

Mesa redonda “a la carta”¹

*D. Faigón, B. Joseph, A. Kaplan,
P. Kernberg, A. Pérez y J. Valeros,*

PREGUNTA Nº 1

De acuerdo con su experiencia, ¿Ud. piensa que hubo cambios en los motivos de consulta, desde los comienzos de su práctica como psicoanalista de niños hasta nuestros días? ¿Si así lo considera, a qué los atribuye?

Ana Kaplan y Delia Faigón: El comienzo de nuestra experiencia como analistas de niños se remonta a cuarenta años atrás y desde entonces “muchacha corrió bajo el puente”, en algunos casos aceleradamente y con esto nos referimos a cambios sociales y más que nada culturales, y en otros casos pausadamente como ocurrió con nuestra propia experiencia. Nos referiremos a ambos con cierto detalle.

Si bien hace cuarenta años el psicoanálisis ya se había instalado firmemente en nuestro medio, generalmente se recurría a él —y especialmente tratándose de chicos— cuando la situación familiar y social resultaba insostenible por diversos motivos: a) dificultades escolares importantes que iban desde: un mal aprendizaje y rendimiento escolar —que lesionaba el narcisismo de padres generalmente cultos—, dificultades de concentración hasta conducta asocial que alteraba el orden escolar. Generalmente la consulta se pedía *a posteriori* de una llamada de atención de la autoridad escolar.

¹ Organizada por *Psicoanálisis*.

b) Enfermedades que no tuvieron paliativos con tratamientos médicos como asma, epilepsia, eczemas, etc.

c) Trastornos de conducta que alteraban el orden familiar por lo agresivos o disruptivos. Fabulación y mentiras.

d) Enuresis, encopresis, tics.

¿Qué ocurrió desde entonces? Los médicos pediatras –algunos de ellos analizados– comenzaron a sugerir la necesidad de tratamiento analítico para algunas manifestaciones no tan espectaculares como las anteriores en la conducta y sintomatología orgánica. Al mismo tiempo detectaban síntomas precoces que pudieran devenir ulteriormente en neurosis importantes y aun en psicosis infantiles.

Lo anterior fue concomitante con el desarrollo de las ideas psicoanalíticas –y esto hace a nuestra experiencia–, en especial sobre análisis de niños que tuvieron como principales exponentes a Anna Freud y a Melanie Klein, y posteriormente a Winnicott, Meltzer y Bion. Las teorías kleinianas y especialmente su técnica “prendieron” en nuestro medio merced a la labor pionera de Arminda Aberastury de Pichon Rivière, abriendo un panorama de posibilidades de tratamiento a aplicar en chicos más perturbados con fobias y neurosis obsesivas graves, esquizoidías, autismo, etc.

Las ideas psicoanalíticas se engarzaron con una cultura donde ya la emancipación de la mujer había tenido importantes logros, y si bien se borrarón o atenuaron un apreciable número de antiguos estigmas en especial referidos a la práctica de la sexualidad –muchos de ellos incluidos en las prácticas de las religiones–, surgieron situaciones que en aras de la misma permisividad sexual desencadenaron resultados indeseados. En ciertos medios la sexualidad entre los adolescentes se desarrolló con menos restricciones, los embarazos de esas relaciones se hicieron más frecuentes y no objeto de ocultamiento, con lo cual salvando los casos de abortos encubiertos o no, se producían matrimonios para los cuales sus integrantes carecían de la madurez necesaria. En algunos casos –los menos– esas parejas lograban un status de normalidad familiar, en otros se mantenía forzosamente un vínculo precario en una pareja donde el hijo “los obligó a unirse”, otros optaban por la separación con avatares de diverso tipo en cuanto a la relación ulterior de los padres con el hijo.

Todo lo anterior nos llevó a encarar con mayor frecuencia en

la consulta el problema de hijos de padres separados aunque los motivos de consulta en sí mismos no variaran.

Otro elemento de cambio cultural al que queremos referirnos es la inclusión del niño en la intimidad del adulto a través de la práctica de bañarse juntos, o de exhibicionismo de los padres, que ha llegado al desarrollo de lugares de expansión nudistas. No descartamos el que nos endilguen de mojigatas, pero la observación de niños pequeños sobreexcitados sexualmente sin posibilidades lógicas de descarga más que las agresivas o autodestructivas nos impulsaron a llamar la atención sobre este tema. Es un hecho observado que de estas situaciones derivaran casos de alteraciones en la identidad sexual.

La paulatina creación de Servicios de Psicopatología Infantil en los Hospitales Generales permitió incorporar la asistencia psicoanalítica a pacientes de otros estratos sociales con características propias: pobreza, gran cantidad de hijos, promiscuidad, generalmente cohabitación y colecho, frecuencia de padres desconocidos y de madres abandonadas, mayor frecuencia de niños y mujeres maltratadas que en otros estratos sociales.

