actual, en ese campo, no sólo se limita a los trastornos de conducta. Los desarrollos de la medicina psi cosomática, además de enriquecer, desde una nueva pers pectiva, el campo médico y las vías de abordaje de las en fermedades de los adultos, amplían enormemente las posibilida des de la acción terapéutica en los niños. Aunque son todavía muy pocos los que se atreven a pensar que estos fenómenos intervienen en todas las enfermedades, casi todo el mundo acepta, actualmente, que una enfermedad del cuerpo puede llegar a constituir un modo singular del len guaje y de la comunicación. Un modo cuya singularidad con siste, precisamente, en que el enfermo mismo no tiene con ciencia acerca de aquello que intenta comunicar. La discusión actual, entre los especialistas en estas cues tiones, pasa por otro terreno. Muchos, siguiendo una línea de pensamiento cuyo represen tante más conocido es el francés Pierre Marty (Marty, M’uzan y David, 1963), piensan que la difi cultad para expresar o comunicar concientemente los afectos confl ictivos proviene de un défi cit en la capacidad de “mentalizar” necesidades y excitaciones corporales inconcientes. Otros, desarrollando ideas que se inician con Freud, Groddeck y Weizsaecker, sostenemos

(Chiozza, 1997a [1986]) que tal “insu fi ciencia” es aparente y que constituye una “actitud” que adopta la conciencia frente a determinadas fantasías que no puede to lerar, fantasías que, aunque inconcientes, poseen un signi fi cado afectivo o “mental”. Esta segunda posición teórica nos permite comprender un he cho que la observación atenta corrobora una y otra vez: los distintos trastornos corporales corresponden a signifi cados psicológicos inconcientes que son particulares de cada tras torno. OBRAS COMPLETAS • TOMO VI 27 Que un niño se resfríe, por ejemplo, no es lo mismo, en lo que respecta a los signifi cados emotivos inconcientes de su trastorno, a que sufra una crisis asmática. (Tampoco es lo mismo, desde ese punto de vista, que padezca una psoriasis, una hepatitis, una leucemia o cualquier otra enfermedad.) La fotografía de un niño resfriado se parece extraordinaria mente a la fotografía de un niño que llora. La investigación psicosomática demuestra, concordantemente, que cuando un niño se resfría a menudo, es porque se encuentra embargado por sentimientos de tristeza que no puede tolerar y que, du rante el resfrío, permanecen inconcientes. En el asma, en cambio, los sentimientos comprometidos son otros. La tristeza se ha reprimido más profundamente; el llanto, para decirlo con una metáfora, “se ha metido en los pulmones” y se expresa como secreción bronquial. Pero, ade más, el niño asmático vive atrapado por una fantasía inconciente que posee, para él, toda la fuerza de una realidad: está convencido, sin tener conciencia de ello, de que alguna persona de su más íntimo entorno, sin la cual le parece que no podría vivir, lo amenaza con el abandono. Siente que de pende de ella tan intensamente como dependemos, todos, del oxígeno que respiramos, pero al mismo tiempo experimenta, también de modo inconciente, que el vínculo con ella con tiene todos los peligros de un contacto hostil. Con el es pasmo bronquial se aferra al aire que respira y no lo deja escapar, pero ese aire, viciado, que ya no le sirve, que im pide la llegada del aire fresco y necesario, funciona como una presencia asfi xiante que restablece el círculo vicioso. Comprender las distintas enfermedades físicas de la infancia como la expresión de distintas fantasías que no son concientes, nos enfrenta con una realidad cuya importancia, en los últimos años, se nos ha revelado cada vez con mayor clari dad. Dado que esas fantasías se desarrollan en el vínculo con las personas del entorno, la enfermedad del niño, fun cionando como el fusible de un circuito eléctrico, consti tuye siempre el emergente de confl ictos inconcientes que in volucran a toda la familia. Un niño, mucho antes de nacer, ya es hijo, nieto, sobrino o hermano. No sólo ocupa, desde entonces, un lugar en las fanta sías inconcientes de ambos padres, sino también en una comple jísima trama de emociones inconcientes en la cual par ticipa, en mayor o menor grado, toda la familia. La observa ción y el estudio de la conducta en los recién nacidos de mostraron que poseen una riquísima vida emocional, y que todo niño, aun siendo muy pequeño, no sólo recibe la in fl uencia de las fantasías inconcientes de las personas que lo rodean, sino que reactúa sobre ellas mediante un tipo de “diálogo” cuyas “palabras” se construyen con las funciones del cuerpo.

Referencia bibliográfica CHIOZZA, Luis y AIZENBERG, Silvana (1995N) “La patobiografía de un niño con leucemia linfoblástica aguda” en Luis Chiozza OC tomo XII

Junto con “¿Por qué se enferman los niños?” (Chiozza y Aizenberg, 1992d), como primer apartado, y “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos” (Chiozza y colab., 1995h [1975]), como segundo apartado, este artículo se incluyó como tercer apartado de “La patobiografía en los niños” (Chiozza y colab., 1995C [1992-1995]) en la primera edición de Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis (Chiozza, 1995c). En la segunda edición de este libro, de 1999, se publicaron como artículos independientes. El material y las conclusiones de este trabajo provienen del estudio patobiográfi co realizado en enero de 1990 en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica, por los doctores Luis Chiozza y Enrique Obstfeld y las licenciadas Silvana Aizenberg y Elsa Lanfri. Fueron presentados en el Encuentro Rioplatense sobre Psicoanálisis de los Trastornos Orgánicos, en Montevideo, en diciembre de 1992, por Silvana Aizenberg, Carmen Araujo, Rubén García, Pedro Herrera, Inés Karamanian, Paula Picco y Paula Steinberg. De este último trabajo, titulado “Un caso de leucemia infantil”, se reproducen algunos párrafos sin modifi cación alguna.

