



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PSICOANALISIS DE NIÑOS:
ELEMENTOS TECNICOS
(Revisión Bibliográfica)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
PSICOLOGO

P R E S E N T A N:
ADRIANA ACOSTA ALVAREZ
NORA GABRIELA GILLING NAVARRO
MA. CRISTINA ORTIZ ARZATE

DIRECTOR DE TESIS:
DR. ROBERTO GAITAN GONZALEZ

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 1985.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecemos a Roberto Daitm. su guía, su buen humor y especialmente su infinita paciencia a lo largo de la elaboración de este trabajo.

A Josselle Benavides, Milagros Figueroa, Luisi Rossi y Celso Serra por su apoyo y comentarios.

A Ana Ma. Álvarez por el tiempo que dedico a la corrección de este trabajo.

A Frans Luit por su apoyo en la traducción de textos.

A Carlos Acosta, Ana Claudia Acosta, Ma. Eugenia Borrates, Cynthia Traslósheros, Fernando Valdés, Rubén Varela y Juan Carlos Zuñiga por su asistencia técnica, la cual hizo posible la realización y conclusión de esta tesis.

A todo el personal de la Clínica San Rafael que nos brindó su apoyo y ayuda en nuestro trabajo clínico, especialmente al Dr. Armando Borboa y a la Psic. Silvia Segura.

A todos los niños que compartieron sus vivencias con nosotras y que fueron el motivo de este trabajo.

A familiares y amigos por su constante e incondicional apoyo.

Y muy especialmente a Judith Santos y David Dilling por su interés y confianza, por su orientación y motivación durante la carrera y a lo largo de nuestro trabajo clínico, por el tiempo que nos han dedicado y por su amistad. Gracias.

Agradecer a mis padres porque me dieron el ser y la fuerza para llegar a este día.

A Eugenia, Ana Claudia, Gustavo Jorge y Roxana, por ser quien son y estar a mi lado siempre.

A David y Judith por su confianza y amistad y por la luz que pusieron en mi camino.

A Gabriela y a Cristina por su amistad, su resistencia y por marchar conmigo durante estos tres años.

A Manuel por creer en mí, por su amor y amistad.

Gracias a Nini y a Juliana, mis abuelas, por su cariño y la ternura con que han llenado mis días.

Y también gracias a Mónica y a Patricia, por estar siempre que lo he necesitado.

Dedico esta tesis a:

La memoria de mi Abuelo.

A mis padres, Ana Ma. y Carlos

A Eugenia, Ana Claudia, Gustavo y Jorge.

A Gabriela y a Cristina.

A la U N A M.

Adriana

Agradecer

A mis papas por su constante apoyo, incondicional cariño, ejemplo y por darme la vida

A Alejandra, Jorge, Ana Laura y Lorena porque siempre han estado ahí cuando los he necesitado.

A David y Judith por haberme apoyado siempre

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme albergado en sus aulas

A Adry y Crick, porque a pesar de haber compartido conmigo momentos de desesperación y frustración siguieron siempre al pie del cañón

Al Pentatlón Deportivo Militarizado Universitario por haberme ayudado a forjar el carácter y enseñarme "La sabiduría de la constancia" sin la cual no hubiera terminado la tesis.

Al Dr. Manuel Garduño, Dr. Raymundo Varela, Arg. Alfredo Prego y Lic. Raymundo Varela por haber sido mis guías en una etapa importante de mi vida.

A Don José, Don Sano, Don Nacho, Don Toño y al maestro herrero (+)

A mis siempre amigos. Ivo, Rodolfo, Rubén, Ray, Ro, Javier, Martín, Edy, Juan Carlos, Roberto, Oscar, Arturo, Jorge, Martín y Billy U., Jessica, Ezra, Pilo, Claudia, Alex, Magui, Martha, Adrian, Pier, Gina, Sonia y Tony.

Al cuarto de milla, Oro, Pavo, Sr. Pancho, Mortero, Chancaco, Oportunio y Enano
por enseñarme a vencer muchos más allá que obstáculos de madera.

A Teo y José Luis

Y a Ballazar por todo lo que estos dos años encierran.

Dedico esta tesis a mi Agüi (+): Persona fundamental tanto en mi vida como en mi
desarrollo académico, ya que paso innumerables tardes ayudándome a hacer la tarea.

A Ma. Fernanda, Rodrigo, Emiliano y Mariana.

Gabriela

Agradecimientos:

A la familia Dilliny Navarro por su paciencia y hospitalidad.

A David y a Judith por sus sugerencias y su empuje dentro del campo del psicoanálisis para niños.

A Dabi por su amistad y por enseñarme a alcanzar lo que uno quiere.

a Adri por su amistad, apoyo y confianza.

Y la mamá de Adri por su tiempo y paciencia para corregirnos la redacción.

A mi analista por su escucha en momentos difíciles. Permitiéndome el largo proceso de un desarrollo profesional y personal.

Dedicatorias:

A mis padres principalmente, con todo cariño por su apoyo e interés en mis actividades y desarrollo. Gracias.

A los niños de Nexhú que me enseñaron a descubrir la esencia de un niño, sin olvidar a todos aquellos que pasaron por mi camino. Gracias

Cristina

INDICE

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1 ANTECEDENTES DEL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS	5
1.1 BREVE HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS	5
1.2 DATOS BIOGRÁFICOS DE LOS AUTORES Y SUS APORTACIONES AL PSICOANÁLISIS	12
BIBLIOGRAFÍA	25
2 INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO	28
2.1 OBJETIVO	28
2.2 ENTREVISTAS PRELIMINARES	28
2.3 ENTREVISTAS CON LOS NIÑOS	29
2.4 ENTREVISTAS CON LOS PADRES	38
2.5 HISTORIA CLÍNICA	43
2.6 CONTRATO TERAPÉUTICO	44
BIBLIOGRAFÍA	46
3 TRANSFERENCIA	49
3.1 OBJETIVO	49
3.2 CONCEPTO DE TRANSFERENCIA Y SU IMPORTANCIA PARA EL ANÁLISIS	49
3.3 CONCEPTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA TRANSFERENCIA DE ACUERDO A CADA AUTOR	55
3.4 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TRANSFERENCIA ENTRE LOS AUTORES CONTRATRANSFERENCIA	65
3.5 CONCEPTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA TRANSFERENCIA DE ACUERDO A CADA AUTOR	70
BIBLIOGRAFÍA	72
4 RESISTENCIA	77
4.1 OBJETIVO	77
4.2 CONCEPTO DE RESISTENCIA Y SU IMPORTANCIA PARA EL ANÁLISIS	77
4.3 MECANISMOS DE DEFENSA	79
4.4 CONCEPTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA RESISTENCIA DE ACUERDO A CADA AUTOR	83
4.5 CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	91

5 INTERPRETACIÓN	93
5.1 OBJETIVO	93
5.2 CONCEPO DE INTERPRETACIÓN Y SU IMPORTANCIA PARA EL ANÁLISIS	93
5.3 CONCEPTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA INTERPRETACIÓN DE ACUERDO A CADA AUTOR	93
5.4 CONCLUSIONES	106
BIBLIOGRAFÍA	108
6 FIN DEL ANÁLISIS	111
6.1 OBJETIVO	111
6.2 CONSIDERACIONES PARA EL FIN DEL ANÁLISIS SEGÚN SIGMUND FREUD	111
6.3 CUANDO LLEGA A SU FIN EL ANÁLISIS SEGÚN CADA UNO DE LOS AUTORES MENCIONADOS	114
6.4 CONCLUSIONES	124
BIBLIOGRAFÍA	125
7 VIÑETA DE CASOS	127
7.1 CASO MAGALI	127
7.2 CASO LUCAS	135
7.3 CASO BETO	146
CONCLUSIONES GENERALES	155
GLOSARIO	158
BIBLIOGRAFÍA	169

RESUMEN

El presente trabajo es una recopilación de los elementos teóricos y técnicos de algunos psicoanalistas que trabajaron con niños.

Decidimos reunir en un documento lo que las entrevistas preliminares, la transferencia, contratransferencia, la resistencia, la interpretación y el fin del análisis representaba para Sigmund Freud, Melanie Klein, Anna Freud, Maud Mannoni, Françoise Dolto y Donald Winnicott, de igual manera consideramos importante conjuntar su forma de trabajar con cada elemento y hacer una breve comparación entre ellos.

Este trabajo también incluye la presentación de casos clínicos atendidos por cada una de nosotras, con el objeto de ejemplificar algunos aspectos del trabajo psicoterapéutico con niños, y como, cada uno de los elementos que aquí se han considerado tuvo su efecto tanto en el proceso como en la conclusión del tratamiento.

A lo largo de nuestro trabajo de investigación y de nuestra experiencia clínica nos dimos cuenta que las aportaciones teóricas y prácticas de los autores anteriormente mencionados son esenciales para la psicoterapia psicoanalíticamente orientada, más sin embargo y al igual que D. Winnicott, consideramos importante retomar no sólo a un autor o una corriente, si no, aquello que nos sea útil para ayudar a un niño.

Otro aspecto importante para la realización de este trabajo fue que ni en nuestra época de estudiantes ni cuando concluimos la carrera había un documento que reuniera a estos autores y la información que éste contiene.

INTRODUCCIÓN

Fueron dos los motivos principales que nos llevaron a concebir el presente trabajo. El primero fue que durante nuestra época de estudiantes en la facultad coincidimos en el interés por el conocimiento de la técnica psicoanalítica y en cómo ésta se podría aplicar al trabajo terapéutico con niños. Esta inclinación nos llevó a integrarnos a un seminario, con otros profesionistas de la especialidad, para revisar a algunos de los autores que psicoanalizaron niños y que dejaron escritos sobre su trabajo.

El segundo se desprendió de nuestro trabajo en el seminario, ya que, tuvimos la oportunidad de realizar nuestro servicio social en la El Centro Comunitario de la Clínica San Rafael, donde se nos permitió aplicar los conocimientos adquiridos, y seguir confrontándolos y depurándolos por medio de la supervisión que una persona de mayor experiencia en la disciplina, hacia de nuestro trabajo.

El trabajo en el Centro Comunitario nos permitió darnos cuenta de que existe un gran número de niños que demandan ayuda psicoterapéutica. Dadas las condiciones socioeconómicas de los pacientes es imposible que puedan tanto asistir como pagar el número de sesiones que se consideran adecuadas para un tratamiento psicoanalítico. Y por otra parte, la Clínica carece del espacio y personal necesarios para atenderlos el número de sesiones, consideradas ideales por la teoría psicoanalítica.

Al iniciar nuestro trabajo como psicoterapeutas en el Centro Comunitario tuvimos que tomar una decisión, ya que no podíamos ignorar la condiciones de trabajo que exige el psicoanálisis ortodoxo; ni tampoco permanecer ajenas a las necesidades de los pequeños pacientes y a las condiciones que presentan una sociedad y un país como el nuestro. Así pues, decidimos intentar trabajar ajustándonos a nuestras realidades, con el objeto de ver si era posible ayudar a los niños, o cuando menos aliviar algunos de sus problemas y optamos por una psicoterapia con orientación psicoanalítica, ya que ésta permite mayor flexibilidad en cuanto al espacio de trabajo, al número de sesiones por semana y al pago del tratamiento. Sin embargo estas modificaciones técnicas no alteran el fin ulterior del método psicoanalítico que se puede resumir en: hacer consciente lo inconsciente, liberar al niño de los problemas que se gestan en las relaciones parentales; frustraciones, sufrimientos y fijaciones que detienen su desarrollo para poder constituirse como un ser independiente con deseos propios, es decir,

convertirse en un adulto sano. Consideramos que de esta manera contribuimos también a que la práctica psicoanalítica no quede limitada a los sectores de la población con alto nivel tanto económico como cultural, ya que la mayoría de los pacientes que hemos atendido en esta clínica proviene de familias modestas.

En este trabajo se describen los elementos técnicos y teóricos que son fundamentales para que se lleve a cabo la terapia psicoanalítica, y de qué manera los maneja cada uno de los autores investigados. Consideramos como elementos teóricos: contrato terapéutico, transferencia, contratransferencia, resistencia, interpretación y fin del análisis. Como elementos técnicos: entrevistas preliminares con los padres y con los niños, el juego, el dibujo, el modelado, el discurso verbal y corporal, los sueños, y el síntoma que puede incluirse en cualquiera de las dos clasificaciones.

Escogimos para esta investigación a los siguientes autores :

Sigmund Freud por ser el fundador de la teoría psicoanalítica y por ser el primer analista que trabajó con un niño. Anna Freud y Melanie Klein porque sentaron las bases teóricas y técnicas de esta disciplina. Donald W. Winnicott por ser flexible en el uso de la técnica, Françoise Dolto y Maud Mannoni porque siempre tomaron en cuenta atender y prestar servicio a la comunidad y porque algunas de las contribuciones teóricas de estos tres autores nos parecieron interesantes y van más allá de los planteamientos establecidos por las autoras que se consideran los pilares del análisis infantil. Esta selección obedeció a que de estos psicoanalistas recibimos las aportaciones más importantes para la integración de nuestra forma de trabajo, ya que al poner en práctica sus lineamientos hemos obtenido resultados satisfactorios.

Con el presente trabajo pretendemos:

- 1.- Crear un documento donde se reúnan los elementos técnicos y teóricos propuestos por los autores mencionados para la práctica psicoanalítica con niños.
- 2.- Presentar nuestra experiencia profesional para demostrar que se pueden obtener logros importantes con los pequeños pacientes a pesar de trabajar en situaciones precarias y poco ortodoxas debido a las condiciones socioeconómicas de la mayor parte de la población de nuestro país y a la saturación de las instituciones dedicadas a tratar problemas psíquicos y conductuales.
- 3.- Hacer un llamado a que tanto los centros de formación profesional como la asistencia social formen más espacios para la atención psicológica de los niños, con fines de tratamiento y prevención. La época moderna permite que los niños sean

víctimas de toda clase de abusos, apoyándonos en que la pediatría y la medicina preventiva surgieron como avances de la medicina general, consideramos que de la misma manera como se cuida la salud y el desarrollo físico del ser humano, se debería cuidar su salud mental y desarrollo emocional. Con el fin de **detectar** y **prevenir** trastornos emocionales y conductuales.

ANTECEDENTES DEL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS

1.1 BREVE HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS

En este primer capítulo expondremos como surgió el psicoanálisis para niños, quienes fueron los autores que tuvieron mayor influencia en la creación de esta disciplina. También proporcionaremos datos biográficos con el fin de conocer más sobre estos personajes y como situaciones de su vida personal los llevaron a formarse como psicoanalistas primero y posteriormente especializarse en niños; de igual modo mencionaremos cuales fueron sus aportaciones a la teoría psicoanalítica.

El nacimiento del psicoanálisis para niños coincide con un debate (1909-1939)¹ entre Sigmund Freud y Oskar Pfister, sobre la formación del analista, el interés por institucionalizar esta formación y definir sus límites así como las opciones del psicoanálisis.

Durante este debate se abrió para Freud (1) la posibilidad que otras personas se dedicaran a la práctica psicoanalítica sin que esta quedara restringida a los médicos. Dicha posibilidad llevó a la institucionalización de psicoanálisis en 1908 cuando se funda la Asociación Psicoanalítica Internacional. Pfister comparte con Freud la idea de que esta práctica podía ejercerse por personas ajenas a la medicina. Propuso analizar a las educadoras para que comprendieran mejor a los niños, iniciando así la educación psicoanalítica que fue una de sus contribuciones más importantes al psicoanálisis, ya que de esta practica se desprenderá, más tarde, el psicoanálisis para niños. (2)

A lo largo de este periodo Freud (3) se cuestionó si era posible trabajar con niños, debido a que en el análisis de adultos los recuerdos y las ocurrencias por regla general conducían a los primeros años de la infancia y al desarrollo sexual. Afirma que la sexualidad está presente desde el comienzo de la vida extrauterina y no sólo al inicio de la pubertad como se pensaba, descartó la costumbre de considerar, anormales o degenerados a los niños cuando mostraban su sexualidad.

En 1906, llega a Freud el caso Hans (Juanito), el cual acepta con el fin de tener una "prueba más directa y próxima" a lo que planteo en <<Tres Ensayos de Teoría

¹ Esta fecha la refiere Fendrik, Silvia, en Psicoanálisis de Niños, Ficción de sus Orígenes. Por otra parte, Rudinesco, Elisabeth, escribe en La Batalla de Cien Años, Historia del Psicoanálisis en Francia I, que este debate tuvo lugar de 1908 a 1927.

Sexual>> (1905); contribuir así al entendimiento de las fobias; al esclarecimiento de la vida infantil y a la crítica de los propósitos educativos. (4)

El caso Juanito no fue tratado directamente por Freud, sino a través de las conversaciones mantenidas por el niño con su padre. En el historial se explicitó el interés familiar y el interés científico, lo cual hizo posible la utilización del método clínico, que bajo otras condiciones no se hubiera podido llevar a cabo. Este caso alentó la idea de que los niños podían ser sujetos de análisis, ya que son capaces de entender interpretaciones de sus actos. La represión no queda anulada con la interpretación. (5)

Se profetizó para Juanito una gran desgracia por haberlo despojado de su inocencia a tan tierna edad. En 1922 Freud recibió la visita del pequeño Hans. "Ninguno de estos temores se cumplió. El pequeño Hans lucía su brillante juventud de 19 años. Aseveró hallarse totalmente bien y no padecer de males ni inhibiciones. No solo había pasado sin daño la pubertad, sino había superado una de las más difíciles pruebas para su vida afectiva. Sus padres se habían divorciado, y cada uno de ellos concertó un nuevo matrimonio. En consecuencia, él vivía solo, pero se mantenía en buenos términos con ambos progenitores, lamentando únicamente que la disolución de la familia lo hubiera separado de su querida hermanita". (6)

Gracias a este trabajo se sentaron las bases para el Psicoanálisis de Niños, el cual durante algún tiempo permaneció sin ser explorado. Es por esto que Freud invitó a discípulos y amigos, como, Ernest Jones, Sandor Ferenczi y Karl Abraham entre otros a averiguar aspectos de la vida sexual del niño.

Antes de hacer referencia a las aportaciones de los autores que contribuyeron al surgimiento del movimiento psicoanalítico y de la manera como alentaron a otros seguidores a incursionar en el psicoanálisis de niños, haremos un paréntesis, para mencionar los elementos teóricos que Sigmund Freud postuló y que constituyen los fundamentos de la teoría psicoanalítica: lo instintivo, lo inconsciente, el Complejo de Edipo, y el desarrollo sexual temprano del niño. Esto comprobó la existencia de la sexualidad infantil y llevó a Freud a crear la teoría del desarrollo sexual del hombre.

El inconsciente designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro del marco de su teoría del aparato psíquico; está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al sistema consciente y preconsciente por acción de la represión. Los caracteres esenciales del inconsciente como sistema pueden resumirse de la siguiente manera: Sus contenidos son representantes de las pulsiones y están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario,

especialmente la condensación y el desplazamiento. Están fuertemente catectizados por la energía pulsional, que busca retornar a la conciencia y a la acción; pero sólo pueden encontrar acceso al sistema preconscious-consciente en la formación de compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura. Son especialmente, los deseos infantiles, los que experimentan una fijación en el inconsciente.

La teoría del desarrollo sexual del hombre data de 1905 cuando Freud escribe <Tres Ensayos de una Teoría Sexual> donde plantea las etapas del desarrollo libidinal y sus relaciones con las finalidades, actitudes hacia el objeto, modos de acción. Para Freud la sexualidad tiene las siguientes características: 1. Comienza poco después del nacimiento. 2. Distingue lo sexual de lo genital; el primero es un concepto más amplio, comprende muchas actividades que no guardan relación con los órganos genitales. 3. La vida sexual abarca la función de obtener placer en zonas del cuerpo (zonas erógenas), función que posteriormente es puesta al servicio de la procreación.

La primera etapa del desarrollo psicosexual es la oral. Durante esta etapa la boca aparece como zona erógena, toda actividad psíquica se centra en la satisfacción de las necesidades de ésta. La meta sexual de este estadio consiste en la incorporación del objeto. La etapa siguiente es la anal, aquí el ano representa la zona erógena y la satisfacción se asocia a la eliminación y retención del excremento. La tercera etapa es la fálica, la zona erógena se ubica en los genitales y el placer se obtiene por medio de la masturbación. Durante esta etapa la sexualidad infantil alcanza su apogeo y se aproxima a su declinación indicando las diferencias entre niño y niña, los cuales a partir de este momento tendrán evoluciones diferentes. Le sigue la etapa de latencia, en la cual el niño parece desinteresarse en lo erótico y dirige su atención a otro tipo de gratificaciones. Y por último se presenta la etapa genital, la cual se da de manera similar a la etapa fálica, es decir, se dan los primeros indicios de la organización genital, esta etapa culmina en la pubertad.

Freud plantea que en la etapa fálica se da una síntesis de las tendencias sexuales, en donde se busca un objeto de amor, que en el niño es la madre. Esta elección de objeto tiene su correspondiente actitud de rivalidad y hostilidad contra el padre, a esto se le llama *Complejo de Edipo*. La atracción sexual que siente el niño hacia su madre le provoca angustia por temor a que el padre dañe y extirpe su órgano sexual (ofensor). A este miedo se le llama *angustia de castración*, la cual suscita la desaparición del Complejo de Edipo, se inicia así el periodo de latencia, donde los impulsos sexuales y agresivos quedan dominados.

Cuando la niña descubre que no posee los genitales del varón, se siente castrada y culpa a su madre, por lo que se debilita la catexia hacia ella y comienza a preferir al padre que posee el órgano que a ella le falta, su carencia origina el complejo de castración, se caracteriza por la envidia del pene, esto matiza el complejo de Edipo, el cual se debilita por la maduración y la incapacidad de poseer al padre.

Después de este paréntesis continuaremos con el trabajo que realizaron los discípulos de Freud en aras de constituir y difundir el psicoanálisis de niños. Ernest Jones (1897-1958) (7), uno de los primeros discípulos de Freud y el transmisor del movimiento psicoanalítico al mundo de habla inglesa, inauguró la Sociedad Psicoanalítica de Londres en 1913, apoyó la causa del psicoanálisis, así como la formación de analistas para niños. En 1920 pidió a los miembros de la sociedad comentarios psicoanalíticos sobre el trabajo con niños. Se iniciaron discusiones sobre el análisis infantil y en especial se trató hasta que punto era posible aplicar los métodos psicoanalíticos en niños. Cabe mencionar que Ernest Jones siempre apoyó a la Señora Klein (una de las iniciadoras más destacadas en el psicoanálisis de niños), la ayudó a publicar sus escritos. Defendió su posición teórica fervientemente en los congresos y conferencias a los que asistieron, y ante los psicoanalistas de la época, (este hecho provocó algunas fricciones entre Freud y Jones). En 1925 la invita a Londres a dar conferencias en la Sociedad Psicoanalítica Británica, posteriormente la nombra miembro de dicha sociedad. Antes del traslado de Klein a Inglaterra, Jones le pidió que analizara a su esposa e hijos.(8)

Sandor Ferenczi (1873-1933), psiquiatra Húngaro, al igual que Freud vio la posibilidad de averiguar algo más acerca de la neurosis del adulto a través del análisis infantil. Y a pesar de que no elaboró una técnica para trabajar con niños exhortó y apoyó a sus colegas a que realizaran ésta tarea, entre ellos, se encontraban Anna Freud y Melanie Klein.

En 1910, atendió a un pequeño llamado Arpad que sufría de fobia a los gallos, debido a una amenaza de castración por haber practicado el onanismo. Ferenczi no estableció una técnica específica sobre como conducir el tratamiento, sin embargo a través de sus trabajos apoyó las concepciones de Freud sobre la sexualidad infantil, en particular aquellas que se referían a la "Castración". Algunos de los escritos (9) que realizó sobre la niñez son: "Consecuencias psíquicas de una castración ocurrida en la niñez", "Repugnancia al desayuno" y "El pequeño gallo" entre otros.

A partir de estos trabajos, Ferenczi(10) afirmó que el niño adquiría el sentido de realidad a través de la frustración de sus deseos omnipotentes, llamándoles a los estadios de omnipotencia y realidad estadios de proyección e introyección respectivamente, términos que posteriormente Melanie Klein adoptará, elaborará y

modificará. También hace una "descripción de la actividad simbólica en la que el niño <<solo ve en el mundo imágenes de su corporeidad y, por otra parte, aprende a representar mediante su cuerpo toda la diversidad del mundo externo>>". Esto último también fue re elaborado por Klein.

Karl Abraham (1877-1925), primer psicoanalista alemán (11), fundó la Sociedad e Instituto Psicoanalíticos de Berlín en 1910. Sus contribuciones, nos ayudan a comprender la libido y las relaciones objetales tempranas. Mencionó también la importancia y la existencia de la sexualidad infantil, así como la influencia de la escena primaria y la represión del complejo de Edipo en la formación de síntomas y en el origen de las neurosis infantiles. Puso las bases para el conocimiento sobre los niveles del desarrollo (12), en relación a la formación del carácter, al que dividió en 3 etapas: 1.- Etapa Oral, que subdividió en: fase oral pasiva, fase canibalística y sádica. 2.- Fase Sádico Anal. 3.- Etapa Genital.

Abraham reconoció, en la depresión inicial de los niños un precursor de la melancolía posterior. Postuló relaciones directas e indirectas entre la frustración oral de la temprana infancia y la esquizofrenia, localizando así el origen de esta psicosis.

Este autor utilizó con algunos niños, como técnica, las expresiones verbales de los sueños, y los relatos obtenidos por los padres. (Esta forma de trabajo también es utilizada por Anna Freud; otra de las pioneras del psicoanálisis de niños). Los artículos de Abraham más importantes sobre el tema son : "La niña que tenía pesadillas", "El chico que no quería pasear" y "La novia de papa". (13)

En 1920, Abraham invita a Klein a Berlín, le propone que practique un nuevo método de psicoanálisis de niños a través del dibujo, el juego, el modelado, los recortes, etc. Elementos que Melanie Klein desarrollará, y más tarde constituirán puntos centrales de su teoría. Abraham aseveró que "el porvenir del psicoanálisis es inseparable del análisis a través del juego".(14) En ese mismo año, conquista para la escuela berlinesa las tierras prometidas de la infancia y la psiquiatría. Desafortunadamente, los trabajos de Abraham se ven truncados debido a su muerte prematura. (15)

Paralelamente a los autores anteriormente citados, surgió Hermine Von Hug-Hellmuth (16), ferviente admiradora de Freud. Dirigió el Servicio Psicoanalítico en Viena, en donde dio a conocer la teoría psicoanalítica a padres, educadores y maestros. De 1912 a 1920 publicó alrededor de 30 escritos, entre monografías y libros sobre psicoanálisis para niños, sobre el desarrollo del niño y la familia, la mayoría de ellos han permanecido sin ser traducidos del alemán.

Afirmó que el análisis con niños era difícil ya que el niño no acude por voluntad propia, y se halla inmerso en experiencias reales que provocan su neurosis, con base en lo anterior propuso que el analista no necesita explicar los impulsos inconscientes, ya que no necesariamente tienen que pasar por el lenguaje hablado, siempre y cuando se presente en actos simbólicos, dando la posibilidad de hacer conscientes los impulsos del niño.(17)

Hermine Von Hug-Hellmuth fue la primera en realizar un análisis sistemático con niños, propuso que esto no era conveniente con niños muy pequeños, también sugirió que el juego espontáneo del niño podría tomarse como asociación libre, lo cual abre el camino para el desarrollo de las técnicas de Melanie Klein. Para esta autora el analista de niños debe quedar satisfecho con un éxito parcial del tratamiento. (18)

En 1912 Hermine analizó a su sobrino Rudolph Hug (19), hijo de una hermana, que había muerto de tuberculosis. De este análisis sólo se sabe que hacia algunas interpretaciones. Sin embargo no existen datos en relación a la técnica que utilizó, ya que murió prematuramente asesinada por Rudolph. Hellmuth (20) no se desvaneció en la historia del psicoanálisis, sino que desapareció repentinamente estando en la cumbre de su carrera. "Hermine Von Hug- Hellmuth es sólo un nombre ligado a los orígenes del psicoanálisis infantil, un nombre sin vida y sin obra, pero que sin embargo lleva cifrado un misterio" (21). Su desaparición coincidió con el advenimiento de Anna Freud como analista de niños y el inicio de los trabajos de Melanie Klein.

El interés de Hellmuth por los niños, quizá se debió a que fue maestra de primaria y secundaria antes de obtener el Doctorado en la Universidad de Viena (1909) y de formarse como psicoanalista.

Otra mujer que trabajó psicoanalíticamente con niños y quien tampoco dejó clara su técnica fue Sophie Morgensten (22). Ella nació alrededor de 1860 en Polonia, estudio medicina en Zurich obtuvo su diploma de estado para poder ejercer en su país. Volvió a Zurich en 1917 y trabajó con el profesor Bleuler. Años más tarde partió a Francia en donde fue nombrada médico asistente en el asilo de Munsterlingen. Desde 1924 hasta su muerte tuvo a su cargo los tratamientos de psicoanálisis junto con el Dr. Heuyer. Trabajó principalmente con histéricos.

Françoise Dolto le propone huir de la persecución nazi, Morgensten se rehusa debido a que toda su familia había desaparecido (desde 1934) y ella tenía ya casi 80

años. Su única hija había muerto unos años antes. Se suicida al día siguiente de la entrada de Hitler a París.

Un testimonio de su trabajo fue el tratamiento con un niño de 9 años y medio que padecía de un mutismo psicógeno. Este caso es importante porque sólo utilizó el dibujo como medio de comunicación con el niño, para que este se expresara y como vía de interpretación (se señala la importancia del dibujo como parte de la técnica en el análisis de niños) presentándose aquí la transferencia. Este fue el primer trabajo psicoanalítico que muestra claramente como un silencio indujo un dispositivo de escucha analítica del niño por medio del dibujo.

El historial de este niño contiene dos hechos muy conocidos en la práctica psicoanalítica, que son: el complejo de Edipo y el de la Castración, los que llevaron al niño al mutismo.

El tiempo ha dado a Anna Freud y a Melanie Klein el lugar de las iniciadoras del psicoanálisis de niños, sin embargo, creemos necesario reconsiderar esta posición, ya que como hemos visto esta práctica la iniciaron Hermine Von Hug-Hellmuth y Sophie Morgensten. Las hemos incluido aquí, con el propósito de resaltar el lugar de pioneras e iniciadoras, que sin duda, tienen en la historia del psicoanálisis de niños. El trabajo que estas dos analistas realizaron fue fundamental para que posteriormente otros autores crearan las bases del análisis de niños. En el caso de Anna Freud, Hellmuth le sirvió de guía al iniciar su trabajo y adoptó ciertos aspectos de su técnica, como el trabajo con los padres, la interpretación de los sueños y el no aceptar analizar a niños muy pequeños. Melanie Klein por su parte, reconocerá la importancia de trabajar fuera de la casa de los pacientes, reconociéndole que fue la primera analista que utilizó el juego en el análisis de niños; técnica que más adelante Klein desarrollará. A su vez Morgensten hará uso del dibujo, que sin duda es una herramienta básica en el trabajo con niños y utilizada por analistas posteriores.

Anna Freud (Viena) y Melanie Klein (Berlín), marcaron las dos primeras líneas teóricas dentro del análisis de niños. Las diferencias entre ambas y las escuelas que representaron en un principio comprendían tan solo aspectos técnicos, que fueron extendiéndose hasta abarcar aspectos teóricos esenciales (23). A continuación hablaremos de estas dos autoras.

1.2 DATOS BIOGRAFICOS DE LOS AUTORES Y SUS APORTACIONES AL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS

ANNA FREUD

Anna Freud (24) la hija mas pequeña de Sigmund Freud , nace el 3 de diciembre de 1895. A los 6 años de edad, ingresó a la escuela y termina la secundaria a los 15 años. Si bien no era común que las mujeres en aquella época estudiaran una carrera universitaria, si era frecuente que estudiaran para ser maestra institutriz, a esto se dedica Anna durante 5 años, lo que le brinda experiencia con niños de varias edades. En este período se interesa en la obra de su padre, empezó a leer textos, a asistir a cursos, a intercambiar ideas con analistas de experiencia e inicia su análisis (didáctico), con el mismo Freud entre 1918 y 1921, el cual fue de conocimiento publico. Esto la llevó a formarse como analista, intensificando su labor para 1920.

En 1922 es aceptada en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, un año más tarde abre su consultorio (al lado del de su padre). En este mismo año S. Freud se entera de que tiene cáncer y a partir de ese momento Anna no se separa de él más que para asistir a congresos y reuniones en su nombre. Es así como queda marcado su destino. Se le asigna la función de conservar el nombre del padre y de continuar la función psicoanalítica .

Anna Freud concibe el psicoanálisis de niños como un tratamiento para las neurosis graves, persigue no sólo una finalidad analítica, sino objetivos pedagógicos y de adaptación, tomando en cuenta la fuerza del yo sobre el ello, sin subestimar el ambiente en el que el niño se desarrolla. El psicoanálisis puede servir como una orientación y soporte de los desajustes internos del niño durante su desarrollo instintivo y emocional o cuando el apoyo o guía de los padres es insuficiente, ya que la clarificación, la verbalización y la interpretación empleadas de manera coherente reducen las ansiedades a medida que se presentan, eliminan las defensas incapacitantes antes de que se tornen patógenas y abren o mantienen abiertas las salidas para la actividad de los impulsos que producen alivio. Decía que el analista debe cumplir dos misiones opuestas entre si dentro del análisis infantil: La de analizar y educar a la vez, es decir, permitir y prohibir al mismo tiempo, librar y volver a coartar simultáneamente. (25)

Esta autora opinaba que el trabajo psicoanalítico con niños no es garantía contra posibles daños en un futuro, ya que éste actúa sobre el pasado y presente, aunque al hacerlo crea un terreno más fértil para la evolución futura.

Planteó que era necesario llevar a cabo ciertos cambios o tomar medidas de precaución, ya que consideraba al niño como un ser dependiente e inmaduro, es por esto que recurría a los padres considerando que el niño poco podría decirnos sobre la historia de su enfermedad, asimismo pensaba que era necesario hacer consciente al niño de esta, infundirle confianza en el análisis y en el analista y convertir en interior la necesidad de analizarse, a lo que llamó periodo de introducción. En el que no había una labor analítica, se pretendía únicamente un entrenamiento, con la finalidad de crear un vínculo fuerte que sustentara el trabajo analítico posterior. Apelando para ello a todos los recursos de que dispone el adulto frente al niño, como: la interpretación del sueño, el dibujo y las fantasías. Mismos que Anna Freud interpretaba como traducciones de símbolos, descubriendo de esta manera, los contenidos del ello y la transferencia. Esta última la define como "aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista que no depende de la situación analítica actual, sino que remonta su origen a tempranas vinculaciones con el objeto, revividas durante el análisis bajo la influencia del impulso repetitivo".

A pesar del periodo de introducción, se presentaban manifestaciones en contra de los impulsos instintivos que se iban liberando a lo largo del tratamiento, las cuales podían originarse en el yo o en la transferencia y se conocen como resistencias. A. Freud pensó que el niño no desarrollaba una neurosis de transferencia aunque se presentaran impulsos cariñosos y hostiles frente al analista. Visualizó también, el juego como un medio de adaptación del niño a la realidad, pero no necesariamente como revelador de conflictos inconscientes.

Esta analista como lo afirma Fendrik en su libro "Psicoanálisis para niños, ficción de sus orígenes", nunca fue reconocida como legítima heredera del pensamiento Freudiano.

MELANIE KLEIN

Melanie Klein (26) nació en el seno de una familia judía el 30 de marzo de 1882. Fue la más pequeña de cuatro hermanos, su padre fue un médico, a quien ella admiraba por sus capacidades intelectuales pero con quien nunca tuvo una buena relación afectiva. En cambio con su madre Libussa Deutsch siempre se mantuvo unida.

A los 14 años decidió estudiar medicina apoyada por su hermano Emmanuel, al que admiraba y respetaba profundamente. e ingresó al Gymnasium de Viena, a los 17 años se comprometió con Arthur Klein (Ingeniero Químico) y se casó 3 años más

tarde, abandonó su carrera y se dedicó a estudiar arte e historia en la Universidad de Viena, aunque nunca se recibió. (27)

A partir de ese momento Melanie Klein se desplazó por varias ciudades de Austria y Hungría, durante este período nacen sus tres hijos: Melita (1904), Hans (1907) y Erich (1914) a este último le tocó jugar un papel protagónico en la iniciación de Klein en Psicoanálisis, ya que fue su primer paciente. Leyó la obra de S. Freud sobre los sueños (1901), se sintió transformada por ésta, y decidió dedicarse a él, asimismo inició en 1912 su análisis personal con Sandor Ferenczi (1912), quién la alentó a realizar investigaciones en el campo analítico con niños.(28)

En 1919 recibe una invitación de Ernest Jones para dar un ciclo de conferencias sobre Psicoanálisis para niños en la Sociedad Británica de Psicoanálisis. Más tarde ingresó al grupo de Karl Abraham, a quien conoció en el congreso de la Haya, al igual que a Hug Hellmuth. Cabe mencionar que no encontró de mayor interés el trabajo de esta última autora.

En 1923 atendió a su primer paciente, un niño de 5 años y a través de este trabajo se dio cuenta que los niños expresaban sus fantasías y ansiedades por medio del juego, el cual interpretó de manera similar a los sueños. Es así como desarrolla su técnica de juego psicoanalítica. En este año es elegida miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Budapest. Un año más tarde publicó su primer trabajo sobre la técnica del análisis de niños pequeños y a finales de éste, expone Principios Psicológicos del análisis Infantil y también inicia su análisis con Karl Abraham. Jones la invita a Inglaterra a trabajar en la Sociedad Psicoanalítica Inglesa, lugar en el que vivirá hasta su muerte.

Su trabajo con niños causó controversia en los grupos de psicoanalistas de aquella época. Afirmó que desde los primeros momentos de la vida, el niño es capaz de experimentar impulsos agresivos y sexuales, ansiedad, fantasear, sufrir desilusiones y vivir bajo el peso del sentimiento de culpa. En el tratamiento analítico todo esto puede expresarse a través del juego, ya que el niño no puede ofrecer aquellas asociaciones verbales que son el instrumento fundamental en el tratamiento analítico con adultos, es por medio del juego y del juguete que estructura el discurso de modo simbólico, expresando el mismo lenguaje arcaico y filogenético que se ve en los sueños. (29)

Klein opinaba que la utilidad de los juguetes en su técnica radicaba en que su pequeñez, número, gran variedad y simplicidad hicieran posible una variedad de usos dando mayor margen a los juegos representativos. Permitiendo al niño expresar

sus fantasías y experiencias en detalle. Es importante tener material ilustrativo y un lavabo con agua corriente en la habitación, ya que este último aporta una profunda visión de las fijaciones pregenitales del niño y son un medio para ejemplificar sus teorías sexuales, dando una relación entre sus fantasías sádicas y formaciones reactivas y mostrando la conexión directa entre sus impulsos pregenitales y genitales.

Si deseamos comprender el juego del niño con relación a su conducta total debemos no sólo desentrañar el significado de cada símbolo separadamente, sino tener en cuenta todos los mecanismos y formas de representación usados en el trabajo onírico.

En la medida que se ha establecido la transferencia, Klein consideraba que se debía interpretar, ya que la transferencia en los niños da al analista elementos para ver si su naturaleza es positiva o negativa. Si la transferencia es negativa se hace aún más imperioso que la interpretación comience en cuanto sea posible, porque la interpretación reduce la transferencia negativa.

Postuló que el niño al vencer las resistencias era capaz de ver que sus actos agresivos se dirigían al objeto real humano y no al juguete, una vez logrado esto se da un paso importante a la adaptación de la realidad, evitando así la neurosis.

La importancia de los trabajos de Melanie Klein es que señala el camino para tratar los mecanismos que marcan a la primera infancia y la relación entre la madre y el niño.

Hacia el final de su vida se dedicó a formar analistas, a atender pacientes y a escribir sobre la técnica psicoanalítica con niños y su experiencia en este campo. Muere en Londres en 1960. Melanie Klein planteó que los hallazgos del psicoanálisis han conducido a la creación de una nueva psicología del niño.(30)

A continuación mencionaremos tres de los aspectos centrales de la teoría kleiniana:

Complejo de Edipo Según Klein:

Para Klein el complejo de Edipo en niños muy pequeños no consiste sólo en el amor al padre del sexo opuesto y en el odio al progenitor rival del mismo sexo. En efecto, descubrió la existencia de sentimientos muy mezclados, y por eso puso el acento en el complejo de Edipo invertido, según el cual, las niñas al mismo tiempo aman a su madre y se identifican con ella, y los varoncitos aman a su padre y se identifican con él excluyendo al progenitor del sexo opuesto. (31)

Posición Depresiva

Según Melanie Klein: el tipo de relaciones de objeto consecutivo a la posición paranoide; comienza alrededor del cuarto mes y se supera progresivamente en el curso del primer año aún cuando puede encontrarse también en el curso de toda la infancia y reactivarse en el adulto especialmente durante el duelo y en los estados depresivos.

Se caracteriza por los siguientes rasgos: el niño es, en lo sucesivo, capaz de aprehender a la madre como objeto total; se atenúa la escisión entre objeto "bueno" y "malo", las pulsiones libidinales, y hostiles tienden a relacionarse con el mismo objeto; la angustia llamada depresiva se refiere al peligro fantaseado de destruir y perder a la madre a consecuencia del sadismo del sujeto; esta angustia es combatida mediante diversos modos de defensa (defensas maníacas o defensas más adecuadas, inhibición de la agresividad) y se supera cuando el objeto amado es introyectado en forma estable y aseguradora. (32)

Posición Esquizoparanoide:

Según Melanie Klein, modalidad de las relaciones de objeto específica de los cuatro primeros meses de la existencia, pero que puede volver a encontrarse durante la infancia, y, en el adulto especialmente en los estados paranoico y esquizofrénico.

La integración creciente del mismo da lugar a la integración de los aspectos malos y buenos de los objetos, en consecuencia modifica los sentimientos de amor y de odio. Por lo tanto en la ansiedad depresiva el peligro es la amenaza al objeto de amor por la propia agresión al sujeto. En la posición depresiva surge el sentimiento de culpa y como consecuencia del impulso a reparar o preservar al objeto. El yo se protege del dolor de la posición depresiva por medio de las defensas maníacas que incluyen mecanismos como la escisión, la idealización y otros. Por otra parte, la posición depresiva implica una experiencia de duelo correlativa a un incremento del insight de la realidad psíquica". Las ansiedades depresivas y persecutorias son elaboradas y superadas y las defensas maníacas disminuyen en el curso de la neurosis infantil.

Se caracteriza por los siguientes rasgos: Las pulsiones agresivas coexisten desde un principio con las pulsiones libidinales y son singularmente intensas; el objeto es parcial (principalmente el pecho materno) y se halla escindido en dos, el objeto "bueno" y el "malo"; los procesos psíquicos que predominan son la introyección y la

proyección; la angustia, intensa, es de naturaleza persecutoria (destrucción por el objeto "malo") (33)

A partir del surgimiento de estos trabajos dentro del psicoanálisis de niños, se empezó a difundir más la labor con ellos, dando la posibilidad a los pequeños de ser escuchados, de tomar en cuenta sus problemas y la manera en que ellos los viven, proporcionándoles un espacio donde puedan dar paso a su sufrimiento, a sus vivencias, fantasías y deseos sin sentirse juzgados y limitados. Permitiendo que se desliguen de los problemas que son de la familia y no propios, y que asuman su historia. Algunos autores que representan estos nuevos caminos en el análisis de niños son: Donald W. Winnicott, Françoise Dolto y Maud Mannoni.

DONALD W. WINNICOTT.