El "proceso militar" funcionó como un cambio social que alteró bruscamente el equilibrio de numerosas familias y se crearon problemas propios de las migraciones forzadas, de la desaparición de familiares cercanos, de secretos compartidos con unos pocos, etc., etc.

No tenemos aún experiencia sobre los niños nacidos por fertilización asistida, aunque podemos sospechar problemáticas de escisión más intensas que las habituales.

José Valeros: Cuando se aborda el tema de los motivos de consulta en psicoanálisis infantil es significativo diferenciar si se lo enfoca desde una perspectiva que podríamos llamar "social", esto es desde los padres, la escuela, la sociedad o si en cambio se consideran los motivos propios del niño, es decir "personal". La distinción es importante porque en general los motivos sociales y los personales no coinciden, como tampoco lo hacen los objetivos del tratamiento y muchísimo menos el camino de la cura, en una y otra perspectiva.

Hice este comentario percibiendo que el cuestionario intentaba promover un diálogo de experiencias comparadas entre cole-

gas en función de cambios notados a lo largo del tiempo. Quiero subrayar que he notado cambios destacados en mi forma de comprender, de trabajar y de pensar, y muchos menos cambios en los motivos de consultas “sociales” y “personales”.

De las perturbaciones tempranas del desarrollo, hasta la edad de tres años aproximadamente, se siguen haciendo cargo los pediatras.

En mi experiencia clínica el motivo prioritario de consulta al psicoanalista es la dificultad del niño para adaptarse a las exigencias de la escolaridad, sea en el aprendizaje o en las relaciones sociales. Le siguen en frecuencia ciertas desviaciones groseras del desarrollo como retardo en la adquisición del lenguaje. Lo que deseo subrayar es que el motivo de consulta personal de los niños no parece variar con el tiempo y dudo que varíe con las culturas. Los niños, cuando los evaluamos, nos muestran si tienen o no interés de establecer una relación con nosotros. Cuando desean establecer un vínculo, lo que los motiva son necesidades de reparar y de expandir su self. Desde luego, con la forma particular para cada niño de sentir la perturbación o el déficit de su persona.

Betty Joseph: Creo que hubo cambios muy complejos en los motivos para buscar el análisis de niños y que probablemente todavía entendemos muy poco acerca de ellos. Sin embargo, pienso que en los años treinta, los analistas y la gente cercana a ellos, enviaban a sus hijos a análisis casi creyendo que el análisis era profiláctico. Hoy en día pienso que somos menos idealistas y que ponemos más el acento en la importancia de una evaluación cuidadosa; tomamos muy en serio los indicadores tempranos de enfermedad, pero también preguntamos: ¿el niño necesita análisis? ¿Está dispuesto y deseoso de hacer uso de él?

Desde otro punto de vista, hay disponibles muchos otros tipos de tratamiento, por lo menos en Inglaterra, que parecen ofrecer ayuda de modo más rápido y fácil, como las diferentes psicoterapias, etc. Además de una actitud hostil hacia el psicoanálisis, incluido por supuesto el análisis de niños, en ciertos sectores de la población y de los medios, se suma el intento de encontrar razones físicas para dificultades emocionales. Esto significa que a muchos padres que podrían haber buscado ayuda psicoanalítica

para sus hijos, se les aconseja en cambio que les den pastillas, etc.

Aurora Pérez: De acuerdo a mi experiencia, he notado que entre la década del 60 y la del 90 han aumentado las consultas referidas a perturbaciones de los estadios tempranos del desarrollo. He observado una mayor cantidad de casos con trastornos de la alimentación y del sueño, alteraciones del crecimiento y del desarrollo madurativo, y también pacientes psicosomáticos graves. En los estadios puberales ha crecido el número de patologías con trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia) y las adicciones. Han comenzado paulatinamente a aparecer consultas sobre abuso sexual, particularmente en edades tempranas, que van en aumento. Lo mismo ocurre con la violencia física, familiar y/o conyugal. Respecto a los adolescentes han aumentado las consultas sobre conflictivas vinculares entre padres e hijos.

Atribuyo estos cambios a una mayor difusión sobre qué situaciones específicas afectan traumáticamente al psiquismo y su desarrollo. De este mayor conocimiento participa la comunidad científica y educativa, tanto como los padres.

Paulina Kernberg: En primer lugar los motivos de consulta desde los comienzos de mi práctica como psicoanalista –eso era en el medioeste de los Estados Unidos a principio de la década del 70– han variado. La indicación de tratamiento psicoanalítico en casos de psicosis infantil ha disminuido enormemente en Estados Unidos. El trabajo con niños psicóticos era realizado por una minoría, aunque las contribuciones de Margaret Mahler, de Rudolph Ekstein y otros, tenían como propósito el aplicar teorías psicoanalíticas al tratamiento de la psicosis infantil. Esto prácticamente ha desaparecido.