I. Las leucemias en clínica médica3 Las leucemias agudas son neoplasias hematológicas que se caracterizan por la acumulación de células inmaduras de la serie blanca con fracaso simultáneo de la hematopoyesis normal. Las células malignas surgen de la médula ósea, de la sangre y de otros órganos. Se reconocen en general dos formas de leucemia aguda, la linfocítica y la mieloide, también llamada leucemia no linfocítica. La leucemia aguda es la forma más común de neoplasia en la infancia, y el 75% de ellas son linfoblásticas. Su frecuencia máxima se encuentra alrededor de los 4 años de edad, y es más común en los varones. Hoy se sostiene que entre el 60 y 70% de los niños con diagnóstico precoz de leucemia alcanzan una supervivencia libre de enfermedad mayor de 5 años, y que es probable que la mayoría de ellos se cure. La leucemia linfoblástica aguda infantil se caracteriza por una proliferación y un crecimiento incontrolados de células linfoides inmaduras, que se denominan blastos. En este momento se considera que se trata de una enfermedad clonal, porque se interpreta que es el resultado de la transformación maligna de una sola célula progenitora anormal, que posee la capacidad de desarrollarse indefi nidamente a lo largo del proceso de autorrenovación. Los signos y síntomas clínicos están determinados por la participación medular y extramedular de los linfoblastos. Los que corresponden a la participación medular pueden ser: 3 Los datos de este apartado fueron obtenidos en Poplack (1985) y Poplack y Reaman (1989). 26 LUIS CHIOZZA - Anemia, con palidez y/o fatiga. - Trombocitopenia, con petequias, sufusiones y/o hemorragias. - Neutropenia, con fi ebre y/o infecciones. Los que corresponden a la participación extramedular varían de acuerdo con la localización y pueden ser: - Hepatomegalia. - Esplenomegalia. - Linfoadenopatías. - Dolor óseo. Corresponde a la participación leucémica del periostio y el hueso, y es muy frecuente. Los niños de corta edad pueden negarse a caminar o presentar cojera. - Infi ltración meníngea y aumento de la presión intracraneal. Los lugares más comunes de recidiva extramedular son el testículo y el sistema nervioso central. Al comienzo, la enfermedad se presenta con síntomas inespecífi cos, como malestar general, anorexia, irritabilidad y febrícula, pudiendo simular padecimientos no malignos. La duración de los síntomas específi cos varía de días a meses. La anemia y la trombocitopenia ocurren en más del 66% de todos los pacientes con leucemia linfoblástica aguda. El recuento leucocitario es

elevado en cerca del 50% de los enfermos y en el 20% es superior a 50.000. Las cifras mayores aumentan la gravedad del pronóstico. El 30% de los pacientes, al hacer el diagnóstico, presentan niveles bajos de inmunoglobulinas en el suero. Si bien pueden identifi carse células leucémicas en la sangre periférica, el diagnóstico defi nitivo debe realizarse por la punción-aspiración, o por la biopsia, de médula ósea. II. Los Benítez y los Gianni Nelly y Raúl se conocieron siendo muy jóvenes; ella era la única hija de los Benítez, y él, el mayor de los Gianni. Cuando a los 18 años Raúl estaba pensando en ir a estudiar a Buenos Aires, el padre de Nelly le propone que trabajen juntos fabricando cajas (actividad que era tradicional en la familia de los Benítez). Raúl se sintió siempre con poco carácter para tomar decisiones y, luego de grandes dudas, se quedó en su ciudad y se integró a la empresa familiar de los Benítez. OBRAS COMPLETAS • TOMO XII 27 El noviazgo fue largo. Durante nueve años Raúl trabajó para ganarse un lugar en la fábrica y en la familia de Nelly, mientras se sentía cada vez más alejado de los suyos... Nelly no congeniaba con ellos. Cuando se casaron planeaban disfrutar... mientras eran novios no habían tenido relaciones sexuales... Querían esperar un tiempo para tener hijos, pero Nelly quedó embarazada al mes y medio. Con el nacimiento de Nicolás, los lazos con los Benítez se refuerzan. Comparten la empresa, las cosas cotidianas y las reuniones con amigos. La vida familiar incluía cada vez menos a los Gianni, con quienes se visitan de tanto en tanto. Nelly obligada, Raúl tenso... Y eso que los Gianni “los esperan con gusto”... A pesar de su título docente, Nelly pocas veces trabajó. A ella le gusta hacer las cosas a su manera y Raúl se ha ido acomodando a todas las situaciones. En cuanto a la vida sexual... Nelly, con sus difi cultades e inhibiciones, no puede entregarse, y Raúl fue postergando sus propios deseos para no sentirse rechazado. Nelly no tolera nada que sea distinto al “clan de los Benítez”. Mediante su casamiento sintió que le daba a su padre el hijo que, según ella pensaba, él siempre había querido. Los Gianni, para ella, son extraños, y teme que pongan en peligro el vínculo con aquello que siente como “propio”, los seres que quiere y que son de su sangre. Nicolás no será pues, nunca (!), alguien distinto de su sangre, alguien distinto a ella misma. Raúl buscó un modelo de hombre emprendedor y decidido. Al lado de su suegro pensó que le resultaría más fácil desarrollarse, crecer y hacerse una posición. A su padre no lo tolera. Cree que estando lejos de él (desconociéndolo) podría superar sus temores e indecisiones. Nicolás, para él, es el hijo de Nelly, lo quiere bien, como la quiere a ella, pero no piensa en él como un Gianni, sangre de su sangre. Si bien Nelly lo trata a Raúl como a un Benítez, mantiene inconciente que lo rechaza, que lo siente “ajeno”, distinto a ella. No lo “reconoce” ni tolera como a un Gianni. Y Raúl se comporta como si fuera un Benítez, se “asimila” a la familia de Nelly, aunque inconcientemente los sienta extraños, diferentes a los Gianni. La negación del reconocimiento de lo “ajeno”, de lo que no es propio, forma parte del carácter de los padres de Nicolás. III. Nicolás Su nacimiento fue por cesárea. La lactancia fue interrumpida a los 5 días por una operación de la madre. Los padres relatan que tuvo un creci- 28 LUIS CHIOZZA miento normal. “Era infatigable”, caminó a los 11 meses y “a pesar de su hiperdinamismo nunca se caía”. La primera palabra que dijo fue “mamá” y nunca habló en media lengua. Sin embargo, también cuentan que fue llorón, que no quiso gatear y que controló esfínteres a los 3 años. Durmió con sus padres hasta los 6 meses. Siempre necesitó compañía para dormirse. Dicen que a Nicolás le dieron “todo” y que “no lo dejaban respirar”. A Nelly siempre le gustó abrazarlo y besarlo, aun “sabiendo que a él no le gustaba tanto”. Nicolás acostumbraba verla desnuda y no toleraba que lo dejara solo. Cuando, a los 3 años, comenzó el jardín de infantes, le costó adaptarse. Supo que iba a tener un hermano cuando a su mamá se le empezó a notar el embarazo y “no tuvo ninguna reacción de celos”. Cuando nació Cecilia él tenía 4 años y