El Dr. Donald W. Winnicott nació en 1896 en Gran Bretaña (34). Sus primeros estudios fueron de biología en el Jesus College de Cambridge y después de fisiología, finalmente se recibe como médico antes de cumplir los 20 años. Realizó su práctica clínica en el Hospital de Niños en Paddington Green como pediatra y psiquiatra infantil por casi 40 años. En 1923 conoce a Ernest Jones (35) quien lo envía a psicoanálisis con James Strachey, en ese mismo año empezó su formación como analista, la cual inicia ignorando todas las querellas de escuela (Melanie Klein y Anna Freud) y obtuvo dos cargos como consultor infantil, uno en el Hospital de Paddington Green y otro en el Hospital de Queen Elizabeth.(36)

Como pediatra se da cuenta que el Psicoanálisis resolvía algunas de las incógnitas que se presentaban cotidianamente en su trabajo, pero quedaban muchas otras sin resolver. Al enfrentarse a estas limitaciones descubre a Klein. De ella recibe apoyo y trabajan algunas cuestiones teóricas juntos, esta relación ayudaba a Winnicott a crear su teoría sobre el desarrollo emocional.(37)

Esta última apunta al desarrollo del ambiente en conjunción con el desarrollo que se produce en el individuo desde su más temprana infancia, éste se va dando a través de las actitudes de la madre hacia el bebé, formándose así una unidad, entre éste y los cuidados maternos. Posteriormente la madre ayuda al niño a realizar alucinatoriamente su presencia, (ésto se logrará siempre y cuando el niño haya conocido a su madre y su pecho en la realidad). La separación de la madre causa preocupación en el niño, la cual lo lleva a hacer uso de objetos o fenómenos denominados transicionales, los cuales designan la zona intermedia entre el erotismo oral (pulgá) y la verdadera relación de objeto (juguete/madre), siendo estos una

defensa contra la ansiedad, con el fin de establecer una relación recíproca entre el mundo exterior y el mundo interior, iniciando así la aceptación del mundo exterior a su propio ser. En el análisis la observación de los objetos transicionales es importante para conocer la capacidad de simbolizar del sujeto. (38)

Por otra parte Winnicott (39) consideró que el juego es importante porque hace madurar la capacidad del niño para participar en el mundo que lo rodea y conocer así su realidad. Es por esto que Winnicott se vale del juego en sus trabajos realizados con niños, ya que para él, el juego es la verdad de todo individuo y tiene un lugar y un tiempo. Para dominar lo que está fuera del individuo es preciso hacer cosas, no solo pensar y desear, y hacer cosas lleva tiempo. Jugar es hacer. (40)

Para Winnicott la realidad está determinada por el dominio mismo del juego. Asigna un lugar al juego y a la experiencia cultural, postula la idea de un espacio potencial que sitúa entre la madre y su bebé, entre lo subjetivo y objetivo, entre el sujeto y su ambiente. Si hay una carencia de juego y de contrajuego por parte de la madre, todo el ulterior vínculo del bebé con lo verdadero quedará falseado. Destaca la importancia que tiene para el niño pasar por diferentes etapas en su relación con el objeto: En el primer momento el sujeto está unido al objeto; después lo destruye; sólo en una última etapa puede existir un objeto capaz de sobrevivir a la destrucción por parte del sujeto. Por lo tanto la experiencia de destrucción acompaña a la creación de la realidad, a partir del momento en que el sujeto puede situar fuera de sí al objeto destruido. De ahí en adelante el sujeto es capaz de utilizar al objeto creado; en otras palabras accede a la imaginación.

En relación al tratamiento psicoanalítico con niños, Winnicott hace entrevistas con los padres con el fin de conocer el motivo de consulta y no en cambio para determinar si son estos los que necesitan ser atendidos. El análisis se centra en el niño, y en el juego de este, el juego es en sí la terapia y la forma de trabajo. Cuando no se presenta, el analista orienta al paciente de un estado en el que no puede jugar a uno en el que le es posible hacerlo, ya que es en el análisis donde se reconoce el significado total del juego infantil, éste es el indicio de la totalidad de la fantasía de incorporación, eliminación y crecimiento de la personalidad. Para lograr que éste se diera cuenta con juguetes que ponía a disposición de los niños. (41)

Winnicott respetaba el espacio de creación durante la sesión. En este lugar dedicado al Juego (y al contrajuego) se encontraba el origen de toda posibilidad creadora. Dio lugar a la imaginación, a la fantasía, concebido no como un lugar real (ya sea externo o interno) emparentado con las pulsiones o frustraciones, sino como un lugar potencial (situado entre lo subjetivo y lo objetivo) que es también el del

análisis y la transferencia. Mientras Melanie Klein utilizó el juego para poder interpretar, Winnicott hizo del juego un proceso restitutivo de toda creación.

D.W. Winnicott considera que en todo psicoanálisis deben darse las condiciones necesarias para la transferencia, contratransferencia e interpretación. La primera se refiere a la forma en que un fenómeno subjetivo se repite y no a una mera comunicación y relación durante el análisis, la cual permite expresar la conciencia naciente del sujeto, la segunda, son relaciones e identificaciones que se hallan reprimidas en el psicoanalista (lo cual nos lleva a pensar que este necesita retomar su análisis). Por su parte la interpretación tiene la función de guiar al niño a que por sí sólo encuentre las respuestas, pues sólo él las tiene. Las interpretaciones del analista marcan los límites de su comprensión, estas producen resistencias durante el proceso analítico. (42)

Consideramos fundamental el trabajo de este autor, ya que a pesar de sus pocos escritos, dio un giro a la práctica psicoanalítica; aportó varias ideas innovadoras. Pensamos que pudo hacer esto ya que tomó de las diferentes posturas técnicas aquello que se adecuaba a su práctica y a los problemas que en ella se presentaban, sin tener enfrentamientos con otros analistas en relación a sus concepciones y sin pretender que estas fueran consideradas como la panacea de los trastornos emocionales y mentales. Winnicott muere en 1971.

A continuación hablaremos sobre Françoise Dolto y Maud Mannoni (pertenecientes a la escuela francesa) quienes también realizaron una labor importante en la práctica analítica con niños.

FRANCOISE DOLTO.

Françoise Dolto (43) nació el 6 de noviembre de 1908 en la ciudad de París, hija de Henri Marette y Suzanne Demmler. Curso sus estudios de primaria y secundaria en la Academia Malatret entre octubre de 1914 y julio de 1924, los estudios de bachillerato los concluyó en el liceo Moliere, en París. Se tituló como enfermera en el año de 1930.

De 1932 a 1937 estudió medicina y se recibe como médico pediatra dos años más tarde. Contrajo matrimonio con Boris Dolto en febrero de 1942, con quien tuvo tres hijos. Diez años antes había iniciado su análisis con Laforgue el cual concluye en 1937, y en este mismo año inicia su trabajo como psicoanalista. Françoise Dolto fue miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París (1938 - 1953), de la Sociedad

Francesca de Psicoanálisis (1953 - 1964) y de la Escuela Freudiana de París (1964 - 1980). Murió en París en agosto de 1988.

Desde muy joven Dolto mostró un singular interés por los niños a quienes consideraba totalmente diferentes a los adultos, aseguraba que éstos no los comprendían y afirmaba que se dedicaría a una profesión que ayudara y comprendiera a los infantes. El ambiente en el que se desarrolló marcó su inclinación por el psicoanálisis y determinó su elección en cuanto al trabajo con niños. Creció rodeada de una "locura sociológica y familiar" como ella misma la describe en su autobiografía.

El trabajo de esta psicoanalista no pretende dar recetas a los terapeutas, sino que nos habla de su experiencia clínica desde un saber inconsciente. Escucha la verdad del niño, su deseo en lo que dice o intenta decir, para que se asuma como sujeto que pueda distanciarse de otro exterior a él o del otro que él ha introyectado. Es importante evitar que el analista sea considerado un doctor, un educador, o un persona gentil con quien ir a jugar, para Dolto el analista da la posibilidad al niño de expresar y aliviar sus angustias con el fin de liberar los acontecimientos traumatizantes y situaciones difíciles por las que pueda pasar, y lo logra haciendo uso de: títeres, cubos, lápices de color, objetos cotidianos reducidos, modelado, pintura, etc.(44)

El material que utilizaba Dolto en sus terapias es el mínimo indispensable como colores y plastilina, consideraba que con esto podía lograr el único fin del análisis que es liberar la verbalización de los afectos y dar al niño la posibilidad de expresar sus conflictos y tensiones .

El analista jamás accede a los ataques ni a las resistencias de quienes tratan al niño como objeto parcial o transicional. Una de las finalidades del análisis es que el niño tenga deseos propios y sea capaz de expresarlos y no se limita a los de sus padres.

Dolto decía que el primer encuentro con el analista era abordado sólo a nivel de objetivo de la consulta, siempre se planteaba con carácter negativo para el medio. En este encuentro no es la satisfacción o la angustia de los padres por encontrar una solución rápida lo que se busca, sino lo que el síntoma signifique para él con tal o cual conducta, actualiza el sentido fundamental de su dinámica y las posibilidades de futuro, que para este sujeto el presente prepara, preserva o compromete. En este encuentro se manifiestan las fuerzas inconscientes entre progenitores ascendientes y descendientes.

Los síntomas por los cuales acuden a psicoanálisis por lo regular se deben a una angustia de culpabilidad inconsciente. La gravedad de un caso no necesariamente se determina por la intensidad del síntoma sino por la antigüedad del mismo.

Muchos de los síntomas de los niños son el reflejo de los deseos inconscientes de la madre: hacer a través de mamá, hacer con mamá, hacer por mamá. También es importante lograr hacer ver al niño que los adultos que lo rodean son personas con defectos y virtudes como los demás y no un ideal del yo.

A menudo los padres sólo podrán formular su inquietud de manera adecuada en un segundo momento, en una forma que permita la introducción del sujeto en un psicoanálisis.

"Desde un primer momento nos vemos introducidos en el mundo de fantasías de la madre. La misión del niño es la de realizar los sueños que ella no concretó. Su error, a menudo es el de no aceptar ponerse en el lugar que se le asignó de entrada, si siguiera el juego de la madre debería de enfrentar de inmediato otros problemas mucho más graves, sobre todo, el de un Edipo imposible." (Mannoni). En las primeras sesiones con los padres el síntoma se presenta como un lenguaje que debemos descifrar, el niño plantea su pregunta por intermedio de los padres para o en contra de ellos. Aquí la angustia es el motor de este llamado y el síntoma se presenta como una solución. En todos los casos la persona busca un reconocimiento, intenta afirmarse en el seno mismo de un símbolo.

Para que un sujeto se constituya como tal, Dolto considera que es esencial la imagen inconsciente del cuerpo así como la función del padre simbólico, quien se encarga de castrar mas no frustrar y de representar la ley, permite al niño asumirse como sujeto de acuerdo a su edad y a su sexo. La función del padre tiene efectos diferentes en la estructuración del niño y de la niña. En la niña despierta la heterosexualidad y en el niño hace las veces de rival y de imagen de identidad sexual. La imagen de este padre simbólico se da desde la concepción del bebé hasta los tres años, y ésta es transmitida por la madre, es ella quien asigna a cada uno el lugar que le corresponde. Esto depende de la imagen inconsciente de la madre con respecto a su propio padre.

Después de los cinco años es el padre quien posibilita el estilo y el valor afectivo de las relaciones sociales del niño. Françoise Dolto plantea la necesidad de entrevistas con los padres, antes de atender al niño, en particular cuando se trata de menores de cinco años y es conveniente hacerlo hasta los siete u ocho años. Esto permite conocer y ubicar la demanda, es decir si parte de los progenitores o del niño. Si es de este último se establece el contrato terapéutico, a través de un pago

simbólico, el cual consiste en que el niño de al analista lo que quiera en cada una de las sesiones, de éste modo es él quien asume la responsabilidad del tratamiento. (45)

En cuanto a la transferencia, se refiere a ésta como el despliegue por parte del paciente de una situación afectiva frente al medico, positiva o negativa, o lo que es mas mixta. El paciente mantiene relaciones ficticias con el analista, asi este podria analizar el porque de la personalidad que le atribuye. Esto podria hacerse siempre y cuando el analista haya llevado a buen termino su propio análisis, únicamente hará referencia a lo que diga el paciente. Es este fenómeno de transferencia donde se da la interpretación; en el trabajo con niños esta se formula como una pregunta o hipótesis sobre lo que plantea en su juego dejando que el niño encuentre un sentido a lo que le está pasando. Considera que cuando uno no sabe que hacer y no comprende lo que sucede lo mejor es callar. Durante el proceso analítico se presentan en el sujeto oposiciones a éste, como si se organizara una defensa, a ello se le conoce como resistencia. (46)

Las siguientes líneas expresan claramente el pensamiento de esta psicoanalista francesa . "El psicoanálisis no agrega algo nuevo, permite encontrar una salida a las fuerzas emocionales veladas que se encuentran en conflicto, dirigiéndolas al paciente. Es un método de búsqueda de verdad individual más allá de los acontecimientos, éstos sólo adquieren sentido por la forma en que han participado y se han sentido modificados por ellos. El proceso psicoanalítico, es una escucha, una receptividad que encierra un llamado a la verdad. El psicoanálisis no da la razón, ni la niega, sin juzgar escucha. En psicoanálisis, sólo se juzga a aquellas personas que sufren, no su patologia .

MAUD MANNONI.

Maud Mannoni (47) nació en Ceilán, donde paso su primera infancia. Posteriormente se muda con su familia a Holanda. Durante la guerra trabajo en un hospital psiquiátrico en Brugman y más tarde en un psiquiátrico para niños en Amberes, (guiada por su análisis personal). Al finalizar la guerra se recibió de Criminologa en la Universidad de Bruselas, en 1948 fue nombrada miembro de la Sociedad Belga de Psicoanálisis. Mas adelante se estableció en París, donde trabajo en el Hospital de Trousseau.

Aquí transformó su orientación apoyada e influenciada por Françoise Dolto; analizó principalmente niños. Fue nombrada analista de la Asociación Internacional de Psicoanálisis. Tiempo después se analizó con Lacan, y con su ayuda llevó a cabo la elaboración teórica de su experiencia .

Algunas de las aportaciones teóricas de Mannoni fueron: El haber trabajado psicoanalíticamente con niños psicóticos, neuróticos y con retardo mental, al igual que Dolto no dejó a los padres de lado al trabajar con los niños y dió gran importancia a las primeras entrevistas, aquí se resume quienes son estos niños y quienes son sus padres. Se abre paso a la neurosis familiar, lo que permite cuestionar el pedido de los progenitores, es decir si éste les es propio o es del niño. No pretende dar significados a los trastornos; busca que el analizado confronte su posición de sujeto a través de su mundo de fantasías.

Al tomar como única verdad la demanda de los padres, el psicoanalista permite que la puerta se entrecabra sobre el campo de la neurosis familiar oculta e inmovilizada en un síntoma del que el niño se convierte en soporte. El analista no pretende darle un significado a tal o cual trastorno sino que busca confrontar la toma de posición del sujeto a través de su mundo de fantasías con un sistema que es del orden del significante. (48)

Trabajó con la imagen paterna y el peso que ésta tiene en la historia de cada sujeto; estudió la interacción de los elementos de juego que se llevan a cabo con el niño dentro de la familia o la sociedad, haciendo de éste un herramienta importante en el desarrollo del tratamiento.

Para Mannoni el psicoanalista es aquel a quien uno se dirige después de los fracasos y sinsabores de las ilusiones perdidas, aquel en quien uno quiere confiar, pero también se desea utilizar para atizar querellas personales. Su función es ayudar a la persona a articular su demanda a constituirse por la palabra en relación a su historia para desentrañar al fin un mensaje al que se le podría dar sentido.(49)

En cuanto a los elementos técnicos que se van a tratar en este trabajo Mannoni nos dice: que la transferencia es la relación analista-analizante, ésta permite que se dé el proceso analítico ya que el paciente otorga al analista un saber que de antemano supone le pertenece, por lo que considera puede ayudarlo a entender sus conflictos, deseos, fantasías; deposita en él dudas, preguntas, resistencias que surgen a lo largo del tratamiento. La interpretación no la hace el analista propiamente sino el analizante. Este a través de lo que el otro le dice da un sentido diferente a su discurso, esto permite que el sujeto llegue a su verdad (de un nuevo significado a su historia). Todo aquello que se oponga al encuentro de esta verdad son resistencias y estas pueden darse tanto en el psicoanalista como en el analizado.

En relación al fin del análisis M. Mannoni opina: " En un análisis de niños, pienso que no se puede hablar verdaderamente de una "terminación". En un caso de neurosis, el análisis se interrumpe, cuando el niño está en condiciones de vivir por sí

solo las dificultades de la crisis edípica. Pero cuando hablamos de la terminación del análisis de un niño psicopático, nos referimos en general al deseo del analista de dar por terminado ese análisis." (50)

Como se ha visto, cada uno de estos autores llegaron al campo del psicoanálisis por diversas vías, tuvieron diferente formación y experiencia clínica, por lo que cada uno, tiene una manera distinta de abordar las cuestiones teóricas y técnicas, estas diferencias se expondrán y analizarán a lo largo del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas. "Introducción a Oscar Pfister; Die Psychoanalytischz Methode". Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 347-354.
- 2.- Mannoni, Maud. (1989) De la Pasión del Ser a la Locura del Saber, Freud, Lacan y los Anglosajones. Buenos Aires: Paidós. pp. 123.
- 3.- Zulliger, H.y otros. (1968) Historia del Psicoanálisis III, Hitch, Mann, Pfister, Sachs, Wolf, Arden, Brill, Elyjelliffe, Buenos Aires: Paidós. pp. 22-36.
- 4.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas. "Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años. (El Pequeño Hans)". Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 8.
- 5.- Ibid. pp. 7.
- 6.- Ibid. pp.118.
- 7.- Grooskurth, Phyllis. (1991) Melanie Klein su Mundo y su Obra. México: Paidós. pp. 16.
- 8.- Ibid. pp. 188.
- 9.- Rickman, John. (1967) Teoría y técnica del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. pp.
- 10.- Grosskurth, Phyllis. (1991). op. cit., pp. 88.
- 11.- Infra. pp. 107.
- 12.- Grotjahn, y otros. Historia de Psicoanálisis I, Abraham, Ferenczi, Rank, Eitintong, Jung, Adler. Buenos Aires: Paidós. pp. 9-26.
- 13.- Vengerou de Doubevsky, Dobeovsky.,S. (1968) Grandes Casos del Psicoanálisis de Niños. Klein, Abraham. Ferenczi, A. Freud, Acheman, Win, Spitz, Erikson. Buenos Aires: Horme. S.A.C. pp. 14-24.
- 14.- Roudinesco, Elisabeth. (1988) La Batalla de Cien Años, Historia del Psicoanálisis en Francia 1.(1895-1939). España: Fundamentos. pp. 141.
- 15.- Ibid. pp. 15l.
- 16.- Mac Lean, George. (1986) "Hermine Hug- Hellmuth, A Neglected Pioneer in Child Psychoanalysis". Journal of The American Academy of Child Psychiatry. Vol. 25 (4). pp. 579-580.
- 17.- Fendrik, I. Silvia. (1988) Psicoanálisis para Niños. Ficción de sus Orígenes. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 29.

- 18.- James, E., Anthony. (1986) "A Brief History of Child Psychoanalysis." Journal of the American Academy of Child Psychiatry. Vol. 25 (1). pp. 8- 11.
- 19.- Fendrik, I. Silvia. op. cit. pp. 30.
- 20.- James, E. Anthony. op. cit. pp. 8.
- 21.- Fendrik, I. Silvia. op. cit. pp. 31.
- 22.- Nasio, Juan David. (1987) El Silencio en Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 27-56.
- 23.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica. México: Paidós. pp. 11-18.
- 24.- Fendrik, I. Silvia. op. cit. pp. 33-78.
- 25.- Freud, Anna. (1972) Normalidad y Patología. Buenos Aires: Paidós. pp.
- 26.- Grooskurth, Phyllis. op. cit. pp. 15-73.
- 27.- Fendrik, I. Silvia. op. cit. pp. 137-144.
- 28.- Grooskurth, Phyllis. op. cit. pp. 15-100.
- 29.- Segal, Hanna. (1989) Introducción a la Obra de Melanie Klein. México: Paidós. pp. 15-28.
- 30.- Stanjaard, J., y otros. (1988) "Melanie Klein su Enfoque del Inconsciente" Historia del psicoanálisis III. Buenos Aires: Paidós. pp. 67-85.
- 31.- Hinshelwood, R.D. (1992) Diccionario del Pensamiento Kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 84-88.
- 32.- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1983) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor. pp. 276-277.
- 33.- ibid. pp. 278.
- 34.- Davis, M. y Wallbridge, D. (1981) Límite y Espacio. Introducción a la Obra de Donald W. Winnicott. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 9-34.
- 35.- Winnicott, D. W. (1989) Psicoanálisis de una Niña Pequeña (The Piggel). México: Gedisa. pp. 13-19.
- 36.- Mannoni, Maud. (1980) La Teoría como Ficción, Freud, Groddeck, Winnicott, Lacan. Barcelona: Grijalbo. pp. 54-58.

- 37.- Bleichmar, Norberto. Leiberman, M. Bleichmar, Celia. (1989) El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica. México: Eleia. pp. 287-296.
- 38.- Lebovici, Serge. (1988) El Lactante, su Madre y el Psicoanálisis. Las Interacciones Precoces. Buenos Aires: Amorroutu. pp. 42-44.
- 39.- Winnicott, D. W. (1985) Realidad y Juego. Buenos Aires: Gedisa. Caps. 2 y 3.
- 40.- Ibid. pp. 64.
- 41.- Ibid. pp. 61.
- 42.- Winnicott, D.W. (1981) El proceso de Maduración. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Laia. pp. 151.
- 43.- Dolto, Françoise. (1991) Autobiografía de una Psicoanalista. México: Siglo XXI. pp. 191-194.
- 44.- Dolto, Françoise. (1987) Seminario de Psicoanálisis de Niños. Tomo II. México: Siglo XXI. pp. 9-22.
- 45.- Ibid. pp. 54-64.
- 46.- Dolto, Françoise. (1987) Pediatría y Psicoanálisis. México: Siglo XXI. pp. 22.
- 47.- Mannoni, Maud. (1981) El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis. México: Siglo XXI. pp. 21-22.
- 48.- Mannoni, Maud. (1969) La Primera Entrevista con el Psicoanalista. Buenos Aires: Gedisa. pp. 41-42.
- 49.- Ibid. pp. 41.
- 50.- Mannoni, Maud. (1986) Un Saber que no se Sabe. Buenos Aires: Gedisa. pp. 81.

INICIACION DEL TRATAMIENTO

2.1 OBJETIVO

A lo largo de esta exposición revisaremos la importancia que tienen las entrevistas preliminares, pues van más allá de la simple respuesta de porque llevan al niño, también abren paso a la dinámica familiar y permiten comprender mejor como se relaciona el sintoma que presenta el pequeño con esta dinámica. Por otra parte, es importante saber lo que los padres piensan sobre sus hijos, escuchar su versión del problema y de ser posible parte de su historia. Otro de los objetivos de éstas primeras entrevistas, es establecer el contrato terapéutico tanto con los padres como con el niño. Así mismo, se revisaran que aspectos manejan y consideran Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto, Maud Mannoni y Donald W. Winnicott, para llevar a cabo esta tarea.

2.2 ENTREVISTAS PRELIMINARES

Antes de iniciar el tratamiento propiamente dicho, es indispensable llevar a cabo algunas entrevistas preliminares con los padres o tutores por separado y con el niño. Estas entrevistas tienen la finalidad de: conocer el motivo de consulta y su génesis, la historia familiar, la forma de trabajo del terapeuta y descartar algunos elementos que pueden dificultar el desarrollo del análisis.

Sigmund Freud dedicaba a las entrevistas previas al tratamiento una o dos semanas, con el objeto de esclarecer las dificultades y sacrificios a los que se enfrentaría el paciente y precisar algunas consideraciones sobre la manera de trabajar a lo largo del proceso, como: decir todo aquello que le viniera a la mente (asociación libre), no interrumpir el análisis una vez iniciado éste, determinar el costo y la frecuencia del mismo; así como, asegurar a la persona discreción y respeto sobre lo que se hablara durante las sesiones. (1)

El desarrollo del proceso analítico es laborioso desde su inicio, pues desde este momento se presentan resistencias que con frecuencia se muestran como transferencia negativa. No hay que olvidar que al principio Freud pensó que las resistencias impedían, o al menos hacían difícil el análisis, más tarde encontró que eran parte del progreso natural de éste y que favorecían la comprensión de su historia. Por lo tanto había que esclarecer el sentido que éstas tenían para las personas que acudían a análisis e interpretarlas en cuanto fuera posible.(2)

Anna Freud, Melanie Klein, Donald W. Winnicott, Françoise Dolto y Maud Mannoni se dieron cuenta que las resistencias también se presentaban en las entrevistas con los padres. las cuales podían deberse a: que no eran ellos quienes decidían directamente que su hijo asistiera a una psicoterapia, sino que era canalizado por algún otro especialista, institución o bien personas allegadas al niño; por temor a cambiar el orden familiar establecido, por miedo a ser juzgados o rechazados como padres o por ser escépticos al tratamiento. En relación a lo anterior S. Freud expuso: "Al escéptico se le dice que el análisis no ha menester que se le tenga confianza, que él tiene derecho a mostrarse todo lo crítico y desconfiado que quiera, que uno no pondrá su actitud en la cuenta de su juicio, pues él no está en condiciones de formarse un juicio confiable sobre estos puntos; y que su desconfianza no es más que un síntoma entre los otros que él tiene, y no resultará perturbadora siempre que obedezca concienzudamente a lo que le pide la regla del tratamiento". (3) Al igual que Sigmund Freud estos analistas coincidían en que las resistencias se interpretarían en cuanto se presentara el momento oportuno.

Es importante mencionar que las resistencias no sólo se presentan en el paciente, sino que también pueden presentarse en el analista (contratransferencia), cuando esto sucede "...el terapeuta deberá comprender el significado de su reacción, la cual ha sido motivada por la transferencia de su paciente. Una vez comprendida ésta podrá ser utilizada (o no) en el proceso terapéutico. Lo que no hay que hacer es actuar la contratransferencia. Esta deberá ser siempre analizada".(4)

2.3 ENTREVISTAS CON LOS NIÑOS

Las entrevistas con los niños son importantes, pues es preciso cerciorarse que el paciente en realidad lo demanda, es decir, que sea él quien quiera hablar sobre lo que le pasa, que desee ser escuchado y escucharse a sí mismo. Cuando se trabaja con niños esto se esclarece a lo largo de las entrevistas preliminares, en donde el niño decide si desea ser atendido o no, ya que la mayoría de las veces los niños acuden a un psicoanálisis porque los padres así lo quieren y no por iniciativa propia.

Generalmente los padres llevan a los niños cuando éstos presentan actitudes molestas para el medio y que los padres no pueden controlar (síntoma). Lo anterior coincide con la opinión de Anna Freud cuando dice que son los adultos los que sufren la maldad del niño y el niño no la percibe así. Algunas de las actitudes que los niños presentan son: Problemas de aprendizaje por conflictos familiares, problemas de conducta (agresión, rebeldía, enojo, aislamiento, etc.), depresión.

alteraciones del sueño y la vigilia, miedos, alteraciones psicósomáticas como: neurodermatitis, enuresis, alergias, asma, etc. y problemas de alimentación. Sin embargo, en algunos casos los padres son lo suficientemente sensibles para darse cuenta que su hijo sufre y no pueden ayudarlo por lo que buscan el apoyo de un especialista.(5)

Es importante aclarar al niño en que consiste el tratamiento, ya que, tienen sus propias fantasías en relación a éste; las cuales tienen que ver con el medio en el que se desenvuelve, con su nivel de desarrollo, con sus deseos y temores; o bien lo que los padres u otras personas le han dicho. Estas fantasías pueden ser: creer que está loco, esperar ser castigado por sus acciones, pensar que el analista es un maestro que le resolverá sus problemas escolares o que le va a decir que es lo que tiene que hacer, convertirse en el ser más importante para el analista y los diferentes miembros de la familia; cambiar de sexo, llevarlo a que se comporte " bien " etc

En cuanto a las fantasías inconscientes del niño hacia el tratamiento Maud Mannoni comenta : " El niño, inmovilizado a veces en una especie de pánico, espera también la palabra del psicólogo, su veredicto, como una salvación. ¿ De qué ? Ello no está claro. " Usted me va a decir lo que deseo hacer. " " Usted me va a decir lo que usted piensa que yo tengo que hacer" Tanto si lo desea como si no lo desea, se le propone al examinador incluir a este niño en su propia fantasía fundamental, convertirlo en testigo de sus experiencias personales. "Esta trampa es, precisamente la que se debe de evitar. " (6) .

Por su parte, para Anna Freud sólo era justificable atender a niños que padecían una neurosis grave, es decir, un conflicto entre la vida instintiva, el yo y el superyó, también cuando el grado de la misma impedía al niño seguir desarrollándose y cuando no era capaz de manejar los desajustes internos durante su desarrollo. Sostenía que a diferencia del adulto el niño era un ser dependiente e inmaduro, es decir, que no tenía la capacidad de percibir sus perturbaciones, sólo aquellos que lo rodeaban sufrían por sus síntomas y eran ellos quienes decidían que el niño iniciara un proceso psicoanalítico. (7)

Esta autora trabajaba especialmente con niños en la culminación del complejo de Edipo o en el periodo de latencia, ya que consideraba que el análisis no era posible sin estar presente el lenguaje y la capacidad de introspección (la cual estaba ligada a su desarrollo). La introspección tiene que ver con la capacidad de pensar, de ponerse en contacto con los propios sentimientos, motivaciones, conducta y hacer consciente lo inconsciente.

Anna Freud consideraba necesario indagar el camino para establecer las condiciones del análisis de cada niño. Exigía un período de introducción, en el cual no se podía pensar en hacer conscientes los procesos inconscientes, ni ejercer influencia analítica en el paciente. Su finalidad era provocar el sufrimiento psíquico, para lograr concientizar al niño de su enfermedad y así lograr que quisiera ser analizado. El sufrimiento consistía en poner al niño en oposición consigo mismo, exagerar los síntomas, etc. (8)

Con el fin de ejemplificar lo anterior, se expondrá un caso analizado por Anna Freud. "Un niño de 10 años manifiesta un síntoma desagradable y alarmante para el medio, violentos arrebatos de cólera y de mala conducta, que aparecían sin motivo exterior comprensible y eran tanto más llamativos por tratarse de un niño inhibido y temeroso en general. También en este caso apelé a un recurso un tanto artero y no muy leal, decidiendo enemistarle con esa parte de su personalidad. Le invité a describirme sus arrebatos cada vez que se producían, fingiéndome preocupada y apesadumbrada; le preguntaba hasta que punto era dueño y señor de sus arrebatos en tales estados, y comparaba sus arranques con los de un enfermo mental, al que difícilmente podría prestársele ya socorro alguno. Todo esto le dejó atónito e intimidado, pues, naturalmente, ser tenido por loco ya pasaba de lo que perseguía su ambición. Entonces trató de dominar por sí mismo sus arrebatos; comenzó a oponérseles en lugar de provocarlos, como había hecho antes, convirtiendo así su verdadera impotencia y creciendo con ello sus sensaciones de sufrimiento y displacer. Después de algunos intentos infructuosos, el síntoma se convirtió por fin, de acuerdo con mis propósitos, de un bien apreciado en un molesto cuerpo extraño, para cuya supresión el niño recurrió de muy buen grado a mi auxilio." (9)

Esta fase introductoria también le era útil para cautivar al niño, adaptarse a sus deseos e intereses y para ganar su confianza y respeto. Así el pequeño podía encontrar en el analista protección contra los castigos y considerarlo una persona poderosa y confiable, veía el análisis como una situación deseable y establecería una alianza espontánea y necesaria contra una parte de su vida psíquica y sentiría el análisis como una ayuda de la que ya no quisiera prescindir, es decir, lograr una transferencia positiva.

Catherine Millot opinaba que Anna Freud estaba consciente que los medios que utilizaba para hacer posible el análisis infantil contrariaban las reglas analíticas habituales, como se pone de manifiesto cuando refiere a Anna Freud:

"Hago a la chiquilla una firme promesa de curación, estimando que no es posible exigir a un niño que se interne por un sendero desconocido con una persona extraña,

si el resultado no se muestra certero. De este modo respondo a su evidente deseo de ser dirigida con autoridad y llevada de un modo seguro. Me propongo a la niña como aliada y crítico con ella a sus padres. En otro caso, emprendo una lucha secreta contra el medio que rodea al pequeño y procuro ganar su afecto con todos los recursos posibles. Exagero la gravedad de un síntoma y asusto al paciente para alcanzar mi fin. Por último, me insinúo a la confianza del niño y me impongo a seres que están persuadidos de poder salir perfectamente del aprieto sin mi ayuda".(10)

Maud Mannoni a diferencia de Anna Freud, señala que toda gratificación o seducción dentro del análisis debe ser suprimida, ya que esto en vez de liberarlo lo ata transferencialmente a una dependencia analítica. (11)

Para Melanie Klein no era necesario un periodo de introducción, sino establecer la situación analítica tan rápido como fuera posible, lo cual lograba manteniendo una actitud puramente analítica, actitud de amistosa reserva. A diferencia de Anna Freud, no estaba de acuerdo en propiciar ningún tipo de situación ventajosa para el análisis ya que para ella esto generaba una situación artificial. Klein interpretaba tanto la transferencia positiva como la negativa en cuanto se presentaban, en esto radica una de las principales diferencias teórico-prácticas entre Anna Freud y Melanie Klein.(12)

Esta analista comentaba que a veces era necesario hacer referencia de la información dada por los padres, sobre todo en los casos de enfermedades u otros hechos importantes. Melanie Klein encontraba su propio material en el mismo niño, sin embargo, el informe dado por los padres le ayudaba hacer una interpretación más completa al estar en contacto con ellos y conocer a través de los mismos los cambios que se iban operando en el paciente o cualquier otro dato relativo a él. Una vez que empezaba a trabajar con éste Klein evitaba hablar con los progenitores, ya que, el niño podría pensar que el analista tenía estrecho contacto con sus padres y de esta manera no alcanzaría su finalidad, es decir, que el niño pudiera expresar sus fantasías y resolver los momentos difíciles por los que estaba pasando. Además incrementarían los sentimientos persecutorios del niño. (13)

Consideraba que la neurosis era un rechazo excesivo de la realidad, por tal motivo, el análisis temprano pretendía capacitar al niño para adaptarse a la realidad y de esta manera tolerar la frustración.

Melanie Klein a diferencia de Anna Freud, pensaba que los niños podían ser analizados a cualquier edad, ya que utilizaba el juego libre como medio de comunicación con el niño, siendo el lenguaje un elemento prescindible, se valía del

juego, porque cumplía la misma función que la asociación libre en el análisis de adultos, a través de él, el niño podía expresar sus fantasías y resolver sus problemas (14) Esta técnica sustituía la asociación libre por una actividad espontánea del niño a través de juguetes mecánicos, figuras humanas sencillas, escogía objetos de uso cotidiano, en los cuales el niño podía depositar el significado de sus propias fantasías y evitaba objetos que ya tuvieran una carga semántica social. Ofrecían a cada niño su propio cajón para que lo utilizara con toda libertad durante la sesión de análisis, pensaba que las acciones que representaba el niño estaban en conexión con el material que reemplazaba sus pensamientos o imágenes individuales. Además cuando el niño jugaba con juguetes pequeños podía expresar sus tendencias opuestas (15)

Klein interpretaba el juego en cuanto se presentaba material analítico, dando el mismo valor simbólico que daría a los fragmentos de un sueño. Hacia uso del mismo lenguaje que el niño y abordaba las cuestiones sexuales, las partes del cuerpo, las relaciones agresivas y sádicas de manera abierta y sincera. Jugaba con los niños y les ayudaba a representar sus fantasías. Es importante mencionar que ella fue la primera en darse cuenta que el trabajo con niños requería de un espacio diferente al de los adultos.

Para esta analista el proceso analítico debía esclarecer el Edipo de la manera más completa posible, así como, los sentimientos de odio y culpa. El Edipo según Klein aparece durante la posición depresiva, (oral-sádica), en esta etapa el niño se da cuenta de las relaciones sexuales entre los padres y del deseo de gozar y poseer aquello que ellos comparten. En este período surgen sentimientos de odio hacia el pene del padre y sentimientos de destrucción hacia el pene que el niño, cree en su fantasía, que la madre tiene dentro, así como el deseo de una relación genital con la madre. Los instintos destructivos dirigidos a los padres están ligados a impulsos libidinales. Estos son los que generan el sentimiento de culpa y no las tendencias incestuosas. (16)

Maud Mannoni y Françoise Dolto al inicio del tratamiento preguntaban al niño si sabía por qué sus padres consideraban necesaria una psicoterapia, ya que el niño no podía saber en que consistía una terapia analítica, como lo haría un adulto. El punto más importante de las entrevistas preliminares era que el niño comprendiera en forma precisa de que se trataban, que había en ellas, que finalidad tenían y si le interesaban lo suficiente para continuar con el trabajo. Si no estaba de acuerdo con lo anterior, era libre de no asistir o de hacerlo si creía tener dificultades. Afirman que si no se tomaba en cuenta la opinión del pequeño y no se respetaba su decisión, era imposible llevar a cabo un tratamiento pues "solo estamos al servicio de quien nos lo pide, del que sufre y del que tiene algo que decir". (17)

Algunos niños entran en contacto con el analista desde la primera vez que se ven por medio de un lenguaje no necesariamente verbal. Puede ser que el niño desee ser escuchado ya que quizá nunca lo ha sido. Para estas dos analistas, las entrevistas con el niño tienen el objetivo de esclarecer la demanda de éste, que se exprese en términos propios y desligarla del deseo de los padres.

Por otra parte tanto Maud Mannoni como Françoise Dolto comparten la idea de que el niño es consciente de su enfermedad y es capaz de decidir si quiere ser atendido o no, justificaban el análisis cuando el niño sufría por algún padecimiento o situación en particular y era él quien quería hablar sobre ello. (18)

Françoise Dolto no buscaba inculcar en el niño su punto de vista, sino presentarle sus propios pensamientos inconscientes en su aspecto real. No hablaba un lenguaje lógico encaminado a sacudir la inteligencia del niño. El analista hace uso del lenguaje simbólico y afectivo del niño que por ser individual lo representa.

Esta analista tenía algunas sesiones preliminares con los niños con el fin de conocer sus comportamientos y sus fantasías, y para que conocieran al analista y el espacio de trabajo.(19) Para Dolto era importante aclarar que el lugar de las entrevistas no era sólo un espacio para compartir momentos de ocio con un adulto; que el hecho de invitar al niño a modelar y dibujar no implicaba que el analista jugará activamente con él, participando también con sus fantasías, sino, que era un espacio para el paciente que sufría y tenía algo que decir. (20)

Un ejemplo de como Dolto hacía uso del modelado durante las primeras entrevistas es el siguiente: " es un niño de ocho años que, durante su sesión, ha realizado un sillón. Lo interrogo: <<¿ Dónde estaría el sillón ?>> - En el desván. - Pero parece muy sólido, y no pone sillones sólidos en el desván - Si es cierto. - Pues bien, ¿ Si éste sillón fuera alguien, quien sería ?.- el abuelo... Porque dicen que está viejo y no se quiere morir- ¿ Así que es un fastidio que no me muera ?- Bueno sí, - porque en casa no hay sitio y entonces nosotros tenemos que dormir en el dormitorio con papá y mamá, porque él no quiere que nadie duerma con él en la otra habitación. (21)

He aquí, pues, un anciano molesto al que los padres habían traído consigo esperando que muriera pronto, un anciano paralítico, siempre sentado en un sillón y al que de buena gana hubiesen puesto en el desván con los objetos estropeados. Este sillón representaba el cuerpo molesto y demasiado sano del viejo que impedía vivir a una familia alojada con estrechez. Es indudable que el niño nunca habría podido contar la historia de otro modo que con este recurso, éste fantasma que ilustraba una

fijación anal al asiento, literalmente hablando fijación que, por otra parte, hacia del niño un encoprético. Esta encopresis fue la causa de que llegará a la consulta para realizar una psicoterapia " (22)

A diferencia de Melanie Klein, Dolto no interpretaba en cuanto se presentaba material gráfico o plástico que el niño creaba, daba oportunidad a éste de ser él quien asociara sobre su trabajo y facilitara los medios para la interpretación de sus síntomas. Si después de estas entrevistas Dolto detectaba una demanda, aún inconsciente y el niño decidía quedarse por sí mismo sin la presencia de los padres se establecía un contrato terapéutico.(23)

Por su parte, Maud Mannoni a lo largo de las primeras entrevistas pretende buscar que hay más allá de los problemas de carácter, de los fracasos escolares, del retardo psicomotor, de la poca creatividad, de la dependencia, del aislamiento. Pretende lograr en el lapso de dos o tres sesiones que surja algo que hable sobre la verdad que está detrás de todo esto y la demanda del niño, con el fin de apoyarlo para asumir su historia, dándole oportunidad de llegar al propio yo a través de su palabra. 24)

Por ejemplo: Un niño de 2 años y medio es atendido por Maud Mannoni por manifestar trastornos psicossomáticos (insomnio y anorexia) que dejan perplejos a los médicos al grado que quieren hospitalizarlo, pero el padre se rehusa a esta idea. Este niño está ligado al padre al cual ve muy poco y su madre únicamente le pone atención cuando se pone difícil. La primera vez que lo veo, lo atiendo con su madre y me explica en forma general todos los trastornos por los que ha pasado. El niño en ese momento abandona las rodillas de su madre y comienza un largo diálogo conmigo del que nada comprendo. Yo le respondo: " Me gustaria mucho hablar de esto con papá. -- Ah, no. El gran jefe es Paul. Yo respondo: " No, el gran jefe es papá. " El creyó que mamá era demasiado grande como para recibir palizas. Por eso dejó que Paul y Mamá se las arreglasen solos. Pero papá sabe que si las cosas no andan bien les puede dar una paliza a los dos, porque papá manda sobre los dos. - Ah, no, mamá es buena. Paul, el gran jefe de mamá.

Durante la próxima sesión, Paul me trae una carta de su padre, que está muy contento con el cambio. Señala un progreso increíble en la conversación. Mientras tanto, Paul comienza a ir al jardín de infantes del barrio. Espontáneamente, el niño trae el tema " el gran jefe es Paul, papá no tiene que mandar. La madre hace eco a estas palabras hablándome del abandono total en que se encontró el niño desde su nacimiento: Yo me desatendia de él, dejándolo en manos de mi hija y de las sirvientas. A lo que el niño agrega: " No está bien no dormir " Yo contesto: " No es que esté mal, sino que es incómodo "(25)

En este mismo año Maud Mannoni señala que es importante tener cuidado cuando llega un niño por problemas escolares, ya que si bien es cierto que muchas veces éstos son síntomas, otras pueden ser problemas reales de aprendizaje. La escucha es lo que va a permitir darnos cuenta si estos problemas son un mensaje del inconsciente o si el niño en realidad debe ser reeducado.