Lo que ha comenzado a surgir en forma creciente es el tratamiento psicoanalítico de problemas de identidad y de género, gracias a los trabajos de Susan Coates y de Zucker, de Richard Green, que han traído una formulación diagnóstica y psicodinámica de estos casos, particularmente Susan Coates, psicóloga e investigadora psicoanalítica.

En segundo lugar han aumentado los problemas conductuales. Los hallazgos que empiezan a emerger de las investigaciones del

tratamiento con niños en la Clínica Hamstead de Anna Freud, han traído a la luz el hecho que el tratamiento psicoanalítico para trastornos de conducta es fundamental y, por consiguiente, existe un aumento de la indicación de psicoanálisis para los mismos, donde la frecuencia semanal –cuatro veces– parece ser importante.

Otro cambio que ha ocurrido en los motivos de consulta es una verdadera explosión de demanda de tratamiento para niños menores de tres años con trastornos de sueño, de alimentación y de vínculo, que hacen del terapeuta psicoanalítico el mejor especialista en este tipo de problemas, que están en la frontera de lo preventivo.

PREGUNTA Nº 2

¿Considera que el análisis de niños ha sido fuente de aportes para la teoría psicoanalítica en general? ¿Hubo cambios trascendentes en las teorías?

Delia Faigón y Ana Kaplan: Desde Juanito y el juego del carretel hasta nuestros días, hubo aportes de vastas consecuencias en la teoría psicoanalítica, especialmente a través de las agudas observaciones clínicas de M. Klein, sus consideraciones acerca de los distintos tipos de angustia y sus contenidos, el acento consiguiente de la interpretación puesto en el contenido de la psique más que en las fuerzas pulsionales básicas.

De la represión e interpretación de las resistencias se pasó a la interpretación de la fantasía inconciente constituyendo una teoría de relación con los objetos internos.

Considerado el juego un equivalente de la asociación libre del adulto, integra en el encuadre la preocupación por los objetos internos. Y a su vez las asociaciones libres del adulto se consideraron como juego con el analista o parte de su psique, dando a la transferencia tanto positiva como negativa un lugar de privilegio en la interpretación, considerando que el analista así como sus partes corporales y las funciones de su psique se experimentaban como objetos parciales o totales.

Klein justificó su método invocando su eficacia para la reducción de la angustia –especialmente la inmediata–, la remisión de

las inhibiciones de juego y observó que a través de dicho método se promueve una relación cada vez más positiva con el analista.

Merced a estos desarrollos hoy entendemos que las interpretaciones deben estar referidas a la interacción del paciente y analista en un nivel intrapsíquico, base de la dupla transferencia-contratransferencia.

Con todo lo anterior queremos señalar que los cambios trascendentes en las teorías fueron precedidos por cambios trascendentes en la clínica.

José Valeros: El psicoanálisis de niños ha sido fuente de aportes a la teoría. Importa citar a Melanie Klein, Anna Freud, D.W. Winnicott, Margaret Mahler y Rudolph Ekstein.

Tengo la impresión de que a pesar de su importancia, el aporte del psicoanálisis infantil a la teoría general psicoanalítica es escaso, en relación a su potencial. Esta falta de proporción se ve reflejada claramente en los currículum de los Institutos de Formación Psicoanalítica, en donde en general se dedica un solo seminario al psicoanálisis de niños. Creo que los psicoanalistas de niños hacen relativamente pocas contribuciones a la teoría. Un factor que me parece muy importante para entender este fenómeno, es que la teoría psicoanalítica de adultos es muy poco adecuada para conceptualizar el juego, de suerte que el analista de niños tiene pobres instrumentos para conceptualizar la experiencia directa del consultorio y contribuir de ese modo a la teoría general.

Betty Joseph: Esta es una cuestión de envergadura, pero en general no pienso que el análisis de niños sea tanto una fuente de contribución a la teoría. Considero como una ayuda muy importante para los analistas, el ver la teoría vívida en la sala de juego, dando esto un sentido de real convicción acerca de las ideas básicas del análisis—defensas, ansiedad persecutoria, transferencia, etc.

Aurora Pérez: A mi entender, el psicoanálisis de niños ha hecho muchos y valiosos aportes, tanto a la teoría como a la clínica y a la técnica.