2 meses. En aquella época su difi cultad para dormir solo se intensifi có y habitualmente dormían “todos juntos”. IV. La historia clínica de Nicolás Tenía 4 años y 7 meses cuando comenzó a quejarse de dolor en una pierna. Por esa misma época se constataron sucesivos cuadros de hipertermia sin foco aparente. Una hinchazón marcada en el cuello decidió a los padres a consultar en un hospital pediátrico. Presentaba entonces poliadenopatías, hipertermia y palidez marcada. Los exámenes hematológicos dieron como resultado 2.000.000 de glóbulos rojos y 30.000 blancos. Cuando la punción de médula ósea confi rmó el diagnóstico presuntivo de leucemia linfoblástica aguda, a los 4 años y 10 meses de edad, comenzó el tratamiento quimioterápico4 . Cuando los padres nos consultan, exactamente un año después de haberse realizado el diagnóstico, “para cubrir todos los aspectos”, y se realiza el estudio patobiográfi co, Nicolás tenía que ingresar en la escuela primaria. Su enfermedad estaba en período de remisión, no presentaba síntomas clínicos y el estado general era bueno5 . Seis meses después de realizado el estudio patobiográfi co y habiendo transcurrido dos meses del inicio de su tratamiento psicoanalítico, normalizó la fórmula leucocitaria absoluta6 . 4 Se realizó, según el protocolo BFM 87, poliquimioterapia con prednisona, vincristina, daunomicina, 6-marcaptopurinas y metotrexato. 5 GB: 2.350/mm3 (65N, 1E, 2M, sin blastos). Hb: 12,9 gr %, y plaquetas: 300.000/ mm3 . Diariamente: purinetol, 3/4 comp., y metotrexato, 6 comp.; sulfametoxazol; trimetoprima, 5 cc cada 12 horas. 6 En noviembre de 2000 tiene 15 años y hace ocho años y medio que su enfermedad se encuentra en remisión completa. OBRAS COMPLETAS • TOMO XII 29 V. Fragmentos de las horas de juego7 Entró confi ado, parecía contento, y sin embargo daba la impresión de tener miedo, de no saber qué hacer. Se dirigió rápidamente hacia la mesa, donde había hojas y fi bras, para dibujar y pintar. Dibujó una casa con una chimenea, de la cual salía humo en forma de espiral. Rellenó, pintando con colores y con prolijidad, los redondeles del humo. Explicó que era una casa en la que vivía con su familia, y cuando la psicoterapeuta le preguntó: “¿Querés decirme algo más?”, agregó: “Ni inventar, ni nada sé”. En otro momento de la hora de juego dijo: “El camión vigilaba la avioneta para que no la roben, pero el Citroën la agarró y se la llevó...”. Cuando quiso armar el rompecabezas sintió mucha angustia, no podía encontrar la forma. Preguntó: “¿Cómo va esto? ¿Esto va así? ¡No puedo armar esto! ¿Las piernas van? ¿Los pies? Pero no sé... ¿Dónde va el cuerpo? ¿Y dónde van los pies? ¿Así?...”. Mira un auto que estaba entre los juguetes con el capot abierto: “¿Por qué se rompió? ¿Por qué se le abrió esto? ¿Se le abrió esto?... Estos tres –se refi ere a otros con el capot cerrado– eran sanitos...”. A los indios y a los soldados no los hizo pelear: “Había dos soldados rojos que eran amigos y dos indios verdes que eran amigos... Todos eran amigos... nada más que para distintas cosas... Mickey era amigo de los autos, y lo miraba al gigante porque se creía que los iba a molestar, a los amigos de ellos, que los iba a matar. Entonces los empieza a pisar, a los autos –habla con mucha velocidad y ansiedad–. Ahora empiezan a matar a todos, se murieron todos, menos los soldaditos, todos los malos...”. Nicolás mira entonces a la psicoterapeuta y dice: “Uno había quedado, la avioneta quedaba ahí, no la habían muerto. Uno había quedado. Vino un soldadito. La avioneta tenía todo para matar. Lo mató a él y se murió y la avioneta quedó bien...”. En la segunda hora de juego, en la cual se repitió esta temática, construyó una muralla alrededor de los autos, los soldados, los indios y el avión amontonados, y dijo: “Así no los van a ver, se vinieron los más bravos, y así no los pueden matar...”. La psicoterapeuta pregunta: “¿La única que se quedó viva fue la avioneta?”. Nicolás responde: “Todos los que estaban tirados están muertos”. Y enseguida agrega: “Voy a ordenar todo porque me voy a ir con mi mami”. 7 A partir del estudio patobiográfi co le fue indicado tratamiento psicoanalítico con una frecuencia de