Mannoni igual que Dolto no interpreta sino que permite al sujeto encontrar su propia verdad. "El analista, no entrega un saber sino que más bien permite al sujeto dar sentido a su propia palabra, atravesada por la mentira y el desconocimiento."(26)

El Dr. Donald Winnicott hacía contacto con los niños durante las primeras sesiones a través del juego de garabato. Este juego consistía en establecer una comunicación con el niño por medio de garabatos, en donde, el analista hacía uno y le pedía al niño que lo transformara en lo que quisiera y después le tocaba de nuevo al terapeuta y así sucesivamente. Algunas veces los padres participaban en las sesiones de los niños, a petición de ellos. El realizaba sesiones de trabajo con el fin de que el niño se sintiera comprendido y fuera él quien pidiera una terapia. (27) Winnicott referido por Maud Mannoni aseguraba que el análisis no era posible si al niño no se le daba un mínimo de seguridad en su entorno. Pretendía que a lo largo de estas primeras entrevistas se lograra que el niño: se liberara de los lazos familiares y diera un paso adelante en su desarrollo. Consideraba importante mantener entre el analista y el paciente un espacio abierto en donde se pudiera dar la verdad, verdad que no pertenecía a nadie.(28)

A continuación se ejemplificará como D. Winnicott establece los primeros contactos con el niño a través del juego de garabatos, se ejemplificará la primera fase de una entrevista: "Bob era un niño muy dado. Esperaba amistad y ayuda. Yo había colocado papel y lápices y le sugerí que jugáramos mostrándome cual era mi intención. El estaba hablando con excitación y en una oportunidad tartamudeo en la palabra puñetazo(pp.p...puñetazo). Esto sucedió cuando estaba hablando del primer dibujo. Hice un garabato para que él lo convirtiera en algo. Supo que era lo que quería hacer y lo llenó cuidadosamente con sombras y lo llamó " toro" (Bull) . Me llevó mucho tiempo caer en la cuenta de que la palabra significaba pelota (Ball), pero para ayudarme me contó una larga historia acerca de bombear (pumping)- o quizás haya querido decir topar (bumping)- y dar puñetazos (ponching). Hice una nota mental de la capacidad del niño para concebir un objeto total, y también comencé a dudar del diagnóstico que había tenido como correcto: Déficit primario . Sugerí entonces que debiera hacer un garabato para que yo lo transformara en algo pero o no entendió o no estaba en condiciones de hacerlo. Dijo: " ¿ Puedo dibujar un coche ? Le presenté un garabato y pareció confundido. dijo que era una mano, pero

agregó: " es demasiado difícil dando a entender que no podía seguir el juego opto por dibujar él solo. Este fue el fin de una primera fase muy cautelosa en la que usó el aspecto de su yo que trata de acatar y amoldarse, pero que no conlleva sentimientos ni tampoco emplea impulsos." (29)

Winnicott opinaba que era importante interpretar el material analítico en cuanto fuera posible, para que el niño sintiera alivio en alguno de sus síntomas y fuera más fácil orientarlo al tratamiento analítico. Consideraba que si no sucedía esto se corría el riesgo de no lograr la participación consciente del paciente y no poder analizarlo, si no, quedaba la posibilidad de pedir a los padres que hicieran comprender al niño la necesidad de analizarse (30)

Estas entrevistas también le servían para determinar si se trataba de un niño psicótico, antisocial o neurótico. Para Winnicott un niño neurótico era aquel que presentaba un conflicto inconsciente relacionado con su vida instintiva, cuyo origen se manifestaba en la angustia que nacía de los impulsos instintivos del niño. (31).

Si el caso lo requería y si era posible realizaba un análisis extenso, si no, cambiaba su método a consultas terapéuticas, de acompañamiento, aisladas, o a sesiones <<a pedido>> solicitadas por los padres o tutores. Como es el caso de la pequeña Piggle de la cual se hablará más adelante.(32)

En esta fase se ha visto que Melanie Klein, Françoise Dolto, Maud Mannoni, D. W. Winnicott buscan que el niño establezca su demanda de trabajo con el fin de desligarla de la de los padres. A diferencia de Anna Freud que dice que el niño es inmaduro y dependiente y que no es capaz de percibir sus perturbaciones.

Además estos analistas están de acuerdo en que el niño se puede analizar al cualquier edad sin importar si tiene la capacidad de hablar (como lo menciona Anna Freud.) puesto que hacen uso de juegos, dibujos y modelados. Winnicott a diferencia de estos analistas hace énfasis en el juego de garabatos.

Melanie Klein es la única que proporciona al niño su propio cajón, dándole importancia al propio espacio del niño.

A continuación se hará referencia al trabajo con los padres durante las entrevistas preliminares.

2.4 ENTREVISTAS CON LOS PADRES

Anna Freud tenía entrevistas con los padres para conocer el motivo de consulta, pues los consideraba la parte sana de la personalidad consciente y la conciencia moral del paciente, lo hacía también para salvaguardar y mantener la continuidad del tratamiento. Pensaba que el niño no percibía su problema "solo aquellos que lo rodean sufren su maldad", es decir, cuando sus síntomas eran perturbadores para el medio. Creía que el niño se encontraba tan embargado en su situación actual que el pasado palidecía a su lado. Aunque consideraba que la decisión del niño era determinante para iniciar el tratamiento. (33)

Melanie Klein antes de iniciar el tratamiento psicoanalítico directamente con los niños tenía algunas entrevistas con los padres, con la finalidad de investigar el motivo de consulta y los principales aspectos de la historia familiar. Como es el caso de Richard: "El tenía diez años cuando empezó a analizarlo. Sus síntomas no le permitían ir al colegio desde los ocho años, edad en que estalló la guerra, sus ansiedades se incrementaron. Manifestaba mucho miedo por los niños y por tanto no se llevaba bien con ellos, sintiéndose más cómodo con los adultos y en especial con las mujeres a quienes trataba de impresionar con sus dotes de conversador. Su madre no le exigía jugar con los niños ni lo obligaba a ir al colegio. Evitaba salir solo por las calles. Era hipocondríaco y caía en estados depresivos. Su apariencia era de preocupación y tristeza. Le agradaba la naturaleza y la música. Su lactancia fue insatisfactoria puesto que duró pocas semanas. (34)

La madre de Richard habló acerca de dos operaciones: circuncisión efectuada a los tres años y amigdalectomía a los seis. Richard era el menor de dos hermanos, habiendo una diferencia de 8 años entre los dos hermanos. Su madre era depresiva, le preocupaba cuando estaba enfermo. En cambio, con el hijo mayor tenía preferencia porque había sido buen alumno y nunca le causaba preocupaciones. Richard sentía mucho afecto hacia su madre y no soportaba separarse de ella. Su padre le quería mucho pero dejaba en manos de su esposa la educación del pequeño. Existía una relación afectuosa entre los dos hermanos y pocas cosas tenían en común.

Para poder iniciar el análisis, Richard y su madre vinieron a vivir a un hotel en "X" y los sábados iban a pasar el fin de semana a su hogar. El pueblo donde yo vivía no estaba lejos de su casa, al cual llamaré "Y". El abandono de la ciudad natal, que llamaré "Z", había causado en el niño mucha ansiedad. Seguía muy de cerca las noticias sobre la guerra y tomaba mucho interés en los cambios que se iban produciendo, esta preocupación apareció en el análisis. De esta manera, Melanie

Klein realizaba la historia clínica de un niño enfocándose en los hechos más importantes de su vida."

La comunicación con los padres era limitada con el fin de evitar que el niño pensara que había un "estrecho contacto" entre ellos. Las entrevistas que establecía con ellos eran de tipo pedagógico-informativo, cuyo objetivo primordial era prevenir que los padres interrumpieran el tratamiento del hijo. Concertaba la cita en un horario distinto al del niño. Además, incluirlos sería perturbador porque se establecería una doble transferencia-contratransferencia: la del paciente que nos trajeron para ser tratado, al que se consideraba "el enfermo", y la de sus padres. La transferencia de éstos, así como la contratransferencia del analista para con ellos, sería inmanejable, ya que ellos no eran los pacientes. Los padres debían limitarse a enviar al niño a las sesiones y a pagar el tratamiento.

Esta analista decía, la relación del psicoanalista de niños con los padres del paciente era considerada tradicionalmente como un área problemática, uno de los grandes "obstáculos" que el psicoanálisis del niño debía enfrentar era la dependencia infantil con respecto a sus padres puesto que era concebida como una interferencia, en tanto dificultaba la posibilidad de usar el mismo encuadre que Freud fijó para el psicoanálisis de adultos.

Françoise Dolto cuando trabajaba con niños menores de 5 años, ineludiblemente entrevistaba a los padres. Estas primeras entrevistas tenían como objetivo que ellos comprendieran su propia historia y el sentido de sus expectativas para así poder diferenciarlas de las de su hijo. Para ella un tratamiento no podía iniciarse sólo con el pretexto de que existía un síntoma, era necesario conocer la historia del niño, a través de los padres (35). Les explicaba que el espacio de la consulta no estaba destinado a una reeducación ni a una regularización escolar, sino que era donde se daba la posibilidad de expresar y aliviar angustias por diversos eventos olvidados o no, ya que aquí se revivían emociones por la situación transferencial que se daba entre el paciente y el terapeuta. (36)

Otro de los objetivos que consideraba importante en las sesiones preliminares con los padres era entender y conocer el Edipo de los mismos y si era posible el de sus progenitores, con el fin de comprender proyecciones patógenas de los padres sobre sus hijos. Asimismo pretendía que los padres se dieran cuenta de que su hijo era un ser humano con inteligencia y necesidades propias. Dolto también pretendía darse cuenta del sentido que tenía el tratamiento psicoanalítico para el niño, la familia y el medio social en estos primeros encuentros.

Dolto realizaba las entrevistas con ambos padres y posteriormente con cada uno por separado. En caso de que alguno de los padres no quisiera o no pudiera asistir, se le enviaba una carta requiriendo su presencia. (37)

Otra de las finalidades de las entrevistas con los padres era esclarecer las fantasías de cura de éstos, ya que la mayor parte de las veces pensaban que el psicoanálisis iba a moralizar al niño, a influir en su conducta y hacerlo razonar, en pocas palabras, era un método de sugestión para llevarlo a portarse "bien". Aclaraba que el psicoanálisis no agregaba algo nuevo, sino que simplemente daba salida a las fuerzas emocionales que estaban en conflicto.

Françoise Dolto también advertía a los padres que no preguntaran al niño sobre las sesiones de análisis, si el niño hablaba espontáneamente había que escucharlo y no sorprenderse de lo que el pudiera decir aunque les pareciera agresivo o escandaloso. También ponía en claro que si era necesario hablar con ellos nuevamente, o si los progenitores deseaban comentar algo con el analista, se concertaría una cita especial. Una vez aclarados y aceptados todos estos puntos por los padres se procedía a entrevistar al niño. (38)

Maud Mannoni pretende esclarecer durante las primeras entrevistas ¿quiénes son estos niños cuyos padres acuden a consulta en relación con un trastorno y quiénes son sus padres?. Niños difíciles, niños alienados, niños en peligro moral, niños rebeldes a todo tratamiento médico. (39)

Para Mannoni este primer encuentro no se limita a una relación dual en donde el paciente proyecta en el analista su inconsciente, ya que aquí se ponen en juego tanto el discurso de los padres como el del hijo, pero a pesar de ser discursos distintos sobre un evento, esto no significa que alguno sea falso y el otro real, sino simplemente es la manera en que cada miembro de la familia lo vive. La primera entrevista con el psicoanalista es más reveladora en lo que se refiere a las distorsiones del discurso que a su contenido mismo... la verdad de ese discurso se constituye en el Otro.(40)

Para ella una consulta psicoanalítica tiene sentido, sólo si los padres están dispuestos a quitarse las máscaras, a reconocer lo inadecuado de su demanda y a cuestionar la misma. Mannoni opina que antes de atender al niño hay que descentrar su demanda de la de los padres, y para hacerlo es necesario comprender la situación familiar.(41)

Con el objeto de ejemplificar como en algunos casos los síntomas del niño pueden sostener la problemática de los padres, presentaremos dos casos atendidos por Françoise Dolto.

1. -Me duele la cabeza decía un hijo único de tres años (lo habían conducido a mí por que era imposible llevarlo al jardín de infantes, donde se quejaba todo el tiempo de su dolor de cabeza; parecía enfermo pasivo, y lleno de pesares. Además padecía de insomnio, del que su médico no encontraba causas orgánicas). Conmigo repitió sus soliloquios. Le pregunté:

¿Quién dice eso?

-Mientras él, con un tono quejumbroso, repetía: -Me duele la cabeza -.

¿Dónde? Mostradme donde te duele la cabeza. - Nunca se lo habían preguntado.

-Ahí.- Y señalo el muslo, cerca de la ingle.

¿Y ahí, qué cabeza está?

-La de mamá- ...El niño era hijo único, de una madre aquejada de dolores de cabeza psicósomáticos, sobreprotegida por un marido que la adoraba, 25 años mayor que ella. El niño como hijo único, significaba de este modo la neurosis de impotencia y su fobia a la sociedad, mediante una provocación que hasta el momento había sido escuchada y con la que pedía ser sobreprotegido. El encuentro con el psicoanalista que, al cabo de un pequeño número de entrevistas, no se alienase más en la identificación con esa pareja herida por su vida difícil."(42)

2. -Dios quiere que la Doctora me cure, dijo un niño a Françoise Dolto la que no quiere es mamá, pues solo me tiene a mí para vivir (a mí, como enfermo).(43)

A través de su trabajo Maud Mannoni se dió cuenta de que los padres acuden a psicoanálisis porque esperan que el analista los oriente en el camino a seguir con relación al síntoma, sin embargo estas orientaciones deben ser anuladas para evitar ser cómplice de las querellas familiares y de esta manera conducir el tratamiento al fracaso.(44)

También observó que cuando los padres acuden por síntomas concretos y con un diagnóstico, es porque no desean ningún cambio y cuando el analista cuestiona dicho diagnóstico los padres se angustian, ya que se descubre que el síntoma se presenta como una manifestación que sirve para ocultar malos entendidos, mentiras o rechazos de la verdad, cuando pasa esto se presentan una serie de trastornos que van desde reacciones fóbicas ligeras hasta trastornos psicóticos. Mannoni afirma, que cuando el diagnóstico no es acertado lo que se pone en juego no es el síntoma del niño, sino su imposibilidad de crecer con deseos propios, no alienados por las

fantasías de los padres, insiste que al tratar un síntoma es importante esclarecer el lugar que éste ocupa en relación a la demanda y al deseo de los padres.

A lo largo de estas conversaciones se logra vislumbrar las ambigüedades de las relaciones de pareja o conflictos con sus propios padres. Y esclarecer si son los padres quienes padecen un conflicto emocional y es el niño quien lo manifiesta inconscientemente a través del síntoma por el que acuden, se les recomienda que asistan a psicoanálisis con otro analista paralelamente al tratamiento de su hijo, si el niño en realidad lo necesita. "En el transcurso de una entrevista Mannoni trata de aprehender, comprender el discurso del Otro ya que un grado de verdad puede ser aprehendido a través de la mentira. Verdad de hoy que quizá no será la misma de mañana, pero que es de todas maneras una verdad dinámica en busca de una autenticidad."(45)

Por su parte Donald W. Winnicott realizaba entrevistas con los padres y el niño para conocer el motivo de consulta, saber si estaban dispuestos a sostener los cambios que se fueran presentando en el niño a lo largo del proceso psicoterapéutico y también para determinar el tratamiento adecuado al niño.(46)

Durante las primeras entrevistas el niño estaba presente con la finalidad de que se sintiera integrado, comprendido y que supiera que había alguien dispuesto a ayudarlo. El relato de los padres no era más importante que el del propio niño ya que él era quien vivía y asimilaba los hechos significativos de su vida.

Se ha observado en éste apartado que Anna Freud, D. W. Winnicott Melanie Klein, Françoise Dolto y Maud Mannoni, están interesados en realizar entrevistas con los padres para conocer y comprender la historia familiar (niño y padres), el sentido de sus expectativas y del síntoma, y las distorsiones expresadas en su discurso.

Klein y Winnicott aclaraban el motivo de consulta sin trabajar en profundidad con los padres ya que consideraban que los niños eran capaces de proporcionar el material necesario para trabajar. D.W. Winnicott durante estas entrevistas pedía que estuviera presente el niño . Y les advertía que si eran capaces de sostener los cambios que se fueran presentando en el niño, iniciaba el tratamiento.

Françoise Dolto y M. Mannoni establecían entrevistas con los padres juntos y en forma separada, aclarándoles sus fantasías de cura y los objetivos de la terapia.

Todos limitaban la comunicación con los padres para evitar conflictos dentro del trabajo psicoterapéutico con el niño. A diferencia de los demás Anna Freud,

consideraba a los padres la parte sana de la personalidad y la conciencia moral del niño.

2.5 HISTORIA CLINICA

En las primeras entrevistas con los padres Anna Freud, Melanie Klein, Maud Mannoni, Françoise Dolto y Donald W. Winnicott; obtienen datos sobre la historia clínica del niño desde antes de su nacimiento. Aquí se trata todo aquello que esté relacionado con el pequeño, es decir, cómo se sintieron los progenitores ante la idea de ser padres, cómo fue el embarazo y qué complicaciones se presentaron. También cuál fue su reacción con respecto al sexo del niño; la elección del nombre; cuestiones relacionadas con la salud en general y cómo fueron atendidas, en especial aquellas que podrían haber afectado el desarrollo físico y /o psicológico del niño (enfermedades graves y prolongadas, intervenciones quirúrgicas, etc.).

Del mismo modo cuestionan lo referente a las etapas del desarrollo oral, anal y fálica; ausencias de la madre a lo largo del primer año de vida o en cualquier otro momento y reacciones del niño a su regreso. Cómo reaccionó el niño ante el nacimiento de hermanos o cómo reaccionaron éstos ante su nacimiento y la relación entre ellos. Por supuesto, tomaban en consideración las normas de conducta, los límites impuestos en casa o en la escuela, relaciones interpersonales; separaciones prolongadas y motivos de éstas, divorcios, y defunciones.

Otro aspecto importante que trataban era el desarrollo psicosexual del niño. Este desde el punto de vista psicoanalítico, "es el desarrollo de la movilización libidinal que determina la modalidad de gratificación erótica buscada: oral, anal, fálica, latencia y genital".(47) Es necesario determinar cómo el niño ha expresado su sexualidad a lo largo de los primeros años de vida, cuáles han sido los tropiezos con los que se ha encontrado, así como las actitudes y reacciones del medio que lo rodea ante estas manifestaciones. No hay que olvidar que a lo largo del desarrollo psicosexual se gestan los síntomas de psicopatologías posteriores.

¿Por qué es importante todo esto, cuál es la finalidad de tocar cada uno de los puntos expuestos anteriormente?. El objetivo de esto es conocer un poco más del mundo del pequeño por el que se consulta, cómo era antes de que él llegará, cómo es ahora que está inmerso en él, cómo lo viven cada uno de los miembros que lo integran, en qué momento se presentó el conflicto, qué tipo de fijaciones, desplazamientos y desafíos presenta el niño, de qué manera la familia ha manejado esta situación y qué ha pasado para que sea llevado con un terapeuta.

2.6 CONTRATO TERAPEUTICO

El contrato terapéutico consiste en definir los honorarios del analista, tiempo y frecuencia de las sesiones, duración del tratamiento y el espacio.

Signmund Freud trabajaba con sus pacientes seis veces a la semana o tres veces a la semana si se trataba de casos muy benignos, pues pensaba que "...un trabajo menos frecuente corre el riesgo de no estar acompasado con el vivenciar real del paciente, y que así la cura pierda contacto con el presente y sea esforzada por caminos laterales..."(48)

Anna Freud trabajaba con los niños cinco veces por semana, sin embargo, consideraba que esto representaba sólo un contacto relativamente limitado con él. Opinaba que se necesitaba más tiempo para reunir material clínico, mantener la continuidad del trabajo interpretativo, hacer frente a las ansiedades que la situación analítica provoca y con el fin de no cargar con demasiado peso el ambiente del niño. (49)

Melanie Klein trabaja con sus pacientes más de dos veces por semana y asignaban una hora específica a cada uno, con el fin de evitar las ausencias constantes, impedir que los pacientes tomen ventaja del analista al permitirles que se quedan más tiempo (solo que ella haya llegado tarde les da un poco más de tiempo.) y prevenir dificultades a los demás pacientes ante cualquier cambio de horario. Desde un principio les advertía a los padres que esa hora la tenían que pagar asistiera el niño o no, ésto servía para dar seguridad al paciente que esa hora y ese espacio le pertenecían. También garantizaba al analista la continuidad del trabajo que estaba realizando, así como su ingreso.(50)

Se ha observado que Signmund Freud, Anna Freud y Melanie Klein trabajaban cinco veces a la semana en promedio con el fin de mantener continuidad en el tratamiento. A diferencia de Dolto, Mannoni y Winnicott, quienes determinaban la frecuencia de acuerdo a cada caso. Podían ser una vez por semana, a la quincena o al mes. Sin embargo, las sesiones de trabajo que Winnicott realizaba generalmente eran de 5 veces a la semana.

Françoise Dolto fue la única que consideró una cuota para los niños además de la cuota que los padres tenían que pagar. El pago simbólico que el niño debía hacer por sesión servía para que él se asumiera como sujeto que esperaba ser escuchado. El pago podía ser cualquier objeto que el niño deseara o eligiera. Este adquiría valor sólo cuando se había dado una relación de transferencia y representaba para el

niño ser sujeto responsable de sí mismo, aunque supiera que estaba a cargo de sus padres o de alguna institución. El pago no estaba sujeto a la interpretación, aunque tuviera material analítico, ya que éste no servía al analista como un medio para culpabilizar al niño. Únicamente se interpretaba como resistencia, cuando el niño no cumplía. Los padres no debían de intervenir, pues era sólo un acuerdo entre el analista y el niño. El decidía si quería comunicarles este convenio. Muchas veces cuando el niño decide aceptar el análisis desconcierta a los padres, pues no están acostumbrados a ver a su hijo como un ser independiente y responsable.

Cuando Françoise Dolto consideraba necesario hablar con los padres, o si ellos deseaban hablar con el analista se le preguntaba al niño si quería ceder tiempo de su sesión para ello, de no ser así, se asignaba una sesión especial a los padres para hacerlo. Avisaba de antemano que se iba a hablar con los progenitores, que si hablan sobre ellos mismos no se le diría nada, pero que si hablan sobre él y él quería saberlo entonces se le diría.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Sobre la Iniciación del Tratamiento" (Nuevos Consejos sobre la Técnica del Psicoanálisis, I). (1913). Buenos Aires: Amorrortu. Vol. XII. pp. 121-144.
- 2.- Salles, Manuel. (1992) Manual de Psicoterapia y Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. México: Planeta. pp. 107.
- 3.- Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Sobre la Iniciación del Tratamiento" (Nuevos Consejos sobre la Técnica del Psicoanálisis, I). (1913). op. cit. pp. 128.
- 4.- Salles, Manuel. (1992) Manual de Psicoterapia y Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. op. cit. pp. 122-123.
- 5.- Freud, Anna. (1959) Psicoanálisis del Niño. Buenos Aires: Hormé . pp. 14.
- 6.- Mannoni, Maud. (1965) La Primera Entrevista con el Psicoanalista. Buenos Aires: Gedisa. pp. 114.
- 7.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica. México: Paidós. pp. 73.
- 8.- Freud, Anna. (1959) Psicoanálisis del Niño. op. cit. pp. 20-26.
- 9.- Iblid. pp. 22-23.
- 10.- Millot, Catherine. (1990) Freud Antipedagogo. Buenos Aires: Paidós. pp. 178.
- 11.- Mannoni, Maud. (1985) Un Saber que no se Sabe. Buenos Aires: Gedisa. pp. 69.
- 12.- Klein, Melanie. (1987) Obras Completas. "El Psicoanálisis de Niños". Buenos Aires: Paidós. Vol. II. pp. 31, 38.
- 13.- Klein, Melanie. (1975) Obras Completas. "Relato del Psicoanálisis de un Niño." Buenos Aires: Paidós. pp. 46, 196.
- 14.- Isaacs, Susanna. (1988) "The Kleinian Setting for Child Analysis". International Review of Psychoanalysis. (15). 13. London. pp. 6.
- 15.- Grosskurth, Phyllis. (1986) Melanie Klein su Mundo y su Obra. Buenos Aires: Paidós. pp. 116.
- 16.- Klein, Melanie. (1975) Obras Completas. op. cit. 173.
- 17.- Dolto, F. y Nasio, J.D. (1987) El Niño del Espejo. El Trabajo Psicoterapéutico. Barcelona: Gedisa. pp. 96.

- 18.- Ibid. pp. 97.
- 19.- Dolto, Françoise. (1984) La Imagen Inconsciente del Cuerpo. Buenos Aires: Paidós. pp.24.
- 20.- Ibid. pp. 24.
- 21.- Ibid. pp. 15.
- 22.- Ibid. pp. 16.
- 23.- Mannoni, Maud. (1985) Un Saber que no se Sabe. Buenos Aires: Gedisa. pp. 72.
- 24.- Mannoni, Maud. (1965) La Primera Entrevista con el Psicoanalista. op. cit.. pp. 122.
- 25.- Ibid. pp. 81-84.
- 26.- Mannoni, Maud. (1992) Lo que Falta en la Verdad para ser Dicha. Buenos Aires: Nueva Visión. pp. 18, 33, 37 y 38.
- 27.- Winnicott, Donald W. (1971) Clínica Psicoanalítica Infantil. Buenos Aires: Hormá. pp.11. .
- 28.- Mannoni, Maud. (1992) Lo que Falta en la Verdad para ser Dicha. op. cit. pp. 37.
- 29.- Winnicott, Donald W. (1971) Clínica Psicoanalítica Infantil. op. cit., pp. 73-74.
- 30.- Winnicott, D.W. (1965) El Proceso de Maduración. (Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional). Barcelona: Laia. pp. 142.
- 31.- Winnicott, D. W. (1977) Psicoanálisis de una Niña Pequeña (The Piggie). México: Gedisa. pp. 10.
- 32.- Ibid. pp. 22.
- 33.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica. op. cit. pp. 73.
- 34.- Klein, Melanie. (1975) Obras Completas. "Relato del Psicoanálisis de un Niño." op. cit. pp. 23, 24.
- 35.- Dolto, Françoise. (1985) Seminario de Psicoanálisis de Niños. México: Siglo XXI. Tomo II. pp. 3.
- 36.- Dolto, F. y Nasio, J.D. (1987) El Niño del Espejo. El Trabajo Psicoterapéutico. op. cit. pp. 91.
- 37.- Dolto, Françoise. (1985) Seminario de Psicoanálisis de Niños. op. cit. pp. 13-21.

- 38.- Ibid. pp. 93.
- 39.- Mannoni, Maud. (1965) La Primera Entrevista con el Psicoanalista. op. cit. pp. 41.
- 40.- Ibid. pp. 126.
- 41.- Ibid. pp. 140.
- 42.- Ibid. pp. 16-17.
- 43.- Mannoni, Maud. (1992) Lo que Falta en la Verdad para ser Dicha. op. cit. pp. 18.
- 44.- Mannoni, Maud. (1965) La Primera Entrevista con el Psicoanalista. op. cit. pp. 117.
- 45.- Mannoni, Maud. (1992) Lo que Falta en la Verdad para ser Dicha. op. cit. pp.
- 46.- Winnicott, D. W. (1977) Psicoanálisis de una Niña Pequeña (The Piggie). op. cit. pp. 14.
- 47.- Salles, Manuel. (1992) Manual de Psicoterapia y Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. op. cit. pp. 323.
- 48.- Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Sobre la Iniciación del Tratamiento". op. cit. pp. 128-129.
- 49.- Sandler, J., Kennedy, H., Tyson, R. (1983) Conversaciones con Anna Freud. La técnica del Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Gedisa. pp. 23.
- 50.- Klein, Melanie. (1975) Obras Completas. "Relato del Psicoanálisis de un Niño." op. cit. pp. 196.

TRANSFERENCIA

3.1 OBJETIVO

En este apartado se definirá en que consiste la transferencia, por qué es uno de los fenómenos básicos del análisis y cómo la clasifican los autores mencionados a lo largo de este trabajo.

3.2 CONCEPTO DE TRANSFERENCIA Y SU IMPORTANCIA PARA EL ANÁLISIS

Para Sigmund Freud (1) la máxima sorpresa que recibe el analista quizá es el vínculo de sentimientos que el enfermo entabla con él. "El primer médico que intentó un análisis -no fui yo- tropezó con este fenómeno... y quedó desconcertado frente a él. En efecto, ese vínculo afectivo posee -para enunciarlo con claridad- la naturaleza de un enamoramiento. Asombroso ¿no es verdad? sobre todo si se considera que el analista no hace nada para provocarlo, si no que, al contrario, tiende a mantenerse humanamente lejos del paciente, a rodear su persona de cierta reserva. Y más todavía si se entera de que ese raro vínculo amoroso prescinde de todos los otros alicientes reales, no hace caso de las variaciones de tipo personal, de la edad, del sexo y la condición social. Ese amor es directamente compulsivo. No quiero decir que este carácter deba ser de ordinario ajeno al enamoramiento espontáneo. Lo contrario sucede con mucha frecuencia, pero en la situación analítica se produce con total regularidad, sin que encuentre en ella una explicación acorde a la *ratio* se creía que la relación del paciente con el analista no tendría que resultar del primero más que cierto grado de respeto, confianza, agradecimiento y simpatía humana. Y en cambio, tenemos este enamoramiento, que hasta produce la impresión de un fenómeno patológico..."

Si consideramos que "Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, es decir, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfecerá, así como para las metas que habrá de fijarse. Esto da por resultado un clisé (o también varios) que se repite -es reimpreso- de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantiene del todo inmutable frente a impresiones

recientes". (2). No es de extrañarse que este "enamoramiento" encuentre en la terapia psicoanalítica un lugar propicio para manifestarse.

Si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, el paciente se verá precisado a volcarse con unas representaciones-expectativas libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, y es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconsciente, participen de tal acomodamiento.(3)

Es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal apantada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico. De acuerdo a esta premisa, la investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o se insertará al médico en una de las <<series>> psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento. A esto se le conoce como **transferencia**. (4)

Para Freud la transferencia en el llamado neurótico no era sino un extraordinario acrecentamiento de esta propiedad universal, en donde desarrollaba hacia su médico relaciones afectivas de naturaleza tanto tierna como hostil, vínculos que no se fundaban en la situación real si no que provenían de lazos con los progenitores de los pacientes (complejo de Edipo); dichas relaciones despertaban impulsos que solían revelarse por sí mismos, eran tomados como regresivos por naturaleza, primitivos en su tendencia, y claramente infantiles; específicamente, debían centrarse en torno al problema cardinal de la existencia humana: complejo edípico.(5)

El complejo de Edipo fue considerado el núcleo de todas las neurosis y el problema central que todo individuo había de afrontar y de resolver; y como las tendencias regresivas del hombre lo obligaban a volver sobre éste hasta haberlo resuelto. Freud pensó que estos núcleos del dilema humano tenían que aparecer inevitablemente y en su forma más pura en el transcurso del análisis. Esta formulación era considerada válida, tanto para los hombres como para las mujeres, pero en el caso de ellas el asunto sería un poco más complicado ya que el Edipo en las niñas era entendido en términos más complejos(6). Y así en la transferencia, el paciente revivía con el terapeuta su neurosis edípica infantil, los traumas internos originales (impulsos) y las realidades externas (la amenaza de castración) que exigía la represión de los impulsos instintivos. Esto proporcionaba al paciente y al analista una visión del pasado de aquel, y por consiguiente las fuerzas causantes de su neurosis. (7)

La transferencia podía presentarse como un tormentoso reclamo de amor o en forma más atenuada; en lugar del deseo de ser amada, emerger en la muchacha joven el deseo de que el hombre anciano la aceptara como hija predilecta, y la aspiración libidinosa intentaba mitigarse en la propuesta de una amistad indisoluble, de lo ideal y no sensual. (8)

Si se presentaba como un reclamo de amor el paciente no se conformaba con obedecer; se volvía exigente, pedía satisfacciones tiernas y sensuales; reclamaba exclusividad, desarrollaba celos y mostraba de manera cada vez más nítida su otra cara, la prontitud para la hostilidad y la venganza cuando no podía alcanzar sus propósitos. Al mismo tiempo, como todo enamoramiento, esforzaba hacia atrás los demás contenidos anímicos, extinguía el interés por la cura y por el restablecimiento. En suma, no se podía dudar que había reemplazado la neurosis y el trabajo había tenido por resultado suplantarse una forma de enfermedad por otra. (9)

En la medida en que se mostraban los aspectos sensuales y los hostiles del enamoramiento, se despertaba la resistencia del paciente frente a ellos. Los combatía y procuraba reprimirlos frente al médico. El paciente *repetía* en su enamoramiento con el analista, vivencias anímicas por las que ya había pasado y *transferido* sobre el psicoanalista, las cuales estaban prontas en él y se hallaban íntimamente enlazadas con la génesis de su neurosis. Repetía las acciones defensivas de entonces; lo que repetía con su analista eran los destinos de aquellos periodos de su vida. Se mostraba el núcleo de su historia vital íntima *lo reproducía de manera palpable, como algo presente, en vez de recordarlo*. Con ello quedaba resuelto el enigma del amor de transferencia, y el análisis podía proseguir, justamente con la ayuda de la nueva situación que parecía tan amenazadora para él. (10).

El camino del analista era diverso, para lo cual la vida real no ofrecía modelos. Uno debía guardarse de desviar la transferencia amorosa, de aumentarla o de hacer sentir mal al paciente por ella. De igual manera, el terapeuta debía abstenerse de corresponderle. El analista retenía la transferencia de amor, pero la trataba como algo no real, como una situación por la que se atravesaba en la cura, que debía ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudaba a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma para así gobernarla. (11)

La transferencia misma, como ya se mencionó, es sólo una pieza de repetición de vivencias olvidadas y reprimidas de la primera infancia que se reproducen en el curso del trabajo analítico a través de sueños y reacciones, no sólo sobre el médico, también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente. Por eso, Freud propuso que debemos estar preparados para que el analizado se entregue a la

compulsión de repetir, que sustituye ahora al impulso de recordar, no sólo en la relación personal con el médico si no en todas las otras actividades y vínculos simultáneos de su vida. Por ejemplo, si durante la cura elige un objeto de amor, toma a su cargo una tarea; inicia una empresa, etc. (12)

El principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia. La transferencia es la palestra donde se tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se ordena que escenifique para el analista toda pulsión patológica que permanezca escondida en la vida anímica del analizado, con tal que el paciente muestre al menos la solicitud de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, se consigue, casi siempre, dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico. El médico se ha empeñado por restringir en todo lo posible el campo de esta neurosis de transferencia por esforzar el máximo recuerdo y admitir la mínima repetición. La transferencia crea así un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud de la cual se cumple el tránsito de aquella a esta. (13)

La solución de la transferencia es una de las principales tareas de la cura, se dificulta por la actitud íntima del médico, de suerte que la ganancia que pudiera obtener al comienzo es más que compensada en definitiva. El médico no debe ser transparente para el analizado sino, como la luna de un espejo, mostrar solo lo que le es mostrable. (14)

El médico no puede ahorrar al analizado esta fase de la cura; tiene que dejarle revivir cierto fragmento de su vida olvidado, cuidando que al par que lo hace conserve cierto grado de reflexión en virtud del cual esa realidad aparente puede individualizarse cada vez como reflejo de un pasado olvidado. Con esto se habrá ganado el convencimiento del paciente y el éxito terapéutico que depende de aquel. (15)

Si algo del contenido del material es apropiado para ser transferido sobre la persona del médico, esta transferencia se produce, da por resultado la ocurrencia inmediata y se anuncia mediante los indicios de una resistencia, por ejemplo, mediante una detención de las ocurrencias. De esta experiencia se infiere que la idea transferencial ha irrumpido hasta la conciencia a pesar de todas las otras posibilidades de ocurrencia porque presta acatamiento también a la resistencia. Un proceso así se repite innumerables veces en la trayectoria de un análisis. Siempre que uno se aproxima a un complejo patológico, primero se adelanta a la conciencia

la parte del complejo susceptible de ser transferida y es defendida con la máxima tenacidad.(16)

Mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente afluyen sin detención, no hay que tocar el tema de la transferencia. Es preciso aguardar para este, el más espinoso de todos los procedimientos, hasta que la transferencia haya devenido resistencia.(17)

Uno no puede comprender el empleo de la transferencia como resistencia mientras piense en una <<transferencia>> a secas. Es preciso decidirse a separar una transferencia <<positiva>> de una <<negativa>>, la transferencia de sentimientos tiernos de la de sentimientos hostiles y tratar por separado ambas variedades de transferencia sobre el médico (18). Cuando la transferencia es negativa, el paciente ni siquiera prestará oídos al analista o a sus argumentos. La creencia repite entonces su propia historia genética; es un retoño del amor y al comienzo no necesitó de argumentos. Sólo más tarde admitió examinarlos siempre que le fueran presentados por una persona amada. Si en cambio la transferencia es positiva el paciente reviste al médico de autoridad y presta creencia a sus comunicaciones y concepciones.(19)

Como en el caso del pequeño Hans, (mencionado en el primer capítulo) quien fué llevado con Sigmund Freud. El motivo de consulta fue "fobia a los caballos. El niño decía que le molestaba lo que los animales llevaban frente a los ojos y lo negro alrededor de la boca, Freud estableció una relación entre lo que llevaban los caballos frente a los ojos y los anteojos del padre de Juanito y lo negro de la boca con su bigote. De esta manera Sigmund Freud interpretó que en realidad, Juanito temía a su padre; pensaba que le haría daño por amar y desear a su propia madre.(20)

Juanito entabló una transferencia positiva con Freud y creyó en todo lo que él decía, incluso pensó que hablaba con Dios, pues lo sabía todo. A partir de ese momento Juanito empezó a mejorar.

La transferencia sobre el médico sólo resulta apropiada como resistencia dentro de la cura cuando es una transferencia negativa, o una positiva de mociones eróticas reprimidas. Cuando se <<cancela>> la transferencia haciéndola consciente, sólo se desprenden de la persona del médico esos dos componentes del acto de sentimiento. (21)

Si la cura empieza bajo el patronazgo de una transferencia suave, positiva, y no expresa, esto permite, como en el caso de la hipnosis, una profundización en el recuerdo, en cuyo transcurso hasta callan los síntomas patológicos; pero si en el

ulterior trayecto esa transferencia se vuelve hostil o hiperintensa, y por eso necesita de represión el recordar deja sitio en seguida al actuar. (22)

Desde el inicio del proceso psicoanalítico, la transferencia aparece como el arma más poderosa de la resistencia, y se tiene derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella, es un efecto y una expresión de ésta. El mecanismo de la transferencia, se averigua, sin duda, reconvirtiéndolo al apronte de la libido que ha permanecido en posesión de imágenes infantiles; pero el esclarecimiento de su papel en la cura, sólo si uno penetra en sus vínculos con la resistencia. (23)

La transferencia surge en el paciente desde el comienzo del tratamiento y durante un tiempo constituye el más poderoso resorte impulsor del trabajo. Nada se registra de ella y tampoco hace falta tomarla en cuenta, mientras opera en favor del análisis emprendido en común. Pero si después se muda en resistencia, es preciso prestarle atención y reconocer que modifica su relación con la cura bajo dos condiciones diferentes y contrapuestas: en primer lugar, cuando en calidad de inclinación tierna se ha hecho tan fuerte, ha dejado ver tan claramente los signos de su procedencia de la necesidad sexual, que no puede menos que suscitar una resistencia interior contra ella; y en segundo lugar, cuando consiste en mociones hostiles en vez de emociones tiernas. Por regla general los sentimientos hostiles salen a la luz más tarde que los tiernos, y detrás de ellos; en su simultánea presencia resultan un buen reflejo de la ambivalencia de sentimientos que rigen en la mayoría de nuestros vínculos íntimos con otros seres humanos. (24) Esto explica la aptitud de los neuróticos para poner la transferencia al servicio de la resistencia. Donde la capacidad de transferir se ha vuelto en lo esencial negativa, como es el caso de los paranoicos, cesa también la posibilidad de influir y de curar. (25)

Se supera la transferencia cuando se demuestra al enfermo que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió, con anterioridad. De tal manera, se fuerza a mudar su repetición en recuerdo. Y entonces la transferencia que, tierna u hostil, en cualquier caso parecía significar la más poderosa amenaza para la cura, se convierte en el mejor instrumento de ella, con cuya ayuda pueden desplegarse los más cerrados abanicos de la vida anímica. (26)

En resumen, Freud define la transferencia como: la reedición y recreación de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo género es la sustitución de una persona anterior a la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como un vínculo actual con la persona del médico... (27)

3.3 CONCEPTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA TRANSFERENCIA DE ACUERDO A CADA AUTOR

Anna Freud decía que la transferencia era todos aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista, que no dependían de la situación analítica actual, sino que remontaban su origen a tempranas vinculaciones con el objeto, reavivadas durante el análisis bajo la influencia del impulso repetitivo. Es por esto que los impulsos eran recurrencias y no creaciones nuevas, puesto que adquiría la transferencia un valor incomparable en la investigación de las pasadas experiencias afectivas del paciente. El fenómeno de la transferencia se descomponía en dos tipos ambos originados en el pasado: en un elemento libidinal o agresivo perteneciente al ello, y en un mecanismo de defensa atribuible al yo.