Entre los aportes teóricos, destaco: 1) Las propuestas kleinianas de una arquitectura del psiquismo temprano y su desarrollo, estructurada en base a la instalación de dinámicas emocionales entre el bebé y sus objetos parentales. Estas dinámicas actúan a través de continuos circuitos de proyección e introyección, operantes desde el comienzo de la vida extrauterina. 2) La organización de un mundo interno representante del interjuego de las relaciones objetales. 3) La concepción teórica de un yo y un superyo temprano, que se van desarrollando a partir del despliegue de las relaciones objetales. 4) La inclusión del sadismo como elemento facilitador o inhibidor de la formación de símbolos. 5) Las emociones tempranas, dinamizando el psiquismo y organizando defensas. 6) El concepto post kleiniano (Bion) de capacidad de “reverie” del objeto, operante en los vínculos sujeto-objeto. 7) Los conceptos de Margaret Mahler acerca de los estadios tempranos del psiquismo: simbiosis-autismo. La posibilidad de acceder a las psicosis simbióticas-autísticas y a las esquizofrenias infantiles, según la evolución de las relaciones bebé-entorno. 8) Spitz y Bowlby sostuvieron que las alteraciones e interrupciones de la relación madre-bebé, pueden producir cambios en el ánimo del bebé y cuadros psicopatológicos. 9) D.W. Winnicott jerarquizó la operatividad de las funciones maternas y paternas en la salud mental de los niños y aportó el concepto de objeto transicional como la epistemologización más importante. 10) Massud Khan con el valioso concepto que llamó “trauma reiterativo”, propuso que la falla en dar respuestas operantes en las relaciones objetales durante los estadios tempranos de la evolución del psiquismo –actuando “crónicamente”– originan perturbaciones graves en el psiquismo adulto. 11) E. Kris y A. Freud, como resultado del estudio sobre problemáticas emocionales en niños menores de 6 años, propusieron la indicación de psicoanálisis a los mismos.

En base a su experiencia clínica, Melanie Klein destacó que las ansiedades que se desarrollan durante la gestación y maduración del psiquismo, pueden generar cuadros psicopatológicos tempranos. Asimismo M. Mahler mostró la vigencia de secuelas psíquicas patológicas en la adultez de pacientes que habían padecido psicosis tempranas.

Operando clínicamente sobre el entorno familiar D.W. Winnicott abordó distintas problemáticas de la infancia y, Massud

Khan y Bowlby trataron, en adultos, los efectos del trauma reiterativo y de la interrupción del vínculo de apego respectivamente.

Entre los aspectos técnicos considero de importancia: 1) La revolucionaria práctica clínica de M. Klein que generó un encuadre para acceder al psiquismo infantil instalando la técnica de juego, tanto para diagnóstico como para tratamientos. 2) El operar sobre el entorno a través de entrevistas parentales y/o familiares. 3) Indicar el análisis —si es necesario— de vínculos conyugales, parentales, y/o individuales a uno o a ambos padres.

Resumiendo: desde lo teórico, el psicoanálisis de niños ha realizado numerosos aportes acerca de la estructuración del psiquismo, de su génesis extrauterina, del desarrollo y crecimiento del mismo.

Junto a este criterio se despliega un hecho muy significativo en la teoría psicoanalítica: el complejo de Edipo resuelto mediante la amenaza de castración no sería el único elemento estructurante del psiquismo, también intervendrían las relaciones objetales tempranas.

Considero que en psicoanálisis nos falta integrar y coherenzar nuevas propuestas acerca del psiquismo humano frente a lo ya conocido. Merecerían repensarse algunos axiomas teóricos: complejo de castración, identidad de mujer basada en la estructuración de la mente a partir de una concepción de cuerpo mutilado, accediendo de esta manera a dificultosas seriadas identificatorias.

Así encontramos por un lado aspectos prospectivos y, por otro, aspectos estancados, conceptos sin revisar ni actualizar, ni cotejar, con casi cien años de trabajo clínico. Me permitiría considerar que aún no se han dado las integraciones necesarias como para producir los cambios que renueven las propuestas teóricas psicoanalíticas. Creo comprender que en lugar de este enriquecimiento teórico, se han reforzado las premisas de la técnica, posicionando al encuadre del método psicoanalítico en el eje de la eficiencia del ejercicio psicoanalítico.

En este modo de transcurrir el psicoanálisis, en mi opinión, se gesta un gran estancamiento del mismo al no incorporar nuevas propuestas que permitan ensanchar la mira de los fenómenos psíquicos. No obstante las no integraciones, el perfil formativo de un analista de niños en relación inmediata con el objeto de su

tarea, gesta un operador del psicoanálisis con eficacia. No sucede lo mismo con el analista de adultos egresado de nuestros institutos.

Paulina Kernberg: Creo que indiscutiblemente el análisis de niños ha dado las bases clínicas para las teorías del desarrollo del self y del superyo, haciendo aportes para la comprensión de la teoría del desarrollo desde un punto de vista psicoanalítico. También me parece que en el estudio de la relación materno-infantil expresada a través del juego y de la transferencia en análisis, se ha podido comprender más claramente las contribuciones del entorno en la formación de la personalidad y en los trastornos de la misma. La teoría de relación de objetos formulada por M. Klein y sus colaboradores ciertamente ha tenido su base en el trabajo con niños, así como todos los aportes de Winnicott.