cuatro sesiones semanales. 30 LUIS CHIOZZA “En un rato –dice la psicoterapeuta– vamos a terminar, y te vas a ir con tu mamá.” Entonces contesta: “Voy a pintar con lápiz, voy a hacer el pastito, fl orcitas, departamentos que viven familias, pastito para que crezcan las fl ores...”. La psicoterapeuta dice, entonces: “Nos contaron que estuviste enfermo, ¿qué tuviste?”. Cuando Nicolás contesta “ausemia”, ella pregunta “¿qué?” y Nicolás corrige “leucemia”, y agrega: “Mamá lloraba porque decía que se había asustado. Por ahora me estoy sanando...”. En las horas de juego intentó, de manera inconciente, comunicar su saber conciente del estar enfermo, cuando se refería, por ejemplo, al auto que se rompió. Cuando expresaba la difi cultad para armar, con el rompecabezas, una fi gura de forma defi nida, comunicaba en cambio sus fantasías inconcientes acerca de la enfermedad. También, mediante el juego de los autitos, los soldaditos y la avioneta, muertos o sobrevivientes, comunicaba las fantasías inconcientes acerca del efecto de la quimioterapia. Su alusión a los autos sanos, diferenciándolos del que no lo estaba, representaba, de manera inconciente, su angustiosa pregunta acerca de por qué otros no se enfermaron y él sí. La intensa angustia de sentirse perdido, sin poder reconocer una “forma propia”, sin saber qué hacer, y el sentimiento inconciente de que necesitaba llenar un vacío para poder construir su identidad, se refl ejaban en el dibujo en el cual rellenó, pintando con colores, el humo que salía de la chimenea. Pensamos que intentaba de este modo fi jar y conservar la forma del humo que utilizaba como un representante de su propia identidad. La amistad que, para distintas cosas, él atribuía a soldados e indios, representaba, más allá de su modalidad de conducta caracterizada por negar las diferencias entre las personas y encubrir los sentimientos de violencia o de hostilidad, su percepción inconciente de la lucha entablada en su cuerpo. Cuando en su juego construye una muralla, protegiendo de los peligros a los autos, los soldados, los indios y el avión, “amontonados”, expresa sus fantasías inconcientes de que los extraños pueden ser peligrosos o destructivos, y que el encierro familiar y la propia indiscriminación pueden protegerlo. También representa así, nuevamente, sus fantasías acerca de la batalla entre la quimioterapia y las células jóvenes de su organismo, sanas o enfermas. El Citroën que se apodera de la avioneta parece aludir al sentimiento de que su hermana era una intrusa que vino para sacarle a su madre y para ocupar su lugar. En los momentos en que más se aproxima a los contenidos inconcientes angustiantes que se refi eren a las vicisitudes de su grave enfermedad, manifi esta su deseo de abandonar la sesión y, ante la afi rmación de que OBRAS COMPLETAS • TOMO XII 31 falta todavía un rato para terminar, intenta refugiarse en representaciones optimistas acerca del fl orecimiento de la vida y de la armonía familiar. El análisis de la transferencia-contratransferencia permitió comprender que, junto al intenso deseo de colaborar con el estudio patobiográfi co para recibir ayuda, su modalidad de juego y su actividad verbal desbordante expresaban el monto de su ansiedad y correspondían a la necesidad de negar que la analista era una de las personas “diferentes” de él y su familia. De modo que la incorporó en su juego como si él y ella fueran una sola individualidad indiscriminada. VI. La última entrevista En la entrevista destinada a comunicar a Nicolás nuestras conclusiones, él se dispuso a escuchar atentamente. Cuando la terapeuta le habló de su relación con la madre, se puso a jugar con dos indios colorados, a los cuales entrelazaba y unía como si tratara de fundirlos. La psicoterapeuta utilizó entonces a los indios como ejemplo, para decirle que así permanecían él y la mamá, agregando que, probablemente, él sentía también que ambos eran completamente iguales. Miró atentamente y afi rmó con un movimiento de cabeza. La terapeuta dramatizó con los indios, tomándolos y separándolos, la angustia que se podía llegar a sentir frente a la separación, señalando que tal vez por eso él y la mamá hacían el

esfuerzo para estar unidos el uno con el otro. Nicolás hizo decolar entonces un avión, partiendo de un grupo de juguetes amontonados, y la psicoterapeuta le dijo que probablemente expresaba de este modo su deseo de tener más espacio para él solo alejándose del encierro familiar. Dibujó enseguida una casa, el sol, el humo y un puntito rosa en el cielo. Dijo que el punto rosa en el cielo estaba ahí porque "se estaba poniendo de noche, que se hacía más de noche". La psicoterapeuta le habló en ese momento del temor que, seguramente, tenía por las noches, de su angustia por la enfermedad y del miedo a morir e irse al cielo. Le dijo también que probablemente él sentía que no podía hablar con nadie de ese miedo y entonces comenzó a pestañear, como si fuera a llorar. Llegamos a la conclusión de que Nicolás quería saber por qué se había enfermado él y no su hermana, y que también deseaba que el padre ocupara un lugar más importante en la casa, estar más cerca de su abuelo paterno, conocerlo más. La psicoterapeuta habló con él de esos deseos y de que, a veces, se siente como si fuera un hijo que es sólo hijo de la mamá. 32 LUIS CHIOZZA Volvió entonces a juntar algunos juguetes y los unió, a todos, desordenadamente. En ese momento la terapeuta le dijo que él sentía que en su familia siempre estaban todos muy juntos, que le parecía que a la mamá le gustaba de ese modo, y que él no podía hacer otra cosa o que no sabía si podía hacerlo de otra forma. Inmediatamente contó que la abuela, en esos momentos, estaba en Mar del Plata, y dijo: "¿Cómo debe estar mi abuela? ¿Debe estar durmiendo?". Se comprendía claramente, aunque no pareció conveniente decírselo, que se estaba refi riendo a lo que sentía que le podría suceder a un miembro de la familia si se apartara o hiciera algo diferente a lo que se acostumbraba. Al fi nalizar la sesión hizo un círculo con sus dedos índice y pulgar y pasó por adentro un auto colorado, sacándolo por el otro lado. La psicoterapeuta le habló entonces de su deseo de nacer, de ser otro. Un Nicolás que fuera la mezcla de cosas de la mamá y del papá, pareciéndose un poco a cada uno. Afi rmó, conmovido, con la cabeza. VII. La fantasía inconciente específi ca de la leucemia linfoblástica aguda8 8 Los conceptos expuestos en este apartado surgen de dos trabajos anteriores: "Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica" (Chiozza y colab., 1985a) y "La sangre tira…" (Chiozza, 1986b, cap. XII). OBRAS COMPLETAS • TOMO XII 33 Cuando investigamos la fantasía específi ca de la leucemia linfoblástica aguda siguiendo los desarrollos que Burnet (1959) y Jerne (1975) realizaron sobre inmunidad, decíamos que el sistema inmune se ocupa predominantemente de la diferenciación entre lo que llamamos "propio" y lo que llamamos "ajeno", y que se presta, por lo tanto, mejor que cualquier otro sistema, para arrogarse la representación completa del proceso psicofísico por el cual un sujeto se "reconoce" a sí mismo como diferente entre sus similares. En este sentido, la identidad, construida sobre la base de una combinatoria de identifi caciones primarias y secundarias, sería el resultado psíquico, conciente e inconciente, de este proceso. Durante la vida embrionario-fetal, afi rmábamos, coexisten distintos clones o familias linfocíticas sin ningún género de incompatibilidad, pero, más adelante, una determinada selección clonal confi gurará la identidad del individuo, mientras que las demás serán reprimidas. Así se establece la diferenciación entre lo propio y lo ajeno. Este proceso se ve posibilitado por la existencia de la memoria que conservan los linfocitos que, cuando son estimulados, regresan a su condición de linfoblastos y se reproducen, formando progenies o clones. Cada clon guarda una información inmunitaria particular, la misma para todo el clon, que proviene de su linfocito de origen. A partir de esa información se produce el reconocimiento específi co necesario para que los mecanismos de ataque y destrucción de la sustancia "extraña" se pongan en acción. Lo ajeno, o extraño, no es pues, desconocido, es algo familiar que ha sido reprimido. De esta forma, el sistema linfocitario se arroga especialmente la representación simbólica de los procesos por los