De igual manera esta autora sostenía que la transferencia se producía desde el comienzo del tratamiento. Cuando se había establecido la situación analítica el analista ocupaba el lugar de objetos originarios, y el paciente luchaba de nuevo con sentimientos y conflictos que ahora revivía y con las mismas defensas empleadas en la situación original. El analista no solo representaba a personas reales tanto del pasado como del presente, sino también a los objetos internalizados que desde la primera infancia habían insidido en la formación del superyó.(28)

Anna Freud consideraba que el niño no desarrollaba una neurosis de transferencia. A pesar de todos sus impulsos hostiles y cariñosos contra el analista, seguía desplegando sus reacciones anormales donde ya lo había venido haciendo: en el ambiente familiar. De ahí la condición técnica fundamental, de que el análisis infantil; en lugar de limitarse al esclarecimiento analítico de lo producido en las asociaciones y los actos bajo los ojos del analista, dirigía su atención hacia el punto en que se desarrollaban las reacciones neuróticas: hacia el hogar del niño. (29)

En el transcurso del tratamiento psicoanalítico, Anna Freud comentaba que el neurótico transformaba paulatinamente los síntomas que lo llevaban a análisis; que abandonaba los viejos objetos a los cuales se aferraban hasta entonces sus fantasías y volvía a concentrar su neurosis en la persona del analista. A esto designó **neurosis de transferencia**. En el análisis con niños, éstos mantenían los más vivos lazos con el analista y también expresaban muchas de las reacciones adquiridas en la relación con sus propios padres; es cierto que a través de los cambios de intensidad y expresión de sus sentimientos, nos suministraba las claves más importantes de su carácter, pero no obstante, todo ello no llegaba a formar una neurosis de transferencia. El adulto neurótico sustituía sus síntomas antiguos por síntomas transferenciales, convertía su antigua neurosis en neurosis de transferencia. En el

niño esto no sucedía, porque el pequeño no estaba dispuesto, como lo estaba el adulto, a reeditar sus vinculaciones amorosas, porque por así decirlo, aún no habían agotado la vieja edición. Sus primitivos objetos amorosos, sus padres, todavía existían en la realidad y no sólo en la fantasía, como en el neurótico adulto; el niño mantenía con ellos todas las relaciones de la vida cotidiana y experimentaba todas las vivencias reales de la satisfacción y el desengaño. El analista representaba un nuevo personaje en esta situación, y con toda probabilidad compartiría con los padres el amor o el odio del niño. (30)

A continuación expondremos un caso de Anna Freud en donde la ansiedad por la madre es transferida (compartida) hacia la analista: Durante las primeras "ocho semanas de tratamiento de una niña de nueve años que comenzó el análisis con la ansiedad de que su madre la perdería porque olvidaría pasar a recogerla después de la sesión, aun cuando la madre siempre se presentaba a buscarla. La ansiedad de la niña fue interpretada como indicio de un sentimiento de que la madre no se ocupaba gran cosa de ella. Después de unas semanas la niña dijo satisfecha que había encontrado una manera de eliminar aquella preocupación y que era venir por su cuenta a la clínica. Así se evitaba la ansiedad de esperar y el temor de que la madre se olvidara de recogerla. Poco después de esa sesión, llegaba a la clínica demasiado temprano. Aparecía pálida y temerosa, muy preocupada de que su terapeuta se hubiera olvidado completamente de ella. Había superado el problema en relación con la madre, pero la ansiedad se manifestó en la transferencia unos días después concentrada en la figura de su terapeuta". (31)

A diferencia de la neurosis de transferencia Anna Freud señaló que la transferencia planteaba una amenaza al análisis cuando el desarrollo emocional del niño se había detenido en el nivel de la satisfacción de necesidades (es decir, el nivel de las relaciones anaclíticas), debido a la total falta de un maternaje adecuado a partir del nacimiento; a separaciones abruptas; a la pérdida repentina de la madre debido a su fallecimiento; etc. El problema no residía en que la relación objetal analítica no se prestaba a su transferencia en la persona del analista. Pero dichas relaciones poseían un carácter superficial, egocéntrico y unilateral. El paciente se mostraba exigente, insaciable e intolerante con respecto a la subsiguiente frustración de los deseos que transfería. No era capaz de soportar la sensación de desagrado o la ansiedad que provocaban en él las interpretaciones, ni de realizar esfuerzo alguno por responder a estas últimas o elaborarlas. Y considerar que el tratamiento de esos casos tenía un fin abrupto y desde todo punto de vista desventajoso constituía una tarea de orden técnico sumamente dificultosa y que, por implicación, a menudo resultaba tan infructuosa como su contraparte. (32)

Esta analista establecía en el niño una sólida fijación y una verdadera dependencia, con ayuda de la transferencia positiva que era la condición previa de todo el trabajo ulterior. Al respecto el niño iba aún más lejos que el adulto, pues el niño sólo creía en las personas amadas y sólo era capaz de hacer algo por amor a alguien. En el análisis del niño, exigía esta vinculación muchísimo más que el del adulto, pues además de la finalidad analítica, perseguía también cierto objetivo pedagógico. Afirmaba que la finalidad del análisis con niños podía ser cumplida por el simple establecimiento de una transferencia, sea ésta de índole cariñosa u hostil. En relación con el adulto, se podía llegar muy lejos con una transferencia negativa, siempre que se utilice para fin, interpretándola consecuentemente y reduciéndola a sus orígenes. En el niño, por el contrario, estos impulsos negativos contra el analista son sumamente incómodos, por más esclarecedores que resultaban en múltiples sentidos. Se trataba pues de eliminarlos, y atenuarlos cuanto antes. En efecto toda labor verdaderamente fructífera debía realizarse siempre mediante la vinculación positiva con el analista. (33)

Freud coincidía con Anna en que no era aconsejable crear una transferencia negativa que obligaba al analista a comportarse poco amistosamente con el paciente, esto tenía un efecto perjudicial en la actitud de afecto -en la transferencia positiva- que constituía el aliciente más poderoso para que el paciente participe en la tarea común del analista. Argumentaba en favor de una alianza terapéutica, mientras que Melanie Klein insistía en que ello pasaba por alto la agresión y la ansiedad profunda. (34)

Algunos niños transfieren hacia el analista sus sentimientos positivos por la madre o el padre, hasta el punto de generar penosos conflictos de lealtades, a la vez que despertaban los celos justificados de los progenitores (actitudes ambas que amenazan la continuidad del tratamiento). Cuando los padres no desempeñaban su rol de manera satisfactoria en el hogar, dicho exceso de transferencia, convertía al analista en un objeto demasiado real para el pequeño paciente, lo cual resultaba contraproducente para el uso técnico apropiado de las manifestaciones de transferencia y, una vez más, planteaba serios riesgos para el tratamiento. Así mismo, era bien sabido que de todas las modalidades de la transferencia resultaban igualmente beneficiosas para el proceso analítico. En efecto, cada fase del desarrollo proporcionaba a la relación de transferencia las cualidades específicas características de aquella. En consecuencia, por ejemplo, la transferencia de los elementos orales explicaba la dependencia del paciente con respecto al analista y la confianza que depositaba en este último, pero provocaba, asimismo, exigencias desmedidas que ocasionalmente trascendían los límites factibles de ser manejados en el contexto de la interpretación. La transferencia de tendencias sádico-anales explicaba la batalla desencadenada entre el niño y analista y determinaba la

consiguiente necesidad de emprender una delicada tarea, a los efectos de liberar (a la par de contener) la agresividad del pequeño en el curso del tratamiento, con el fin de impedir que el proceso analítico naufrague por completo. Los únicos tipos de transferencia que resultaban a partir de la fase fálica, ya que, amén de proporcionar una comprensión valiosa (lo que también ocurre en los demás casos), generaban elementos favorables, como la disposición a cobrar, el deseo de agradar, la preedispoción de dar y recibir, la disminución de la ambivalencia en relación con la otra parte. etc... (35)

Anna Freud cambia su punto de vista en relación a la transferencia positiva como condición para el trabajo analítico; pues dejó de creer que todo periodo de transferencia negativa en el análisis de niños planteaba un peligro concreto para la continuidad del tratamiento, y que en esos momentos se desataba un verdadero conflicto entre los padres y los hijos, ya que éstos últimos se rehusaban a ser llevados al consultorio del psicoanalista o trataban de inducir a los primeros a poner punto final al tratamiento. Ahora los pequeños podían pre-elaborar dichas fases de manera similar a los adultos, y que las manifestaciones de transferencia negativa suministraban material tan valioso como en el análisis de los adultos. Por extraño que parezca, existían incluso informes sobre casos de niños en los que la transferencia negativa coloreó todo el cuadro clínico desde el principio al fin, sin que ello impidiera el logro de resultados exitosos.(36)

Sin embargo, los profesionales especializados en el campo del psicoanálisis para niños solían interpretar las reacciones provocadas por una transferencia negativa algo más rápidamente que las respectivas reacciones producidas por una transferencia positiva con el fin de evitar que alcancen una magnitud tal que dificulten la interpretación e impidan que el paciente elabore vínculo alguno con el psicoanalista. Pero, en términos generales, si se le manejaba correctamente no es la transferencia negativa el factor que ocasionaba la terminación abrupta de un tratamiento por otra parte potencialmente satisfactorio. (37)

Otra es la situación, cuando se hallaban implicadas tendencias hostiles que no se desplazaban de objetos previos al analista, sino que afloraban en el niño debido a la aplicación, durante la sesión de análisis, o ciertos métodos que ahora se encuentran entre los errores de técnica más comunes. Los pequeños reaccionaban de manera adversa siempre que las defensas del yo contra el contenido inconsciente indeseable se veían afectadas demasiado abruptamente, en vez de permitirseles aflorar a la conciencia psicológica de manera gradual y no precipitada, de resultas de todo ello, surgía en el niño una ansiedad que excedía los límites susceptibles de manejo. (38)

Por su parte Melanie Klein se dió cuenta a través del trabajo con niños que la transferencia tenía un sentido de re-escenificación del pasado. Y que ésta, no provenía de un remoto pasado, si no de su presente inmediato. El conjunto de su juego era una serie de representaciones de toda clase de sucesos y vínculos. Klein pensó que el juego era algo serio y no una simple diversión, era el modo en que el niño relataba sus peores miedos y angustias. Los vínculos escenificados eran expresiones de los esfuerzos del niño por dar cabida a la manera traumática en que experimentaba su vida cotidiana. La transferencia pasó a ser considerada como una re-escenificación de experiencias actuales.

Lo anterior lo ejemplificó con el caso Erna, una paciente de seis años, cuya educación para la limpieza marcó en ella una neurosis, "sentó a una muñequita sobre un ladrillo y la hizo defecar frente a una hilera de muñecas que la admiraban. Luego repitió el mismo tema, pero esta vez debiendo ser nosotras las que representáramos los papeles. Yo tenía que ser el bebé que se ensuciaba y ella la madre. Admiraba y mimaba al bebé por lo que había hecho. Luego se enojaba y bruscamente representaba el papel de una severa institutriz que maltrataba al niño. En esta escena me demostraba lo que ella había sentido en su primera infancia cuando comenzó el aprendizaje de "bebé" y creyó que había perdido el excesivo amor de que había gozado en sus primeros meses de vida." (39)

Esto último se puede resumir en la siguiente afirmación "...El paciente está destinado a dar trámite a sus conflictos y angustias re-experimentados hacia el analista con los mismos métodos que empleó en el pasado. Es decir, que se apartará del analista como intentó apartarse de sus objetos primordiales." (40)

Klein decía "he señalado muchas veces que la capacidad del niño para hacer su transferencia es espontánea, la cual se establecía de manera inmediata desde el comienzo mismo del análisis. Creo que esto es debido en parte al hecho de que la ansiedad sentida por el niño es comparativamente más aguda que la del adulto y por lo tanto es mayor su aprehensión uno de los mayores, sino el mayor, trabajo psíquico que el niño debe llevar a cabo, y que toma la mayor parte de su energía mental, es dominar su ansiedad. Por lo tanto, su inconsciente está primeramente interesado en aquellos objetos que alivian o excitan su ansiedad, y de acuerdo con esto producirá hacia ellos una transferencia positiva o negativa."(41)

Klein afirmaba que el analista sabía cómo utilizar tanto la transferencia positiva como la negativa. Todo el odio y todo el amor que el individuo había sentido desde sus primeros días, y que en parte habían sido reprimidos, se transferían al analista. Todas las figuras malas de la fantasía que habían existido en la mente del paciente y también las buenas pasaban a referirse a la persona del analista y así podían llevarse

a la conciencia. El paciente atendía a ellas y al comprender de qué modo surgían en el pasado todas esas figuras malas, perdían parte de su poder sobre la mente y era posible producir en ésta una disminución o una superación de las ansiedades fundamentales y más profundamente arraigadas. El éxito de un analista dependía tanto de la transferencia negativa como de la positiva. Al trabajar con la transferencia negativa despojaba a las ansiedades de una potencia que, según mostraba la experiencia, el paciente solo podía captar con la ayuda de la técnica del análisis.

Para ejemplificar lo anterior se describe un caso de Melanie Klein, "Puedo descubrir en la mente de un niño mientras él está en mi sala de juegos, que la poderosa ansiedad que manifiesta es producto de que en su fantasía, yo, la analista, soy un horrible bruja que va cortarlo en trozos. En mi interpretación resuelve esta ansiedad determinada, el niño comienza a jugar alegremente y yo puedo entonces convertirme para él en un hada buena. Ello significa que con mi interpretación he logrado resolver la transferencia negativa y ello da como resultado la aparición de la transferencia positiva"(42)

Para Melanie Klein en el caso de la transferencia negativa la interpretación se volvía imperiosa, pues por medio de ésta se reducía la transferencia negativa del paciente, se hacían retroceder los afectos negativos involucrados con los objetos o situaciones originales. En los niños pequeños la transferencia negativa se expresaba a menudo inmediatamente con franco miedo, mientras que en los más grandes, especialmente en el periodo de latencia, tomaba la forma de desconfianza, reserva o simple disgusto. En su lucha contra el miedo a los objetos más cercanos, el niño refería este temor a objetos más distantes y a ver en ellos un representante de su padre y madre malos.

Inmediatamente que el analista descubre signos de transferencia negativa debe asegurar la continuación del trabajo analítico y establecer la situación analítica, relacionándola a él mismo y retrotrayéndola al mismo tiempo a objetos y situaciones originarias por medio de interpretaciones y resolviendo así cierta cantidad de ansiedad. (43)

Francoise Dolto atribuyó a todos los hombres normales la capacidad de dirigir investiduras libidinosas de objeto sobre personas, es decir, en toda relación humana había transferencia; sólo que en la vida corriente la actitud recíproca de dos individuos dependía de numerosos factores; comprender con toda precisión lo que correspondía a la actitud subjetiva de cada uno de ellos, a las circunstancias exteriores y a las influencias intercurrentes de otros individuos que se mezclaban en su relación es cosa imposible. (44)

Para esta analista la "transferencia", era el despliegue por parte del analizante de una situación afectiva frente al médico, positiva, negativa o, lo que era más frecuente, mixta. La transferencia con niños se daba cuando la imaginación proyectaba sus fantasías sobre la realidad e impedía a ese niño ver la realidad tal como se presentaba. Consideraba que para que fuera posible este trabajo analítico era necesario que la realidad permaneciera ajena a esta díada analista-niño. (45)

Dolto propuso que en el análisis infantil no bastaba, como en el de adultos, analizar la transferencia sobre el analista, era preciso analizar la transferencia sobre las otras personas de quienes el niño hablaba. En el curso de este trabajo transfería las proyecciones, fantasías y la realidad que revivía desde su primera infancia ante los adultos que lo habían criado y ante quienes eran sus padres y sus educadores, hacia las personas que conocía y observaba actualmente en la vida cotidiana. (46)

También afirmó que la especificidad del analista, surgía poco a poco hasta el fin del tratamiento, permitía al niño revivir los más remotos periodos de su vida en su transferencia. "En psicoanálisis fuimos testigos de las reminiscencias de traumatismos como: el del nacimiento, o aquellos vividos en comunicación con la madre cuando ha sufrido profundas emociones durante el embarazo. Había también traumatismos de la llamada escena primitiva, es decir, la asistencia a relaciones sexuales en una época en que el niño no comprendía que se trataba de la satisfacción de deseos genitales e interpretaba ese cuerpo a cuerpo como actos de naturaleza sádica o asesina. Gracias a la posibilidad de revivir y reconocer esos primeros fenómenos de angustia, en la transferencia con el analista, el niño podía ser castrado; es decir, renunciaba a las satisfacciones de todo ese pasado mal vivido, de todas esas pulsiones arcaicas que permanecieron frustradas o supersatisfechas y que, gracias a la transferencia, eran decodificadas por las interpretaciones del analista, que esclarecía así lo que el niño esperaba de él y no recibía. Entonces el niño puede abandonar la persona del analista a su destino, dejándole asimismo todas sus ilusiones de volver a encontrar un objeto perdido o paraíso pretraumático o un camarada de seducción recíproca. (47).

A continuación expondremos un caso atendido por Dolto con el fin de ejemplificar las reminiscencias de traumatismos tempranos: Este es el caso de un "esquizofrénico que jamás había dormido bien"... "Un día me trajo a sesión el documento acerca del drama de su adopción. Se puso a hablar con dos voces: una aguda y una grave; una suplicante y otra agresiva: Pero si yo quiero quedármelo. - No, ¡cochina! ¡desgraciada! No lo tendrás. Sabes que éste será tu castigo durante toda tu vida"...

"Se trataba de un gran fóbico. Tenía miedo de todo lo que era puntiagudo, incluso de un lápiz, que miraba como algo que podía clavarse y matarlo. Dicha fobia se remontaba seguramente a su vida *in utero*, a la época en que su abuela materna había intentado provocar el aborto del feto de su propia hija -lo cual no supe sino después".

Este niño había sido concebido por amor entre una joven de dieciséis años y su profesor (casado) dispuesto a cumplir con su responsabilidad de padre.

"Puesto que la posibilidad de un aborto se había excluido, la madre de la joven decidió que ingresara en una clínica de adopción clandestina en Suiza. La futura madre adoptiva se encontraba también en una habitación de la clínica"... "La mujer que había venido a adoptar a este niño había oído los gritos de la discusión en la habitación contigua"... "El niño tenía sólo cuarenta y ocho horas cuando oyó lo que pasaba entre, su madre y su abuela. Y fué en una sesión de análisis conmigo donde salió este diálogo de pieza de teatro realista. Yo no entendí nada por supuesto. Solamente escuché y grabé de alguna manera, como si se tratara de un documento. Después de esto, se fue como de costumbre, o sea como un sonámbulo.

Algunos días más tarde, llamó por teléfono la madre adoptiva: "Señora Dolto, es absolutamente necesario que la vea, porque ha pasado algo extraordinario. Cuando mi hijo llegó de su sesión (mediodía), me pidió si podía acostarse y durmió hasta la mañana siguiente, a las ocho. -Desde que camina, ya ha pasado las noches paseando. Nunca ha dormido más de media hora sin despertarse, para volverse a dormir otro ratito".

Dolto pidió ver a la madre y como cosa extraordinaria hablo con ella sobre lo que había pasado dentro de la sesión. Preguntó a la madre si el niño le había contado lo que había ocurrido a lo que la madre respondió "Se ha vuelto calmado. En primer lugar durmió treintay seis horas seguidas. Y desde entonces (había pasado ya ocho días), se acuesta muy temprano, tiene un sueño muy tranquilo. Ya no se siente ansioso, no tiene miedo como antes; incluso hace algunos trabajos en la casa".

Dolto le dijo: "Pasó algo cuando era muy pequeño. Le repté las palabras que su hijo había proferido, a dos voces, en la sesión. Al oír aquello, se inclinó sobre la mesa gritando, ¡Es algo abominable!", Dolto quedó estupefacta por la reacción de la madre ante las palabras del hijo. Finalmente la madre dijo que su vida quedaría arruinada puesto que como ella no había podido tener hijos los que tenía habían sido adoptados. En aquel momento explicó a Françoise Dolto la circunstancias en las que había adoptado a ese bebé (su hijo mayor) y añadió que "lo que oí aquel día

nadie lo sabe, ni siquiera mi marido. ¿Cómo pudo haber oído esto mi hijo? Sólo el personal de la clínica estaba al corriente"...

"Este niño había grabado la disputa como una cinta magnetofónica. Cuando lo volvía a ver, en la siguiente sesión, se encontraba completamente bien, era ya capaz de hablar. Le pregunté: ¿Qué es lo que vas a hacer hoy? -Un dibujo- ¿Y cómo te sientes? -Oh, he dormido muy bien. Fue todo lo que pudo decirme. ¿Te acuerdas de lo que me dijiste la última vez? -No. ¿Quieres que te lo diga? -Oh no. Me da igual. De todas formas te lo voy a decir.

Y cuando le repetí aquellas palabras que había reproducido a dos voces, las escucho como si le hablara en la lengua de Shakespeare. No recordaba nada y me dijo -No entiendo ¿Qué es lo que quiere decir esto? Ya no quise añadir nada más, pues a los padres les correspondía el trabajo de revelarles que había sido adoptado".

Posteriormente Dolto se enteró de que este niño se había casado, tenido familia y estaba situado bien profesionalmente.

"Una vez que la cinta magnetofónica corrió, las palabras grabadas dejaron de tener sentido para él; al mismo tiempo sus síntomas desaparecieron; encontró su derecho al sueño, que es el retorno de las pulsiones de muerte, puestas al servicio del descanso del sujeto"...

Es así como "en la primera infancia de este niño hubo dos brujas disputándose a un niño-cosa sobre su cuna, cuando el niño no tenía más que dos días"...

"El lenguaje catártico tuvo por efecto liberarlo de las razones que tenía para ser fóbico respecto a las pulsiones de muerte, las cuales lo mantenían constantemente despierto para no ser pinchado o asesinado". (48)

El analista permitió al niño, a través de las asociaciones libres desbloquear las pulsiones rechazadas, expresarlas mediante las fantasías en la transferencia, y al reconocerlas, decodificarlas respecto a la época en que fueron rechazadas y a las relaciones traumáticas inter e intrapersonales . (49)

Para Maud Mannoni la transferencia es la relación analista-analizante; ésta permite que se de el proceso analítico ya que el analizante otorga al analista un saber que de antemano supone le pertenece, por lo que considera puede ayudarlo a entender sus conflictos, deseos, fantasías, etc.; deposita en él dudas, preguntas, resistencias que surgen a lo largo del tratamiento. Es una observación, en la que el sujeto se busca a sí mismo.(50)

Esta analista afirma que en el caso del análisis de niños, el analista se encuentra muy a menudo enfrentado a un presente que debe resolver en el hic et nunc de una situación transferencial que engloba a los padres. Incluso ocurre en el caso de niños muy pequeños, que la intervención sólo toca a los padres. (51)

En la relación transferencial, el sujeto se halla en busca de un maestro que lo inicie en la sabiduría y que hasta le abra el acceso a la dimensión de las relaciones humanas. Sin embargo, en uno u otro trayecto del analizante, este maestro moral, a semejanza del padre, aparece situado en discordancia y ello en relación con la distancia percibida entre lo real y la función simbólica que él asume. (52)

Donald W. Winnicott opinaba que la característica de la técnica psicoanalítica residía en el empleo de la transferencia y de la neurosis de transferencia. La transferencia no se redujo a una simple comunicación o relación, sino que forma parte de un fenómeno sumamente subjetivo al aparecer repetidamente durante el análisis. En gran medida el psicoanálisis consistió en disponer las condiciones que permitían el desarrollo de semejantes fenómenos, y en la interpretación de los mismos en el momento oportuno. La interpretación enlazó el fenómeno específico de transferencia con una parte o fragmento de la realidad psíquica del paciente, lo cual, en algunos casos, relacionó dicho fenómeno con un fragmento del pasado del paciente. (53)

El analista no rechazaba el valioso material analizable que surgía de la relación emocional de él o ella y su paciente. En la transferencia inconsciente aparecían muestras de la vida emocional o la realidad psíquica del paciente. El analista aprendió a detectar estos fenómenos inconscientes de la transferencia y a interpretar aquello que el analizante esté dispuesto a aceptar conscientemente durante una sesión determinada. El trabajo más fructífero es el que se lleva a cabo en términos de la transferencia. (54)

En nuestro trabajo analítico, con la ayuda de los conceptos en evolución, profundizamos más y más. Podemos ver y utilizar los fenómenos de transferencia relacionados con elementos, más y más profundos del desarrollo emocional de nuestros pacientes. En cierta medida, <<más y más profundos>> equivale a <<más y más tempranos>>, pero de manera limitada. Tenemos que tomar en cuenta el hecho de que en nuestros pacientes analíticos se ha producido una fusión de los elementos primerizos con otros posteriores." (55)

D.W. Winnicott apuntó que una de las características de la transferencia, era la forma en que se debía tener en cuenta la presencia del pasado del paciente mientras que en la neurosis de transferencia el pasado penetra en el consultorio, en esta tarea

es más acertado decir que el presente se remonta o retrocede al pasado y es el pasado. Así, el analista se enfrenta con el proceso primario del paciente en el marco en el que tuvo su validez originaria. (56)

Tal era el caso de Robert, un niño de nueve años que según la escuela había quedado estancado en la etapa de bebé. En una sesión Robert se sorprendió al verse con un vestido cuando tomaba un trapo de un balde. Momentos antes le había comentado al Dr. Winnicott que el nunca se había chupado el dedo pero que se chupaba un trapo sucio al que llamaba Tissie, el cual había sido quemado por su madre por no poder soportarlo, su Tissie estaba lleno de agujeros de tanto morderlo y chuparlo. El niño había dibujado su Tissie y recordó claramente que "a la edad de un año, según dijo, lo sacó de un balde mientras su madre limpiaba el piso, y de allí en más fue siempre "mi Tissie" ". Al verse Robert con el vestido había regresado a la situación original, en la cual probablemente no había tenido mucho más de un año.

"Cuando salimos a la puerta, el niño estaba evidentemente muy contento con el resultado de la consulta y dijo, como si casi no pudiera creerlo: "Hasta hablamos de Tissie". (57)

El Dr. Donald Winnicott dijo que en el análisis la neurosis de transferencia se deriva del id. Al analista se le darán pistas que le permitan interpretar no sólo la transferencia de sentimientos desde la madre hasta él, sino también los elementos instintivos inconscientes que hay debajo de ella, así como los conflictos que se suscitan y las defensas que se organizan. De esta manera el inconsciente empieza a tener un equivalente consciente y a convertirse en un proceso viviente en el que participan personas, así como a ser un fenómeno aceptable para el paciente. (58)

3.4 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TRANSFERENCIA ENTRE LOS AUTORES

Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto y Donald Winnicott concordaban en que la transferencia era el despertar de impulsos hostiles o afectivos del paciente hacia el analista y que dichos impulsos tenían que ver tanto con traumas internos en las vivencias más primitivas del paciente como en el proceso del complejo de Edipo. Y que eran estos traumas los causantes de la neurosis.

También coincidían en que los impulsos vivenciados era reproducidos como algo del presente en vez de recordar el evento traumático. Sin embargo Anna Freud, Melanie Klein y Maud Mannoni estaba de acuerdo en que en el análisis con niños no sólo se trabajaba con el pasado, sino también con el presente, y era éste el que se utilizaba con mayor frecuencia, ya que el niño aún seguía en contacto con sus objetos primarios. En cambio Winnicott tomaba más en cuenta la regresión al desarrollo emocional más temprano.

Por otra parte Sigmund Freud afirmó que cuando los pacientes estaban en análisis la transferencia no sólo se daba sobre el médico, sino que también se presentaba en otras actividades y vínculos que rodeaban al analizante. Este punto fué retomado y de gran importancia para Anna Freud, quien decía que los analistas no debían limitarse al esclarecimiento analítico bajo sus propios ojos, sino que también debían dirigir su atención hacia las relaciones neuróticas del niño en su propio hogar. Y para Françoise Dolto que también analizaba la transferencia sobre las personas de quienes el niño hablaba, ya que decía que el niño también transfería en ellas las proyecciones, las fantasías y la realidad que revivía desde su primera infancia.

Todos los autores mencionados anteriormente a excepción de Maud Mannoni apoyaban la afirmación hecha por S. Freud de que la transferencia se debía separar en transferencia positiva, que se presentaba a través de sentimientos afectivos y transferencia negativa, a través de sentimientos hostiles.

Anna Freud a lo largo de su primera etapa de trabajo consideró que la transferencia negativa con los niños debería ser eliminada, que de lo contrario no sería posible crear un ambiente apropiado para el análisis, pero posteriormente cambió su postura y dijo que dicha transferencia era similar a la de los adultos y debía trabajarse de manera similar. Para Melanie Klein cuando se presentaba transferencia negativa era aún más imperiosa la interpretación con el fin de despojar al niño de su ansiedad. Por su parte Françoise Dolto más que hablar de transferencias positiva y negativa habló sobre una transferencia mixta.

En cuanto al momento de aparición de la transferencia tanto Anna Freud como Melanie Klein concordaban en que ésta se presentaba desde el primer momento de análisis, en cambio para F. Dolto la transferencia se daba cuando la imaginación del niño proyectaba sus fantasías sobre la realidad e impedía al niño ver la realidad tal como se presentaba.

Nosotras estamos de acuerdo con Melanie Klein, Anna Freud y Maud Mannoni en cuanto a que en el trabajo con niños es importante tomar en cuenta también la transferencia con su medio ambiente, lo cual logramos a través de lo que los niños nos relatan. También estamos de acuerdo en que la transferencia se presenta en el primer momento en que el niño tiene contacto con nosotras y en que la transferencia se remonta al pasado pero también el presente juega un papel importante ya que algunos niños siguen en la etapa edípica.

CONTRATRANSFERENCIA

El análisis de niños es una área compleja, pues tiene diferentes tipos de interacción entre el niño y el analista y es también difícil establecer una definición clara y precisa, por tanto, tomaremos la definición de Freud de contratransferencia como punto de partida. Esta se refiere a la transferencia del analista hacia el paciente que lo lleva a experiencias y reacciones que evita percibir al analizante en su propia individualidad; esto tiene como resultado no dar una respuesta adecuada al paciente en la situación analítica. (59)

Las diferencias importantes en la relación niño-analista también corresponde hacerlas en el caso del analista pues la situación analítica es totalmente diferente: El niño no se acuesta en el diván; no está sentado y quieto; es activo y actúa en relación al analista; puede incluso tener contacto físico con él. Se comunica verbal y simbólicamente a través del juego, el dibujo y modelado.

El niño tiene mejores posibilidades de penetrar en sus conflictos y experiencias aterradoras de la primera infancia. El pequeño está más cerca de los procesos inconscientes, existe menor distancia entre el mensaje latente y lo que el niño expresa abiertamente en fantasías, deseos e instintos. El analista de niños que haya aprendido a entender como se expresa el niño en juegos, símbolos o a través de su cuerpo, se encontrará con la parte evidente no analizada de la comunicación del niño, habrá menor distancia entre el material analítico y el analista. La situación analítica con niños crea mayores exigencias para el analista lo pone en contacto con sus propios sentimientos y éste tiene consecuencias directas en la contratransferencia, por ello éste tendrá que apoyarse en gran medida en su habilidad para aprehender el contenido inconsciente expresado en forma no verbal o simbólica.

Los sentimientos del analista son las mejores herramientas para comprender que pasa con el niño. Estos sentimientos son elementos integrados a la escucha del psicoterapeuta. Incluye la habilidad de percibir y comprender completa y totalmente la complejidad del mensaje expresado. También implica que el analista entienda lo que el material significa para el niño en cualquier momento y a cualquier nivel.

La tarea más importante del analista de niños es escuchar de la manera más precisa las señales emitidas por éstos y entender que lugar ocupa él en el campo emocional del niño de acuerdo a las necesidades de ambos. (60)

Freud ha dicho que el terapeuta debía reconocer y dominar la contratransferencia, no necesariamente suponía que el analista debiera mantenerse insensible y distante, "sino que debe utilizar su respuesta emocional como una llave del inconsciente del paciente." (61)

La mayor parte de las personas que se han dedicado al psicoanálisis y al intercambio de experiencias mostraban que cada psicoanalista sólo llegaba hasta donde se lo permitían sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso se exigía que iniciarán su actividad con un autoanálisis y lo profundizarán de manera ininterrumpida, a medida que realizarán sus experiencias con los enfermos. Freud puntualizó que mientras no se consiguiera nada con el autoanálisis podía considerarse que la persona carecía de la aptitud para analizar enfermos. Sin embargo no siempre mostró igual convencimiento acerca de la posibilidad de un autoanálisis adecuado para el analista en formación. Más adelante insistió en la necesidad de un análisis didáctico conducido por otra persona. (62)

Si el analista ha intentado sustraerse de las dificultades sofocando o descuidando la transferencia; no merecería el nombre de análisis, no importa cuanto se había hecho antes. Despachar al enfermo tan pronto aparecían las cosas desagradables de su neurosis de transferencia no sería juicioso y además, sería cobarde: más o menos como si uno hubiera convocado a los espíritus y luego saliera disparado al presentarse éstos. Era cierto que en la realidad no se podía muchas veces hacer otra cosa; había casos en que uno no podía dominar la transferencia desencadenada y tenía que interrumpir el análisis, pero al menos debe trabar combate, en la medida de sus fuerzas. Ceder a los reclamos de la transferencia, cumplir los deseos del paciente de una satisfacción tierna y sensual, no sólo era prohibido por legítimas consideraciones morales, si no que resultaba por completo insuficiente como medio técnico para el logro del propósito analítico. (63)

El psicoanalista tenía que aprender a discernir que el enamoramiento de la paciente le había sido impuesto por la situación analítica y no podía atribuirse, a las excelencias de su persona, y que por tanto, no hay razón para que se enorgulleciera de semejante <<conquista>>, como se la llamaría fuera del análisis. Siempre era bueno estar sobre aviso de ello. Para la paciente, en cambio, se planteó una alternativa: debía renunciar a todo tratamiento psicoanalítico o consentir su enamoramiento del médico como un destino inevitable. (64)

El neurótico no podía sanar si uno le possibilitaba sin corrección alguna un clisé inconsciente ya preparado en él. La única salida posible de la situación de la transferencia era la reconducción al pasado del enfermo, tal como él lo vivenció

efectivamente o lo plasmó mediante la actividad cumplidora de deseo de su fantasía. Y este exigía del analista mucha destreza, paciencia, calma y autosacrificio. (65)

Por último Freud decía que el análisis del propio analista era en efecto el reconocimiento de que él se encontraba *sometido a tensión al mantener una actitud profesional*. El análisis no tenía por objeto librarlo de la neurosis; su finalidad estriba en incrementar la estabilidad de carácter y la madurez de la personalidad del analista, dado que ésta sería la base de su trabajo profesional y de la habilidad para mantener una relación profesional. (66)

3.5 CONCEPTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA DE ACUERDO A CADA AUTOR

Para Donald W. Winnicott el significado de la palabra <<contratransferencia>> no podía ser otro que los rasgos neuróticos que estropeaban la actitud profesional y que desbarataban la marcha del proceso analítico tal como lo determinaba el paciente. (67)

En muchos casos el analista desplaza influencias ambientales que son patológicas, y entonces se puede ver claramente cuándo nos hemos convertido en los representantes modernos de la figura de los padres propia de la niñez y primera infancia del paciente, y cuándo, por el contrario nos hallamos desplazando tales figuras. (68)

En este sentido, la importancia del análisis del propio analista reside en que fortalece el propio ego de manera que pueda permanecer profesionalmente comprometido sin sufrir una tensión excesiva. De esta manera el analista se muestra objetivo y consecuente durante la sesión, sin pretender obrar como salvador, maestro, aliado o moralista. El comportamiento del analista representado por lo llamado <<el marco>>, es percibido gradualmente por el paciente, como algo que da pie a un esperanza de que el verdadero self pueda por fin correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida. (69)

Melanie Klein opinaba que la contratransferencia interfería con el análisis, si se experimentaba algún sentimiento respecto del paciente, debía realizarse inmediatamente un autoanálisis relámpago. (70)

En relación a la contratransferencia, Françoise Dolto mencionaba que el médico debía conocerse a sí mismo mediante su propio análisis llevado a buen término, y

así no utilizar como material de análisis más que las reacciones de su paciente no conformes con la realidad y no reaccionar con amor u odio. El analista era siempre positivo con relación a su persona; cualesquiera que hayan sido las expresiones positivas o negativas exteriorizadas en la sesión, el analista no hacía, por su lado, más que elucidar esas pulsiones, puesto que era su tarea. (71)

Esta analista comentaba que el terapeuta tenía que analizar el cansancio corporal, el amor y el odio en la contratransferencia, que nadie podía percibir por otro. Era necesario que cada uno lo experimente en sí mismo para comprenderlo, en una relación que mantenga con otro. (72)

Para Maud Mannoni la experiencia común que enlaza al paciente con su analista es la experiencia del inconsciente, que está condicionada por el análisis del analista. Es este análisis lo que permite al analista hallar las palabras que suenan exactas, aquellas -nos dice Lacan- en las que el sujeto reconoce la ley de su ser. (73)

Esta autora considera que dos analistas no reaccionan, con el mismo paciente de una manera idéntica en cuanto al material aportado por el analizante, por lo mismo que este material los habrá interpelado de manera diferente según su historia y el análisis de cada uno. (74)

Con todo lo expuesto anteriormente nos damos cuenta que todos los analistas están de acuerdo en que es necesario que cada analista se someta a su propio análisis con el fin de tener una actitud analítica real.

Creemos que es fundamental lo que plantea Maud Mannoni en cuanto a que dos analistas no reaccionan igual ante un paciente, ya que la historia y el análisis de cada analista es diferente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "¿Pueden los Legos Ejercer el Análisis?", (1926). Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 210.
- 2.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Sobre la Dinámica de la Transferencia". (1912), Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 97.
- 3.- Ibid. 98.
- 4.- Ibidem.
- 5.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Conferencia 27. (1916). Vol. XVI. Buenos Aires : Amorrortu. pp. 405.
- 6.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Recordar, Repetir, Reelabora". (1914). Vol. XII. Buenos Aires : Amorrortu. pp. 153.
- 7.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Sobre Psicoterapia". (1905-1904-). Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 243.
- 8.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Conferencia 27". (1916). Vol. XVI op. cit. pp.402.
- 9.- Freud, Sigmund. Obras Completas "¿Pueden los Legos Ejercer el Análisis?. Vol. XX., op.cit. pp. 211.
- 10.- Ibid. pp. 212.
- 11.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Puntualizaciones sobre el Amor de Transferencia". (1915 -1914-). Buenos Aires: Amorrortu. pp.169.
- 12.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Recordar, Repetir y Reelaborar" (1914). Vol. XII. op. cit. pp. 153.
- 13.- Ibid. pp. 156.
- 14.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico". (1912). Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 117.
- 15.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Más Allá del Principio del Placer". (1920). Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 19.
- 16.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Sobre la Dinámica de la Transferencia". (Nuevos Consejos al Médico sobre la Técnica del Psicoanálisis). (1913). Vol. XII. op. cit. pp.101.

17.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Iniciación del Tratamiento". (Nuevos Consejos sobre la Técnica del Psicoanálisis). (1913). Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 140.

18.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Sobre la Dinámica de la Transferencia". (1913). Vol. XII. op. cit. pp. 102.

19.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Conferencia 27". (1916). Vol. XVI. op. cit. pp. 405.

20.- Freud, Sigmund. (1988) Obras completas, "Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años". (El Pequeño Hans). (1909). Vol. X. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 36-37.

21.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Sobre la Dinámica de la Transferencia". (1913). Vol. XII. op. cit. pp. 103.

22.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Recordar, Repetir y Reelaborar". (1914). Vol. XII. op. cit. pp. 153.

23.- Ibid. pp. 102.

24.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Conferencia 27". (1916-1917). Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 402-403.

25.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Sobre la Dinámica de la Transferencia". (1913). Vol. XII. op. cit. pp. 104.

26.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Conferencia 27" (1916-1917), Vol. XVI. op. cit., pp. 403.

27.- Nova, Victor. (1987) Tesis de Maestría, Transferencia. Su Conceptualización y Desarrollo en la Obra de S., Freud y J., Lacan, UNAM., Facultad de Psicología, México D.F., 1987, pp. 45.

28.- Grosskurth, Phyllis. (1991) Melanie Klein su Mundo y su Obra. Buenos Aires: Paidós. pp. 356.

29.- Freud, Anna. (1981) Psicoanálisis del Niño, Buenos Aires: Hormé. S.A.E. pp. 58-60.

30.- Ibid. pp. 57.

31.- Sandler, Joseph, Kennedy, H. Tyson, R. (1983) Conversaciones con Anna Freud. La Técnica en Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Gedisa. pp. 132.

32.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica. México: Paidós. pp. 54,109,110.

33.- Freud, Anna, (1981) Psicoanálisis del Niño. Buenos Aires: Paidós. pp. 58-60.

- 34.- Grosskurth, Phyllis. (1991) Melanie Klein su Mundo y su Obra. Buenos Aires: Paidós. pp. 246.
- 35.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica. op. cit. pp. 109-110.
- 36.- Ibid. pp. 108.
- 37.- Ibid. pp. 108-109.
- 38.- Ibid. pp. 109.
- 39.- Klein, Melanie. (1975) Obras Completas. "El Psicoanálisis de Niños". Buenos Aires: Paidós. pp. 30.
- 40.- Hinshelwood, R.D. (1992) Diccionario del Pensamiento Kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 565-566.
- 41.- Klein, Melanie. (1975) Obras Completas, "El Psicoanálisis de Niños". op. cit. pp. 42.
- 42.- Grosskurth, Phyllis. (1991) Melanie Klein su Mundo y su Obra. op. cit. pp. 253.
- 43.- Klein, Melanie. (1975) Obras Completas. "El Psicoanálisis de Niños". op. cit. pp. 42-43.
- 44.- Dolto, Françoise. (1985) Pediatría y Psicoanálisis. Las Grandes Nociones del Psicoanálisis: 16 Observaciones de Infantes. México: Siglo XXI. pp. 22.
- 45.- Dolto, Françoise. (1986) La Dificultad de Vivir. Tomo II. Psicoanálisis y Sociedad. México: Gedisa. pp. 93.
- 46.- Ibid. pp. 93.
- 47.- Ibid. pp. 85-86.
- 48.- Dolto, Françoise. (1991) Seminario de Psicoanálisis de Niños 2. México: Siglo XXI. pp. 154-159.
- 49.- Dolto, Françoise. (1986) La Dificultad de Vivir, op. cit., pp. 92.
- 50.- Mannoni, Maud. (1981) El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis. México: Siglo XXI, pp. 21-22.
- 51.- Mannoni, Maud. (1984) El Síntoma y el Saber. Barcelona: Gedisa. pp. 15-16.
- 52.- Mannoni, Maud. (1989) De la Pasión del Ser a la Locura del Saber, Freud, Lacan y los Anglosajones. Buenos Aires: Paidós. pp. 11.

- 53.- Winnicott, D.W. (1981) El Proceso de Maduración. (Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional). Barcelona: Laila. pp. 192.
- 54.- Ibid. pp. 140.
- 55.- Ibid. pp. 132.
- 56.- Winnicott, D.W. (1981) Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Laila. pp. 402.
- 57.- Winnicott, D.W. (1971) Clinica Psicoanalítica Infantil. Buenos Aires: Lumen. pp. 103 y 108.
- 58.- Winnicott, D.W. (1981) El Proceso de Maduración, op. cit., pp. 194.
- 59.- Piene, Fiffi. Auestad, Anne Marie. Lange Jon & Leira, Torhild. (1983) Scandinavia- Psychoanalytic- Review. "Countertransference-Transference Seen from the Point of View of Child Psychoanalysis". Vol. 6 (1). pp. 43-57.
- 60.- Ibidem.
- 61.- Grosskurth, Phyllis. (1991) Melanie Klein su Mundo y su Obra, op. cit. pp. 397.
- 62.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas. "Perspectivas Futuras de la Terapia Psicoanalítica" (1910). op. cit. pp. 136.
- 63.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas. "¿Pueden los Legos Ejercer el Análisis?". op. cit. pp. 212.
- 64.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas. "Puntualizaciones sobre el Amor de Transferencia" (1915 [1914]). op. cit. pp. 164.
- 65.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas "¿Pueden los Legos Ejercer el Análisis?". op. cit., pp. 213.
- 66.- Freud, Sigmund. Citado por Winnicott, D.W. (1981) El Proceso de Maduración. op. cit. pp. 193.
- 67.- Winnicott, D. W. (1981) El Proceso de Maduración. op. cit. pp. 196.
- 68.- Ibid. pp. 197.
- 69.- Ibid. pp. 194 y 195.
- 70.- Grossknuth, Phyllis. (1991) Melanie Klein, Su Mundo y su Obra. op. cit., pp. 397.
- 71.- Dolto, Françoise. (1985) Pediatría y Psicoanálisis. Las Grandes Nociones del Psicoanálisis. op. cit. pp. 85-86,92.

72.- Ibidem.

73.- Mannoni, Maud. (1989) De la Pasión del Ser a la Locura del Saber, Freud, Lacan y los Anglosajones. op. cit. pp. 88.

74.- Ibidem.

RESISTENCIA

4.1 OBJETIVO

En esta sección hablaremos de que es la resistencia, los aspectos que la configuran, por qué se presenta durante el proceso analítico, cuál es su importancia, cómo se trabaja analíticamente con ella y las diferencias que se dan de acuerdo al punto de vista de cada uno de los autores aquí revisados.

4.2 CONCEPTO DE RESISTENCIA Y SU IMPORTANCIA PARA EL ANÁLISIS

En Estudios sobre Histeria (1) se encuentra una primera enumeración de fenómenos clínicos de resistencia, es decir, la oposición de algunos de los pacientes a la técnica hipnótica o a la sugestión y las diferentes formas en que infringían la regla fundamental del tratamiento (asociación libre). Así pues, la resistencia se describió como un obstáculo al esclarecimiento de los síntomas y al progreso de la cura. Constituye todo aquello que en actos o palabras del analizado se opone al acceso de éste a su inconsciente (2).

Freud al principio intentó vencer la resistencia por medio de la persuasión y la insistencia antes de reconocer en ella un medio de acceso a lo inconsciente. Su trabajo clínico lo llevo a puntualizar que los recuerdos olvidados no estaban perdidos; se encontraban en posesión del enfermo y prontos a aflorar en asociación, pero alguna fuerza les impedía hacerse conscientes y, los constreñía a permanecer inconscientes. La existencia de esta fuerza se registraba cuando al tratar de introducir en la conciencia lo olvidado, ésta se oponía y mantenía en pie el estado patológico del enfermo.