PREGUNTA N° 3

¿Qué piensa de las intervenciones que el psicoanalista realiza con los padres del niño y/o con otras personas del entorno? (pediatras, maestras, psicopedagogas, etc.)

Delia Faigón y Ana Kaplan: Sabemos que este punto es controvertido. Al centralizarnos en el conflicto intrapsíquico, nosotros privilegiamos la relación con nuestro paciente en la sesión analítica.

Si bien durante el tratamiento de niños la intervención de figuras de su entorno es inevitable, tratamos de limitar las mismas a lo estrictamente indispensable y sólo tratándose de los padres o figuras que los reemplacen por carencia o ausencia de los mismos. ¿Qué razones invocamos? Nuestro paciente es el niño. Toda intervención ajena supone una alteración en el vínculo transferencia-contratransferencia con el paciente. Toda intervención ajena supone una relación transferencial no analítica con el analista del niño que no se puede resolver y tendrá consecuencias competitivas y de otros tipos en la relación del sujeto en cuestión con el niño.

Debemos tener en cuenta además que la mayoría de las veces

las intervenciones de maestras, psicopedagogas e incluso de los padres se hacen con el objeto de recibir consejos para disminuir su propia ansiedad o necesitando conocer qué es lo que sucede en el tratamiento y el porvenir del mismo, no pudiendo tolerar su exclusión. Todo esto nos coloca en una posición que frecuentemente es considerada rígida cuando en realidad nuestro objetivo es preservar lo ético del secreto profesional y privilegiar el trabajo con el paciente durante la sesión.

Distinto es la consideración de las terapias vinculares que poseen su propio encuadre y reglas técnicas.

José Valeros: Puedo opinar muy poco sobre esta pregunta. Por mi estilo de trabajo me limito a lo que pueda contribuir al proceso psicoanalítico con el niño.

Betty Joseph: Prefiero, en general, que el analista esté fuera de contacto con maestros, etc.; con niños muy chicos, digamos hasta cinco años o un poco más, encuentro útil tener entrevistas ocasionales con los padres, digamos dos o tres veces al año. El contacto con la gente de afuera influencia severamente el contacto de uno con el niño, añade información que distorsiona la comprensión y la actitud que uno tiene respecto a él, y creo que tiende a perturbar el real trabajo analítico, aunque no se puede ser dogmático acerca de esto. Sin embargo, pienso que hay un verdadero problema si el analista trata de aconsejar, ayudar o asesorar a los padres y maestros del niño que tiene en tratamiento.

Aurora Pérez: Los entornos de la niñez en tanto es psiquismo en crecimiento y desarrollo, ofrecen naturales campos de interacción. La ciencia psicoanalítica es la que ha provisto el mayor aporte conocido en la comunidad científica sobre fenómenos psíquicos, como la estructuración del psiquismo, la organización y tratamiento de patologías psíquicas, entre otras muchas propuestas. Por esto es natural que sus aportes sean válidos para cualquier operador cuyo campo de tarea coincida con estos segmentos evolutivos.

Con respecto al entorno familiar del sujeto en desarrollo, es

mayor el requerimiento a ser incluido debido a su función estructurante. Actualmente se hace pertinente el conocimiento de lo psíquico en todo campo que tenga relación con la niñez, la adolescencia, la familia. Ya sea en educación, salud o justicia.

Desde luego entiendo que el modo de cómo intercambiar y operar puede marcar diferencias según los distintos campos.

Paulina Kernberg: En mi opinión es fundamental que el psicoanalista trabaje con los padres en lo que yo he llamado la “alianza colaborativa”, que consiste en el intercambio de información entre el analista y los padres. De los padres podemos obtener información general de la actividad del niño en la casa, en el colegio, y hacia los padres podemos informar de los trazos generales –sin traicionar la confidencialidad– del progreso del chico, anticiparles situaciones críticas en el tratamiento, donde ellos pueden aportar su comprensión y sustento.

Esto me lleva al segundo punto en la “alianza colaborativa” con los padres. Estos están en transferencias intensas con el analista, muchas veces transferencias negativas que se evidencian al traer a los niños tarde a sesión, al olvidarse de una cita o no pagando las cuentas, etc. Estos son preludios importantes de interrupciones por la compleja relación que tienen los padres con el analista, a quien ven como competidor o usurpador de su relación parental con el niño. Es así muy importante poder establecer una relación donde el padre sienta que todo lo que aprende el analista o el terapeuta sobre el niño le será comunicado, de tal manera que él pueda sentirse a su vez más competente y apoyado.

En tercer lugar el analista podría hacer que el padre pueda responder en forma más empática a las necesidades de su niño –de cualquier edad que fuera– facilitando su rol. Me parece, por lo tanto, muy importante que exista esta relación.

En los casos en que aparecen problemas psicosomáticos o de aprendizaje, el organizar, coordinar y orquestar equipos interdisciplinarios (pediatras, neurólogos infantiles, maestras especializadas, etc.) considero que es una función natural y la forma de hacerle justicia a los casos que tienen problemas de múltiple origen.