cuales se establece la identidad más precoz, que es la que se logra mediante la identifi cación primaria y que se relaciona más íntimamente con un tipo de identidad "familiar" asociada a la idea de ancestro y de clan. Si el sistema linfocitario normal actúa en salvaguarda de la identidad de un individuo, su proliferación atípica podría representar una defensa exagerada frente a una vivencia de pérdida. El nódulo central de la fantasía inconciente leucémica linfoidea encierra un temor insoportable a perder la identidad establecida mediante la identifi cación primaria. La fantasía específi ca de la leucemia linfoblástica sería el resultado de la combinación de dos "series" de fantasías inconcientes. Por un lado, las fantasías específi cas linfocitarias y tímicas. Son fantasías vinculadas a los problemas de la identidad e intimidad primitivas, a los trastornos de la inmunidad y a las vicisitudes de la lucha contra los agentes patógenos que invaden al organismo. Por otro lado, estarían las fantasías específi cas cancerosas, vinculadas a la proliferación anárquica, con respecto al plan 34 LUIS CHIOZZA del organismo, de células neoplásicas. Estas células representan el "triunfo" de una progenie "primitiva" que satisface de forma extrema su propio "narcisismo". VIII. ¿Por qué Nicolás produjo una leucemia? Nicolás siempre sintió que formaban, con su mamá, una sola persona. Que podían, los dos, pensar y querer lo mismo y hasta le parecía que no hacían falta palabras para entenderse. Aunque un día se quedó muy sorprendido porque, según nos contó en la segunda hora de juego, él pidió "para los Reyes" una ametralladora y su mamá puso en la cartita "cualquier cosa". Tenía la sensación de que ella siempre "sabía todo" y se sentía tranquilo cuando estaba cerca y lo cuidaba. A veces ni para comer necesitaba hacer esfuerzos por sí solo. Desde que su mamá está contenta y ocupada por el nacimiento de Cecilia, Nicolás se siente perdido y no sabe qué hacer. Últimamente se sentía extraño. Nunca se imaginó que iba a tener que compartir a su mamá, a la que sentía como una parte de su propio cuerpo. Sin embargo, a partir del nacimiento de Cecilia, todo había cambiado. Era muy chiquita, llorona y molestaba. Su mamá la atendía y ya no lo miraba como antes. Le parecía que no era la misma mamá. Nicolás comenzó a tener esa fea sensación de que no sabía nada, que no podía pensar, que no sabía quién era. Se sentía perdido, no podía "estar" sin ella. A él le dieron un dormitorio nuevo, mientras que a su hermana, esa nena de "cachetes gordos" (así la llamó en su segunda hora de juego), le dejaron el OBRAS COMPLETAS • TOMO XII 35 cuarto de él y le regalaron su cuna. Un mes y medio después se enteraron de que estaba enfermo, y los médicos, en el hospital, "lo empezaron a pinchar". Pensamos que Nicolás no podía enojarse con su mamá, no podía ser su "enemigo". Pelearse con ella era como pelearse con él mismo. A su papá lo veía "ahí tranquilo". No entendía por qué razón "hacía todo como quería mamá". A José y a Teresa, sus abuelos, los quería mucho. Todos los días comían juntos. Teresa lo mimaba y le daba todos los gustos. Pero, ¿cuál era el papá que mandaba en su casa? ¿José, su abuelo, o su papá? ¿Por qué su papá no era importante como lo era su mamá? Nicolás mantenía con su madre una unión indisoluble, un vínculo en el que se conservaban las características de las identifi caciones primarias. No pudo realizar la combinatoria de identifi caciones necesarias para crecer e integrarse conformando una identidad propia y diferenciada de la de sus padres. Sentía que su mamá era Nicolás y Nicolás era su mamá. La presencia de su padre no adquiría la fuerza necesaria para interrumpir dicha relación materno-fi lial y confi gurarse como un nuevo objeto de identifi cación. Con el nacimiento de su hermana se desencadenó el proceso por el cual Nicolás siente que su mamá ya no es la misma que antes. Comienza a desconocerla y a desconocerse, experimenta que algo suyo lo trata como extraño. Ante la imposibilidad de realizar el duelo por la pérdida de ese vínculo "simbiótico" primario, comienza a sentir que algo de sí mismo se le vuelve ajeno. Nicolás no puede "atacar" esa parte que siente diferente o extraña, porque también siente que sería como "atacar"

una parte de sí mismo. Teme dañar la identidad compartida con su madre. Siente que su identidad, adquirida a través de esa particular unión, es irrecuperable. Su enfermedad es un intento de reconstruir lo que siente perdido. Si el sistema linfocitario normal actúa en salvaguarda de la identidad de un individuo, su proliferación atípica podría representar una defensa exagerada frente a una vivencia de pérdida de la identidad establecida mediante la identifi cación primaria. La proliferación linfoblástica representa, además, como todo cáncer, el triunfo de una progenie “primitiva” que satisface de forma extrema su propio “narcisismo”. Dijimos que no podía enojarse con su mamá, que no podía ser su “enemigo” y que pelearse con ella era como pelearse con él mismo. Y sin embargo, la intolerancia “inmunitaria” normal de Nicolás ha comenzado a “defenderse” de mamá, porque mamá ha comenzado a diferenciarse como “extraña”. Pero el intento permanece fallido, la meta no se cumple. La progenie linfocítica se coarta en su fi n, y el intento, exacerbado y fallido, se descarga en una proliferación linfocítica, regresiva y anómala, que, al modo de una transacción, lo representa sin cumplirlo.