Esta idea de resistencia abrió paso al estudio y al análisis de lo reprimido, y a la neurosis; también en esto mismo principio Freud fundó su concepción de los procesos histéricos. Después de estos descubrimientos se hizo necesario cancelar la resistencia para restablecer al paciente. El esclarecimiento de estas fuerzas inconscientes llevó a Freud a concluir que son estas mismas las que -hoy como resistencias- produjeron ese olvido y condujeron fuera de la conciencia las vivencias patógenas en cuestión. (3)

Como hemos visto el trabajo analítico se realiza bajo una permanente resistencia por parte del enfermo. Pero qué hay además de esas fuerzas que impiden al inconsciente llegar a la conciencia. Por qué se encuentra uno con tal oposición cuando más cerca se está de encontrar partes significativas de la historia del paciente que han permanecido hasta el momento reprimidas. Sobre esto Freud nos dice " *la emergencia de lo inconsciente va unida a un displacer y a causa de éste el enfermo lo rechaza una y otra vez...*" Por tanto, el análisis actúa en contra de la regulación del displacer y crea un conflicto en la vida anímica del paciente. (4)

El trabajo analítico consiste en lograr mover al paciente hacia una mejor comprensión de aquello que antes había rechazado y combatir las resistencias.(5). Para esto último es necesario la comunicación de lo que el enfermo no sabe. Esta comunicación prescribe que no se debe de emprender antes de: que el enfermo haya sido preparado y el mismo esté cerca de lo que ha reprimido y en segundo lugar que el apego al médico haya llegado al punto en que el vínculo afectivo con él le imposibilite una nueva fuga. Sólo cumplidas estas dos condiciones se vuelve posible discernir y dominar la resistencia que lleva al no saber.(6)

Es importante mencionar que Freud distinguió cinco formas de resistencia que provienen de: el ello responsable de la necesidad de reelaboración; del superyó que parece brotar de la conciencia de culpa y la necesidad de castigo y por último tres formas diferentes que corresponden al yo. Estas son: la resistencia de represión; es decir, percepciones y representaciones que tienen nexos con el inconsciente, que se hallan reprimidos y es el yo quien los ha mantenido ahí. De ésta se separa la resistencia de transferencia que en el análisis crea fenómenos diversos y mucho más nítidos pues consigue establecer un vínculo con la situación analítica y con el analista, y así reanima como si fuera fresca una represión que meramente debía ser recordada. La tercera forma de resistencia yoica es de muy diversa naturaleza; parte de la ganancia de la enfermedad y se basa en la integración del síntoma en el yo. Corresponde a la renuncia de una satisfacción o a un aligeramiento. (7)

Consideramos necesario mencionar las funciones del yo y los mecanismos de defensa; pues de ellos se vale esta instancia psíquica para mantener contenidos inconscientes fuera de la conciencia. También permite conocer las situaciones en las que estos mecanismos se fueron constituyendo. Así el analista y el paciente podrán encontrar sentido a lo que se ha reprimido; podrán aprehender el saber que se encuentra en el inconsciente.

Por tanto, otra de las funciones de esta instancia psíquica, es mediar entre su ello y el mundo exterior, al servicio del principio del placer, evita al ello los peligros del mundo exterior. El yo traslada el escenario de la lucha de afuera hacia adentro antes

de que llegue a ser un peligro exterior. Durante esta lucha el yo se vale de diversos procedimientos para evitar el peligro, la angustia, y el displacer. Estos procedimientos reciben el nombre de *mecanismos de defensa* ..

4.3 MECANISMOS DE DEFENSA.

"Los mecanismos de defensa sirven al propósito de apartar peligros. Es incuestionable que lo consiguen; es dudoso que el yo, durante su desarrollo, pueda renunciar por completo a ellos, pero es también seguro que ellos mismos pueden convertirse en peligros. Muchas veces el resultado es que el yo ha pagado un precio demasiado alto por los servicios que ellos le prestan. El gasto dinámico que se requiere para solventarlos, así como las limitaciones del yo que conllevan casi regularmente, demuestran ser unos pesados lastres para la economía psíquica. Y, por otra parte, estos mecanismos no son resignados después que socorrieron al yo en los años difíciles de su desarrollo. Desde luego que cada persona no emplea todos los mecanismos de defensa posibles, sino sólo cierta selección de ellos, pero estos se fijan en el interior del yo, devienen unos modos regulares de reacción del carácter, que durante toda la vida se repiten tan pronto como retorna una situación parecida a la originaria ..." (8)

Estos mecanismos son los diferentes tipos de operaciones en las cuales puede especificarse la defensa. Los mecanismos preponderantes varían según el tipo de afección que se considere, según la etapa genética, según el grado de elaboración del conflicto defensivo, etc. (9) *A continuación se hará una breve explicación de cada uno de los estos mecanismos .*

- Aislamiento

Freud refiere la tendencia al aislamiento como un modo arcaico de defensa contra la pulsión, la prohibición de tocar, siendo el contacto corporal la meta inmediata de la catexis de objeto, tanto agresiva como amorosa. Bajo esta premisa el neurótico aísla una impresión o actividad por medio de una pausa, durante la cual ya nada tiene derecho a producirse ya nada se percibe, ninguna acción se realiza; sin embargo nos da entender simbólicamente, que no permitirá que los pensamientos relativos a ellas entren en contacto asociativo con otros pensamientos. Mecanismo típico de la neurosis obsesiva. (10)

- Proyección

Operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso objetos que no reconoce o rechaza en sí mismo. Defensa de origen arcaico que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamientos "normales", como la superstición (11)

- Introyección

Término introducido por Sandor Ferenczi y más tarde adoptado por Sigmund Freud. La introyección consiste en un proceso, en el cual el sujeto hace pasar en forma fantaseada, del <<afuera, adentro>> objetos y cualidades inherentes a estos objetos. La introyección se caracteriza por su incorporación y guarda íntima relación con la identificación.

- Anulación retroactiva.

Mecanismo de defensa mediante el cual el sujeto se esfuerza en hacer como si, pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido; para ello utiliza un pensamiento o un comportamiento dotados de una significación opuesta. Este proceso fue descrito por Freud y junto con el aislamiento constituyen una defensa característica de la neurosis obsesiva. (12)

- Vuelta contra sí mismo

Proceso mediante el cual la pulsión reemplaza un objeto independiente por la propia persona. Proceso en el que la pulsión se transforma en su contrario al pasar de la actividad a la pasividad. Estos dos procesos se encuentran íntimamente ligados entre sí, resulta imposible describirlos por separado (13).

- Formación Reactiva

Consiste en la actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste. La formación reactiva es una catexia de un elemento consciente, de fuerza igual pero opuesta a la catexia inconsciente.

El mecanismo de la formación reactiva no es específico de la estructura obsesiva. Se encuentra también de un modo especial en la histeria sólo que en ésta, las formaciones no se presentan como rasgos de carácter, sino que se limitan a

relaciones totalmente electivas ejemplo: mujer excesivamente cariñosa con sus hijos, a quienes en realidad odia, no es más amante que otras mujeres ni más cariñosa con otros niños.

- Sublimación

Freud recurre al concepto de sublimación con el fin de explicar, desde el punto de vista económico y dinámico, ciertos tipos de actividades sostenidas por un deseo que no apunta, en forma manifiesta, hacia un fin sexual, por ejemplo: creación artística, investigación intelectual, en general actividades a las cuales se les conoce de gran valor social.

La pulsión sexual pone a disposición del trabajo cultural, cantidades de fuerza extraordinariamente grandes, en virtud de la particularidad, singularmente marcada en dicha pulsión de poder desplazar su fin sin perder su esencia e intensidad. Esta capacidad de remplazar el fin sexual originario por otro no sexual, se denomina capacidad de sublimación. (14)

- Identificación Proyectiva

Término introducido por Melanie Klein para designar un mecanismo que se traduce por fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona, en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo. (15).

- Identificación con el agresor

Mecanismo de defensa aislado y descrito por Anna Freud (16): el sujeto, enfrentado a un peligro exterior, se identifica con su agresor, ya sea reasumiendo por su cuenta la agresión en la misma forma, ya sea imitando física o moralmente a la persona de la agresión o adoptando ciertos símbolos de poder que lo designan. Según Anna Freud, este mecanismo sería el preponderante en la constitución de la fase preliminar del superyó, permaneciendo entonces la agresión dirigida hacia el exterior y no volviéndose todavía contra el sujeto en forma de autocrítica.

Es importante señalar que si bien existe acuerdo en afirmar que los mecanismos de defensa son utilizados por el yo, se ha mantenido sin resolver el problema teórico de saber si su puesta en marcha presupone la existencia de un yo organizado.

Anna Freud, por ejemplo, nos hace pensar que comparte esta opinión cuando apunta en su obra "El yo y los mecanismos de defensa," que el yo es la instancia psíquica que hace frente al ello y a las exigencias instintivas; también decide si han

de tener acceso a la satisfacción, aplazando ésta, o bien suprimiendo totalmente las excitaciones instintivas. Todo esto sugiere un yo, no confundido con el ello y que ha alcanzado a diferenciar entre lo interno y lo externo. Así pues, para esta autora mecanismos como la represión y la sublimación serían defensas que sólo podrían ser utilizadas una vez alcanzado cierto grado de organización, es decir, cuando las instancia psíquicas -ello, yo y superyó- se hallan constituidas.

En la obra antes mencionada también encontramos que procesos tales como la regresión transformación en lo contrario y vuelta contra uno mismo probablemente sean independientes al grado de organización psíquica alcanzado, "tal vez, sean tan antiguos como los instintos, cuando menos, tan antiguos como el conflicto entre los impulsos y cualquier padecimiento en el camino a su satisfacción". (17)

Lo que hemos encontrado en "El yo y los mecanismos de defensa", se refiere a una clasificación cronológica de los procesos defensivos y como Anna Freud dijera "esta clasificación cronológica se contradice con nuestra experiencia de las primeras manifestaciones de la enfermedad neurótica... y comparte pues, todas las dudas e incertidumbres que en el análisis aún hoy día acompañan todo intento de precisión cronológica. De ahí que acaso sea preferible abandonar tal ensayo de clasificación de los mecanismos y estudiar mejor las propias particularidades de la situación de defensa". (18)

La posición de Anna Freud sobre la existencia de un yo organizado que haga uso de los procesos defensivos es ambigua, sin embargo coincidimos con ella en que la importancia del trabajo analítico tanto con niños como en adultos "consiste en descubrir en qué medida intervienen estos métodos en los procesos de resistencia del yo y en la formación de síntomas que se observan en los individuos". (19)

Una opinión diferente en relación a lo que hemos tratado aquí, es la de Melanie Klein. Para ella, no es necesario que el yo alcance un nivel de organización para hacer uso de sus funciones como instancia psíquica. Sostiene que desde los primeros meses de vida, el niño es capaz de fantasear, formar imágenes mnémicas y manejar objetos internos y externos. El uso de procesos como la introyección y la proyección no sólo es defensivo, sino también, constituye un paso necesario para relacionarse con el medio externo y así desarrollar tanto el aparato psíquico como la personalidad del niño. Estos mecanismos reciben el nombre de defensas primitivas (o psicóticas), se organizan para combatir angustias que derivan de la actividad del instinto de muerte; se les debe distinguir de las defensas neuróticas, en particular la represión, que combate la libido (...). Klein les otorgo un lugar especial a estos mecanismos por que a su juicio caracterizaban las fases más tempranas del

desarrollo, y ocupaban el período que se solía considerar la fase sin objetos del narcisismo primario. (20).

4.4 CONCEPTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA RESISTENCIA DE ACUERDO A CADA AUTOR

Pasemos ahora a las consideraciones que los autores: Anna Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto, Maud Mannoni y Donald W. Winnicott hacen en relación a la resistencia. Por supuesto cada uno de ellos parte del principio básico: la resistencia es todo aquello que en actos o palabras del paciente, ya sea adulto, adolescente o niño, le impide el a su inconsciente. Todo lo que obstaculiza el esclarecimiento de los síntomas y el progreso de la cura se describe como resistencia. Coinciden también en que el trabajo analítico de las resistencias consiste en despejarlas e interpretarlas y encontrar su relación con lo reprimido; para así dar paso al material inconsciente. Un ejemplo lo encontramos en el caso del pequeño Hans:

"La fantasía de las jirafas me había reforzado en un convencimiento ya iniciado en mi a raíz de la manifestación del pequeño Hans: << El caballo entrará en la pieza>> y me pareció el momento justo para comunicarle un elemento de sus mociones inconscientes, que era esencial postular; él sentía angustia ante el padre a causa de sus deseos celosos y hostiles contra éste. Con ello había interpretado parcialmente la angustia ante los caballos; el padre debía ser el caballo a quien, con buen fundamento interior, le tenía miedo. Ciertos detalles, lo negro de la boca y lo que llevaba ante los ojos (bigote y gafas como privilegios del varón adulto), por los cuales Hans exteriorizaba angustia, me parecieron directamente trasladados del padre al caballo.

Con este esclarecimiento yo había eliminado en Hans la más eficaz resistencia a hacerse conscientes los pensamientos inconscientes ; siendo que su padre era quien desempeñaba el papel de médico ante él. A partir de este momento quedó atrás lo peor de su estado, el material fluyó con abundancia y el niño pudo comunicar los detalles de su fobia y pronto de manera autónoma dio paso al curso del análisis" (21).

Este ejemplo se refiere al trabajo analítico con niños , y señala la importancia de interpretar las resistencias; pues de ello depende en gran medida el avance terapéutico. Ahora quisiéramos tomar como punto de partida para esta labor analítica las entrevistas iniciales con los padres. Precisamente porque este evento que parece del todo "ordinario" despierta en grados variables una situación deseada y temida a

la vez. Los motivos que conducen a la solicitud de ayuda despiertan temor y esperanza por la magnitud de los problemas y el deseo de su solución. Y desde este momento se presentan resistencias que hay que trabajar.

En la obra de Anna Freud "El psicoanálisis y la clínica" encontramos que los primeros obstáculos a vencer se dan en el trabajo con los padres. La decisión de si un niño debe o no ser analizado se basa en un sin número de razones y, la principal es que son los padres quienes toman la decisión de llevarlo. Están renuentes, por lo poco que saben sobre el análisis, o bien por lo que saben de él. Algunos temen que se exponga ante el analista la intimidad familiar o de sus vidas; temen también que al niño se le ilustre en materia sexual; o bien que un extraño tenga éxito con su hijo cuando ellos han fracasado.

Todo ello conforma las resistencias de los padres, las cuales hay que considerar, pues se oponen al inicio del tratamiento o al progreso del trabajo analítico. Anna Freud trata estas resistencias directamente con ellos; a fin de averiguar que mociones inconscientes se han movilizado.

Analistas como Françoise Dolto y Maud Mannoni, comparten el punto de vista de Anna Freud. Para ellas es tan importante el trabajo con los padres como con el niño. Para ambas las entrevistas iniciales tienen el objeto de aclarar de quien parte la demanda de análisis, y aspectos resistenciales que pudieran presentarse durante estas sesiones, asimismo trabajar mociones inconsciente que pudieran manifestarse en los progenitores así como impresiones y temores que tengan sobre el trabajo terapéutico. Dolto y Mannoni también comparten con Anna Freud la idea que es el yo del sujeto quien desea someterse al tratamiento y ayudar al médico. Es en este momento, cuando al intentar el psicoanálisis disociar la pareja de fuerzas antagónicas, el sujeto despliega inconscientemente una oposición, se organiza una defensa **-resistencia-**. (22) De igual modo estas tres autoras coinciden, en que este mecanismo, por perturbador que sea en el curso del tratamiento tiene, sin embargo, su utilidad: conserva el equilibrio de la personalidad (función que A. Freud atribuye al yo y a los mecanismos de defensa).

Volvamos a Anna Freud. Para esta analista las resistencias que pueden presentarse durante el trabajo con niños, se reducen considerablemente durante el período introductorio; en el cual se hace consciente al niño de su enfermedad y de la necesidad de analizarse. En lo que se refiere al trabajo de resistencias con niños el objetivo es descubrir la ansiedad y señalar las defensas del niño. Se le comunica en que consisten y por qué le impiden seguir adelante en el proceso terapéutico. Esto se hace gradualmente después de haber observado esquemas similares utilizados por él en situaciones similares. En cuanto el niño se da cuenta de la relación existente

entre la defensa y la ansiedad, el mecanismo de defensa comenzará a perder su valor protector, y paso a paso, podremos aproximarnos al material subyacente. Verbigracia:

Una chiquilla se mostraba ocasionalmente imperiosa y negativa durante la sesión. En el curso del tratamiento se observó que se comportaba de ese modo en los días en que su madre la regañaba al descubrir que le había roto algún objeto. El mecanismo usado por la niña, era "la identificación con el agresor", fue fácilmente presentado ante su atención, y, cuando se llevaron a cabo repeticiones de esa conducta, la niña llegó a entender la relación existente entre sus actos destructivos, sus temores y su imperiosidad. Luego en ocasiones posteriores en que se mostraba dominadora, la analista podía preguntarle: "¿Qué cosa de tu madre arruinaste hoy?"(23)

Retomemos a Françoise Dolto y Maud Mannoni; estas dos psicoanalistas tienen una concepción diferente sobre el fenómeno de la resistencia, para ellas, la resistencia funciona como agente provocador y aparece siempre en el momento preciso del proceso analítico donde lo que se trata de poner en palabras es otro amor o un drama reprimido. El sujeto sustituye entonces esta imposible y dolorosa puesta en palabras por una puesta en actos. (24)

Lo más interesante de la propuesta de estas dos analistas, es que la resistencia debe ser entendida primero por el lado del analista, pues, él se esfuerza por conservar el lugar que el paciente le ha asignado -lugar de supuesto saber-, además, se ve implicado con su propia historia edípica, en la situación que teje con el analizante. La presencia del analista señala de inmediato las motivaciones profundas de las relaciones jerárquicas, así como la función de un orden vigente, que son de naturaleza profunda y, que al ser tocados se levantan resistencias. estas se dan en ambos, pues el terapeuta - en su relación con el paciente- se esfuerza inconscientemente por sustraerse al riesgo de que surjan conflictos personales. (25)

La resistencia se entiende como: Un impedimento en la comunicación, un obstáculo para que la verdad sea dicha. Es una barrera donde la noción de realidad objetiva se opone a la dimensión de realización de la verdad del sujeto; en cuyo centro de gravedad se constituye la síntesis presente del pasado del individuo. Aquí el trabajo del analista es informar menos al paciente y provocar en él nuevas posibilidades de pensamiento. El paciente a través de sus errores, sus engaños, juegos, sueños y su discurso; accederá a una verdad reprimida y rechazada, que será integrada hasta que opere en análisis una verdad más allá de la simple vivencia del sujeto, hasta que el tiempo propio de la repetición permita la instauración de la dimensión simbólica. (26)

Con el fin de ilustrar a que se refieren Maud Mannoni y Françoise Dolto con la instauración de la dimensión simbólica y como el discurso, constituido por juego, sueños, errores dibujos, etc.; permiten que esto suceda; hemos elegido el caso de un niño de ocho años que fue atendido por Dolto. (27) Cabe mencionar que la referencia a este caso no es una cita textual, y que no todos los pasajes se relacionan con aspectos resistenciales; pero si ejemplifican como lo inconsciente y lo reprimido emergen y cobran un sentido diferente para el sujeto.

J.P. tenía casi ocho años cuando fue llevado a análisis, el niño presentaba tics (cerraba los ojos espasmódicamente), tenía temores nocturnos, y algunos robos con degeneración mentirosas que lindaban con la mitomanía. Los primeros robos aparecieron después del nacimiento del hermano. La familia decía que J.P. nunca estuvo celoso; sin embargo, los síntomas aparecieron meses después del nacimiento del pequeño.

Durante las primeras sesiones J.P. modela un auto. Mientras lo hacía, hablaba sobre su hermano y como éste jugaba con los autos. De pronto, J.P. hace chocar al coche. Dolto preguntó por qué hizo eso cuando hablaba del hermano. J.P. respondió que su hermano rompió un juguete mecánico que le pertenecía y que él había guardado con gran cuidado y además no pudo retarlo. Su respuesta a esta imposibilidad de sancionar al hermano fue "Es tan chiquito". Se le preguntó que hubiera sucedido si las cosas fueran al revés; si él hubiera roto un juguete del hermano mayor. J.P. respondió muy molesto que no era igual pues él era grande. Agregó que no había que enojarse con un chico, su madre se lo había dicho, su padre y su maestro también. En este momento J.P. estaba al límite de la emociones que afloraron. Dolto le dijo: "Sí, te fastidio, soy una señora fastidiosa". Hubo un silencio y J.P. Preguntó si se podía marchar, si ya había terminado. Dolto respondió que aún tenía diez minutos, pero que si realmente no podía soportar más a una señora así, podía retirarse.

Aquí se activa una resistencia. El niño se enfurece cuando se ve ante la posibilidad de expresar que en realidad hubiera deseado retar al hermano por haber maltratado su juguete. No pudo hacerlo en es momento, ni tampoco ahora; prefirió retirarse antes de permitir que surgiera su verdadero sentir hacia el hermano.

En otra sesión J.P. llegó contento, dijo a Dolto que no tenía más tics, que dormía bien y que sus notas habían mejorado, y preguntó si tenía que seguir yendo por mucho tiempo todavía. Después le dijo que tendría una hermana y que no haría falta que fuera pues el celoso sería su hermano. Explicó que el cuidaría de su hermana pues era el mayor, y no permitiría que el otro la tratara mal. J.P. sería el

padre y su hermano menor la madre. Agrega que él llevaría a su hermana a su cama si llorara, así pensaría que es el padre y no tendría más miedo. Habla también sobre lo que tiene uno que hacer cuando se desea tener un varón o una niña. Menciona que sus padre la habían dicho que tendría una hermana y que no fue así, que tuvo un hermano y que el lo veía feo y gritaba como un gato. Al hacer alusión a los gatos modela tres gatos -uno de ellos más pequeño-. Relata que tuvo una gata, la cual tuvo gatitos estando en su casa él dice que no hubiera tenido hijitos si no hubiera estado con el gato grande. A esto suma que un amigo le ha dicho que los papas hacen lo mismo que los gatos con las mamas.

Vemos que el terapeuta habla poco, pero posibilita al niño superar su resistencia, cuando dice que no quiere volver o que no es necesario que vaya y lo hace cuando las sesiones lo llevan a una revivencia de cuestiones que para él eran más angustiantes. También con la fábula de la hermana, que buscaba de excusa para hablar del nacimiento del hermano y el tema de las relaciones sexuales entre los padres presentada a través de los gatos. Así como nos dice Dolto al final de su caso J.P. pudo acceder a la resolución de este conflicto edípico y entrar a la fase de latencia, que cuando se vive sin conflicto permite entre los ocho y los trece años las adquisiciones sociales, escolares y el aprendizaje del pensamiento objetivo. En el proceso analítico se reviven situaciones emocionales del sujeto con su medio en el momento en que tuvieron lugar las experiencias traumáticas más arcaicas. Experiencias que produjeron síntomas de descompensación psicosensores, en lugar de producir la evolución sana de la personalidad cuya estructura se abre más a los intercambios benéficos y fructíferos con el medio.

Por su parte Melanie Klein nos presenta su concepción de la resistencia como una evitación de un vínculo con ella o una evitación de los juguetes: *"Mi experiencia ha conformado mi opinión de que si comprendo en seguida el disgusto como angustia y como un sentimiento de transferencia negativa, y de esta manera lo interpreto, en conexión con el material que el niño produce al mismo tiempo, y después lo reduzco al objeto original, la madre, puedo observar en el acto que la angustia disminuye. Esto se manifiesta en la iniciación de una angustia más positiva y, con esta, de un juego más vigoroso (...) Si resolvemos una parte de la angustia negativa, obtendremos después, como en los adultos, un aumento de la transferencia positiva, y a esto, en armonía con la ambivalencia de la niñez, sucederá pronto una re-emergencia negativa"* (28). Esta interpretación iba en contra de la práctica usual, y fue motivo de constantes polémicas en torno al manejo de la resistencia y la transferencia negativa.

Klein estudio con gran detalle inhibiciones del juego, y tomó nota del enorme influjo de los sentimientos agresivos sobre el desarrollo de la simbolización y, en

consecuencia sobre el funcionamiento intelectual en su conjunto. Tras comprender la personificación de objetos internos; se dio cuenta que estaba frente a la cualidad de defensa adoptada por los psicóticos. Esta analista postuló que el niño al vencer las resistencias era capaz de ver que sus actos agresivos se dirigían al objeto real humano y no al juguete, una vez logrado esto se da un paso importante a la adaptación de la realidad, evitando así la neurosis. (29)

Veamos con un ejemplo como trabaja Melanie Klein las resistencias que se presentan durante una sesión analítica. El caso al que haremos referencia es el de Richard. (Ver capítulo 2).

Al inicio de la sesión Richard dio a Klein un obsequio, con el objeto de jugarle una broma. Ella tomó la caja y al abrirla saltó un muñeco verde de resortes. En ese momento Klein asoció el muñeco con la manera como quizás Richard se toca su órgano genital. Le sugiere que tal vez lo toca y juega con él. A ello, Richard respondió que a veces lo hacía.

Más adelante Klein le recuerda que después de decirle como consiguió el muñeco; habló de los soldados que entraban a Siria, le dijo "... Quizás al tocarse el pene piense las mismas cosas. Siria puede ser el interior de mamá, de M.K. o de las muchachas donde el quisiera marchar con su pene. Pero dentro de mamá puede encontrar el pene de papá y éste puede agarrar y morder el suyo; es decir, que teme que el papá peligroso dentro de mamá le dañe su órgano sexual". Agrega que el dibujo que ha hecho durante la sesión representan los genitales de mamá y de ella misma, dentro de los cuales quiere penetrar, y donde su padre, Paul -su hermano- y él pelean entre sí.

"Richard se ha angustiado mucho por la formulación de estas interpretaciones y se queda muy inquieto. Se pone de pie, marcha de arriba a abajo y se detiene luego cerca de la ventana más alejada de donde está M.K.. Protesta diciendo que no quiere oír nada de lo que ésta le dice, pues no ve como tales cosas puedan ayudarlo. M.K. interpreta que las palabras que ella le dice representa para él ataques hechos contra sus órganos sexuales (...).

Richard mete de pronto la mano en la cartera de M.K. revuelve todo pero no saca nada de adentro. Después se va corriendo a la cocina, abre todo el grifo del agua y se queda viendo como ésta se va, mientras comenta <<El está atacando>>.

M.K. le pregunta quién ataca a quién.

Richard no contesta.

M.K. le sugiere que es el pene de papá el que lo ataca -los soldados británicos que atacan Siria- y que la pila de lavar representa el interior y los genitales de M.K.

y de mamá, dentro de los cuales está penetrando. El grifo del agua ahora es pues el poderoso pene de su padre ..." Klein también le aclara que el verde del dibujo simboliza al muñeco de resortes (que es del mismo color) y representa su pene. (30)

El ejemplo anterior nos muestra como la interpretación de Klein sobre el significado del muñeco y el juego de la invasión a Siria provoca en Richard resistencias. El niño se muestra angustiado y no quiere oír más lo que analista le dice, se aleja de ella; revuelve sus cosas y no contesta a sus preguntas. Aquí el niño y la analista se acercan al inconsciente, a lo que ha sido reprimido, el deseo de penetrar a su madre y también el temor a enfrentarse con el padre por poseer a la misma mujer, así como el miedo a que dañen o pierda su órgano genital.

Finalmente el Dr. Donald W. Winnicott opinaba que el trabajo analítico en sí produce el fenómeno de resistencia; pues tanto las interpretaciones del analista, como la emergencia de situaciones inconscientes provocan angustia. Por tanto, el aparato psíquico trata de mantener un equilibrio generando así la resistencia.

La posición de Winnicott ante esta manifestación se acerca a la Melanie Klein. Ambos sostenían que la resistencia habla de defensas primarias. Defensas que se originaron frente a una angustia inconcebible. Así la resistencia nos remitirá a esas situaciones de pesar increíble que se originan en un momento de insuficiencia de provisión ambiental y cuando la personalidad inmadura se encontraba en el estadio de dependencia absoluta.

El trabajo analítico se topa frecuentemente con este sistema de defensa, pero en opinión de Winnicott, el paciente mostrará el camino para llegar al centro de la defensa y así, a través de la interpretación se encontrará dónde se anuda el síndrome patológico. (31)

CONCLUSIONES

Después de lo que hemos revisado en este capítulo, podemos concluir que Sigmund Freud, Melanie Klein, Anna Freud, Françoise Dolto, Maud Mannoni y Donald W. Winnicott consideran que la resistencia es todo aquello que en actos o palabras del paciente obstaculiza el esclarecimiento de los síntomas y el progreso de la cura. Asimismo opinan que el trabajo analítico de la resistencia consiste en la interpretación, pues así se llega a lo que se ha reprimido y el analizante podrá dar un sentido diferente a sus afectos y vivencias. Esto es posible porque durante el análisis se reviven situaciones emocionales en el que se dieron las experiencias traumáticas más arcaicas. Otro punto en el que coinciden estos psicoanalistas, es que el proceso analítico en sí genera las resistencias, pues, actúa en contra de la regulación del placer.

Encontramos que autoras como Anna Freud, Françoise Dolto y Maud Mannoni concuerdan en que las entrevistas iniciales con los padres permiten reducir y aclarar resistencias que pudieran presentarse en ellos, lo cual sin duda beneficia el trabajo terapéutico con el niño. También están de acuerdo que este fenómeno por angustiante que sea ayuda a conservar el equilibrio psíquico del sujeto. A pesar de estas coincidencias, Dolto y Mannoni opinan que la resistencia también se presenta en analista pues así como se pone en juego la historia del analizante, también esta en juego la del analista. Esta situación se controla en el análisis personal y en asesoría.

Por su parte Donald W. Winnicott coincide con Melanie Klein -y con el resto de los autores- que es el proceso analítico el que genera la resistencia, tal vez la única diferencia radica en que ambos afirman que este fenómeno se relaciona con defensas primarias, es decir que se dieron desde los primeros meses de vida y en situaciones sumamente angustiantes para el sujeto. De igual manera sostienen que es necesario interpretar las resistencias en cuanto se presentan, pues así el paciente podrá comprender el sentido inconsciente que las acompañan.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sigmund Freud. (1988) Obras Completas, "Estudios sobre la Histeria. (Josef Breuer y Sigmund Freud). (1893-1895)". Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 3 - 42.
- 2.- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1983) Diccionario de Psicoanálisis Barcelona: Labor. pp. 384-386.
- 3.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Estudios sobre la Histeria. (Josef Breuer y Sigmund Freud). (1893-1895)". Tomo II. op. cit. pp. 3-42.
- 4.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Sobre Psicoterapia. (1905 /1904)". Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 243-263.
- 5.- *Ibidem*.
- 6.- Freud, Sigmund. (1988) "Obras Completas."Recuerdos de la Infancia y Recuerdos Encubridores". Tomo VI. Buenos Aires: Amorrortu pp. 52.
- 7.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Inhibición, Síntoma y Angustia. (1926 /1925)". Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 73-124.
- 8.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas, "Análisis Terminable e Interminable, (1937)". Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 239.
- 9.- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1988) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor. pp. 221.
- 10.- Fenichel, Otto. (1985) Historia Psicoanalítica de la Neurosis. México: Paidós. pp. 17.
- 11.- *Ibid.* pp. 174.
- 12.- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1985) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor. pp. 27-28.
- 13.- *Ibid.* pp. 446-447. 456.
- 14.- *Ibid.* pp. 415- 416.
- 15.- *Ibid.* pp. 189-190.
- 16.- *Ibid.* pp. 187- 188.
- 17.- Freud, Anna. (1989) El yo y los Mecanismos de Defensa. Buenos Aires: Paidós. pp. 59.
- 18.- *Ibid.* pp. 62.

19.- Ibid. pp. 54.

20.- Hinshelwood, David. (1992) Diccionario del Pensamiento Kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 537.

21.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas. "Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años. (El Pequeño Hans). (1909)". Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 3-118.

22.- Dolto, Françoise. (1983) Psiquiatría y Psicoanálisis. México: Siglo XXI. pp. 21-22.

23.- Freud, Anna. citada por Marianne Kris. (1958) Psicoanálisis Infantil y Psicoanálisis Hoy. Buenos Aires: Paidós. pp. 42-43.

24.- Mannoni, Maud (1989) De la Pasión del Ser a la Locura del Saber, Freud, Lacan y los Anglosajones. México: Paidós, pp. 35.

25.- Mannoni, Maud. (1989) El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis. México: Siglo XXI. pp. 80-194.

26.- Mannoni, Maud. (1989) De la Pasión del Ser a la Locura del Saber, Freud, Lacan y los Anglosajones, p op. cit. pp. 66-67.

27.- Dolto, Françoise. (1992) El niño del Espejo. El trabajo psicoterapéutico. Barcelona: Gedisa. pp. 102-120.

28.- Klein, Melanie. Citada por Hinshelwood, R.D. (1992) Diccionario del Pensamiento Kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 538.

29.- Hinshelwood, R.D. (1992) Diccionario del Pensamiento Kleiniano op. cit. pp. 538.

30.- Klein, Melanie. (1981) Obras Completas. "Relato del Psicoanálisis de un Niño". Vol V. Buenos Aires: Hormé. S.A.E. pp. 167-189.

31.- Davis, M. Wallbridge, D. (1981) Límite y Espacio. Introducción a la Obra de Donald W. Winnicott. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 86.

INTERPRETACIÓN

5.1 OBJETIVO

En el presente capítulo abordaremos qué es la interpretación, cuál es su importancia en el trabajo psicoanalítico y de que medios se valen cada uno de los autores para interpretar el material psíquico.

5.2 CONCEPTO DE INTERPRETACIÓN Y SU IMPORTANCIA PARA EL ANÁLISIS

Sigmund Freud afirmó que el fundamento más seguro para el conocimiento del inconsciente es la interpretación. Que se define como: la "deducción por medio de la investigación analítica, del sentido latente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto". Esta pone "a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente, cuyo objetivo último es el deseo inconsciente y el fantasma que lo encarna." (1)

La interpretación no cubre el conjunto de las intervenciones del analista en la cura (como el alentar al paciente a hablar, el darle seguridad, la explicación de un mecanismo o un símbolo, las órdenes, las construcciones, etc.) aunque todas ellas puedan adquirir valor interpretativo dentro de la situación analítica. Esto hace pensar en todo lo que hay de subjetivo, de forzado y arbitrario, en el sentido que se da a un acontecimiento o a una palabra.

Está basada en el conocimiento de los símbolos y no es una técnica que pueda sustituir a la asociativa o medirse con ella. Es su complemento y únicamente insertada dentro de ella brinda resultados utilizables. (2)

En la terapia psicoanalítica también se interpretan los sueños, que a pesar de que Sigmund Freud no los consideró importantes en el trabajo con niños los autores con los que estamos trabajando en la elaboración de este documento sí.

Los sueños se interpretan debido a que "en el adormecimiento emergen las <<representaciones involuntarias>> por la relajación de una cierta acción deliberada (y por cierto también crítica) que hacemos influir sobre el curso de nuestras

representaciones; como razón de esa relajación solemos indicar la <<fatiga>>; las representaciones involuntarias que así emergen mudan en imágenes visuales y acústicas" (3).

"Un sueño se diferencia de un desliz en el habla por la multiplicidad de sus elementos. La técnica debe dar razón de ello, por lo que Freud propone que descompongamos el sueño en sus elementos y abordemos la indagación para cada uno de ellos por separado" (4).

El primer paso en la aplicación de este procedimiento enseña que "no debe tomarse como objeto de la atención todo el sueño, sino los fragmentos singulares de su contenido, como si el sueño fuera un conglomerado cada uno de cuyos bloques constitutivos reclamase una destinación particular". (5)

También es importante atender no sólo al contenido del sueño, sino a la persona y las circunstancias de vida del soñante, ya que existen símbolos de aparición individual, en extremo restringida, que un individuo se ha formado desde su material de representaciones, aunque también hay símbolos de difusión universal que se encuentran en todos los soñantes de un círculo de lengua y de cultura (6)

5.3 COCEPTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA INTERPRETACIÓN DE ACUERDO A CADA AUTOR

En cuanto a la interpretación de sueños en los niños, Sigmund Freud en un principio consideró que los sueños de éstos eran breves, claros, coherentes y de fácil comprensión, ya que tan sólo eran el cumplimiento de deseos no satisfechos durante el día, por lo que para hallar su solución no era necesario ningún arte interpretativo, sino, solamente averiguar las vivencias que el niño había tenido durante la víspera de dicho sueño. (7)

Posteriormente se dio cuenta de que aún los niños de 5 años tenían la capacidad de tener una desfiguración onírica con todos los caracteres de los sueños de los adultos, sin embargo, su afirmación de que los sueños en niños eran el cumplimiento de deseos no satisfechos siguió en pie, incluyendo aquí los sueños desfigurados.

Por otra parte Freud advirtió que los niños repetían en el juego todo cuanto les había hecho gran impresión en la vida; de ese modo podían liberar la intensidad de la impresión y adueñarse, por así decir, de la situación.

Se dio cuenta de esto al observar a su nieto jugando con un carretel, y consideró que era mejor interpretar el juego ya que para él, como se mencionó anteriormente: "El sueño de un niño es la reacción a una vivencia de un día que ha dejado tras sí un lamento, una añoranza, un deseo incumplido. El sueño brinda el cumplimiento directo, no disfrazado de ese deseo".

Afirmó: "En el trabajo con niños, el camino más sencillo para llegar al inconsciente es a través del juego. Al igual que en los sueños, el analista que desea interpretar el juego debe tener la capacidad de aceptar las soluciones de los problemas de la vida onírica y las novedades que el psicoanálisis propone a su pensamiento".

El juego de su nieto consistía en arrojar lejos de sí, a un rincón o debajo de una cama, etc., todos los pequeños objetos que encontraba a su alcance decía, con una expresión de interés y satisfacción un fuerte y prolongado << o-o-o-o >>, que según el juicio coincidente de la madre y del observador, no era una interjección, sino que significaba <<"fort">> (se fue). Al fin cae en la cuenta de que se trataba de un juego y que el niño no hacía otro uso de sus juguetes que el de jugar a que << se iban >>. Un día hice la observación que corroboró mi punto de vista. El niño tenía un carretel de madera atado con un piolín. No se le ocurrió, arrastrarlo tras sí por el piso para jugar al carrito sino que con gran destreza arrojaba el carretel al que sostenía por el piolín, tras la baranda de su cunita con mosquitero; el carretel desaparecía ahí dentro, el niño pronunciaba su significativo <<o-o-o-o>>, y después, tirando del piolín, volvía a sacar el carretel de la cuna, saludando ahora su aparición con un amistoso <<Da>> (acá está). Ese era, pues, el juego completo, el de desaparecer y volver. Las más de las veces sólo se había podido ver el primer acto, repetido por sí sólo, incansablemente en calidad de juego, aunque el mayor placer, sin ninguna duda correspondía al segundo.

La interpretación del juego resultó entonces obvia: Se entramaba con el gran logro cultural del niño: su renuncia pulsional (renuncia a la satisfacción pulsional) de admitir sin protestas la partida de la madre. Se resarcía, digamos, escenificando por sí mismo con los objetivos a su alcance, ese desaparecer y regresar. Para la valoración afectiva de ese juego no tiene importancia, desde luego, que el niño mismo lo inventara o se lo apropiara a raíz de una incitación [externa]. Nuestro interés se dirigirá a otro punto. Es imposible que la partida de la madre le resultara agradable, o aun indiferente. Entonces, ¿cómo se concilia con el principio del placer que repitiese en calidad de juego esta vivencia penosa para él? . Acaso se responderá que jugaba a la partida porque era la condición previa de la gozosa reaparición, la cual contendría el genuino propósito del juego. (8)

Por su parte Anna Freud daba gran importancia a los símbolos cuando interpretaba sueños, actos fallidos, dibujos y en una segunda etapa de su profesión juegos.

Para ella: "Los símbolos son relaciones constantes y universalmente válidas entre determinados contenidos del ello y particulares representaciones conscientes de palabras o cosas. El conocimiento de dichas vinculaciones nos faculta para extraer conclusiones precisas acerca de las manifestaciones conscientes de lo inconsciente, sin necesidad de deshacer previa y penosamente toda una medida defensiva del yo. La técnica de la traducción del símbolo nos permite, alcanzar la interpretación por un camino abreviado, o mejor dicho, saltar desde los estratos más elevados de la conciencia a los más inferiores del inconsciente, ahorrando el pasaje a través de los intermedios -constituidos por antiguas actividades del yo, que en su tiempo acaso obligaron a determinados contenidos del ello a asumir una forma específica del yo. A objeto de lograr la comprensión del ello, el conocimiento del lenguaje de los símbolos tiene idéntico valor al que en las matemáticas asignase a las fórmulas aplicadas en la resolución de problemas típicos se las puede emplear con ventaja. No importa que se ignore el camino que originalmente condujo a otorgarles su significación actual; pues aunque no contribuyan a nuestra comprensión de las matemáticas, igualmente nos ayudan a la solución de los problemas. De igual manera sin profundizar realmente en la comprensión psicológica del individuo que se tiene en tratamiento, la traducción de los símbolos nos descubre los contenidos del ello. Podemos llegar a ellos a través de la interpretación del sueño, el dibujo y las fantasías". (9)

Esta autora consideraba que la interpretación del sueño servía, a la exploración del ello en tanto que lograba extraer los pensamientos latentes del sueño (contenido del ello), y a la exploración de las instancias del yo y de sus actividades de defensa en tanto reconstruían las medidas del censor por sus efectos sobre el pensamiento del sueño. (10)

Anna Freud creía que los niños pequeños no podían practicar la asociación libre lo cual debería afectar la interpretación de los sueños, (segunda vía principal de acceso al inconsciente). Pero que, debido a que lo pequeños tenían la capacidad de contar sus sueños libremente, permitían al analista hacer una interpretación del contenido manifiesto del sueño. Y que muchas veces la interpretación onírica era posible aunque faltarán las asociaciones del soñante pues en la situación del niño era mucho más fácil abarcar sus vivencias diurnas, y conducir el reducido número de personas que componían su ambiente. (11) Esta autora frecuentemente se atrevía a completar las asociaciones que faltaban recurriendo a los propios conocimientos sobre la circunstancias y la interpretación. (12)

Para esta autora la interpretación de sueños en niños, era un terreno en el cual nada nuevo había que aprenderse al pasar del análisis de adultos. Propuso que el niño no soñaba en el análisis, ni más ni menos que el adulto, y la transparencia de lo soñado se ajustaba, como en el adulto, a la fuerza de la resistencia. Sin embargo no cabía duda que los sueños infantiles eran más fáciles de interpretar, aunque también se encontraban en ellos, todas las deformaciones de la realización del deseo que correspondían a la organización neurótica más complicada de sus pequeños pacientes. Esta analista se dedicaba junto con el paciente a rastrear los elementos oníricos. Al niño esto lo divertía como si se tratase de un rompecabezas y seguía con el mayor placer la reducción de las distintas imágenes o palabras del sueño a situaciones de su vida real. Quizá a ello se debía que el sueño le fuera más afín al niño que al adulto; por esto no le sorprendía comprobar que tenía sentido. En todo caso se enorgullecía de todas sus interpretaciones oníricas.

Un ejemplo de como una paciente de Anna Freud interpretó su propio sueño es: "En el quinto mes del análisis de una niña de nueve años, llegamos a hablar por fin sobre su masturbación, que sólo logra confesarse a sí misma superando graves sentimientos de culpabilidad. Al masturbarse, experimenta intensas sensaciones de calor, que también son objeto de su repulsión contra las actividades genitales. Comienza a temerle al fuego... Cierta noche la niñera trata de encender una estufita en ausencia de la madre, pero no sabe cómo hacerlo y llama en su ayuda al hermano mayor, que tampoco lo consigue, contemplándolos la pequeña con la impresión de que ella debería entender su manejo. La noche siguiente sueña con esta misma situación, pero en el sueño *les ayuda, aunque no lo hace bien, y la estufita de gas estalla. Como castigo, la niñera la mete en el fuego, para que se quemé.* Se despierta con gran ansiedad, llamando inmediatamente a la madre; le cuenta el sueño y agrega -gracias a sus conocimientos analíticos- que **seguramente se trata de un sueño de castigo.** No aporta otras asociaciones, pero en este caso me resulta fácil complementarlas. El manejo de la estufa alude evidentemente a las maniobras en su propio cuerpo, que también sospecha en el hermano. El "hacerlo mal" expresaría entonces su propia crítica, y la explosión quizá represente la forma de su orgasmo. Por consiguiente, la niñera, que la ha amenazado por masturbarse, también es la ejecutora del castigo."