PREGUNTA Nº 4

¿Sobre qué ejes se centra hoy la indicación de un análisis infantil y cómo conceptualizaría Ud. el final del mismo?

Delia Faigón y Ana Kaplan: Hoy como siempre la indicación de un análisis infantil se centra en un buen diagnóstico clínico psicoanalítico. Con esto nos referimos a la entrevista previa con los padres en niños hasta la pubertad y posterior hora u horas de juego diagnósticas.

¿Cuándo indicamos análisis para un niño? Además de lo considerado en la pregunta 1, tenemos en cuenta cuándo la problemática es propia del niño o es consecuencia de un conflicto familiar inabordable. Los únicos casos que consideramos inabordables son las "*folies a deux*".

Otro aspecto importante a considerar es el caso en el que el niño traído a la consulta no es realmente "el enfermo". Por razones propias de la patología familiar se sindicó al niño equivocado y depende de nuestra tarea clínica detectivesca ubicar al verdadero enfermo.

Con respecto al final de los tratamientos haremos breves consideraciones: a) desde los padres, b) desde el paciente y c) desde el analista.

a) Los padres con mucha frecuencia interrumpen precozmente el tratamiento frente a la remisión de síntomas. Es en este sentido que mucho se ha hablado de lo frustrante que resulta para el analista de niños, su actividad profesional.

b) Desde el paciente observamos variaciones de acuerdo a la edad de los mismos. Hasta la prepubertad, la lógica dependencia hacia los padres los hace acatar la actitud de los mismos hacia el análisis y aun en los casos donde la transferencia positiva está instalada, no pueden contrarrestar la decisión de los padres de terminar el análisis. Tratándose de púberes en procesos analíticos naturales y de acuerdo al signo transferencial que trascurra en ese momento, es común observar una reactivación del proceso edípico donde el analista bien puede ser el excluido en la relación del niño con los padres, o por el contrario el niño puede, en base a una buena relación con el analista, oponerse al deseo o necesidad de los padres de interrumpir el tratamiento.

c) Depende no sólo de nuestra concepción teórica sino tam-

bién desde nuestro inevitable narcisismo (con memoria y con deseo), qué esperamos de cada paciente.

Nuestra concepción teórica está basada en la descripción de M. Klein sobre la posición depresiva a alcanzar en todo tratamiento. El final estaría dado por la disminución de las ansiedades paranoides que daría lugar a la desaparición o disminución de los síntomas –sin que haya ulteriormente desplazamiento de los mismos–, por la disminución de las identificaciones proyectivas con mayor tolerancia y contención de aspectos negativos destructivos –con lo cual estamos hablando de mayor insight– y finalmente por la elaboración de los duelos.

José Valeros: Cada vez con mayor frecuencia centro la indicación del tratamiento psicoanalítico en lo que el mismo niño diagnostica, en si le interesa establecer una relación conmigo –que desde ya él no llamaría psicoanalítica sino de juego– y para qué propósitos. En la medida en que me doy cuenta de este diagnóstico que hace el niño mismo, se lo comunico a los padres como resultado de mi evaluación. Si los padres están interesados en apoyar esta motivación del hijo, entonces comenzamos el proceso analítico, en donde trato de seguir al niño en el diseño que él tiene de su cura.

Betty Joseph: Si la pregunta se refiere a indicaciones para terminar un análisis de niños, entonces ésta sería una cuestión muy amplia, que necesitaría ejemplos, discusión en detalle. Pero básicamente lo que esperamos en análisis de niños es lo mismo que esperamos en análisis de adultos.

Aurora Pérez: Desde mi criterio, que implica que el psiquismo humano es la resultante de la interrelación con sus objetos dando lugar a la integración y desarrollo, me interesa considerar el motivo de consulta con respecto a:

- estadio esperado de maduración del psiquismo, según el momento evolutivo y tipo de relación objetal;
- el tipo de respuesta del sujeto, de acuerdo a la edad y el sexo sobre quien se consulta;

- la historia evolutiva de las relaciones objetales, según desempeño de las funciones materno-paternas e intercorrientes;
- los principales mecanismos defensivos operantes;
- la relación del o de los motivos de consulta con los diferentes estadios de crecimiento y desarrollo del psiquismo.

En el estudio del funcionamiento o dinámicas que se presentan, observo las relaciones entre las instancias psíquicas (yo-superyo-ello).

Me es particularmente importante el estado y modo de funcionamiento de la libido.

Esta mirada me permite organizar algún diagnóstico clínico, y sobre todo el reconocimiento de las causales operantes en el diseño y armado del proceso psicopatológico. Esta forma de encarar los datos proporcionados, me permite –al indicar el tratamiento–, hacer lo que he dado en llamar la reconversión del motivo de consulta.