Escritos de Divulgación

FLASH
LA PRIMERA AGENCIA DEL GRUPO CLARIN

Miércoles | 5.1.2005 | Tránsito y subtes

Te Busco | Fotoálbum | Tonos | Chat | Juegos | Más opc

CIUDAD INTERNET

Webmail: Usuario Contraseña Ir Obten

En la web En Ciudad Buscar

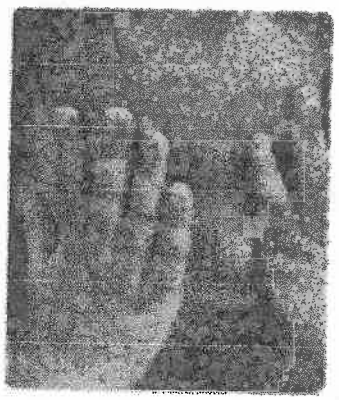
PORTADA NOTICIAS SERVICIOS Y AREAS

¿Por qué es tan difícil tolerar el llanto de un hijo?

Mira quien habla, pero con lágrimas

Cuando un chico llora, es porque quiere comunicar algo. Por eso, las lágrimas son tan necesarias, humanas y saludables como la risa.
Natalia Califano

Juan tiene 2 años y quiere subirse por su cuenta a una silla que está muy alta. No lo logra. Entonces, sorpresivamente para los padres, estalla en un llanto incontenible. "No se golpeó", piensan, y al no entender el motivo que desencadenó esta reacción, tratan de contenerlo sin éxito.



Pronto, la preocupación que sienten se transforma en enojo, y la frustración que sintió el chico al encontrarse con sus limitaciones, quedó tapada por una oleada de retos y amenazas. "Si no dejás de llorar, te quedás sin postre".

"Generalmente, resulta muy difícil tolerar el llanto de un hijo, su tristeza invade el ánimo de los padres, quienes tienden a sentirse tan tristes como él, culpables y con mucha angustia. La tristeza del niño, es experimentada como si fuera una expresión ampliada, de la propia tristeza inconciente que ellos prefieren ignorar o tener negada", explica la Lic. Silvana Aizenberg, psicoanalista especialista en niños.

Por eso, muchas veces, los padres le atribuyen al llanto de sus hijos intenciones que no siempre son las que tienen. "Tratan de encontrar alguna explicación que atempere sus temores como padres. Decir que llora porque tiene sueño o alguna otra molestia, resulta más fácil que pensar que puede estar triste o atravesando algún conflicto – dice la Licenciada-.

La necesidad de calmarlo rápidamente, por ejemplo, puede hacer que el niño crezca con poca tolerancia para enfrentar las vivencias displacenteras de la vida. También puede conducir a que, para complacer a sus progenitores, reprima sus afectos y encuentre otras formas de descarga como trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje, y hasta llegar a contraer alguna enfermedad.

Aprender a interpretar el llanto

Cuando un chico llora, una de las reacciones más frecuentes es tender a calmarlo. No se suele reparar en la importancia de esta acción como una vía necesaria de descarga después de haber vivido una situación traumática o emocionalmente fuerte. Por eso, frases como "ya va a pasar" no suelen ser muy recomendables, por ejemplo, si el niño atraviesa un duelo o si se siente dolorido. Decir cualquier cosa para tratar de pasar el mal momento, puede ser contraproducente. El chico sufre y siente que lo están engañando, porque la realidad es que la tristeza "no se pasa tan fácilmente".Según la especialista, una frase como "vamos a ver de qué manera te podemos ayudar. Hoy te sentís muy mal, pero otro día te vas a sentir mejor" es más efectiva.

Pero más que las palabras, lo importante es la actitud de los padres. La contención les inspira confianza y se calman. La percepción de un sentimiento de ansiedad como preocupación o desesperación, los intranquiliza.

Es importante destacar que no todos los llantos son iguales. Por ejemplo, cuando nacemos, es una de las primeras formas de comunicación que tenemos con el mundo. Un bebé llora cuando tiene hambre, sueño, le duele algo o quiere mimos. Es decir, cuando necesita algo que no tiene. Cuando los chicos crecen pueden expresar en palabras lo que quieren (¡siempre que lo sepan!). De esta manera, el llanto muchas veces pasa a ocupar otro lugar y puede ser sustituido por palabras.

Pero hay situaciones en las que los chicos despliegan también su artillería de lágrimas de cocodrilo. "Hay niños que aprendieron que al llorar pueden obtener determinadas respuestas gratificantes por parte de sus padres – cuenta la Lic. Silvana Aizenberg -. Es decir, utilizan las lágrimas como una extorsión. Cuando esta conducta de presión se convierte en un hábito, es un trastorno, pero es necesario destacar que aquello que desde la observación del mundo adulto es considerado como una actitud caprichosa del niño por medio de la cual intenta manipular a las personas de su entorno, para él mismo constituye una fuente de sufrimiento, y no siempre puede modificar su comportamiento voluntariamente".

Qué comunican los niños con sus dificultades de aprendizaje.

Nota infobae 20 de junio de 2020.

Con la natural curiosidad de la infancia y la disposición para jugar y aprender, los niños van desarrollando sus posibilidades motrices,su lenguaje verbal y adquiriendo el dominio de la lecto-escritura.
Las capacidades vitales, aquellas que traen al nacer, las van uniendo con los estímulos y las enseñanzas que le brinda el medio ambiente que los rodea, particularmente el familiar.

En algunas ocasiones, el espontáneo proceso de aprendizaje sufre perturbaciones. Dichas perturbaciones, pueden ser más o menos importantes, o más o menos estables, de acuerdo al carácter de cada niño.