Junto a la interpretación de los sueños, la de los ensueños diurnos tenían gran importancia en el análisis de niños, muchos de los que le permitieron recoger sus experiencias eran grandes ensoñadores, y la narración de sus fantasías fue el más importante recurso auxiliar que tuvo en el análisis. Por lo común era fácil lograr que los niños cuya confianza ya se había conquistado en otras relaciones también se lograra al contar sus fantasías diurnas. Las narraban con mayor facilidad y,

evidentemente, se avergonzaban menos que el adulto. Dichas fantasías solían ser muy útiles en el difícil periodo inicial. Consideraba tres tipos de fantasía: 1. la más simple era el sueño diurno con la vivencia del día. 2. el ensueño diurno " en episodios ", aún el comienzo del análisis solía ser muy fácil ganar la confianza de los niños que construían tales fantasías, al punto que nos contaba a cada día nuevo episodio, 3. estas continuaciones cotidianas permitían reconstruir, entonces, la correspondiente situación interior en que se encontraba el niño.

El dibujo para A. Freud era otro recurso técnico auxiliar que ocupaba un sitio prominente en muchos de sus análisis infantiles. (13)

Esta autora tendía a construir la relación con el niño a nivel consciente, y nos describía de que forma iba llegando poco a poco, con la cooperación consciente del paciente, a iniciar la tarea analítica así pues, la diferencia estribaba principalmente en una cuestión de cooperación consciente o inconsciente. Winnicott opinaba que A. Freud cargaba deliberadamente sobre sus espaldas la tarea de explicarle al niño lo que sucedía, mientras que Melanie Klein lo dejaba en manos de quienes llevaban la educación o crianza del pequeño, confiando en poder prescindir de las explicaciones a nivel consciente y así poder pasar rápidamente a la cooperación inconsciente, esto era la cooperación basada en el trabajo analítico. (14)

Esta analista también se valía de los actos fallidos ya que se dan en cualquier momento en que, por cualquier circunstancia, la vigilancia del yo resultaba disminuida o desviada, entonces, a la manera de un relámpago, iluminaban el trozo del inconsciente que la interpretación analítica había tratado de descubrir durante mucho tiempo. (15)

Como se mencionó anteriormente Anna Freud rectificó su técnica varios años más tarde y en esta etapa propuso que en la terapia infantil a veces se usaban de diferente manera juguetes, cuentos, muñecas, juego de roles y diversos recursos verbales a fin de preparar el camino a la interpretación o para facilitarla. Con todos estos elementos auxiliares de la interpretación, era importante que el terapeuta y el niño comprendieran conjuntamente de qué se trataba. Propuso que había muchos niños en quienes las defensas principales se dirigían contra la palabra hablada, de modo que las interpretaciones debían darse en forma escrita. Para ella por lo general, esos niños creían en la magia de las palabras y se daban cuenta de que el analista les estaba ahorrando la inquietud y el pesar de la palabra hablada.

Esta autora opinaba que las interpretaciones debían de hacerse hasta el momento en que el paciente pudiera asimilar lo que se le estaba diciendo, ya que en algunos casos los elementos auxiliares de la interpretación corrían parejos con las defensas

del paciente. Por ejemplo, si el terapeuta interpretaba demasiado pronto un deseo de muerte del niño contra la madre o contra los hermanos, esa interpretación suscitaba toda clase de displaceres, como: los rigores del superyó, temor a perder el objeto, miedo a la cualidad mágica de los propios deseos, si en cambio se procedía lentamente, al mostrar al niño que comprendía que había hijos que se peleaban con sus madres y que estaban muy enojados con ellas o al mostrar en el juego que una determinada muñeca descaba dar muerte a la muñeca madre, el analista daba un paso para aproximarse al contenido contra el cual iban dirigidas las defensas. El niño pensaba "Bueno no soy el único, y eso no es tan terrible como había pensado, realmente uno puede hablar sobre eso sin que lo critiquen demasiado o sin sentirse demasiado alterado". Aceptar semejantes sentimientos en uno mismo suponía un proceso gradual. (16)

Anna Freud opinaba: "la respuesta del paciente a la interpretación asume muchas formas. Por ejemplo, el paciente puede responder proporcionando más material después de la interpretación. En muchos casos esto significa una disminución de las fuerzas represivas, lo cual permite que aflore a la superficie más material. Pero si fluye demasiado material esto puede indicar un deterioro de la organización defensiva. Un cambio en el juego, por parte del niño, puede señalar un desplazamiento e indicar que el niño usa el juego como una defensa. Una reacción como la de permanecer en silencio indica el uso de la negación. Manifestaciones de ansiedad o agresión pueden hacer vulnerable al niño si no apela a las defensas. La aceptación por parte del niño de todo cuanto se dice en la interpretación sugiere una tendencia a la sumisión pasiva. Todas estas reacciones a las interpretaciones sugieren que el analista puede valerse de ellas para conocer más acerca de cómo está organizada la personalidad y la estructura defensiva del paciente. Esas reacciones ofrecen otro medio de penetrar desde la superficie a las profundidades". (17)

"Si los analistas decimos que una interpretación significativa es aquella que determinó cambios, luego tenemos que examinar cómo opera esa interpretación. Y tener en cuenta la respuestas del paciente a las interpretaciones". (18)

Melanie Klein atendió a su primer paciente en 1923, un niño de 5 años, y a través de este trabajo se dio cuenta que los niños expresaban sus fantasías y ansiedades por medio del juego, el cual interpretó de manera similar a los sueños. Es así como desarrolló su técnica de juego psicoanalítica. (19)

Afirmó que todo lo que acontecía en el niño podía expresarse a través del juego, ya que el niño no era capaz de ofrecer aquellas asociaciones verbales que eran el instrumento fundamental en el tratamiento analítico con adultos, y que era por medio del juego y del juguete como estructuraba el discurso de modo simbólico, que a

través de éstos expresaba el mismo lenguaje arcaico y filogenético que se veía en los sueños. Y que si deseábamos comprender el juego del niño en relación con su conducta total deberíamos no sólo desentrañar el significado de cada símbolo separadamente, sin perder de vista la situación total, de la misma forma en que lo hacíamos en las representaciones oníricas (20). Klein también interpretaba dibujos, transferencias (negativa y positiva), sueños y silencios, de acuerdo al contenido de la interpretación, el momento en que se formulaba, el paciente, el material que éste daba y la situación dominante. (21)

También dijo que a menudo los niños expresaban en sus juegos lo mismo que acababan de contarnos en un sueño, y hacían asociaciones del sueño en el juego o dibujo consecutivo.

Un ejemplo de esto es un sueño de Richard (anteriormente mencionado): *".. Está dentro de un coche blindado, con seis pistolas, cinco cañones y una ametralladora. Las tropas alemanas le han echado de Berlín, pero el "se da vuelta y les escupe fuego." Las tropas entonces se dan media vuelta y escapan lo más de prisa que pueden. Hay dos coches blindados llenos de soldados. Está seguro de que todos los coches alemanes tienen pistolas pero no tan buenas como las suyas".*

Al llegar aquí, Richard tiene un aspecto inseguro y angustiado. Se refiere a la idea de que puede asustar a cualquiera lo cual parece divertírle y dice: "Las cosas tontas con que uno puede soñar". Añade luego, que quizás ha "añadido una cosita" al sueño, pero que parece como si esta cosita formara parte de él. Su diversión, sin embargo pronto da cabida a la depresión. Mientras cuenta el sueño empieza un dibujo que representa una estrella de mar a la cual rellena con diferentes colores. Al hablar de los dos autos blindados alemanes sujeta junto dos lápices y se los mete en la boca. También pone en movimiento uno de los columpios.

Interpreta que el soñar que está en Berlín expresa la sensación que tiene de estar rodeado y abrumado por enemigos, él mismo ha comentado lo extraño que le parece ser tan aterrador y poderoso que pueda asustar al niño alemán... y a las tropas alemanas en los coches blindados. Pensando ser así, consigue en el sueño negar el miedo que tiene, aunque si en la realidad se hubiera visto en esta situación se habría encontrado totalmente impotente... (22)

Por otra parte Melanie Klein interpretaba la transferencia en la medida que se había establecido, consideraba que se debía interpretar, ya que la transferencia en los niños daba a la analista elementos para ver si su naturaleza era positiva o negativa. Si la transferencia era negativa se hacía aún más imperioso que la interpretación comenzara en cuanto fuera posible, porque la interpretación reducía la transferencia

negativa y aprovechaba el alivio proporcionado por tales interpretaciones como base sobre la cual se edificaba la relación con los niños. También le era importante interpretar lo más pronto posible para que el paciente se sintiera gratificado al poder reconocer una parte de sí mismo que hasta entonces le era desconocida y que el proceso de análisis realmente le enriqueció.

Klein indicó que en el Psicoanálisis de niños cada interpretación debía señalar hasta cierto punto, el papel que estaban representando el superyó, el ello y el yo. Esto quería decir que cada interpretación adecuadamente formulada llevaba a cabo una exploración sistemática de las diversas partes del aparato mental y de sus funciones.(23)

Para Winnicott el momento idóneo para la interpretación era en cuanto fuera posible; es decir, el primer momento en que el material presentado permitiera ver claramente que debía interpretarse: "Creo que el analista debe interpretar el inconsciente cuanto antes mejor, ya que de esta manera orienta al niño hacia el tratamiento analítico y los primeros síntomas de alivio proporcionan indudablemente al niño los primeros indicios de que el análisis lo ayudará." (24)

A continuación se dará el ejemplo de la posibilidad de hacer una interpretación a lo largo de una primera entrevista entre Winnicott y una niña llamada Gabrielle.

El 3 de Febrero de 1964 Winnicott tiene su primer encuentro con Gabrielle, una niña de dos años cinco meses que es llevada con él debido a que desde el nacimiento de su hermanita (de 8 meses) no duerme bien, se aburre y se deprime con facilidad. Gabrielle "Repetía: <<Encontré un... (lo que fuese)>>... Entonces comenzó algo que fue dicho una y otra vez: <<Aquí hay otro uno... y aquí hay otro uno.>> La frase aludía las más veces a camiones y locomotoras, pero no parecía muy preocupada por el objeto a que se referiría. Por consiguiente, lo tomé como mensaje y dije: <<Otro bebé. El Bebé Sush.>> Fue ostensible que había sido la observación correcta, puesto que en ese momento empezó a hablarme de la época en que había llegado el Bebé Sush, tal como ella la recordaba. Dijo lo siguiente: <<Yo era un bebé. Estaba en una cuna. Estaba dormida. Sólo tenía el biberón.. (En realidad, según supe más tarde, nunca había tenido biberón, pero se lo había visto al bebé.) Insisti: <<Y entonces hubo otro bebé>>, instándola a proseguir con la historia del nacimiento.

Cogió un objeto redondo con una porción central saliente que en un tiempo había correspondido al eje de un carruaje, e inquirió: <<¿De dónde viene esto?>> Contesté en referencia a la realidad: <<¿Y de donde viene el bebé?>> Replicó: <<La cuna.>> Llegados a ese punto, tomó un pequeño muñeco que figuraba un hombre y trató de colocarlo en el asiento del conductor de un coche de juguete. No

cabía porque era demasiado grande; intentó hacerlo pasar por la ventanilla y por otros muchos lugares.

<<No entra; se traba.>> Cogió a continuación un palillo, lo introdujo en la ventana y comentó: <<El palillo entra.>> Dije algo acerca del hombre poniendo algo dentro de la mujer para hacer un bebé. Me hizo saber: <<Tengo un gato. La próxima vez traeré el gatito, otro día.>>

En ese punto quiso ver a su madre y abrió la puerta. Mencionó algo referido a hablar con el osito. Había cierta ansiedad a la que tenía que hacer frente. Hice la tentativa de verbalizarla: <<Estás asustada; ¿tienes sueños que te asusten?>> Respondió: <<Sueño con el babacar.>> Esa era la palabra que ya su madre me había hecho saber, relacionada con el bebé, el Bebé Sush. (25)

Sin embargo Winnicott no interpretaba si no estaba seguro de lo que debía de interpretar: "De todos modos, yo me muestro cauto en mis interpretaciones, y si no estoy seguro de lo que debo interpretar, no dudo ni un momento en dejar pasar algún tiempo." Al hacerlo me encuentro metido en una fase preparatoria o preliminar, jugando, construyendo con el niño o, simplemente dejándome eclipsar, desperdiciar. Lo único que me preocupa, sin embargo es buscar la clave que permita hacer una interpretación que sea la apropiada en aquel momento, la que provoque un desplazamiento del énfasis de la transferencia en el inconsciente"... "Por el contrario, puede suceder que al no ganar la cooperación consciente del paciente durante las fases iniciales se pierda la posibilidad de analizarlo aunque, nos queda la opción de pasar a los padres la tarea de hacer comprender al niño la necesidad del tratamiento, con lo que nos libramos de la responsabilidad de llevar a cabo la fase preliminar del análisis. Pero resulta muy significativa la forma en que los padres o tutores del niño le hagan comprender de cada sesión diaria del tratamiento.

"Lo importante para el paciente no es tanto la exactitud de la interpretación como la buena disposición del analista para ayudarlo, su capacidad para identificarse con el paciente y creer así en lo que hace falta y satisfacer sus necesidades tan pronto como le sean indicadas, ya sea por el lenguaje verbal, el no verbal y el preverbal".

"La mayor parte de cuanto hago consiste en una verbalización de lo que el paciente pone a mi disposición en una sesión concreta. Las interpretaciones las hago por dos motivos. 1.- De no hacer ninguna, el paciente se lleva la impresión de que lo entiendo todo; dicho de otra manera, al no acabar de dar en el blanco, incluso al equivocarme conservo cierta cualidad externa. 2.- La verbalización hecha exactamente en el momento preciso moviliza las fuerzas intelectuales. Sólo es aconsejable poner en marcha los procesos intelectuales cuando los mismos estén

seriamente disociados del ser psicossomático. Mis interpretaciones son económicas, al menos eso espero. Me basta con una interpretación por sesión si se refiere al material aportado por la cooperación inconsciente del paciente. Mi método consiste en decir una cosa a veces en dos o tres partes. Jamás utilizo oraciones largas, a menos que esté muy cansado. Si me encuentro próximo a mi agotamiento, me pongo a enseñar, además, opino que una interpretación que tenga la palabra "además" representa una sesión didáctica.(26)

Otro método de interpretación utilizado por Winnicott era la interpretación del dibujo a través de garabatos hechos por los niños o por él mismo, tal como se explicó en el capítulo II.

Manonni en su libro "De la pasión del ser a la locura del saber" afirma que Winnicott respetaba el espacio de creación durante la sesión. En este lugar dejado al Juego se encontraba el origen de toda posibilidad creadora. Dio lugar a la imaginación, a la fantasía, concebido no como un lugar real (ya sea externo o interno) emparentado con las pulsiones o frustraciones, sino como un lugar potencial (situado entre lo subjetivo y lo objetivo) que es también el del análisis y la transferencia. Winnicott hizo del juego y de toda creación un proceso restitutivo. Estaba convencido de que el niño tenía la respuesta a su problema y que con ayuda de la interpretación el analista servía como guía para que el niño resolviera dichos problemas.(27)

Para Mannoni la interpretación no la hace el analista propiamente sino el analizante. Este a través de lo que el otro le dice da un sentido diferente a su discurso, permite que el sujeto llegue a su verdad (re signifique su historia). Todo aquello que se oponga al encuentro de esta verdad son resistencias y estas pueden darse tanto en el psicoanalista como en el analizado. Considera que la interpretación tiene la función de guiar al niño a que por sí sólo encuentre las respuestas, pues sólo él las tiene. (28)

Afirma que estamos en una relación con la verdad, lo que nos permite captar los esbozos de una teoría de la interpretación que no tiene sentido si no incluye constantemente en su evolución una especie de análisis del análisis.(29)

Para Françoise Dolto la interpretación eran signos que instilaban y producían a condición de que la persona que hablaba lo hiciera en su alma y consciencia, que hablara de verdad. (30)

Dolto consideró que el terapeuta debía intervenir lo mínimo indispensable y sólo para posibilitar la expresión más acabada, más emocional de las dificultades y los

conflictos del niño consigo mismo y con su medio. Era fundamental la actitud permisiva para decir todo, representar, mimar, inventar todo (pero no para hacer todo); actitud no moralizante del terapeuta que era, por tanto absolutamente específica y diferente de la actitud que debían tomar los padres o los educadores. (31)

Propuso al analista asociar libremente con el niño y cuando hiciera algo que lo hiciera pensar decirle: "Por lo que acabas de hacer, pienso que tratas de comunicarme algo... Tú eres el que sabes lo que me quieres decir... Yo veo lo que haces y sé que es para decirme algo." (32)

Afirmó que dicho trabajo, no se orientaba jamás hacia la realidad, tal como lo era o como el niño la veía, ponía en marcha la dinámica de las pulsiones arcaicas, fuera del circuito de la creatividad del sujeto fuere cual fuere la realidad de la vida corriente y del modo de vida familiar del niño, todas las expresiones concernientes a la realidad de su vida cotidiana, o las expresiones que le hacían interpretar su manera, en sus dichos durante las sesiones, lo que sucedía alrededor de él. El psicoanalista debía inducir al niño a buscar, por sí mismo, lo que pensaba y lo que sentía; lo debía encarrilar a rebobinar su historia en el tiempo para saber de qué forma repetía, en la realidad, un deseo del pasado o el recuerdo de una situación pretérita que deseaba continuar provocando. De tal modo, la persona del psicoanalista devenía el soporte de un Yo auxiliar del narcisismo, agresivo o no, fuere cual fuere, del analizado, a fin de que, de sesión en sesión, accedieran a las fantasías las reacciones más arcaicas y los recuerdos más antiguos del niño.

Dolto afirmó que los niños tenían la capacidad de hacer sus propias interpretaciones, tal como se muestra en el caso de un niño que es llevado con ella porque presenta tics, absoluta inhibición ideativa y motriz con mutismos y sonrisa estereotipada. (33)

En una sesión el niño situó a "dos boxeadores de pie uno frente al otro, lo que aparece es que uno lleva una camiseta rayada y el otro no". Al preguntarle Dolto que si él estuviera en el dibujo cuál de los boxeadores le gustaría ser, el niño respondió que el de la camiseta rayada. "Las asociaciones demostraron que la camiseta rayada recordaba al jersey de un compañero de clase que, habiendo vuelto de la escuela con una mala nota, había recibido una paliza de su padre". A lo que Dolto pregunta <<"¿Tú querías que tu padre te pegara una paliza? -¡Ah! No es eso lo que quiero decir, sino que su papá se ocupa de él>>.

En efecto, este niño tenía un padre que lo trataba con total indiferencia; en última instancia, este padre no había reconocido a su hijo como alguien válido. Toda la

inhibición del niño pudo expresarse en una autodestrucción de su libido viril, por ausencia de identificación posible a un padre que no se reconocía como tal y que no reconocía en su hijo a un muchacho que iba haciéndose válido, puesto que no tenía ningún interés por él. (34)

Françoise Dolto consideró que el proyecto terapéutico psicoanalítico permitía al niño, mediante las asociaciones libres desbloquear las pulsiones rechazadas, expresarlas mediante las fantasías en la transferencia, al reconocerlas, decodificarlas con relación a la época en que fueron rechazadas y a las relaciones interpersonales o traumáticas de esa época, que el niño volviera a evocar emocionalmente, tanto sobre la persona del analista, en el momento que eran revividas, como también a veces, sobre las personas del medio inmediato del niño. En el análisis infantil no bastaba, como en el de adultos, analizar la transferencia sobre el analista sólo; era preciso analizar también la transferencia sobre las otras personas de quienes el niño hablaba. (35)

Dolto no sólo se basaba en el lenguaje para la interpretación, ya que consideraba que "Un niño expresa por medio de gestos, posturas, dibujos, modelado o música la imagen interna de su fantasía. Nuestro trabajo psicoanalítico consiste siempre en hacer que el sujeto se exprese de otra manera".

Dejaba que el niño pudiera decir todo. Y decir, significaba expresarse. Un niño comprende muy bien cuando se le dice: "Puedes decir con palabras, con modelado o con dibujos." Pero no era más que un medio de expresar sus fantasías de manera diferente. El estaba ahí para comunicarse con usted en relación con su problema. (36)

Tomaba en cuenta al dibujo como un lenguaje diferente del lenguaje hablado. Para ella el dibujo era una estructura del cuerpo que el niño proyectaba, y con la cual articulaba su relación con el mundo... Un dibujo era más que el equivalente de un sueño, era en sí mismo un sueño o, se prefiere, un fantasma que se había vuelto vivo... También encaraba el dibujo desde un punto de vista gráfico y analizaba la manera adoptada por el niño para organizar los distintos componentes del dibujo. El dibujo en tanto material figurativo no tenía mayor importancia: lo que en realidad revelaban las imágenes inconscientes del cuerpo era la forma en que estaban realizados los fondos del dibujo. (37)

Opinaba que: "Las preguntas son a menudo las mejores interpretaciones". (38)

5.4 CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo nos hemos dado cuenta de que todos los autores coinciden en que el juego es parte fundamental en la interpretación cuando se trabaja con niños, ya que es a través de éste como se expresa su inconsciente, por lo que el juego con frecuencia es reemplazado o complementario a los sueños (ya que los niños no siempre traen sueños). Es importante mencionar que cuando los niños les llevaban sueños a todos los autores mencionados en el presente trabajo éstos los interpretaban de la misma manera como interpretaban los sueños de los adultos y también que el juego era interpretado con la misma simbología que los sueños, es decir, tomaban en cuenta la simbología universal pero también al niño como individuo y a su entorno, los juegos también se fragmentaban para su interpretación.

Otra herramienta utilizada por estos autores era el dibujo, también interpretado como los sueños por Anna Freud y Melanie Klein. Dolto por su parte consideraba que el dibujo era la proyección de la estructura del cuerpo del niño y su relación con el mundo y Winnicott intervenía directamente en el dibujo de los niños haciéndoles rayones, a diferencia de las demás autoras quienes se limitaban a observar e interpretar dichos trabajos.

En cuanto a la velocidad de interpretar: Anna Freud no interpretaba demasiado pronto, sino que daba tiempo al niño para ir elaborando poco a poco, tampoco interpretaba directamente, como se mencionó en el ejemplo de la muñeca que quería dar muerte a su madre. En cambio Melanie Klein interpretaba lo más pronto posible con el fin de que el paciente se sintiera gratificado al reconocer una parte de sí mismo hasta entonces desconocida.

Con respecto a esto, Winnicott interpretaba en el momento que consideraba idóneo, es decir, no se apresuraba ni lo tomaba con calma, simplemente esperaba el momento, sus interpretaciones las hacía verbalizando lo que el paciente ponía a su disposición y lo hacía con oraciones cortas.

Winnicott al igual que Mannoni y Dolto lo que buscaban al hacer sus preguntas (interpretaciones) era que el niño encontrara sus propias respuestas, pues coincidían en que sólo él las tenía confiando en que el niño podía hacer sus propias interpretaciones.

Las preguntas que estos autores elaboraban eran a través de afirmaciones hechas por los propios niños.

Por su parte Françoise Dolto a diferencia de Melanie Klein y Anna Freud (cada una con su propio estilo) consideraba que el terapeuta debería intervenir lo mínimo indispensable.

Por último cabe mencionar que todos los autores coinciden en que cuando se trabaja con niños es necesario interpretar no sólo la transferencia con el analista, sino con todas las personas y el entorno que lo rodean, y que esto se puede hacer debido a que la relación del niño con otras personas y espacios todavía no es tan amplia como la de los adultos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Laplanche, Jean. Pontalis, J.B. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor. pp. 201 y 202.
- 2.- Freud, Sigmund. (1988). Obras Completas. "Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (1915-1916). Vol. XV, Buenos Aires: Amorrortu. pp. 138.
- 3.- Freud, Sigmund. (1988). Obras Completas "Intrepretación de los Sueños" (1900 [1899]). Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 123.
- 4.- Freud, Sigmund. (1988). Obras Completas. "Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (1915-1916). Vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 96.
- 5.- Freud, Sigmund. (1988). Obras Completas . "Intrepretación de los Sueños" (1900 [1899]). Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu pp. 120-121.
- 6.- Freud, Sigmund. (1988) Obras Completas "La Intrepretación de los Sueños". Vol. V. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 666.
- 7.- Freud, Sigmund. (1988). Obras Completas "Octava Conferencia Sueños de Niños" (1916-1915 [1916]). Vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 115-121.
- 8.- Freud, Sigmund. (1988). Obras Completas "Más allá del principio de placer" (1920). Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 14 - 17.
- 9.- Freud, Anna. (1989). El Yo y los Mecanismos de Defensa . México: Paidós. 1989. pp. 25 y 26.
- 10.- Ibidem.
- 11.- Freud, Anna. (1989). El Psicoanálisis Infantil y la Clínica . México: Paidós. pp. 73.
- 12.- Freud, Anna. (1977). Psicoanálisis del Niño. Buenos Aires: Paidós. pp.35.
- 13.- Ibid. pp. 34-40.
- 14.- Winnicott, D. W. (1981). El Proceso de Maduración. (Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional). Barcelona: Laia. pp. 142.
- 15.- Freud, Anna. (1989). El yo y los mecanismos de defensa. op.cit. pp. 26.
- 16.- Sandler, Joseph. (1983) Conversaciones con Anna Freud. La Técnica en Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 216 - 217.
- 17.- Ibid. pp. 106

18.-Ibid.pp. 221.

19.- Grosskurth, Phyllis. (1988). Melanie Klein su Mundo y su Obra. Buenos Aires: Paidós. pp.92-

20.- Klein, Melanie. (1976). Obras Completas. "El Psicoanálisis de Niños". Vol. II. Buenos Aires: Paidós. pp.27-28.

21.- Grosskurth, Phyllis. (1988). Melanie Klein su Mundo y su Obra . op.cit. pp.189.

22.- Klein, Melanie. (1976). Obras Completas "Relato del Psicoanálisis de un Niño". Tomo V. Buenos Aires: Paidós. pp. 85-89.

23.- Ibid. pp. 40-43.

24.- Winnicott, D. W. (1981). El Proceso de Maduración. (Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional). Barcelona: Laia. pp.145.

25.- Winnicott, D.W: (1989). Psicoanálisis de una Niña Pequeña . (The Piggel). México: Gedisa. pp. 29-31

26.-Winnicott, D. W. (1981). El Proceso de Maduración. (Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional). Barcelona: Laia. pp. 142-145

27.- Mannoni, Maud. De la Pasión del Ser a la Locura del Saber , Freud, Lacan y los Anglosajones. Buenos Aires: Paidós. pp. 23-24-.

29.- Mannoni, Maud. (1984). El Síntoma y el Saber. Barcelona: Laia. pp. 54.

30.- Dolto, Françoise. (1991). Seminario de Psicoanálisis de Niños. México: SigloXXI. pp.118.

31.- Dolto, F. y Nasio, J. D. (1992). El Niño del Espejo, El Trabajo Psicoterapéutico. Barcelona: Gedisa. pp. 104.

32.- Dolto, Françoise. (1991). Seminario de Psicoanálisis de Niños. op.cit. pp. 26.

33.- Dolto, Françoise. (1988). La Dificultad de Vivir . Tomo II. Buenos Aires: Gedisa.pp. 84.

34.- Dolto, Françoise. (1990). La Imagen Inconsciente del Cuerpo . Buenos Aires: Paidós. pp.12-17.

35.- Dolto, Françoise. (1986). La Dificultad de Vivir. op.cit. pp. 12-17.

35.- Dolto, Françoise. (1991). Seminario de Psicoanálisis de Niños, Tomo I, op.cit. pp. 23-24.

36.- Dolto, Françoise.(1992). El Niño del Espejo, El Trabajo Psicoterapéutico. op.cit. pp. 41- 42.

37.- Dolto, Françoise.(1981). Seminario de Psicoanálisis de Niños. Tomo II. op. cit. pp. 61.

FIN DEL ANALISIS

6.1 OBJETIVO

El objetivo de la presente sección es describir que condiciones tomaba en cuenta cada autor, aquí investigado, para dar por concluido un tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico.

6.2 CONSIDERACIONES PARA EL FIN DEL ANALISIS SEGUN SIGMUND FREUD

Sandor Ferenczi fue quien inauguró la cuestión del fin del análisis. En 1927 afirmó que el análisis no era un proceso sin final, sino que podía llegar a un término natural si el analista poseía los conocimientos y la paciencia suficientes. Consideró que un estado absoluto de salud puede llegar si el paciente analiza completamente todo lo que permanezca escondido con el objeto de que no queden residuos de neurosis ante una posible recaída.

Este psicoanalista caracterizó el final como un proceso en que el paciente se ha convencido por fin de que el análisis era para él un medio de satisfacción nuevo, pero siempre fantástico que no le importaba nada en el plano de la realidad. Y éste descubrimiento era superado poco a poco en un proceso de duelo. (1)

Sigmund Freud comentó que la terapia psicoanalítica, era librar al ser humano de sus síntomas neuróticos, de sus inhibiciones y anomalías del carácter. Se preguntó si se podía alcanzar una curación duradera y si mediante un tratamiento profiláctico era posible prevenir enfermedades futuras.

Afirmó que durante el tratamiento de un conflicto pulsional uno puede proteger al paciente de conflictos futuros, y si es realizable y acorde despertar con fines profilácticos un conflicto pulsional no manifiesto, por el momento deben tratarse juntas, pues es evidente que la primera tarea sólo se puede solucionar si se resuelve la segunda, es decir, si uno muda su conflicto actual, y somete a su influjo, el conflicto posible en el futuro. Este nuevo planteo del problema no es el fondo sino continuación del anterior. Si antes se trataba de prevenir el retorno del conflicto ahora se trata de su posible sustitución por otro. Lo que parece aquí es muy ambicioso y es importante tener en cuenta los límites de la terapia analítica. (2)

Este analista dijo "no tengo el propósito de aseverar, que el análisis como tal sea un trabajo inconcluso. Ya que todo analista experimentado podrá recordar una serie de casos en que se despidió del paciente para siempre porque las cosas anduvieron bien". (3). En el análisis del carácter "no se podrá prever fácilmente un término natural, por más que uno evite expectativas exageradas y no pida del análisis unas tareas extremas. Uno no se pondrá como meta limitar todas las peculiaridades humanas en favor de una normalidad esquemática, ni demandará que los <<analizados a fondo>> no registren pasiones ni puedan desarrollar conflictos internos de ninguna índole. El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría terminada su tarea". (4)

Sigmund Freud dice "para lograr un éxito terapéutico es necesario poner al enfermo en condiciones de asir conscientemente sus mociones inconscientes de desco. Esto se logra a través de las indicaciones que da el paciente, y por medio del arte interpretativo, se lleva el complejo inconsciente ante su conciencia con nuestras palabras. El fragmento de semejanza entre lo que el ha escuchado y lo que busca , eso que quiere irrumpir por sí mismo hasta su conciencia desafiando todas las resistencias, lo habilita para descubrir lo inconsciente. El médico se le anticipa un trecho en el entendimiento; el paciente lo alcanza por sus propios caminos, hasta que se encuentran en la meta marcada." (5)

A la cuestión de si existe un término natural para cada análisis Freud planteó dos significados. "El análisis ha terminado cuando el analista y el paciente ya no se encuentran en la sesión de análisis". Esto ocurre cuando se cumplan dos condiciones: La primera es que el paciente ya no padezca a causa de los síntomas y que haya superado sus angustias así como sus inhibiciones y la segunda es que el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo lo reprimido; esclarecer lo incomprensible; eliminar tanto la resistencia interior y sobre todo que no se repitan los procesos patológicos en cuestión. Y si está impedido en alcanzar esta meta se hablará de un análisis imperfecto mas que de uno terminado". (6)

En la historia del Psicoanálisis quedo atrás, la idea de que la desaparición de los síntomas constituían la cura del paciente. Y además, para quienes toman en cuenta a fondo éste caudal de experiencia lograda, el poder pensar que el criterio de salud mental éste dado en base a la adaptabilidad del paciente, a la cultura en que vive, aunque puedan pensar que un paciente bien analizado debería poderse manejar mejor en esa cultura de lo que lo hacía antes. Pero no significa en lo absoluto, sostener, que el criterio de una adaptación ciega sea sinónimo de salud mental, ya que por el contrario la rebelión contra un ambiente nocivo puede constituir una respuesta de salud del individuo, a través del instinto de vida, que busca una

modificación ambiental para poderse desarrollar, o ayudar a otros que se encuentren sometidos a circunstancias sociales aún peores que las propias. (7)

Sigmund Freud afirmó que era importante mencionar como decisivos para el éxito de nuestro trabajo terapéutico los influjos de la etiología traumática, la intensidad relativa de las pulsiones que era preciso gobernar y la alteración del yo.

Con respecto, a la etiología traumática de las perturbaciones neuróticas, se mencionan de diferentes situaciones: pulsiones hipertensas refractarias por el yo y por el efecto de traumas tempranos de los que el yo no puede dominar. Existe una acción conjugada de ambos factores, el constitucional y el accidental. Mientras más intenso sea el primero tanto más trauma lleva a la fijación y deja como secuela una perturbación del desarrollo; y cuanto más intenso sea el trauma, más se exterioriza su prejuicio, aún bajo constelaciones pulsionales normales. No hay ninguna duda de que la etiología traumática ofrece al análisis, un fortalecimiento del yo y sustituye la decisión deficiente de la edad temprana por una tramitación. Sólo en un caso así se puede hablar de un análisis terminado definitivamente.

Por otra parte, la intensidad constitucional de las pulsiones y la alteración perjudicial del yo, adquirida en la lucha defensiva, en el sentido de un desquicio y una limitación, eran las consecuencias desfavorables para el efecto del análisis y eran capaces de prolongar su duración hasta lo inconcluyente.

Por último, la alteración del yo es adquirida durante las luchas defensivas de la edad temprana, el yo tiene que procurar el cumplimiento de su tarea, mediar entre el ello y el mundo exterior al servicio del principio del placer, así como prever al ello de los peligros del mundo externo. Si durante el proceso aprende a adoptar una actitud defensiva también frente al ello, y tratar sus exigencias como peligros externos, esto lo lleva a conflictos con el mundo exterior. El yo se acostumbra entonces, bajo el influjo de la educación, a trasladar el escenario de la lucha hacia adentro a dominar el peligro interior antes de que haya devenido un peligro exterior. Durante esta lucha el yo se vale de diferentes mecanismos de defensa para evitar el peligro, la angustia y el displacer en el trabajo analítico. (8)

Con el fin de ejemplificar como Freud concluyó un proceso analítico, retomaremos el caso Hans.

Como sabemos, Hans padecía fobia a los caballos, la cual representaba el temor a que su padre lo castrara por los deseos incestuosos hacia su madre.

Algunos de los factores que influyeron en su reestablecimiento fueron dos fantasías: La primera consistía en que lo había visitado un instalador, y que con unas tenazas le había quitado primero el trasero y le había dado otro, y después le quitó el "hace pepi" y le había puesto uno como el de su papá. Esta fantasía representaba el triunfo sobre su padre y la superación de su angustia de castración. La segunda se refería al deseo de estar casado con la madre y tener con ella muchos hijos. La fantasía no agotaba meramente el contenido de aquellos complejos inconscientes que habían sido tocados y habían desarrollado angustia a la vista del caballo que caía, sino que también corregía lo que en aquellos pensamientos era lisa y llanamente inaceptable, puesto que en vez de matar al padre, lo volvió inofensivo elevándolo a la condición de marido de la abuela. Mediante esta otra fantasía concluyeron, con justo título, la enfermedad y el análisis.

Los primeros éxitos que se obtuvieron en el caso del pequeño Hans fueron dominar parcialmente el complejo de castración y ser capaz de comunicar los deseos hacia su madre, por medio de fantasías.

Además dejó de temer a los caballos y logró mantener un trato más familiar con su padre, quién ya había ganado su confianza. Con el tratamiento analítico no se deshizo el resultado de la represión, sino que, las pulsiones que fueron entonces sofocadas siguieron siendo sofocadas, pero alcanzó otro camino: sustituyó el proceso de represión, automático y excesivo, por el dominio, mesurado y dirigido a una meta, con auxilio de las instancias anímicas superiores, en una palabra: sustituyó la represión por el juicio adverso. (9)

6.3 CUANDO LLEGA A SU FIN EL ANALISIS SEGUN CADA UNO DE LOS AUTORES MENCIONADOS

Por su parte, Anna Freud esperaba completar el tratamiento de un niño con mayor rapidez que en el caso del análisis de adultos, debido a la inmadurez de la personalidad infantil, el analista se veía enfrentado a una estructura no establecida en la mente del paciente, tenía que abrirse paso a través de menos capas superficiales antes de llegar al contenido inconsciente, en consecuencia sería más fácil llegar a la interpretación y a la elaboración y así lograr el efecto terapéutico final. Sin embargo estas esperanzas eran infundadas, debido a que no se encontró diferencia en el ritmo de los procesos curativos, en la liberación de fijaciones o reversión de regresiones. (10)

También pensaba que el análisis era un instrumento poderoso que permitía fortalecer la personalidad del niño y que era necesario como extensión de la crianza del pequeño, por lo cual consideró que el análisis debía extenderse durante un período prolongado y de esta manera apoyar al niño a lo largo de todos los accidentes del desarrollo; encarar en cada etapa del desarrollo los remanentes que podían obstaculizar el progreso. Es por esto que los analistas no debían darse por satisfechos con la conclusión del tratamiento antes de que hubiera culminado el proceso de desarrollo y una anhelada madurez. (11)

Durante el tratamiento, el analista se convierte en una figura importante en la vida del niño, posición que no debe exclusivamente a la transferencia producida, en el curso de la cual el niño desplaza sobre la persona muchas de las reacciones pasadas y presentes provocadas por la figura de los padres, y que por propio derecho sólo tienen cabida en el marco de su interrelación con estos últimos. El psicoanalista es una persona "real" en la vida del niño, un adulto en quien puede depositar confianza, al que puede admirar, contra el que puede rebelarse e identificarse, una figura poderosa y una guía orientadora en el curso del desarrollo infantil. Entonces cuando finaliza el tratamiento éstas funciones se revierten hacia los padres, sin importar en absoluto si las van a cumplir y en que medida.

El terapeuta que permite reincorporar al niño en el ambiente familiar y se desvincula sobre lo que le va a ocurrir al paciente, y teme sobre el manejo poco juicioso de la situación, destruye los efectos del análisis; además, cuanto más pequeño sea es mayor la preocupación del analista. Hasta ahora nadie ha descrito el tipo de cuidados que debe de recibir el niño una vez concluido el tratamiento. (12)

Anna Freud dijo que de los motivos frecuentes de desacuerdo entre padres y analistas con respecto a la duración del tratamiento de niños es la evaluación de la sintomatología manifiesta. Los padres piensan que cuando desaparecen los síntomas, se sienten justificados en poner fin al tratamiento, el cual les exige considerables sacrificios en cuanto a tiempo y esfuerzo. Afirman carente de bases reales la insistencia del psicoanalista en el sentido de que la terapia se halla incompleta y debe proseguir el tratamiento.

Por ejemplo: "se trataba de una niña de seis años que alarmaba profundamente a sus padres al reaccionar con ataques de pánico, siempre que debía concurrir a la escuela. Los padres solicitaron hora con urgencia, a los efectos de iniciar el tratamiento del caso con la mayor rapidez posible. Pero una vez concertada la entrevista recibí un sorprendente llamado telefónico del padre. Este anuncio que la pequeña se había tranquilizado y parecía deseosa de asistir el día siguiente. En tal caso explicó, la madre por supuesto, cancelaría la entrevista, y procurarían no

volver a mencionar nunca el incidente. El hombre no parecía comprender en lo más mínimo que la resistencia de la niña a asistir a la escuela no era sino la manifestación superficial de una profunda angustia subyacente que debía ser aliviada".

Otra de las motivaciones de los padres para dar por terminado el análisis de niños es cuando el sujeto que configura un caso atípico, autismo o limitrofe, parece alentar alguna esperanza de mejoría por pequeña que sea. Muchas veces las madres de estos niños se han tomado infinitas molestias para ocultar la anormalidad del pequeño bajo una ligera apariencia de adaptación social, como por ejemplo, el control de esfínteres o cierta medida de conducta. Aunque no todo fuera resultado de una ejercitación mecánica, permitía satisfacer el objetivo específico de la madre; lograr que el niño permanezca dentro del círculo familiar, mitigar el completo rechazo del padre. (13)

Anna Freud, al terminar el análisis de un niño entraña la completa separación del analista como habitualmente ocurre con pacientes adultos. En los niños se produce la pérdida de un objeto real, así como la pérdida de un objeto transferencial, y esto complica las cosas. Establecer una ruptura absoluta a partir de una determinada fecha no hace sino determinar otra separación, por demás innecesaria. Si se logra un progreso normal, de todos modos el niño mismo se apartará con el correr del tiempo, así como los niños se independizan de sus maestras y sus amigos en ciertas etapas de su vida. El analista puede permitir que se desarrolle este proceso de separación reduciendo, la frecuencia de las visitas, y a menudo es el niño mismo quien lo sugiere. Entonces el analista se convierte en una figura benevola que ocupa un segundo plano en la vida del niño en lo sucesivo éste puede visitar y recordar en ciertas ocasiones que debiera ser accesible a este género de contactos.

Con respecto a lo anterior Katrina una niña de seis años y un mes comenzó el tratamiento y tenía ocho años y ocho meses cuando concluyó. Después de dos años de tratamiento, se manifestaron señales de que Katrina estaba entrando en el período de latencia y de que el proceso analítico de alguna manera estaba obrando contra esta tendencia. Katrina se hallaba contenta ante las perspectivas de no tenerse que presentar a las sesiones, aunque también mostró su aprehensión y temor de que el tratamiento cesará inmediatamente. Si bien la terapeuta y la niña decidieron en reducir las sesiones a tres horas semanales, la necesidad de ésta de controlar la situación se manifestó cuando faltó a una de esas dos sesiones y dijo luego que deseaba asistir sólo dos veces por semana. Después de un período vacacional deseaba solo una sesión semanal y siete semanas después decidió terminar el tratamiento. Un rasgo de los últimos meses del tratamiento consistió en el intento de Katrina de asegurarse de no perder contacto con el terapeuta.

Más adelante, Katrina pidió ver al terapeuta en intervalos de alrededor de seis o nueve meses durante los dos años que siguieron a la terminación del análisis. También enviaba tarjetas postales a la terapeuta con motivo de las fiestas, pero poco a poco fue haciéndolo con menos frecuencia. (14)

Anna Freud señaló que el retorno de síntomas hacia el final de un análisis puede tener muchas significaciones además de la posibilidad de que haya que realizar más trabajo analítico en relación con los síntomas mismos. No siempre resulta fácil diferenciar entre lo que queda por hacer y lo que es una recapitulación del pasado como reacciones al finalizar el análisis.

Consideraba por terminado el tratamiento cuando las fuerzas del desarrollo se liberaban y volvían a cobrar primacía. Sin embargo creía que en la práctica era difícil determinar en qué momento preciso se producía el cambio en la personalidad del niño y en qué punto exacto de su estructura tenía lugar. (15)

Para Donald W. Winnicott, el análisis concluía cuando el niño llegaba a los 11 o 12 años y empezaban a aparecer las complicaciones propias de la prepubertad y la pubertad, tanto en lo que se refería a los cambios reales como a los incidentes que pudieran presentarse como: angustias ligadas a la masturbación, amistades traumatizantes, grandes pasiones, seducciones. Lo cual lo conducía a exacerbar las defensas y a provocar una angustia franca.