Así podría ser que el niño o adolescente no sea puesto en tratamiento psicoanalítico individual, si emerge de las apreciaciones clínicas que lo protagonico, provocador de las lesiones psíquicas, son las raíces objetales estructurantes. En este caso el motivo de consulta se reconvierte y en lugar de niño enfermo tenemos: vínculo enfermo. Entonces la indicación de tratamiento psicoanalítico sería la de las seriadas vinculares incluyendo preferentemente al polo infante, o actuando sólo sobre el polo materno-paterno. De la misma manera y a resultados de la exploración descripta, podrá indicarse un tratamiento individual, siempre teniendo contacto con el entorno significativo estructurante. En resumen, el motivo de consulta sufre una reconversión. El niño por el cual se consulta, aun portando él la patología, puede no ser posible de indicarle linealmente un tratamiento psicoanalítico individual. Atendiendo fundamentalmente a las variables etiopatogénicas de la naturaleza del psiquismo humano, la indicación puede hacerse sobre otros polos intervinientes y actuantes sobre la normalidad y/o la patología del sujeto.

Puede también indicarse tratamientos combinados: niño en individual y vinculares simultáneamente.

Respecto a la finalización del tratamiento psicoanalítico, me interesa constatar que las tendencias psicosexuales, según el momento evolutivo, fluyan con prioridad bajo la direccionalidad de la libido, demandando al objeto las resoluciones pertinentes e

incorporando los emergentes del procesamiento de metabolización de las demandas.

No privilegio el lenguaje articulado, atiendo a la resolución de síntomas, a un comportamiento integrado, adecuado, gestual, que muestre el modo de pensar y pensarse a sí mismo y al otro.

Paulina Kernberg: El análisis infantil estaría a mi juicio indicado en todos los casos de neurosis, de trastornos de personalidad, por ejemplo personalidad narcisista o casos borderline con un yo relativamente fuerte, problemas de trastorno de identidad, depresión, angustia, problemas de angustia de separación con organización neurótica.

Es importante estar informado en cuanto al rol de la frecuencia de las sesiones, porque pareciera ser –a juzgar por Peter Fonagy en sus estudios de setecientos y tantos niños tratados en la Clínica de Anna Freud– que pacientes típicamente neuróticos o, como él los llamó, con trastornos emocionales, podrían responder mejorando en forma sustancial a variadas frecuencias. Esto permitiría asistir a cierto grupo de niños sin que los analistas estemos sujetos a una frecuencia determinada. Así parecería ser que la técnica del psicoanálisis infantil se podría aplicar en casos de neurosis con una efectividad equivalente, si el caso lo permite, reduciendo la frecuencia semanal de sesiones. En mi experiencia los pacientes niños tienen una capacidad de continuidad mayor que la de los adultos. También es importante considerar que la frecuencia puede adaptarse a diferentes momentos del tratamiento, comenzando con cuatro veces por semana y en el curso del tiempo disminuirla sin efectos negativos.

Es importante tener en cuenta todas estas consideraciones puesto que actualmente es difícil en Estados Unidos encontrar casos de análisis donde los padres puedan traer a los chicos cuatro veces por semana; esto podría ser ideal, pero pienso que en situaciones menos ideales también es posible conducir tratamientos efectivos siempre que la técnica de neutralidad, de interpretación, de uso de juegos desde el punto de vista psicoanalítico y del trabajo eficiente con los padres –como he descripto anteriormente– se implemente.

La terminación del análisis ha sido un tema de interés para mí; en un trabajo que he publicado señalo no sólo la importancia de

la mejoría sintomática y adaptativa a la familia, a sí mismo, al mundo de los amigos y el colegio, sino también los cambios que van señalizando el término del análisis usando un criterio dentro de las sesiones mismas. En resumen, yo diría que en este último punto de terminación dentro de las sesiones, el chico que estaría al final de su análisis es capaz de tratar y de observar al analista en sus atributos reales, indicando de esta manera que está emergiendo de la transferencia. Por ejemplo: que el niño comente algún rasgo de personalidad del analista que corresponde a su percepción, también sobre sí mismo, o que comente algún aspecto del mobiliario o la decoración de la pieza. Comienza a reconocer su entorno e indica también la disminución o desaparición de las angustias de tipo paranoide, o de temor al analista.

En segundo lugar, es frecuente hacia el final del análisis que aparezcan comentarios, no sobre la historia biográfica sino de la historia del comienzo del análisis, haciendo reminiscencias de cuando el chico comenzó: "¿te acuerdas cuando yo acostumbraba hacer esto o lo otro?". Esto indica integración, cohesividad del self y también emergencia de la neurosis de transferencia. Otro indicador interesante es el de una cierta identificación con el analista en su función de tal, cuando el niño dice por ejemplo: "yo estuve de vacaciones y supe que si me ponía a hacer esto usted me diría esto otro, como que lo escuchase en mi mente", o "cuando sea grande, yo también voy a tener un lugar donde nos reunamos con mis amigos y podamos conversar de las cosas que nos preocupen".