En esos casos, **¿podemos decir que los niños tiene dificultades de aprendizaje o es más adecuado preguntarse que les sucede a aquellos niños que no pueden acceder al logro de habilidades propias de cada etapa?**
Lo que desde un punto de vista puede ser definido como un trastorno intelectual, desde otro podemos comprenderlo como **expresión de motivaciones afectivas inconscientes**, que el mismo niño y su familia generalmente desconocen y que por esa misma razón les resulta difícil superar.
La dificultad para prestar atención o estudiar no es suficiente para afirmar que un niño es desinteresado o que tiene "pocas luces" para el aprendizaje.
Por el contrario, muchas veces estos niños, que desde la observación cotidiana describimos como desinteresados, tienen centrado la mayor parte de su interés en la necesidad de saber, investigar y comprender aquellos aspectos de su propia vida que los afecta. **Su atención está dirigida entonces a "otra forma de aprendizaje", menos convencional, que es la búsqueda de alguna ansiada respuesta.**
Por ejemplo, un niño puede estar tratando de comprender las razones de algún problema familiar que lo aqueja y puede estar queriendo saber si él tiene alguna participación o alguna responsabilidad en el mismo.

También puede estar inquieto por saber el por qué de sus cambiantes estados afectivos y la razón de sus miedos, para poder tranquilizarse.

Cuando un niño se siente ansioso o angustiado, del mismo modo que le puede suceder al adulto, difícilmente pueda concentrar su atención en

nuevos estímulos o en el aprendizaje y hasta a veces le resulta poco placentero ponerse a jugar.

Por otra parte, cuando no puede desarrollar adecuadamente su proceso intelectual, que afecta todo su crecimiento, esta dificultad puede estar sustentada en una suposición inconsciente de que al bloquear la capacidad de pensamiento y "cerrarse al aprendizaje", puede bloquear también la emergencia de recuerdos dolorosos o evitar que le afloren sentimientos penosos que lo pongan triste y lo hagan sufrir.

Numerosos y diferentes motivos pueden llevar a los niños a rechazar la educación que reciben. La exigencia de querer cumplir con expectativas ideales, que a veces sienten como inalcanzables, como la de ser un hijo, un nieto o un alumno brillante y el temor a no lograrlo, puede ser otro de los conflictos que expresan a través de la inhibición intelectual.
En este sentido, podemos decir que no es falta de creatividad o ausencia de disposición intelectual lo que aleja a los niños del aprendizaje, sino que con este aparente rehusarse a aprender, revelan y ocultan sus conflictos y sus más auténticas inquietudes.

Y hoy en día, los conflictos mencionados adquieren más relevancia, a partir del aislamiento social que sufren a partir de la pandemia y al que están pasivamente expuestos.

Entre los problemas centrales que tienen que enfrentar se encuentran, por un lado, con una convivencia familiar intensa, generada por el "encierro" y, por el otro, la carencia de las condiciones necesarias y naturales para sus vidas, como por ejemplo la falta de actividad física, social y de aprendizaje en general.

A esta situación se le agrega la **incorporación acelerada de una nueva modalidad de aprendizaje a través de un mundo tecnológico y virtual**, que si bien en un sentido facilita la comunicación, en otro los expone a una cantidad de estímulos, casi simultáneos, difíciles de procesar, que afectan su concentración.

Entre padres e hijos

Nota infobae. Julio 2020. Silvana Aizenberg

Los padres solemos experimentar la llegada de un hijo como una de las experiencias emocionales más profundas de la vida, fuente de intensas gratificaciones. Sin embargo, también somos partícipes y espectadores de las grandes dificultades que suelen presentarse en el vínculo, el desencuentro y el padecer que esto muchas veces conlleva.

Todo vínculo es el resultado de un proceso evolutivo natural en el que se despliegan distintas vicisitudes que además, tienen su particularidad de acuerdo a la edad de los hijos, ya que no es lo mismo criar a un niño pequeño que acompañar el crecimiento de un adolescente.

Los problemas que se suscitan en la convivencia, muchas veces producen un malestar difícil de tolerar y más aún cuando lo que hacemos para resolverlos, no trae la solución esperada. Entonces cabe preguntarse: **¿Por qué en algunas circunstancias las perturbaciones afectan tan seriamente el contacto entre padres e hijos y anticipan además desencuentros futuros?**

Algunas respuestas las obtenemos a partir de la teoría psicoanalítica, que nos enseña que lo que nos sucede en la vida, no sólo está motivado por nuestros pensamientos o sentimientos conscientes, sino también por afectos inconscientes que influyen en nuestro modo de ser y en el de relacionarnos.

Afectos como los celos, la envidia y la culpa, por ejemplo, participan activamente en la relación con las personas de nuestro entorno y aún con aquellas con quienes nos une un lazo y un cariño entrañable.

Una de las paradojas con la que a veces nos enfrentamos es que si bien un hijo inicia una nueva historia, que a su vez constituye la realización de un deseo anhelado, este acontecimiento también puede ir acompañado de cierto pesar por dejar de ser hijos para convertirnos en padres o también por el temor a no poder hacer frente a las tareas y las responsabilidades que la maternidad o paternidad implican.

Entonces, así como los deseos de los padres hacia los hijos no están exentos de ambivalencia, los deseos de los hijos hacia los padres tampoco lo están.

En muchas ocasiones no vemos a nuestros hijos con sus "verdaderas" posibilidades, sino con las que deseamos que tengan,

con las cualidades que, ya antes de su nacimiento, imaginábamos que tendrían. Los hijos tampoco nos ven con nuestros "verdaderos" alcances, sino con aquellos que desean que tengamos y así ingresamos en un conflicto compartido, en el que padres e hijos parecemos tener que cumplir con un ideal construido a la medida de los deseos.

En este sentido, forma parte de esta problemática, que tanto los padres como los hijos no nos sintamos aceptados o queridos por lo que somos, sino por lo que deberíamos ser, impulsados por la necesidad de recibir amor y reconocimiento. Esto adquiere una complejidad mayor cuando la necesidad de ser queridos se confunde con el sentimiento de que el único amor verdadero, el que vale la pena, es el que nos coloca en primera prioridad.

Anhelar el protagonismo y el reconocimiento ocupa muchas veces, en el vínculo paterno-filial, un lugar trascendental. A partir de ese deseo muchas veces se instala en el hijo la idea de que el padre tiene privilegios que él no tiene y los padres a su vez, pueden sentir que sus hijos gozan de prerrogativas que ellos no tienen.