Aconsejaba el análisis terminara antes del inicio de la pubertad o prosiguiera durante los primeros años de la misma. Quizá algunos analistas al seguir la segunda alternativa ven a sus pacientes con menos frecuencia, manteniéndose en contacto con ellos. Donald Winnicott no consideraba finalizado el tratamiento mientras perdurara la enfermedad. (16)

Tanto para Winnicott como para Anna Freud, el papel de las relaciones familiares podía ser determinante para la consecución exitosa del análisis. Sin embargo creían que éste se complicaba por la mezcla con la labor educativa. "En el análisis del niño se ponen en juego la tolerancia o intolerancia de los padres, los involucra y los hace sentir que se toma una posición crítica frente a ellos. En ocasiones soportan mal la transferencia, lo que se traduce en resistencia a la duración del análisis, a la frecuencia de sesiones, al pago, etc. Además la terminación puede verse afectada por intolerancia a los cambios del niño y por los acting out de los padres".

Convergian en que todo lo que se refería al fin de análisis debían buscar la participación conjunta del paciente, del analista y de los padres, lo que en la práctica no siempre era posible.

Winnicott consideró conveniente que los padres también se analizaran, ya que a veces el niño se enfrenta a una contradicción entre su trabajo analítico y la familia. Si los padres tenían este apoyo se minimizaban las dificultades que podría traer consigo esta contradicción. (17)

La teoría de D. Winnicott **ilusión-desilusión gradual** es comparable al fin de análisis, ya que en ambas, el individuo debe resolver por sí mismo el duelo que implica la pérdida de un objeto de amor y de satisfacción, en el caso del análisis también la de un objeto transferencial. La experiencia de destete permite que haya una continuidad entre el mundo interno del niño y la realidad externa. Lo mismo sucede al terminar la relación analítica, es decir, es necesario establecer una continuidad psíquica y emocional con el medio ambiente.

Esta teoría dice lo siguiente: "La tarea del destete es una de las obligaciones de los padres y de los educadores. En otras palabras, el aspecto de la ilusión es intrínseco de los seres humanos y es el individuo quien lo resuelve por sí mismo. Si las cosas salen bien en ese proceso de desilusión gradual, queda preparado el escenario para las frustraciones que se denomina destete. Sin embargo es preciso recordar que cuando se habla de los fenómenos que rodean al destete, se da por supuesto el proceso subyacente gracias al cual se ofrece una oportunidad para la ilusión y la desilusión gradual. Si la ilusión-desilusión toman un camino equivocado, el bebé no puede recibir algo tan normal como el destete, ni una reacción a este, y entonces resulta absurdo mencionarlo siquiera. La simple terminación de la alimentación a pecho no es un destete. Se advierte la enorme importancia de este en el caso del bebé normal. Cuando se observa la compleja reacción que se desencadena en determinado bebé debido al proceso del destete, se sabe que puede producirse en él porque el proceso de ilusión-desilusión se desarrolla tan bien que se puede hacer caso omiso de él mientras analizamos el destete real."

"La tarea de aceptación de la realidad nunca queda terminada, que ser humano alguno se encuentra libre de la tensión de vincular la realidad interna con la exterior. El alivio de esta tensión lo proporciona una zona intermedia de experiencia, la cual es una continuación directa de la zona de juego del niño pequeño que se pierde en sus juegos".

En la infancia la zona intermedia es necesaria para la iniciación de una relación entre el niño y el mundo, y la posibilita una crianza buena en la primera fase crítica. Para todo ello es esencial la continuidad del ambiente emocional exterior y de determinados elementos del medio físico tales como el o los objetos transicionales. Los objetos y fenómenos transicionales pertenecen al reino de la ilusión que constituye la base de iniciación de la experiencia. (18)

Para Melanie Klein, la terminación de un análisis, reactivaba en el paciente las situaciones más tempranas de separación, y era una experiencia similar al destete. Sostuvo que antes de dar por terminado un análisis era importante preguntarse si los conflictos y las ansiedades vividos en el curso del primer año de vida habían sido suficientemente analizados y elaborados en el curso del tratamiento.

Melanie Klein dividió estas ansiedades en dos: la ansiedad persecutoria y la ansiedad depresiva. La ansiedad persecutoria, predomina en los primeros meses de vida, se refiere a los peligros que amenazan al yo. Se caracteriza por la disociación del yo de los objetos en objetos perseguidores y objetos idealizados y la ansiedad depresiva, llega a su cúspide hacia la mitad del primer año, surge de procesos de síntesis del yo. La integración creciente de esta instancia psíquica da lugar a la integración de los aspectos malos y buenos de los objetos, en consecuencia modifica los sentimientos de amor y de odio. Por lo tanto en la ansiedad depresiva el peligro es la amenaza al objeto de amor por la propia agresión al sujeto. En la posición depresiva surge el sentimiento de culpa y como consecuencia del impulso a reparar o preservar al objeto. El yo se protege del dolor de la posición depresiva por medio de las defensas maníacas que incluyen mecanismos como la escisión y la idealización entre otros. Las ansiedades depresivas y persecutorias son elaboradas y superadas y las defensas maníacas disminuyen en el curso del desarrollo infantil.

Para esta analista la terminación de un análisis se acompañaba de sentimientos penosos que hacían revivir ansiedades tempranas y, culmina en un estado de duelo. Cuando la pérdida que representaba el final de análisis se había producido, el paciente tenía que llevar por cuenta propia una parte del trabajo de duelo. Esto explicaba el hecho de que después de la terminación de un análisis se consiguiera un mayor progreso, si las ansiedades persecutorias y depresivas habían sido ampliamente modificadas, el paciente podía llevar por sí mismo la parte final del trabajo de duelo, que implicaba una prueba de realidad. Además pensaba que cuando se decidía concluir el proceso analítico era muy útil que el paciente supiera la fecha de terminación con varios meses de anticipación. Esto le ayudaba a elaborar y disminuir el sufrimiento inevitable de la separación, mientras estaba todavía en análisis, y le allanaba el camino para que terminara exitosamente el trabajo de duelo por su cuenta. (19)

Para llevar a cabo el duelo que implicaba la separación del analista y el final del análisis era necesario el proceso de elaboración. Este consistía en la etapa del análisis en que el material anterior había sido aceptado se ligaba al actual; esto demostraba que se había hecho un progreso en la profundidad con que se podía conocer a sí mismo, en la comprensión y en la integración de su personalidad. Por lo

tanto la elaboración completa de los contenidos, constituía la condición necesaria para que se llegara a resultados estables.

Para ejemplificar como se dá el proceso de elaboración se expondrá el Caso de Richard atendido por Melanie Klein. Desde el inicio del tratamiento se le dijo al pequeño que éste duraría 4 meses, pero que si él lo deseaba continuarían con el trabajo y que más adelante se pondrían de acuerdo. Es importante aclarar que el resultado del análisis de Richard fue parcial debido al poco tiempo el que se dispuso para analizar profundamente las ansiedades, transferencias y cambios que se iba presentando. A pesar de esto los cambios que se dieron en él fueron duraderos.

A continuación se expondrán algunos fragmentos de como elaboró el fin del análisis el pequeño Richard:

Casi a la mitad del proceso manifestó su inquietud por saber "Cuánto suele durar el análisis de los demás niños". El suyo sólo iba a durar tres meses. Melanie Klein (M.K.) le preguntó por qué creía que iban a ser tres meses; pero Richard no contesta. Le dije entonces que todavía no era seguro que durara tres o cuatro meses, pues aún no estaba segura de la fecha de su partida, pero tenía la esperanza de poderlo continuar más adelante. En una ocasión iban caminando por la calle en silencio, y Richard preguntó a M.K. si se iba a quedar en Londres. M.K. le contestó que sí. Richard quedó muy angustiado, evidentemente preocupado por el peligro al que ella se exponía y por el fin prematuro de su análisis.

Richard expresó su angustia preguntando a M. K.: "¿Debes realmente irte? ¿Por qué?" y "¿Si te murieras, mamá sabe quién podría continuar con el tratamiento?" Fué así como el niño explicitó que el trabajo que habían realizado había sido de mucha ayuda y utilidad. A la mitad del tratamiento manifestó a través de sus juegos su preocupación por la partida de Klein. La analista le recordó que sólo faltaban dos meses para concluir el trabajo. A lo que él respondió: "quizás yo tenga que ir a Londres". Richard se deprimió al pensar en las dificultades por las que pasaría en esos momentos y que tal vez no tendrían tiempo para resolverlas.

Un mes antes de concluir el tratamiento Richard tomó plena conciencia de que dentro de algunas semanas M. K. partiría. El niño demostró tristeza y temor. M. K. preguntó si lo que le preocupaba es saber cómo se las iba a arreglar sin análisis. Richard confirmó esto diciéndole que temía que sus miedos volvieran a aparecer (retorno de síntomas). M.K. le preguntó qué miedos eran los que habían desaparecido. Richard contestó que ahora no tenía miedo de los niños. Tras una pausa añadió que no sabía cuáles eran los otros temores, pero que se sentía mucho

mejor. M.K. le preguntó si con esto quería decir que estaba menos preocupado y que se sentía feliz. Richard dijo que sí.

En este momento cercano a la partida de M. K. operó con mucha fuerza el temor ante su pérdida, toda la ansiedad que está le producía la necesidad de ser querido representaban sus sentimientos más tempranos ante la pérdida del pecho, así también como envidia, celos y ansiedad persecutoria asociados a la misma.

Esto último originó cambios y fluctuaciones de una posición a otra, que fueron indicios de inseguridad, inestabilidad y enfermedad en Richard. Sin embargo cuando inició el tratamiento tenía miedo de salir solo a la calle, y en ese momento, a pesar de las separación era capaz de pedir prestada una bicicleta y de salir con ella al atardecer. Posteriormente pudo controlarse y pasar por delante de la casa de su analista sin intentar verla.

En una de las últimas sesiones, Richard llevó poco material e hizo largos silencios. Resultó evidente que se encontraba bajo el pleno impacto de la depresión procedente a su separación. A partir de la negativa a apoyar su proyecto de ir con Klein a Londres (deseo que había expresado en sesiones anteriores), había hecho que aumente la depresión y la ansiedad que sentía por su partida.

Un rasgo particular de estas últimas sesiones y que se mantuvo hasta el final, lo constituyó la fuerte decisión consciente e inconsciente de Richard de terminar el análisis de manera amistosa y no demasiado penosa para el analista. La fuerza con la cual controló su agresividad era llamativa. Este deseo de terminar el análisis manteniendo con Klein una buena relación, influyó en su actividad, en su juego y en sus dibujos. Hasta el final del proceso, Richard trató de hacer lo que él llamaba "el trabajo" lo mejor posible.(20)

Por último, Melanie Klein opinaba que: "Ningún análisis de niño, cualquiera su edad, puede darse por realmente terminado hasta que el niño no haya empleado en el análisis su más amplia capacidad de hablar. Puesto que el lenguaje constituye uno de los puntos de contacto entre el individuo y el mundo exterior." (21)

Francoise Dolto dijo: "Un tratamiento no finaliza porque los síntomas más molestos hayan desaparecido. Termina cuando la relación emocional paciente-terapeuta hizo revivir la situación emocional del sujeto con su medio en el momento que tuvieron lugar las experiencias traumáticas más arcaicas". (22)

En opinión de Dolto, cuando se llegaba al final de un tratamiento se le debía explicar al niño que su separación se trataba de algo definitivo, él no volvería a verla

jamás, y le decía que si ella moría estaría muy contenta de que él viviera bien. Hablaba al niño de su muerte, de que no tendría necesidad de ella, que papá y mamá eran más importantes que su analista. Para este adiós Dolto asignaba el número de sesiones necesarias, por lo general era el niño quien decidía el número de encuentros antes del final². (23)

Françoise Dolto sostenía que la conclusión de todo proceso analítico angustiaba a los padres. Por eso era necesario tomar conciencia del hecho de que se habían recargado sobre el psicoanalista y que habían descuidado un poco su papel de apoyo, a la educación del niño. Esta analista hacía saber a los padres que ellos podrían verla si su hijo se mostraba ansioso, pero que al niño no lo vería más. (24)

Esta autora afirmó que el tratamiento de un niño nunca se podía dar por terminado; todo lo que podía decirse en cierto momento, era que en el estado actual de las cosas, era conveniente suspender por un tiempo la frecuencia del psicoanalista, a reserva de que este último viera a los padres de tarde en tarde para ayudarlos a apoyar las sublimaciones del niño y también tolerar reprimirlo en algunas de sus manifestaciones.

Si el análisis terminaba antes de la entrada a la fase edípica y los padres requerían del consejo del analista, éste habría de ayudarlos a significar a su hijo la prohibición del incesto, es decir, a instaurar la castración edípica. No era sino hasta después de la resolución edípica cuando se podía estar seguro de que la neurosis preedípica del niño estaba realmente curada y que su evolución ulterior tenía todas las posibilidades de realizarse bien. (25)

Dolto consideraba que interrumpir un tratamiento antes de término no siempre era dramático, pero constituía una posible recaída en el futuro, ocasionada por las pruebas difíciles de una fase evolutiva posterior, que por su resonancia podía despertar las angustias de las fases precedentes que no llegaron a expresarse acabadamente. Y agregó, cuanto más se tratara una neurosis, más se evitarían las complicaciones tardías. De igual manera expresó que en un proceso de análisis no había más que ventajas, y que incluso, un tratamiento abreviado o interrumpido traería aparejados resultados positivos en profundidad, aun cuando los efectos aparentes fueran nulos o desaparecieran como si el tratamiento hubiera sido inútil.

² Es importante mencionar que en ese momento a Françoise Dolto se le había detectado una enfermedad terminal, la cual no le iba a permitir continuar el trabajo de seguimiento con sus pacientes y por tal motivo marcaba punto final a sus casos.

Las ventajas residían en una menor vulnerabilidad en las pruebas por venir, a pesar de que las secuelas de las pruebas de la primera infancia no hubieran podido ser borradas por completo. (26)

Maud Mannoni opina que el análisis debe interrumpirse, cuando el niño está en condiciones de vivir por sí solo las dificultades de la crisis edípica.

Se basa en un paralelismo hecho por Sigmund Freud entre el proceso psicoanalítico y un juego de ajedrez.. En este juego sólo se pueden enseñar aperturas y finales, lo mismo ocurre con los tratamientos psicoanalíticos.

Manonni opina que a esta analogía entre el ajedrez y el proceso terapéutico, se puede agregar que el final del tratamiento de un niño está íntimamente relacionado con las piezas que se jugaron en el inicio. Y en esta apertura del proceso terapéutico de un niño está incluida la pareja de los padres. (27)

6.4 CONCLUSIONES

Como observamos los autores aquí revisados opinaban que un análisis nunca se concluía por completo puesto que en ocasiones quedan fragmentos a nivel inconsciente sin resolver.

Anna Freud y D. W. Winnicott establecían una ruptura parcial con el paciente una vez concluido el trabajo analítico, puesto que lo veían si él así lo requería y cuantas veces lo solicitaran. Esto mismo lo aplicaban con los padres del analizante. En cambio Françoise Dolto marcaba una ruptura total con el niño una vez finalizado el tratamiento, sin embargo, atendía a los padres, con el fin de orientarlos en su función como padres. Sigmund Freud, Melanie Klein y Maud Mannoni no hicieron referencia a este punto. Sin embargo todos ellos estaban de acuerdo en avisar al niño cuando finalizaría el tratamiento para que fuera elaborando la separación y/o el duelo.

Por otra parte, Anna Freud y Melanie Klein hablaban acerca del retorno de los síntomas que aparecían al fin del análisis, dando al paciente la sensación de estar igual que cuando inició el tratamiento. Sin embargo esta era una recapitulación del pasado a través de estas reacciones.

Todos los analistas estaban de acuerdo con superar angustias e inhibiciones así como esclarecer lo incomprendible, para poder dar por concluida su labor analítica, tomando en cuenta tanto los factores latentes como manifiestos del paciente. Melanie Klein a diferencia de los demás analistas ponía énfasis en que se superaran las angustias y conflictos que se presentaron durante el primer año de vida. Para evitar que reaparecieran en el futuro.

Estos analistas coincidían en que existían factores que influían en la terminación del análisis tales como: el origen del síntoma, la intensidad del mismo, los mecanismos de defensa de los que hacía uso el yo, los padres, la escuela y el propio analista

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Etinger de Alvarez, Diana. (1989) Sobre el Final de Análisis de la Clínica a la Teoría, La escuela de Escansión Nueva Serie 1, Fundación del Campo Freudiano. México: Manantial. pp. 65-78.
- 2.- Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas, "Análisis Terminable e Interminable", (1937), Buenos Aires: Amorrortu. Vol. XXIII. pp. 219.
- 3.- Ibid. pp. 223.
- 4.- Ibid. pp. 251.
- 5.- Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas, "Análisis de la fobia de un niño", (1909). Buenos Aires: Amorrortu. Vol. X. pp. 98.
- 6.- Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas, "Análisis Terminable e Interminable", (1937), op. cit., pp. 222.
- 7.- Bucuré, Norberto, Oscar (1985) Analista Terminable y Psicoanálisis Interminable. pp.361 - 371.
- 8.- Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas, "Análisis Terminable e Interminable", (1937). op. cit., pp. 223-224, 227, 237 y 238.
- 9.- Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas, "Análisis de la fobia de un niño", (1909). op. cit., pp. 98 - 99, 115 - 116.
- 10.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica. México: Paidós. pp. 107.
- 11.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica, op. cit., pp. 119.
- 12.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica, op. cit., pp. 117 - 118.
- 13.- Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica, op. cit., pp. 112 - 115.
- 14.- Sandler, Joseph. (1983) Conversaciones con Anna Freud. Buenos Aires: Gedisa. pp. 307-308.
- 15.- Freud, Anna. (1981) Psicoanálisis del niño. Buenos Aires: Hormé. pp. 62.
- 16.- Winnicott, D.,W.. (1985) El Proceso de Maduración, (Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional). Barcelona: Laia. pp. 146.
- 17.- Martínez y Aguilar, Yolanda. (1985) La Terminación del Análisis en el Psicoanálisis de Niños. Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. XVIII, 3 y 4, julio-diciembre, pp. 167.

- 18.- Pedder, R., Jonhatan. (1988) Termination Reconsidered, International Journal of Psychoanalysis, pp. 497.
- 19.- Klein, Melanie. (1962) Sobre los Criterios para la Terminación de un Psicoanálisis. Tomo IV, No. 2, Publicación de la Asociación Psicoanalítica de Uruguay, Montevideo. pp. 280 -286.
- 20.- Klein, Melanie. (1975) Obras Completas, "Relato del Psicoanálisis de un Niño". Buenos Aires: Hormé. Vol. 5. pp.178, 179, 190, 237, 252, 254, 330, 346, 353, 354, 398, 407, 424, 431, 452, 454, 463.
- 21.- Klein, Melanie. (1987) Obras Completas, "El Psicoanálisis de Niños". Buenos Aires: Paidós, Vol. II. pp. 34.
- 22.- Dolto, F., y Nasio, J., D. (1987) El Niño del Espejo. El Trabajo Psicoterapéutico. Barcelona: Gedisa. pp. 119.
- 23.- Dolto, Françoise. (1985) Seminario de Psicoanálisis de Niños. México: Siglo XXI, Tomo II. pp.189.
- 24.-Ibid. pp. 184 - 185, 189 - 190.
- 25.- Ibid. pp. 184 - 186.
- 26.- Dolto, F., y Nasio, J., D. (1987) El Niño del Espejo, El Trabajo Psicoterapéutico, op. cit. pp. 119 - 120.
- 27.- Mannoni, Maud. (1985) Un Saber que no se Sabe. Buenos Aires: Gedisa. pp. 69.

VIÑETA DE CASOS

7.1 CASO MAGALI

**Caso presentado por Adriana Acosta.
Asesor: Dr. David Gilling.**

Decidimos presentar este caso para señalar algunos de los aspectos del tratamiento con niños y como cada uno de los elementos que hemos considerado en esta tesis tiene su efecto. Se hará referencia a dos elementos en particular: resistencia y contratransferencia, se resaltarán cómo se manifestaron en el proceso psicoterapéutico y que consecuencias tuvieron, tanto en el curso de éste, como en la conclusión del tratamiento. De igual manera se mencionará como se manifestó el síntoma y cuál fué la motivación inconsciente de éste.

El tratamiento de Magali se llevó a cabo en 110 sesiones.

La madre de Magali se presentó sola a las entrevistas preliminares. El motivo de consulta fue por una dermatitis, la cual apareció en ambos brazos y, en el momento de consultar empezaba a salir en las corvas de las rodillas. La madre dijo ser ella la causante del malestar de Magali; pues ya había sido atendida por un dermatólogo y el cuadro no cedió. Además decía tratarla con demasiada dureza, no era afectuosa con ella, le exigía mucho en todo lo que la niña hacía y estaba consciente de que tenía una marcada preferencia por el hermano mayor. Cabe mencionar que la madre de Magali tenía algunos años en tratamiento psicoterapéutico, quizá esto le permitió comprender como era su relación con la niña.

La madre decidió embarazarse de Magali porque su relación de pareja ya estaba deteriorada, ella creyó que otro hijo podría acercarlos nuevamente. El padre decidió abandonarla cuando se enteró que esperaba otro bebé. El señor no deseaba tener más hijos, por lo tanto, su embarazo se tornó una carga y, motivó la separación definitiva de la pareja.

El período de gestación fue normal, lo mismo que el parto. Del desarrollo pos natal la madre no recordaba con precisión muchos detalles. Se acordó de haberla amamantado, pero no por cuanto tiempo. Al parecer no hubo trastornos durante la lactancia, ni durante el control de esfínteres. Magali caminó y dijo sus primeras

palabras al año. Según recuerda su madre aprendía con mucha rapidez y no presentó ningún problema de lenguaje.

La señora opinaba que su hija era una niña precoz, pues hablaba muy bien desde pequeña; todo le llamaba la atención, hacía preguntas constantemente; jugaba a tener hijos desde que era muy niña y sabía como nacían. También jugaba mucho con el hermano, en sus juegos había demasiado contacto físico, la señora no los refiere como juegos sexuales. A Magali le gustaba pasear por la casa en calzoncillos o usar vestidos cortos para mostrar sus piernas y su trasero. Este comportamiento se debía a que la niña estaba fuertemente erotizados, pues, su madre permitía que la viera mientras tenía relaciones sexuales con su pareja. Al principio ella no lo sabía, hasta un día que se dio cuenta que Magali y su hermano la miraban por la cerradura de la puerta. A pesar de saberlo no tomó ninguna medida al respecto, así que en ocasiones subsecuentes ella estaba consciente de los niños la observaban.

La madre de Magali creía que la precocidad, en términos de manifestaciones sexuales, se debía a la forma en que la señora, llevaba su vida sexual. También lo atribuía a que en una ocasión, el padre de la señora, le tocó los genitales a Magali. La señora suponía que a la niña le había gustado y por eso tenía conductas "exhibicionistas" (así las llamaba la ella).

Esto fue todo lo que la madre dijo sobre Magali. Después de las entrevistas se decidió el tratamiento de la niña. Se fijó para éste un día a la semana, porque la situación económica y laboral de la familia, no se prestaba para trabajar otros días a la semana. Se le dijo a la señora que las sesiones podrían ser de 15 a 60 minutos. La cuota, en este caso, se estableció de acuerdo a los lineamientos de la institución. Conforme a esto se llevó a cabo una entrevista socioeconómica y se asignó el costo por sesión de acuerdo a los posibilidades económicas de la madre de la niña. En cuanto al pago simbólico, se le explicó, a la señora, que éste sería una cuota asignada a Magali, por lo tanto, consistiría en lo que la niña deseara llevar sesión a sesión. Se le pidió que dejara a la niña elegir libremente que llevar para "pagar" el tratamiento, pues ella debía ser responsable del mismo. De igual modo se le sugirió no hacer preguntas a la niña acerca de lo que hacía durante la consulta, que dejara que ella se lo dijera, si así, lo quería. Se aclaró que podría ser solicitada para otra entrevista, en caso de considerarlo necesario. También ella podía pedir un cita nuevamente, si deseaba agregar algo más o comentar cualquier cosa relacionada con Magali. Los términos del contrato terapéutico se establecieron de acuerdo a los principios planteados por Françoise Dolto en iniciación del tratamiento (ver capítulo dos).

No se entrevistó al padre de Magali, pues como se mencionó anteriormente el señor abandonó a la familia antes de que la niña naciera. Después de esto la señora lo vió en dos ocasiones. Una de ellas en un banco, donde él trabajaba. el encuentro no fue casual; la madre fue con la intención de que viera a los niños. La señora no les dijo nada a los niños; sólo se acercó a la caja (donde él estaba) para preguntar algo y para que él pudiera verlos. La segunda vez lo encontraron en un transporte público; en esta ocasión la madre señaló a un hombre y les dijo "ese es su padre". Magali y su hermano sabían que el padre se había marchado hacia tiempo. Magali nunca lo había visto, ni siquiera en fotos, y tampoco preguntaba por él.

Magali tenía 5 años 6 meses cuando empezó su tratamiento. En la primera sesión entró al consultorio sola y sin protestar. Después de presentarme le entregué su caja. La cual contenía hojas blancas, lápices, colores, plastilina, acuarelas, goma, algunos muñecos de tela, palillos de madera, etc. Pasaron varios minutos; Magali permaneció en silencio, después tomó la caja y sin decir nada sacó las hojas y los colores; hizo un dibujo y cuando terminó me miró y exclamó "son niños jugando en el parque". Miró a su alrededor y preguntó "¿aquí vamos a trabajar?"; respondí que el espacio podía cambiar, pues no era posible hacer uso de un solo consultorio, debido a que la institución no asignaba cubículos a los terapeutas, por lo tanto, le dije, que usaríamos el que estuviera disponible a la hora de su sesión.

Magali siguió dibujando, en esta ocasión hizo unas montañas con árboles en la parte superior y niños caminando por las montañas. Cuando terminó preguntó si la caja era solo para ella, respondí que sí y que podía utilizar lo que en ella había como quisiera. Pregunté si sabía por qué estaba ahí; después de un rato, dijo que su madre la había llevado porque (la madre) decía que la forma en que la trataba la afectaba, y agregó "mi mamá prefiere a mi hermano y a mi no me gusta, las mamas deben querer a sus hijos". Yo agregué "¿mamá no te quiere?". No respondió terminó su dibujo, miró el otro por un rato y me preguntó si podía pegarlos en la pared. Sí, fue la respuesta. Magali tomó un pedazo de cinta adhesiva y pegó los dibujos en la pared que estaba junto a ella. Le dije que era una manera de dejar constancia de su presencia en ese lugar; que deseaba que la recordara, que la tuviera presente. Asintió

Su deseo de quedar presente fue interpretado como no estar en segundo plano, quería ser amada, sus dibujos garantizaban que no sería olvidada, yo los vería mientras estuvieran en la pared.

A la siguiente sesión Magali entró alegre y canturreando una melodía que no identifiqué. Pasó al consultorio y tomó la caja, sacó lápiz, papel, colores y tijeras, cortó el papel en pedazos y dibujó en ellos pequeños círculos que después coloreó.

Me pidió que la ayudara, iba a hacer pedazos de diferente tamaño, yo lo hice como ella fue indicándome. Después colocó la tapa de la caja, sobre su base, de manera tal que se balanceara ligeramente. Se puso del lado opuesto al que estaba, tomó otras dos hojas e hizo unos cucuruchos. Me entregó uno a mí y dijo "Vamos a jugar al mercado, yo voy a ser una vendedora y tú vas a comprar granos" "¿Granos?" pregunté "Sí, como los que comemos. Así como el arroz, el frijol, esos granos".

El juego consistió en comprar y vender granos, por peso, por tipo, por precio, en fin; ella vendía y yo compraba. Después de un rato invertimos los papeles. Cuando me tocó vender, Magali insistía en que los granos que tenía a la venta eran muy feos, que ella no podía comprar algo así: Intercambiamos los roles nuevamente, esta vez yo compraba. Cuando llegué al puesto observe detenidamente lo que había: pregunté el precio de unos garbanzos y la niña respondió "4 mil pesos" (de los de antes). Le dije: "Me parecen muy caros y están feos, cómo cree que los voy a comprar" Magali me miró sorprendida y agregó "puedo dejárselos más baratos, pero llévase aunque sea un kilo" "No quiero esos" exclamé "pero tiene otros granos que si voy a llevar". Tomó los pedazos de papel y los colocó en el cucurucho. Pedí otros tantos de los otros granos y me los entregó complacida. Le dije "ahora aquí tenemos tus granos" "Sí", respondió Magali, Guardó las cosas en la caja. "No quieres vender más" pregunté; movió la cabeza de un lado a otro. "Son los granos que tienes en tus brazos". Contestó en voz baja "sí, pero el mercado ya se cerró".

Se presentó una resistencia. Magali se negaba a hablar de su dermatitis, era cierto que no quería los granos; por eso los rechazó cuando le tocó ser compradora y los veía feos. La resistencia se presenta en el momento en que nos acercamos al sentido inconsciente, como lo mencionan los autores aquí revisados (ver capítulo IV), y en este caso la resistencia estaba relacionada a varias situaciones: la relación erotizada con la madre, a la imposibilidad ser acariciada como su madre por el hermano, y a llamar la atención de mamá valiéndose de su piel irritada. Para Magali era la única en que podía tocarse, así satisfacía su deseo de ser acariciada (rascándose). Los granos representaban el medio para satisfacer su deseo erótico de ser tocada y le permitía ser mejor atendida por mamá, pues ella tenía que curarla. Lograba así un acercamiento que de otra manera le sería difícil tener.

En otra sesión jugamos nuevamente a la balanza, sólo que en esta ocasión yo compraba todo lo que ella vendía. "¿Quieres que me quede con todos tus granos?" pregunté, "Sí, tu sabes que hacer con ellos". *Magali depositaba en el cucurucho (cuerpo), su síntoma (dermatitis), y me lo entregaba. Ella pensaba que yo podía contenerlo. Al tomarlo contenía la relación erotizada entre ella, su madre y su hermano. También contenía la angustia que le producía desear que la tocaran. El que Magali creyera que yo sabría que hacer con sus granos es a lo que Maud*

Mannoni se refiere con la posición de << sujeto de supuesto saber >>, elemento, entre otros, necesario para poder trabajar psicoterapéutica y psicoanalíticamente con el paciente.

Magali manifestó así su demanda de análisis. No deseaba los granos en su cuerpo, productos de su angustia por querer ser tocada y por desear ser amada por su madre.

Tomé todos los cucurucho y le dije "Aquí vamos a ver poco a poco por qué te han salido esos granos y por qué sientes que mamá no te ama". Hablamos sobre su contrato terapéutico. Acordé con Magali el día y la hora de la sesión, así como el pago simbólico, diciéndole que ella era quien trabajaba conmigo y que independientemente de la cuota que su madre pagaba; ella me pagaría con lo que quisiera. Magali exclamó "¿Con lo que yo quiera?". "Sí, así es", le dije.

Cuando el niño desea el tratamiento debe fijarse el pago simbólico, así lo plantea Françoise Dolto, en el segundo capítulo de esta tesis "Iniciación del Tratamiento". Para ella el pago simbólico representa que el paciente en forma personal es quien desea hacer con el terapeuta, un trabajo modificador de su forma de ser.."

En las siguientes sesiones Magali jugó a que era una niña pequeña de unos dos años, yo era su madre y debía cambiarla, alimentarla y llevarla a la cama. Así lo hice, tal como ella lo iba pidiendo. Al momento de acostarla empezó a sollozar. Me decía "No quiero, no quiero luz". "¿Quieres que la apague?". "Es que está ahí la luz; va a venir; no quiero la luz". "Tienes miedo a la luz; tienes miedo a mamá" le dije. "Temes a la luz-mamá, temes que te haga algo". "No me quiere, quiere más a mi hermano" respondió. "¿y tú la odias por eso?". "Sí", respondió Magali y agregó "que se apague, que se vaya". Me levante y apague la luz del cubículo. La niña me pidió que la encendiera. "Es que también quiero tener luz" -dijo-, hizo una pausa y agregó; "también quiero a mamá". La referencia a la luz era alusivo al nombre de la madre y al temor que le tenía por ser tan dura con ella. Asimismo representaba la relación ambivalente, pues la amaba y la odiaba por no quererla y por preferir al hermano.

El trabajo de las siguientes sesiones giro en torno a la relación madre e hija, a la triangulación edípica (Magali, su madre, su hermano/ parejas). Magali jugaba a que era maestra de escuela (forma en la que se identificaba con su madre) y yo era una alumna indisciplinada a la que constantemente regañaba y castigaba. Yo era una niña inquisidora, preguntaba todo, siempre debía tener una explicación para todo lo que me decían, incluso cuando la maestra era autoritaria, (yo representaba a Magali en mi proyectaba las características con que la madre la describió). Así fue como se

interpretó. Magali se reflejaba en esa niña, esa pequeña que se rebelaba a los malos tratos de la maestra-madre, y que a la vez se sometía, pues era la única manera de conservarla. Al mismo tiempo la niña se identificaba con su madre, pues era una persona respetable y reconocida en su trabajo. En efecto la señora era considerada muy buena maestra. Además ser grande le permitía tener amigos, y compañeros. Ella deseaba estar en esa posición, ser admirada y respetada por otros y tener un compañero.

La rivalidad madre hija, la niña la representó jugando a que una amiga de ella tenía novio y éste la dejaba para casarse con Magali, pues, ella era mucho mejor pareja para el muchacho. Cabe mencionar que la niña jugaba mucho con los amigos de su madre; hacía que bailaran con ella, que la cargaran, que vieran la T.V. juntos etc. Situación que no le era grata a la madre pues le parecía que lo hacía para molestarla y para no dejarla pasar tiempo con su pareja. Esto me lo dijo Magali en sesiones anteriores. Me platicó como jugaba con los amigos de su madre y comentó que a la Sra. no le agradaba, pues, siempre, le decía que se fuera a jugar o que dejara a los adultos en paz.

Magali puso en los amigos de mamá la figura paterna, el juego de las amigas era la disputa por la pareja. Ella quería al novio de mamá como su esposo. La niña se resistió a aceptar que deseaba estar en el lugar de mamá y que quería al compañero de ésta. Toda intervención al respecto era rechazada por ella. Cambiaba el juego, o dibujaba algo, o tomaba el papel de maestra y me castigaba haciéndome callar durante la clase. No dije nada por un rato después, desde el lugar de transferencia que me había asignado -alumna rebelde-, replique, diciéndole que aunque me callara ella sabía que quería tener un compañero que la acariciara como a mamá; que se acostara con ella y tuvieran relaciones sexuales

Pasó un rato en silencio, tomó la caja; sacó hojas y dibujo varios globos de colores y tiras de diferentes tamaños. Me pidió que los recortara y que los pegara en las paredes. Magali iba a hacer una fiesta porque se casaba. La ceremonia llegó hasta el momento de desposarse y exclamó "¡Yo sí me voy a casar!". Yo agregué "Si, Magali algún día te casarás y tendrás un esposo para ti, como mamá tiene un compañero ahora. ¿Haré cosas de casada?" inquirió, "como dormir juntos y hacer el amor". Yo asentí.

En este momento del análisis Magali empezó a hablar de su padre, habíamos abordado algunos detalles al respecto, como qué imaginaba ella que había sucedido con él. Al mismo tiempo su madre decidió casarse con un hombre divorciado y con dos hijos, todos vivirían juntos. A esto se sumó que a la señora le cambiaron de terapeuta en dos ocasiones, por razones que desconozco. Al parecer esta nueva

relación analítica no funcionó. Para entonces Magali ya había dejado de disputarle la pareja a su madre. Si deseaba estar con él; pero no como rival de la madre sino como hija. La señora llevó a la niña un par de veces más, finalmente dejaron de ir.

Esta deserción fue un fenómeno resistencial, tanto en Magali como en su madre. La niña al hablar de su padre se enfrentaría a sentimientos ambivalentes y a situaciones que posiblemente perturbarían la estabilidad que había en ese momento en casa. Asimismo podría dificultar u obstaculizar la decisión de su madre de contraer matrimonio y formar una familia. A la señora por su parte le resultaba conveniente no ir más a su terapia, su relación con Magali había cambiado, no rivalizaban tanto como antes y, la niña no se interponía entre ella y su pareja. Qué necesidad tenía entonces de arriesgarse a perder un compañero con el que se identificaba. Hablar del padre de Magali era un afrenta para ambas y quizá ninguna de ellas deseaba correr el riesgo. Además de esto la señora no contaba con un apoyo terapéutico que contuviera las emociones que despierta una situación como la que aquí se ha descrito.

Este caso tuvo un final poco esperado, por lo tanto no podemos hacer referencia a un fin del análisis, porque no lo hubo. La manera en que terminó el tratamiento de Magali no sólo se debió a las resistencias que se mencionaron, sino también a mi contratransferencia. Me refiero a que yo había depositado absoluta confianza en la madre de Magali, de que pasara lo que pasara la niña seguiría en tratamiento. Esto se debió a que desde el principio me conmovió profundamente la fe que ella tenía en la psicoterapia, práctica que yo tenía poco tiempo de ejercer. Me entusiasmo tanto su esperanza en el trabajo que hacía, que pasé por alto que si había cosas que podían quebrantar esa fe. Ignoré lo importante que era para la señora cambiar de terapeuta (yo sabía esto, pues ella misma me lo había dicho). Pude en ese momento apelar a uno de los recursos que se tienen en el trabajo con niño, es decir, las entrevistas con los padres.

Estas entrevistas no están restringidas a un par de encuentros, podemos solicitar otras si lo consideremos conveniente. Aquí lo era y no lo hice, tal vez no hubiera garantizado que Magali siguiera en terapia, pero si habría ayudado a contener el disgusto de la madre y posiblemente habría ayudado a abrir otras opciones terapéuticas para ella, fuera del centro comunitario donde fueron atendidas. Y por supuesto, si la decisión de la madre hubiese sido la misma, habría podido concluir el trabajo psicoterapéutico realizado con Magali hasta ese momento.

Por esto es importante tener siempre presente los sentimientos que los pacientes despiertan en uno y en el caso del trabajo psicoterapéutico con niños también hay que considerar la contratransferencia con los padres. Y como lo mencionan los

autores que consultamos para llevar a cabo este trabajo, hay que analizar la contratransferencia y la transferencia lo antes posible, tanto en la asesoría de casos como en el análisis personal; para que así esto no se convierta, valga la expresión, en una resistencia más del trabajo psicoterapéutico o psicoanalítico.

7.2 CASO LUCAS

**Caso presentado por Gabriela Gillig.
Asesor: Dr. David Gillig.**

El siguiente caso tiene la finalidad de ejemplificar que aspectos teóricos de los mencionados a lo largo de este trabajo se utilizaron y cual fue el resultado.

Este caso trata sobre un niño de 3 años 9 meses que presentaba problemas de agresión en la escuela. A lo largo de la terapia psicoanalíticamente orientada se detectaron 3 posibles razones por las cuales Lucas fueran tan agresivo, estas razones fueron: que la mamá de Lucas trabajaba en la escuela a la cual él asistía y era su maestra en uno de los talleres, que no hubiera una buena relación con la maestra y que los padres tenían problemas de pareja.

El tratamiento duró 110 sesiones (aproximadamente), con una frecuencia de una vez por semana.

La primera vez que vi a la madre de Lucas me dijo que quería que su hijo fuera atendido porque era muy agresivo en la escuela, sin embargo era un niño tranquilo cuando estaba con la familia y en otros entornos sociales.

El padre de Lucas no se presentó a la entrevista porque no creía en los psicólogos, analistas o terapeutas (lo cual me llevo a pensar en una resistencia). Posteriormente me enteré que en alguna ocasión el Sr. había tenido una experiencia desagradable con una psicóloga, ya que los padres habían sido citados por la psicóloga de la escuela debido a los problemas de su hijo e hizo una serie de interpretaciones que el padre consideró agresivas, a raíz de eso, dijo que no necesitaban de nadie para resolver sus problemas familiares, pero como su esposa no estaba de acuerdo con él decidió buscar ayuda.

Durante la primera entrevista que tuve con la madre todo parecía indicar que era una familia estable, en donde ambos padres trabajaban, comentó que ella venía de una familia grande de buenas relaciones; que con quien más se había llevado era con una hermana menor. Aparentemente la abuela materna del niño era una persona estricta pero cariñosa. La madre de Lucas también me dijo que la familia de su esposo era menos estricta que la suya, y que ella sentía que a veces el padre era demasiado tolerante con Lucas y con su hermano de 8 años y meses, es decir: a veces permitía que le alzarán la voz o que no lo obedecieran a la primera, pero que

cuando le colmaban la paciencia los castigos eran drásticos, lo cual era un punto de discusión entre la pareja.

En la segunda entrevista con la madre me enteré de que los padres estaban considerando un divorcio, debido a que el padre era un hombre muy tranquilo en el trabajo y en el exterior, pero que como guardaba sus enojos los descargaba en casa explotando (a veces) a la menor provocación, otro de los problemas que tenían era la diferencia al marcar los límites a los hijos, ya que como se mencionó anteriormente, la madre era firme con los límites que marcaba como: no ver televisión o jugar con el nintendo si habían hecho algo malo, no ver algunos programas con alto contenido de agresión, no levantarle la voz si estaban molestos con ella, etc., en cambio el padre a veces permitía que le levantaran la voz u otros detalles en los que no lograban ponerse de acuerdo, sentía que el padre se dejaba llevar por su estado de ánimo, también comentó que antes de que nacieran los niños su relación de pareja había sido muy estrecha y que a raíz de que había nacido su primer hijo (aproximadamente 2 años después de casados) habían comenzado las dificultades entre ellos debido a las diferencias anteriormente mencionadas.

La vida de ella se vió drásticamente modificada, ya que creía que iba a poder seguir haciendo su vida como antes, pero al poco tiempo de haber nacido el hermano de Lucas tuvo que abandonar su profesión y actividades sociales, lo cual no le fue fácil (actividades que cuando los niños entraron a la escuela volvió a retomar).

Sin embargo al encargar a Lucas ya estaba más consciente de lo que representaba un bebé. Lucas nació en el extranjero debido a que están como invitados culturales en Sudamérica.

El embarazo y el nacimiento de Lucas fueron agradables y la mamá tenía quien le ayudara con la casa. A pesar de esto el hermano mayor desde bebé fue un niño más accesible.

También me enteré de que la maestra de Lucas ya había sido su maestra dos años antes (cuando Lucas tenía un años aproximadamente) y que había existido un fuerte vínculo emocional entre ellos, pero que a partir de este año escolar las cosas no estaban funcionando muy bien (después de concluido el tratamiento me di cuenta de que la relación entre ellos podría haber cambiado por una posible *angustia de separación* sufrida por el niño al haber terminado el ciclo escolar con dicha maestra).

Por otra parte la madre del pequeño era maestra de un taller en la escuela del niño y a veces le daba clase, cuando esto sucedía Lucas se comportaba

especialmente mal, la madre y yo coincidimos que a Lucas no le gustaba compartir a su madre con nadie más. Evento completamente entendible, ya que Lucas tenía 3 años, lo cual nos indica que está pasando por el *complejo de Edipo*.

Lucas empezó a morder a sus compañeros esporádicamente cuando tenía dos años y medio, pero no se le prestó atención por no hacerlo con frecuencia. Es importante mencionar que la relación de Lucas con la maestra de dicho periodo no fue buena.

Al iniciar el siguiente periodo escolar (poco antes de sus 3 años de edad) Lucas empezó a tener serios problemas con sus compañeros, se peleaba con niños un poco más grandes que él, ya que la escuela tiene como regla no pegar a niños y menos aún a los más pequeños, entonces sabía que estos no se defenderían.