La constancia de la internalización del sujeto-analista en la mente del chico, es otra indicación del criterio de terminación. Un niño al terminar su análisis dijo que si él viniera de visita a la sala del analista lo podría reconocer, aunque el analista tuviera el pelo blanco y hubiera envejecido.

La sublimación en el juego, la normalización de las características de éste y la utilización de defensas más elevadas como la anticipación y el humor, son indicadores dentro de las sesiones de la proximidad a un fin de análisis. La mejoría en la apariencia y los síntomas —por supuesto—, son otros hallazgos positivos en esta terminación.

PREGUNTA N° 5

¿Privilegia Ud. dentro del vínculo analítico algún lenguaje sobre otro, ya sea en relación al material del niño o a la intervención del terapeuta?

Delia Faigón y Ana Kaplan: Todo lenguaje, sea juego, palabra, actuación, y aun el silencio mismo, denota una intención de transmitir y comunicarse, o la imposibilidad de hacerlo. El juego permite externalizar los conflictos y puede tener un rol de defensa, proyección, expulsión, etc.

Hacemos una distinción en relación a las edades de los pacientes, ya que normalmente un niño pequeño se manifiesta preferentemente jugando, mientras que un púber lo hace hablando, y entre ambos existe una gran variedad de lenguajes.

Se dan situaciones en que un niño que debería jugar, no pueda hacerlo y hable o se quede en silencio, lo cual sería manifestación de una inhibición de juego que podría suponer una falla en el proceso de simbolización.

Aun en los casos mencionados, lo natural del proceso llevaría a manifestaciones lúdicas, incluso en los púberes, como la única posibilidad de expresar sus fantasías más primitivas.

En cuanto a nuestra intervención, si bien es primordialmente interpretativa, consideramos que determinadas respuestas al juego, jugando, son también interpretativas, siempre que conservemos nuestro rol y no nos coloquemos en situaciones competitivas.

Es importante que aclaremos que nuestra intervención en el juego, al igual que la puesta de límites, van acompañados de la interpretación que creamos conveniente en cada caso en particular.

José Valeros: Concibo que óptimamente el analista debiera estar cómodo con cualquier lenguaje que el niño use para contactarse con él: discursivo, plástico, dramático, gestual, somático, mágico. Que pueda hacer su aporte, su interpretación, en el nivel y la forma de la conducta del paciente y esté dispuesto a aprender el lenguaje del mismo y que no esté esperando que sea lo contrario, que el paciente aprenda el de él, al menos hasta tanto

le interese. Sin embargo, hay un privilegio, la experiencia clínica me ha sugerido con toda fuerza que el beneficio terapéutico que obtiene el niño surge fundamentalmente de los sucesos del juego. El paciente y el analista hacen sus contribuciones en el lenguaje y la forma dramática que el juego requiere.

Aurora Pérez: En mi opinión, tanto el lenguaje lúdico, como el verbal articulado, como el gestual, son privilegiados para comprender: a) lo que pasa en el mundo interno del paciente; b) por qué le pasa y reintegrarle, por vía de mi lenguaje articulado, esa comprensión de sí mismo.

Paulina Kernberg: A mí me parece que el lenguaje se crea intuitivamente entre el chico y su analista, y pienso que no debe ser algo artificialmente elegido, un lenguaje que no sea estereotipado, ni teórico, o indicativo de alguna orientación teórica sobre otras, un lenguaje directo, simple, que aunque basado en conceptos teóricos sea inmediato, pues el lenguaje es conductor del afecto, y el componente afectivo de la relación es algo que no debe contaminarse con especulaciones teóricas como ocurrió en algunos períodos del psicoanálisis infantil, donde se podía claramente discernir la orientación del analista.

Pienso que lo más importante es facilitar que el chico exprese su lenguaje, ya sea a través de los gestos, del juego, o de la comunicación verbal, y que eso sea entonces respondido en forma empática y creativa por el analista para introducir sus intervenciones.

Descriptores: Diagnóstico. Indicaciones. Juego. Motivo de consulta. Psicoanálisis de niños.

Ana G. de Kaplan
Ayacucho 1866, 7°
1112 Buenos Aires
Argentina

Delia S. de Faigón
Juncal 615, 13° “A”
1062 Buenos Aires
Argentina

José Antonio Valeros
Nahuel Huapi 3966
1430 Buenos Aires
Argentina

Betty Joseph
36 Clifton Hill
London NW8 OQG
England U.K.

Paulina Kernberg
New York Hospital
Cornell Med. Center
Westchester Division
21 Bloomingdale Road, White Plains
NY 10605
U.S.A.

Aurora Pérez
Marcelo T. de Alvear 2320, P. 1 “E”
1121 Buenos Aires
Argentina