De este modo, podemos entender que la rivalidad del hijo con el padre y de la hija con la madre -propias del llamado Complejo de Edipo- es un malentendido, porque padres e hijos transitan etapas de la vida distintas, pertenecen a ámbitos diferentes, donde no hay competencia posible.

El sufrimiento y la intolerancia que algunas veces experimentamos cuando nuestros hijos tienen dificultades en su crecimiento o desarrollo, se intensifican aún más cuando sentimos que ellos con sus trastornos, nos muestran como si fuera la proyección en una pantalla amplificada, rasgos nuestros que no siempre nos agradan. Y así ingresamos en el lamentable sentimiento de que nuestros hijos se transforman en una especie de "enemigos", porque con sus conflictos, ponen en relieve o exhiben aquello que sentimos como nuestras imperfecciones o debilidades.

Quién no sintió alguna vez el impulso a negar la dificultad de un hijo, comportándose como si "nada pasara", para no enfrentar el malestar que esa evidencia ocasiona y la profunda angustia de no poder o no saber de qué manera ayudarlo.

En las oportunidades en que como padres le damos a nuestros hijos aquello que no tuvimos, como la atención, el cuidado o el bienestar

material, por un lado eso complace pero por otro, nos puede llevar a experimentar cierto disgusto al sentir que nuestros descendientes reciben aquello que nunca tuvimos y que además vislumbramos que ya no podremos tener.

Los sentimientos de culpa adquieren un dramatismo especial cuando los hijos experimentan que los padres nos "desvivimos", o como se dice comúnmente: "damos la vida" por ellos. Al punto que a veces les damos aquello que ni siquiera necesitan o quieren. En esas circunstancias, los hijos pueden tener la sensación de que lo que les ofrecemos excede sus propios méritos o que tienen que retribuir por todo lo que reciben. Eso puede llevar a aumentar la incomodidad en el vínculo.

Reclamar, reprochar o "echar la culpa", es un proceder frecuente y desafortunado. Los padres podemos sentir que damos más de lo que recibimos y los hijos pueden vivenciar que no se reconocen sus esfuerzos. No es poco habitual que cada uno por su lado alimente la idea de ser acreedor, como un modo de atemperar el propio sentimiento de "estar en falta" o "en deuda", de haberse equivocado o de no haber hecho lo suficiente.

Por este motivo y para poder perpetuar la proyección de dichos sentimientos, que a veces son intolerables, se sostienen durante largos períodos de tiempo, enojos y resentimientos que llevan a importantes distanciamientos familiares sin que esto aporte mayor alivio sino que por el contrario, tiende a acrecentar el sufrimiento.

Otro hecho evidente es que hoy en día muchos padres y madres se sienten ambivalentes e interpretan el ejercer la autoridad y el implementar límites como si fuera un acto de injusticia o de violencia. Se trata de una confusión que involucra distintas cuestiones y una de ellas es confundir educación con imposición.

Los malentendidos son muchos y se van entrelazando unos con otros en el entramado de los afectos. Es así que los padres podemos malinterpretar a veces, como falta de amor, el alejamiento de los hijos o el escaso contacto afectivo, sobre todo cuando se trata de adolescentes; como así también, experimentar celos cuando otras personas influyen en sus vidas.

En este recorrido mencionamos solamente algunas de las dificultades que pueden perturbar la relación entre padres e hijos. Lejos de los

caminos que traen un alivio fácil y fugaz, **tratar de tomar conciencia entrando en contacto con los afectos ocultos, "abrir los ojos", aunque no siempre es agradable, suele ayudar a que los vínculos con las personas que amamos, logren florecer.**

Escritos de Instagram

LOS NIÑOS HABITUALMENTE TIENEN INQUIETUDES, CURIOSIDAD VITAL Y ESTÁN LLENOS DE PREGUNTAS SINCERAS. SIN EMBARGO, CUANDO ÉSTAS SON RECIBIDAS DESDE EL MUNDO ADULTO COMO UNA MOLESTIA Y SUS INTERROGANTES SON RESPONDIDOS CON MENTIRAS, POCO A POCO VAN DEJANDO DE PREGUNTAR Y SE VAN ACOSTUMBRANDO A NO PENSAR.
LA AUTENTICIDAD EN CAMBIO, ES UN ESTÍMULO PARA EL CRECIMIENTO.

QUE LOS SUEÑOS DE LA NIÑEZ Y LA SINCERA AMISTAD NOS ACOMPAÑEN EN LA VIDA.

EL ENOJO EN EL QUE UN NIÑO TRATA DE REFUGIARSE, PUEDE ESTAR REVELANDO UN PROFUNDO SENTIMIENTO DE INCOMUNICACIÓN. EL ENOJO MUCHAS VECES OCULTA EL AMOR HACIA LAS PERSONAS MÁS SIGNIFICATIVAS Y NECESARIAS DE LA VIDA.
RECONOCERLO DE ESTA MANERA FORMA PARTE DE UNA PERSPECTIVA MÁS INTEGRADA PARA COMPRENDER LA INFANCIA.

CUANDO LOS NIÑOS PIENSAN QUE CRECER ES DIFÍCIL Y SIENTEN QUE NO VAN A PODER AFRONTAR BIEN LAS DEMANDAS NATURALES DE LA VIDA,
A VECES ABANDONAN LA LUCHA Y EN SU LUGAR DESARROLLAN TRASTORNOS O ENFERMEDADES.
ESCLARECER ESTE MALENTENDIDO - GENERADOR DE CONFLICTOS - PUEDE AYUDAR A VIVIR MEJOR LA INFANCIA.

"UN PADRE LE DIJO A SU HIJO: 'TEN CUIDADO POR DÓNDE CAMINAS' Y EL HIJO LE RESPONDIÓ: 'TEN CUIDADO TÚ, RECUERDA QUE YO SIGO TUS PASOS'."

Mirar, pensar y sentir enriquecen nuestra existencia.

LOS HIJOS: CONTINUIDAD Y REFLEJO DE NUESTRO MODO DE SER Y VIVIR.

Siempre es bueno poder reflexionar acerca de lo que nos pasa.