Se mostraba cada vez menos tolerante en clase y se molestaba de sobremanera cuando la maestra le decía que debía hacer, cuando esto pasaba Lucas perdía el control y arrojaba los objetos que estaban a su alcance.

A lo largo de las entrevistas con la madre, ella revivió su relación de pareja e intensificó la comunicación con su esposo, quien siguió renuente a asistir pero empezó a decirle a su esposa "cuéntale a la terapeuta que...", cuando algo se le hacía importante y dejó de oponerse al tratamiento del hijo (aunque tampoco lo apoyó económicamente).

Cuando el niño fue por vez primera a sesión la relación de los padres había mejorado y habían logrado ponerse de acuerdo en algunas cosas con respecto a la educación de los hijos.

Con lo expuesto anteriormente hemos podido observar una transferencia positiva de la madre hacia la terapeuta y al tratamiento en general, ya que dentro del consultorio tuvo la oportunidad de revivir la parte buena de su matrimonio. En este periodo también sentí que la transferencia negativa del padre hacia el tratamiento fué cediendo poco a poco y la resistencia disminuyendo.

Después de 8 sesiones con Lucas aproximadamente, consideré que había obtenido suficiente información sobre él e hice el contrato terapéutico con la madre, (tal como lo marcó Françoise Dolto en su teoría), le indiqué: número de sesiones por semana, costo y tiempo de éstas, vacaciones y pago simbólico del niños. También basándome en lo estipulado por Dolto le dije que si el niño no comentaba lo sucedido a lo largo de las sesiones no se le cuestionara y que si decía algo desagradable sobre la sesión o de mí no se le reprimiera ni se asustaran y que lo que

el niño me contara sería totalmente confidencial a menos que él quisiera que los padres lo supieran y que en tal caso concertáramos una cita especial para ello. Sin embargo hubo una sesión que se trató de un instrumento de música que estaba enojado con su mamá y que debido a las circunstancias esta regla doltociana no se cumplió. Este hecho no pareció haber tenido ningún efecto negativo en el tratamiento. Dicha sesión se explicara ampliamente más adelante.

También le hice saber que cualquier comentario o asunto que quisiera tratar conmigo de ese momento en adelante requeriría de una sesión especial y que Lucas se enteraría cada vez que su madre quisiera hablar conmigo. (Esta regla también se rompió en la sesión de los instrumentos).

La primera vez que vi a Lucas entró con cierta confianza al consultorio, vio la caja con los juguetes y preguntó:

- ¿De quién son?
- son tuyos
- ¿puedo hacer lo que quiera con ellos?
- sí. ¿Sabes porqué te trajeron conmigo?
- porque me peleo mucho en la escuela y no es bueno pelear.
- ¿te gusta pelear?
- no, no quiero pelear pero a veces tengo un Lucas chiquito que me dice que pelé o que haga cosas que no quiero.
- ¿en donde está ese Lucas chiquito?
- adentro de mi cabeza y desde ahí me habla.

Empezó a sacar las cosas de la caja para ver que tenía y a cada objeto que sacaba le seguía "Que padre plastilina", "que padre un pato", "que padre...". Al terminar de sacar todo pregunto que si podía utilizar todo lo que estaba en el consultorio y aproveché para marcarle todos los límites que había que marcar como: no abrir las cajas de los otros niños, ni llevarse a casa el material de la caja, no tocar los libros, no pintar el inmobiliario, no tocar la computadora y no asomarse a otros consultorios (se mostró conforme), también le dije que lo que me contara iba a ser secreto y que yo no le diría nada a nadie, que si algún día estaba triste, enojado, muy contento o tenía algún problema me lo podría contar.

En las primeras sesiones principalmente jugó a la escuela con varios muñequitos, siempre que estaban en clase pasaba un huracán o un monstruo que destruía todo y la clase no podía terminar.

Otras veces jugaba con una familia que constaba de los padres y a dos hermanos. En este juego se veía el *Edipo*, ya que el hijo mayor siempre salía de compras con el

padre o al parque y el hijo pequeño se quedaba con la madre, que como ya no tenía que atender a toda la familia tenía mucho tiempo para estar con él, acariciarlo y darle besos.

Un día al estar jugando me comentó:

- esta escuela si me gusta
- ¿porqué?
- ¿vienen otros niños a esta escuela?
- ¿ porqué quieres saber eso?

Hizo un silencio y reafirmó que esta escuela sí le gustaba pero que no sabía porque.

Aproveché lo sucedido para hacer el contrato terapéutico como lo planteó Françoise Dolto, ya que consideré que fue aquí en donde se vió plasmada la demanda del niño.

Le pregunte si se acordaba porqué lo habían traído conmigo y respondió que si, que porque peleaba mucho en la escuela a lo que agregó que ya no iba a pasar porque yo le iba a ayudar.

Para hacer el contrato terapéutico reconfirmé lo que le había dicho en la primera sesión sobre los límites, lo que podía hacer, el secreto terapéutico y le dije que como su mamá quería que él viniera ella me pagaba, pero que como él también quería venir, él también me tendría que pagar con lo que él quisiera.

En la siguiente sesión me trajo un bocaty (chicloso) como pago simbólico, entró contento y empezó a hacer un tubo grande con muchos popotes, me pidió que lo ayudara. Cuando terminó le pregunté que qué era y me dijo que era un teléfono, me dijo que pusiera el oído en un extremo, me dijo cosas pero en voz tan baja que no lo pude escuchar, insistió en decirme algo pero no conseguí escucharlo. *Le pregunté que si lo que me estaba diciendo era un secreto* y me dijo que sí. Como el teléfono se ha estado rompiendo y además no le escuchaba le dije que los secretos me los podía decir en voz alta porque ahí no había nadie que lo escuchara. Me dijo que él no quería ser malo en la escuela pero que su maestra no lo quería, le pregunté si él la quería y dijo que no.

Volvió a armar la escuela y vino un huracán que la destruyó, la tuve que armar una y otra vez, ya que siempre había un nuevo desastre, del cual la mayor parte de las veces la responsable era la maestra.

Cuando Lucas se va me queda la sensación de que la mala relación con la maestra puede ser un factor importante en la agresión del niño, sin dejar de

considerar el hecho de que no le gustaba que su madre también atendiera a otros niños y consideré que así como tiene un espacio en análisis quizá sería bueno que tuviera su propio ambiente escolar. También una vez terminado el análisis pensé que la mala relación con su maestra podría haberse debido una angustia de separación sufrida por el niño al haber terminado el año escolar con ella, ya que su apego había sido tan fuerte.

En la escuela las cosas se fueron poniendo cada vez peor y requirieron una constancia del tratamiento, en la cual especificué que el comportamiento del niño podría deberse a que la relación maestra-alumno, no era buena o que compartir el espacio escolar con la madre le causaba conflicto y que mis conclusiones se debían a que el niño no era hostil en otros ambientes.

Posteriormente los padres se pusieron de acuerdo y decidieron cambiar al niño de escuela a la mitad del año escolar aproximadamente.

A pesar de que las cosas habían mejorado considerablemente en la nueva escuela no supe si esto se debió al acercamiento de los padres, a la mala relación con la maestra o al hecho de que ahora Lucas tenía su propio espacio y no tenía que hacer frente al hecho de que su madre les prestara atención a otros niños, sin embargo quise darme un poco de tiempo para tener un seguimiento del caso y asegurar mi trabajo.

En esta época la madre tuvo que salir de la ciudad una semana por cuestiones de trabajo y Lucas volvió a agredir en la escuela, (apareciendo una vez mas la *angustia de separación*) en la sesión el niño jugó a los instrumentos. En este juego los instrumentos estaban enojados e interpreté (basándome en la técnica didáctica de Anna Freud) que *los instrumentos estaban enojados porque su mamá se había tenido que ir de viaje y los había dejado solos*, me volteó a ver muy convencido y me dijo que sí, que eso no era justo, a lo que contesté a manera de interpretación que *a veces los instrumentos grandes tenían que trabajar para poder comprar comida y otras cosas importantes, pero que eso no quería decir que los instrumentos papas se olvidaran de sus hijos o de las personas a las que querían y que tampoco quería decir que ya no pensarán en esas personas, le pregunté si el olvidaba a su mamá o a su papá cuando estaban de viaje, respondió que no y le dije que así como él no se olvidaba de ellos, los instrumentos padres tampoco se olvidaba de sus hijos cuando no estaban juntos*, Lucas se quedó pensando un rato, guardó sus cosas y dijo que ya se quería ir.

Como la madre de Lucas había llegado a la sesión preocupada y confundida por el hecho de que su hijo hubiera vuelto a agredir en la escuela consideré pertinente

relatarle lo ocurrido a lo largo de la sesión, a pesar de estar rompiendo el contrato terapéutico, esto lo hice frente a Lucas, a Lucas pareció no molestarle y hasta me ayudo a relatar dicha sesión, es importante mencionar que narré la historia con los mismos instrumentos y no con los personajes reales.

En la siguiente sesión la madre me dijo que al día siguiente de la última sesión su hijo había estado tranquilo en la escuela y que continuaba así.

El Edipo en Lucas seguía presentándose en el juego y con su madre. En un juego con sus muñecos (basándome en Anna Freud una vez más) le expliqué que *la mamá y el papá eran novios y se querían mucho, que los dos querían mucho a sus hijos también pero que de otra forma, a ellos no les podían dar besitos en la boca ni se podían dormir con ellos, que un día cuando los muñequitos fuera grande podría elegir a una mujer con quién pudiera dormir y a la cual pudiera darle besitos.*

Consideré necesario concertar una cita con la madre y se lo comenté a Lucas, este hecho pareció no importarle.

En la sesión con la madre le dije que *debido a la etapa que estaba viviendo su hijo era importante que ella y su esposo se apoyaran como pareja, y que ahora era de mayor relevancia que se pusieran de acuerdo en cuanto a los límites y la educación en general, la madre se lo transmitió al padre y lo cumplieron al pie de la letra.*

En las siguientes semanas se fue haciendo menos intensa su relación edípica y Lucas empezó a pretender a una niña de la escuela.

Después de 40 sesiones aproximadamente, debido a que el medio ambiente en donde el niño se portaba agresivo, que los padres habían logrado arreglar su relación de pareja, y se había dado cuenta de lo necesario que esto era para sus hijos que ahora se apoyaban en las decisiones y si uno no estaba de acuerdo lo discutían en privado y sin alterarse y que el mismo niño había cambiado, decidí que podría ir preparando el fin del análisis, tal como lo hacía Donald Winnicott, es decir, no sólo el niño había cambiado sino también su entorno social. Pero su mamá se me adelantó y al llegar al consultorio me dijo que había visto una gran mejoría en su hijo y que le gustaría que el tratamiento terminara. Al entrar Lucas a sesión comentó que ya no le gustaba venir a esta escuela y que ya no quería venir, pregunté que porqué y simplemente contestó que porque se aburría. *En este momento supe que el niño sintió que su transferencia hacia el tratamiento y hacia mí se había pasado por alto y que el hecho de ya no querer venir implicaban una formación reactiva, es decir, como al pequeño no se le preguntó su quería seguir viniendo o no, antes de*

que le suspendieran sus sesiones manifestó que era él quien quería suspenderlas (angustia de separación).

Al día siguiente Lucas se portó terrible en la escuela y siguió así toda la semana. La madre me habló por teléfono porque no entendía que pasaba; concertamos una cita en donde le expliqué que el final del análisis se tenía que preparar. En esta sesión (retomando a los autores ya mencionados y en particular a M. Klein) le informé que un fin de análisis representaba un duelo que el niño tenía que elaborar, por lo que se le debía de avisar con anticipación para que lo pudiera ir asimilando tanto fuera como adentro de su espacio psicoterapéutico, entonces acordamos que el pequeño seguiría viniendo.

La siguiente vez que lo vi me preguntó que si lo había extrañado (en ese momento se acurrucó en el diván), yo le hice la misma pregunta y respondió que sí. Me preguntó que cuando va a dejar de venir y le cuestiono que si ya no quiere venir, pero no me contestó. Le digo que si recuerda porqué lo trajeron conmigo y dijo que porque se portaba mal, pero que como se seguía portando mal lo tenían que seguir trayendo. *Le contesté que él ya se estaba portando bien, que si no sería que otra vez se estaba portando mal para seguir viniendo*, se rió y no contestó, le dije que iba a seguir viniendo por un tiempo y se mostró contento. Me pidió que escribiera un cuento, que él iba a dictar (porque todavía no sabía escribir). El cuento se trataba de un perro (en su material tenía un perro que con frecuencia era yo) y un reloj que eran amigos, pero un día que estaban jugando el reloj se cayó y se rompió hasta que finalmente pasaron unos cazadores y lo compusieron.

Interpreté que el reloj roto representaba el tiempo que Lucas sentía que yo ya no tendría para él, por lo tanto ya no vería al perro, o sea a mi y los cazadores que arreglaron el reloj representaban su deseo y mi disposición a seguir trabajando.

En la siguiente sesión me preguntó:

- ¿qué hiciste mientras no estuve?
- ¿quieres saber si pensé en ti?
- sí
- sí, si pensé en ti.
- pero ¿cómo si no estuvimos juntos?
- las personas pueden pensar en ti aunque no estén presentes.

Después me dijo que íbamos a jugar a los regalos, tomó la caja de su material y la puso sobre el suelo, se subió a la tapa y se hizo bolita, me dijo que recogiera el regalo que estaba en la puerta. Cargué la caja y él se movió y agregó:
-Aay, un moño que se mueve.

Puse la caja en el piso, Lucas rió y dijo:

- yo soy el regalo. (revisando el caso, **una vez terminado**; me di cuenta de la transferencia)

Seguimos jugando y dije:

-este regalo es muy especial, nunca lo voy a olvidar. (contratransferencia)

Entonces respondió que la sesión ya se había terminado y se fue contento.

En algunas ocasiones Lucas llegaba triste y se sentía abandonado, a través del juego me di cuenta de que este sentimiento aparecía cuando el papá salía de viaje, lo cual me hizo recordar la sesión en la que se enojó porque la madre había salido de viaje y también cuando me preguntó que si lo había extrañado, se me ocurrió que tal vez Lucas sentía que las personas no lo querían si no estaban en contacto directo con él. Le pregunté entonces si cuando él se iba se acordaba de mí a veces, respondió que si, le pregunté que si cuando su papá viajaba se acordaba de él y lo seguía queriendo, me respondió que si y le hice las mismas preguntas con respecto a su madre y cuando responde que sí le dije que *al igual que él pensaba en las personas cuando se iban y las seguía queriendo, las personas se seguían acordando de él y lo seguían queriendo, que era como si algo de las personas se quedara en nosotros y un pedacito de nosotros se fuera con las personas y que esos pedacitos que se fueron con las personas y se quedaron con nosotros eran los recuerdos, que por eso seguíamos queriendo y nos seguían queriendo.* En ese momento sacó a la familia de la caja y jugó a que uno se iba pero todos se seguían acordando de él y lo seguían queriendo.

Una vez más rompí la regla del secreto y le dije a la madre que también ella le explicara esto, entre ella y el padre lo hicieron y al poco tiempo desapareció la angustia cuando su padre viajaba.

A partir de unas cuantas sesiones en la escuela cuando los niños tenían problemas buscaban a Lucas para que los defendiera, otra vez empezó a golpear pero en estas ocasiones era como un niño bueno y defensor.

Por lo que la madre me había referido sobre la impulsividad del padre y la edad de Lucas (estaba entrando a la etapa de identificación con el padre) consideré importante hablar nuevamente con los padres. En la siguiente sesión la madre de Lucas me dijo que lo dos irían en cuanto pusiéramos fecha, ya que la opinión de su esposo hacia los psicoterapeutas había cambiado al ver los efectos en su hijo.

Cuando vinieron le dije al padre que *su hijo estaba en una etapa de identificación con él, que lo idealizaba e imitaba constantemente y que era*

importante que le dijera y le hiciera ver con actos que hablando se podían resolver las cosas y que platicaran con él con respecto a la violencia, etc.

Los padres seguían muy unidos al poner límites, hablar con sus hijos y resolver dudas y problemas. El padre me comentó que ya se había dado cuenta que Lucas estaba más unido a él y le había prometido hacer un viaje de fin de semana solos y consideró que este era el momento de hacerlo.

El padre cumplió su promesa y los dos hablaron con Lucas sobre la violencia, al poco tiempo el niño empezó a resolver los conflictos de la escuela de manera pacífica. La relación con los padres era cada vez más estable y ahora ya estaban de acuerdo en cómo marcar los límites.

A pesar de que en la escuela había habido oportunidad de que Lucas se exaltara no agredió a nadie sino que resolvió las cosas hablando.

Cabe mencionar que su maestra de escuela también jugó un papel importante a lo largo del tratamiento, le tuvo paciencia y habló mucho con él.

Después de algunas sesiones de seguimiento pedí hablar con los padres otra vez, en esta ocasión les dije que ahora a ellos les correspondía que Lucas siguiera manejando su impulsividad. Que debían seguir cumpliendo los límites y que yo por mi parte hablaría con Lucas para informarle sobre la terminación del tratamiento, ellos no debían comentarle nada y les advertí que podría haber cambios en el estado de ánimo de su hijo e incluso una recaída, pero que ahora como ya se los había mencionado ellos debían intervenir si esto sucedía.

La siguiente vez que vi al niño le pedí que hiciéramos un resumen de lo que había sucedido, le dije que como ya podía resolver los problemas de otra manera y se había dado cuenta de que cuando algo le pasaba sus papas lo podían ayudar, ya no nos íbamos a ver después de algunas sesiones (no especifiqué cuantas).

En la siguiente sesión la madre me dijo que no había habido cambios y que seguía tranquilo.

Las tres últimas sesiones fueron tranquilas y se veía contento. El último día al igual que Anna Freud y Winnicott dejé las puertas abiertas por si algún día Lucas quería hablar conmigo por teléfono o venir. También dejé las puertas abiertas a los padres.

Al haber concluido el análisis me di cuenta que un factor importante en este caso pudo haber sido la angustia de separación, la cual se manifestaba de muchas formas tal como lo fui marcando en el texto, lo que no mencione claramente, por que no lo tenía claro fué que el papá del niño viajaba frecuentemente y quizá esto también formaba parte del síntoma del niño, tal vez no trabaje la relación del padre lo suficiente, sin embargo considero que el niño resolvió la angustia de separación, lo cual creo que lo ayudó a finalizar el análisis sin causarle un gran conflicto.

El niño se sigue enojando pero ahora es capaz de reflexionar lo que está pasando y actuar de manera no explosiva.

Como mencioné anteriormente la maestra ayudo a resolver el caso pero sin estar plenamente consciente, muchas de las interpretaciones las hice a través de la madre.

A los cinco meses de haber terminado el tratamiento me enteré por unos amigos que la familia seguía unida y que Lucas iba bien en la escuela y en todos ambientes sociales que lo rodeaban. Que estaba practicando fútbol y era tolerante con sus errores y con los de los demás.

7.3 CASO BETO

**Caso presentado por Cristina Ortíz.
Asesor: Dr. David Gilling.**

Hemos incluido este caso porque ilustra los principios teóricos propuestos por Françoise Dolto y Maud Mannoni en su libro "La primera entrevista con el psicoanalista", y que fueron descritos en el segundo capítulo de esta tesis. Nos referimos concretamente a como el niño actuaba el sintoma de los padres, Beto a través de su tartamudez representaba la imposibilidad que tenían los padres de separarse de él y de sus familias respectivamente.

Beto fue traído a terapia cuando tenía 5 años, los motivos de consulta fueron: Tartamudez, conducta que se acentuaba cuando sentía presión del medio que lo rodeaba; miedo a la obscuridad y porque la escuela les exigió a los padres que entrara a terapia para poder continuar estudiando ahí.

El tratamiento constó de 80 sesiones.

Antes de entrevistar al niño platicué con los padres juntos y por separado, con el fin de saber los motivos por los cuales solicitaron el tratamiento; cuales eran sus fantasías con respecto a la terapia y conocer la historia del niño y de ellos mismos. Esto se hizo como lo propuso F. Dolto (ver capítulo 2).

En la primera entrevista con la madre, la señora me contó que tanto ella como su hermano, por ser los mayores, tuvieron que trabajar para ayudar a su padre con los gastos y la educación del resto de la familia.

La señora estudió contaduría y ejerció poco tiempo en el despacho de su suegro, su sueldo se le entregaba al esposo, el motivo por el que decidió dejar el trabajo fue para dedicarse al hogar, sin embargo, está interesada en volver a ejercer cuando sus hijos sean grandes.

La madre de Beto habló sobre la muerte de su padre, situación que hasta la fecha de la entrevista se le hacía difícil manejar; se angustiaba y lloraba cuando hablaba de él. Y dijo "Me hace mucha falta; el siempre trató de darnos lo mejor, quizá no tuvimos todo, pero si lo necesario". Desde que el señor murió la madre de la Sra. y sus hermanos se distanciaron, debido a que el hermano mayor se hizo cargo de la familia económicamente, y con frecuencia se los echaba en cara. Esto llevó a la

madre de Beto a tratar de resolver los problemas de su familia , por tanto, ha ayudado en varias ocasiones a sus hermanos, en especial en cuestiones económicas. Su esposo está de acuerdo pero no cada vez que se presenta, lo cual la ha orillado a prestarles ayuda sin que el Sr. lo sepa.

Durante las entrevistas preliminares mencionó que en ocasiones su familia la trataban de manera diferente a su hermana, debido al color de su piel. Porque ella es morena y su hermana blanca. Esta situación también se ha presentado con la familia de su esposo, siente que menosprecian tanto a sus hijos como a ella por tener la tez oscura. Y agregó que está agradecida con sus esposo porque la enseñó a vestir colores claros, los cuales consideraba que no le quedaban por el color de su piel.

A lo largo de estas entrevistas la Sra. dijo que constantemente se sentía cansada y con sueño. Su mirada era triste y había demasiada tensión en su cuerpo; también comentó que debido al cansancio pocas veces tenía relaciones sexuales con su esposo. Además como se mencionó al principio. Beto dormía con ellos.

En las entrevistas preliminares con el padre de Beto me enteré que era el mayor de sus hermanos y que era abogado, que desde hacía tiempo trabajaba en el despacho de su papá y daba clases en la universidad, otra de las cosas que comentó es que tartamudeaba cuando estaba nervioso (es importante señalar la similitud entre esta conducta del padre y el síntoma del niño) y que hasta la fecha se sentía muy comprometido con su padre porque le había dado la oportunidad de estudiar en el extranjero. Por tal motivo se sentía obligado a trabajar con él, aunque a veces hubiera querido no hacerlo porque el trabajar ahí lo hacía sentirse tan presionado que cuando llegaba a casa seguía pensando en los problemas del trabajo y no siempre escuchaba lo que los hijos le decían. Sin embargo consideraba la relación con su padre era estrecha.

Al padre de Beto le agradaba jugar fútbol pero por darle gusto a su padre practicaba basquetbol. El Sr. comentó lo siguiente: "Yo era bueno para el fútbol, mis compañeros y yo lo sabíamos, hacía varias jugadas buenas y mi padre me decía - pudiste hacerlo mucho mejor - sin darle importancia a lo que yo había logrado en el juego". Su padre siempre le ha exigido demasiado. También lo ha hecho con sus nietos, en el caso particular de Beto y su hermana además de ser exigente los molesta por el color de la piel. Los padres prefieren no visitarlo y sólo lo hacen cuando Beto se los pide.

Durante las entrevistas el Sr. se veía cansado y expresó "Hay veces en que me siento deprimido y mi esposa no se da cuenta". Yo se el motivo de mi depresión", ya que mis lecturas, me han ayudado bastante. Cuando habló sobre su depresión le

pregunté el motivo, y me dijo que prefería no hablar de ello. El señor agregó, que en ocasiones cuando regresaba del trabajo y se encontraba en este estado de ánimo, no le prestaba atención a su familia, los miraba pero no los escuchaba. En mi opinión la depresión del señor se debía, a la relación con su padre y a la imposibilidad de separarse de él.

Con respecto al niño el Sr. comentó: "Es muy querido por todos los que lo conocen, tiene carisma, y la forma de decir las cosas agrada". Y comentó que debido a la simpatía que los padres sentían por el niño le concedían todo, y que cuando no recibía lo que pedía lloraba hasta que se lo daban. Durante las entrevistas con los padres con frecuencia mencionaron lo siguiente: "Beto no escucha, no obedece, es muy activo, siempre quiere llamar la atención, en cambio, Dulce (su hermana mayor), es callada, obediente, y hace sus tareas sin tener que insistirle". En el momento en que se llevaron a cabo las entrevistas preliminares Dulce cursaba el cuarto grado de primaria, sus calificaciones eran satisfactorias, no tenía reportes de conducta, era muy introvertida y nunca decía como se sentía.

Beto estuvo en una escuela Montessori por dos años, ya que en opinión de los padres este sistema educativo es bueno sólo para los primeros años de formación, y prefieren el sistema tradicional para la educación primaria, por que este último va más de acuerdo con su manera de pensar.

Beto fué inscrito en una escuela bilingüe, la cual proporcionó a los padres la siguiente información acerca de la conducta del niño: "No escucha, no obedece, se le ponen límites pero no los respeta, prefiere estar solo que con sus compañeros, cuando termina alguna actividad antes que los demás se aparta, no le gusta platicar con ellos, pues le cuesta trabajo por que tartamudea y se burlan de él. Es importante mencionar que Beto empezó a tartamudear cuando salió de la escuela Montessori, el cambio coincidió con un periodo en el que su padre estaba muy presionado por el trabajo y no le prestaba suficiente atención a la familia. Desde mi punto de vista la tartamudez pudo haberse debido a: la falta de atención por parte del padre, al cambio de escuela o a la combinación de ambas.

A lo largo de los encuentros que tuve con ambos padres, reiteraron que pocas veces salían juntos y cuando fijaban una fecha para salir la cancelaban por compromisos de trabajo del esposo, quien frecuentemente pasaba mucho tiempo en la oficina y en ocasiones salía de viaje, cuando esto sucedía la esposa tenía que hacerse cargo de todo. También, en relación a su hijo, comentaron que a Beto le encantaba el fútbol, tomaba clases de natación y de expresión corporal por las tardes y coleccionaba todo tipo de estampas.

Durante estas entrevistas se advirtió a los padres que la terapia no era de lenguaje, que se trataba de una psicoterapia orientada psicoanalíticamente, por lo tanto que se buscaría conocer el origen de la tartamudez de su hijo y averiguar qué existía detrás del miedo que manifestaba. Se les explicó que se iba a analizar aquello que estuviera a nivel consciente e inconsciente por lo que llevaría tiempo y que era necesario que los padres tomaran en cuenta esto antes de iniciar el tratamiento. Se les indicó desde las primeras entrevistas que sería conveniente cambiar al niño a su cama de forma gradual porque dormir con los padres generaba excitación y se le estaba dando un lugar que no le correspondía, además de quitarle privacidad a la pareja. Al referirme a esto último les pregunté sobre sus relaciones maritales, lo cual les sorprendió, y fué entonces cuando les pedí que analizaran y consideraran otros elementos de su persona que pudieran estar afectando la conducta de su hijo. Mientras las entrevistas tuvieron lugar se dieron cuenta que Dulce, su hija mayor, necesitaba de su atención, ya que a veces se olvidaban de ella.

Otras de las cosas que se consideraron a lo largo de estas entrevistas fueron: *la frecuencia de las citas, que en el caso de Beto se asignaron dos veces a la semana, pues la familia disponía del tiempo para hacerlo, y su situación económica también lo permitió. En cuanto al tiempo de cada sesión, se les dijo que podría variar de quince minutos a una hora. Se les advirtió que si llegaban tarde sólo se trabajaría el tiempo que restara y que el pago será por sesión, en caso de que no asistieran se les cobraría. Si yo cancelaba la sesión no tendrían que pagala. También les aclaré que no se podía definir la duración del tratamiento con exactitud, debido a que se trabajaba de acuerdo al ritmo del niño y de los propios padres.*

Con la información recabada durante estas sesiones consideré que el niño se encontraba en una situación ambivalente difícil de manejar. Por un lado le daban todo le que pedía, dormía con los padre (ello), por otro le exigían demasiado con respecto a la escuela, a la limpieza y al orden (superyó). Esto de alguna manera descontroló al niño, no encontraba como equilibrar esta ambivalencia. El niño realmente no tenía un marco de referencia constante.

Quando entrevisté por primera vez a Beto confirmé que era un niño con carisma. Al entrar al consultorio me presenté y le dije que quería saber su nombre; a lo que respondió "Beto". Después le pregunté que si sabía por qué estaba ahí. Me dijo que le iba a enseñar. ¿Qué? pregunté yo. "No lo se" respondió él. En ese momento le dije que sus padres habían platicado conmigo antes de verlo, y que estaban interesados en que resolviera la dificultad que tenía para hablar y el miedo que le daba la obscuridad. ¿Te gustaría a ti también?, pregunté. Se quedó callado. Entonces le señalé una bolsa con el material (resistol, hojas blanca, cuaderno, pinturas de agua, plastilina, una tabla de madera, bolas de unicel, serpentinas,

colores, crayolas, tijeras, etc.) y una caja sin armar. Le pregunté *¿me ayudas a armarla para vaciar el contenido de la bolsa?. Después de armarla le explique que esta caja y el material la usaríamos sólo él y yo, y que no se lo podría llevar como lo hacía Melanie Klein.* Cuando estábamos realizando esta actividad nombró algunos de los objetos, pero con dificultad, cortaba las palabras, se detenía entre una sílaba y otra prolongaba el sonido de la letra para continuar con la otra palabra. Le dije que si él quería traer otros objetos lo podía hacer, se puso contento.

- ¿Quieres hacer algo con este material?

- Si, ¿puedo cortar las bolas de unicel?

-Por supuesto.

Es así como establecí comunicación con Beto. Durante la primera sesión tomó una hoja de papel en donde pegó las mitades de unicel y después las pintó de colores. Hicimos el sistema solar, aquí *mostró su interés por unir aquello que estaba separado, quería unir a los planetas y deseaba hacer lo mismo con sus padres.* En ese momento le pregunté - *te gustaría que tus palabras estuvieran unidas como lo están el papel y las bolas de unicel-*. Beto se quedó callado. El resistol fué esencial durante los primeros meses del tratamiento, pues le serviría *simbólicamente* para unir aquello que estaba separado: *padres/palabras*.

Al final de esta sesión le dije que nos íbamos a ver dos veces a la semana (todavía no tenía muy claro la relación de tiempo), también le dije que íbamos a trabajar en lo que él decidiera. Sentí que se habían establecido una transferencia y contratransferencia positivas. Cuando se marchó me dijo: "Nos vemos el viernes Cris".

En la siguiente sesión trajo varios cuadernos de dibujo ya usados y otras cosas, lo cual me llevó a pensar que Beto había logrado hacer suyo este espacio, sin embargo mostró resistencia a entrar al consultorio, lloró mucho y trabajó poco, esta resistencia se presentó en varias ocasiones. Algunas veces su hermana acompañaba a la madre y a Beto, cuando esto sucedía, el niño salía constantemente para saber que estaban haciendo. Una de las veces en que salió le pregunté *"Te gustaría que sólo mamá te prestara atención a ti y no te agrada que mamá esté con Dulce"*. Desde esta primera vez me di cuenta de que a Beto no le gustaba que hiciera intervenciones en forma de pregunta, como lo hacía Dolto, ya que cuando esto sucedía cambiaba su juego o me decía que quería irse. Lo cual también consideré una resistencia.

Al principio cuando Dulce venía el niño le pedía que entrara. Una de estas veces, el niño empezó a pintar la caja blanca, de colores, empezaron a competir para ver

quien lo hacía mejor, *al igual que lo hacían por su madre para obtener su atención.* Al final de esta sesión se pelearon por pagarme.

Cuando compré la caja, no recordé en lo que los padres me habían dicho acerca del color de la piel. En ese momento pensé, que esa era la razón por la que pintaban la caja y después Beto la pateó. Más adelante explicaré por que lo hizo. Al principio permití que la hermana entrara, pero poco a poco establecí un límite en relación a esto.

Hasta este momento había tratado de ser lo más explícita posible acerca de las primeras entrevistas, intenté dar una visión general de la familia y cual sería el sentido que podría tomar el tratamiento: Consideré que en este caso se trataba de la resolución del Edipo y de un equilibrio de las instancias psíquicas. Consideré que el ritmo del tratamiento dependerá no tanto del niño sino del de los padres.

Lo primero fué vencer las resistencias presentadas por el niño y que él aceptara la ley establecida por los padres, es decir, que no durmiera con ellos. Como ya lo mencioné el resistol fué una pieza esencial durante las primeras sesiones del tratamiento. Cuando se terminaba me pedía que trajera uno más o dos de ser posible. Beto pegó en un principio palitos alrededor de la caja, como símbolo de protección: Yo le pregunte por qué lo hacía. A lo que respondió: "No quiero que los malos entren, además es más resistente". Cuando no había resistol las cosas las pegábamos con diurex pero no era lo suficientemente fuerte por lo que los palitos se caían y esto le molestaba.

Durante este periodo los padres estaban intentando que durmiera en su recámara: Sin embargo, más que al niño a los padres les costaba trabajo. Algunas veces ellos lo regresaban a su cama y otras no porque no lo sentían cuando llegaba, o estaban muy cansados y les daba flojera moverlo. Este cambio tardó aproximadamente 24 sesiones, es importante mencionar que en al rededor de la sesión número 30, hubo una excursión de la escuela de una semana, a la cual le dieron permiso de ir. Esto fue muy importante para el trabajo con Beto, pues le permitió separarse de los padres sin que esto causara un conflicto entre ellos. Beto pudo separarse de sus padre sin que le causara angustia, y los padres por su parte tuvieron tiempo de estar solos. En esta etapa del análisis Beto ya no cortaba las palabras como al principio.

A lo largo de estas sesiones yo realice un trabajo paralelo con los padres, los citaba esporádicamente, ya que consideré importante que tuvieran clara la relación del síntoma del niño y de ellos, por otra parte, Carmen me pidió que nos viéramos. Consideré que hubiera sido mejor citar a los padres con más frecuencia lo cual no fue posible por que: 1) el papá tenía mucho trabajo o salía de viaje. 2) a Beto le

molestaba que yo los viera y lo manifestaba por medio de agresión hacia su madre o hacia mi.

Beto se dió cuenta que desde que venían conmigo comenzaron a poner ciertos límites en casa y a su vez en el trabajo que realizábamos. Permitted la agresión verbal pero no la física. Le dije *"Sabes una de las reglas es que tú no puedes pegarme ni yo a ti, ¿estás de acuerdo?"* "Si", fue su respuesta.

En algunas ocasiones me empujaba pero decía que era parte del juego, jugábamos futbol soccer o americano. Cuando yo ganaba me decía "no se vale, hiciste trampa" también se salía del consultorio muy enojado. Entablamos un diálogo y llegamos a un acuerdo. Le dije *"a ti no te gusta perder, siempre quieres ganar; lo mismo pasa cuando le dan algo a tu hermana, a ti te molesta, quieres que únicamente te pongan atención a ti"*. Se quedó callado. Generalmente cuando se le hacían interpretaciones se quedaba callado o se salía.

Conforme avanzó el tratamiento se observaron progresos en el lenguaje; Beto hablaba con mayor fluidez, pronunciaba mejor las palabras y las sílabas y no alargaba tanto el sonido de las letras. Empezamos a jugar a la guerra, cabe mencionar que al principio de la sesión, siempre jugábamos futbol. En diferentes momentos le marque que el futbol le gustaba porque su papá también jugaba cuando era pequeño. La posición que le gustaba era la de portero, *simbólicamente detenía la acción de los padres*. En ningún momento interpreté esto, ya que me dió cuenta de ello cuando lo estaba escribiendo.

Cinco meses después el padre tuvo que salir por cuestiones de trabajo pero decidió llevarse a su esposa. El viaje duro cinco días aproximadamente. Al regresar me dijeron "Cuando estuvimos allá nos acordamos de ti, a la hora de irnos a la cama no sabíamos ni que hacer". Como se mencionó al inicio, era rara la vez que tenían relaciones. En este viaje se pudieron dar cuenta de algunas cosas; lo cual fue importante para el análisis de Beto y para ellos mismos. Otra de las cosas que les ayudo fue que el padre empezó a correr por las mañanas para canalizar su tensión.

Retomando el juego de guerra que consistía en colocar a la mitad del consultorio una barrera que dividiera el espacio, nosotros nos colocábamos de un lado con la caja de materiales, los cuales eran nuestras armas y del otro había algunos muebles. Cuando íbamos a empezar la guerra, primero yo apagaba la luces, en el momento en que Beto me lo indicaba, cuando lo hacia me decía "Corre y no hagas ruido porque vas a despertar a los soldados". Guardábamos silencio y cuando el daba la señal comenzábamos a tirar hacia el otro lado todos los objetos de la caja. Yo marqué: *"Oye Beto tampoco haces ruido cuando llegas a la cama de tus papas por las*

noches. Tu sabes que cuando están dormidos no sienten tu llegada y no pueden hacer nada".

La guerra al principio duraba pocos minutos porque no toleraba la obscuridad por mucho tiempo. Algunas veces dejaba una lámpara encendida para que el espacio no estuviera tan oscuro. Poco a poco la guerra fue durando más tiempo y podía estar apagada la luz. Fue cambiando el juego, después tenía su propio cuartel y yo el mío. Se observaba mayor seguridad en sus acciones y en aquello que expresaba en ese momento.

Desgraciadamente hubo una interrupción en el trabajo que estábamos realizando debido a que le dió varicela y tuvo que estar en reposo. A la semana siguiente yo también enfermé. El trabajo se reanudó aproximadamente tres semanas después. Consideré que me pude haber contagiado por los niños del centro de desarrollo donde trabajaba, sin embargo, *esto representó un punto de unión entre él y yo, una igualdad.* Cada vez que se acordaba me decía "Mira Cris, ya no se me nota, y a ti" Durante este tiempo Carmen le exigió que fuera más limpio, le pedía que se lavara las manos antes y después de entrar al consultorio, le prohibió que se tocara, porque tenía las manos sucias y se podía infectar, no le permitía jugar con la tierra, etc.

Beto también faltó a la escuela y se retrasó en sus actividades escolares. Consideré que la escuela y los padres eran demasiado exigentes. Se les sugirió un cambio de escuela para el bienestar del niño pero no quisieron hacerlo. Se manifestó cierta angustia por parte de los padres y del niño porque en la escuela les dijeron que tal vez necesitaría repetir la pre-primaria. Los padres comentaron que no estaban de acuerdo con esto, por que habían observado los cambios en Beto, además si el niño no podía con las exigencias de la escuela, preferían que repitiera el primer año.

Beto seguía en tratamiento cuando estaba por terminar la pre-primaria. Se notó cierto nerviosismo en el niño porque no sabía que resolución tomarían las maestras del colegio con respecto a él. Durante este tiempo se acentuó su interés por escribir palabras en el pizarrón y por leerlas. Se observaron varios errores, tomando en cuenta que acababa de cumplir seis años, lo consideré como el inicio de un nuevo reto para él. Lo que escribía en el pizarrón eran las reglas a seguir en los juegos que realizábamos, o de que manera iba a llegar a otro lugar (hacia un croquis). Otra de las actividades en las sesiones era jugar memoria.

Consideré que esto último tenía relación con lo que me contó la mamá de Beto; su esposo apuntaba en un pizarrón cuando el niño se había portado mal y cuando pedía algo, lo llevaba al pizarrón y le preguntaba si consideraba que lo merecía. Empezaba a haber un diálogo, el padre recordaba con ayuda de la pizarra. Ponia

atención a lo que pasaba en casa. El Sr. tomó su papel de padre que antes ejercía su esposa porque él estaba ausente.

Como lo mencioné al principio, en una sesión, Beto pateó la caja con coraje, este incidente se repitió al entrar al consultorio durante algunas sesiones. Al preguntarle porqué lo hacía dijo: "está muy fea". Yo, no sabía por qué lo hacía pero después me enteré por los padres, que en la escuela la mayoría de los niños eran de tez blanca y, por ser moreno a menudo hacían diferencias. Los compañeros de Beto pensaban que por ser moreno no tenía dinero para visitar algunos lugares. Con respecto a lo anterior Carmen comentó "mis hijos a diferencia de mi, se defienden ante las agresiones de sus compañeros, en cambio yo me quedaba callada". Creo que lo que a Carmen le sucedió en su niñez le estaba sucediendo con sus cuñadas y esto imposibilita que saliera adelante. Es algo que no ha resuelto y que está afectando a sus hijos.

El tratamiento de Beto no ha concluido, y se que todavía hay muchos aspectos que trabajar desde el punto de vista psicoterapéutico, sin embargo podemos referirnos a los cambios que se han dado en él desde que empezó su proceso de análisis: Disminución considerable de la tartamudez, duerme en su cuarto; la madre ha permitido al padre ejercer su función; ya no existe tanta sobreprotección por parte de ella; el padre escucha a los hijos un poco más. Dulce ya no es una niña callada, ahora habla y expresa su opinión. Beto respeta los límites impuestos en casa y en la escuela, y al mismo tiempo pide que lo respeten; escucha a las maestras.

Aun faltan cosas por resolver, como el aceptar el color de su piel y que a pesar del cambio de recámara se excita y masturba con frecuencia.

CONCLUSIONES

A través de la revisión bibliográfica y nuestra experiencia clínica, podemos concluir que en todo proceso psicoterapéutico se presentan cada uno de los elementos teóricos mencionados a lo largo del presente trabajo y que son imprescindibles para alcanzar la meta analítica, es decir, *hacer consciente lo inconsciente*; lograr esto permite a la persona enfrentar su realidad y retos futuros con mayor fortaleza emocional.

Como se ha visto a lo largo de este documento, hemos trabajado bajo condiciones poco favorables y poco ortodoxas de acuerdo con lo estipulado por la teoría freudiana. La razón para hacer estas modificaciones fueron las condiciones de la población con la que tuvimos la oportunidad de trabajar, puesto que en su mayoría son personas de escasos recursos. Las adaptaciones que hicimos se refieren a la frecuencia de las sesiones, al pago que debe hacer el paciente y al espacio donde se trabaja.

Si bien es cierto que Sigmund Freud propuso que debían realizarse 5 o 6 sesiones por semana, otros analistas como: Françoise Dolto, Maud Mannoni y Donald W. Winnicott fueron más flexibles en cuanto a la frecuencia de las sesiones, ajustándose a las condiciones de cada paciente, y en algunos casos prefirieron trabajar con lapsos de un mes, entre cada entrevista, antes que abandonar el caso. Apoyadas en la posición de estos últimos analistas y considerando la situación económica de nuestros pacientes y las restricciones del Centro Comunitario de Salud Mental, decidimos trabajar, por lo menos, una vez a la semana.

En relación al punto anterior estamos conscientes que sesiones más frecuentes dan mayor continuidad al tratamiento, permiten vencer las resistencias más rápidamente y facilitan el proceso de elaboración analítica, evitando que con el transcurso del tiempo se presenten sucesos que desvíen la atención del paciente de los conflictos que se venían trabajando en sesiones anteriores; insistimos, trabajamos ajustándonos a nuestra realidad social.

En cuanto al pago distinguimos dos aspectos fundamentales:

1.- El pago en las instituciones de asistencia social está dirigido a la institución como tal, ya que es la que tiene un nombre y un prestigio en el medio y no al terapeuta. En el caso particular de nuestros pacientes, son los padres los que se comprometen a realizar el pago y a cuidar que el paciente acuda a su cita. Si bien es cierto que en este tipo de instituciones el pago por consulta es modesto, representa para los padres un gran sacrificio, considerando que algunos de ellos

ganan el salario mínimo y tiene que transportarse a veces durante horas para llevar a su hijo a sesión.

2.- Tradicionalmente en la consulta privada paciente paga la cuota que el analista fija. A pesar de la costumbre establecida nosotras en las entrevistas preliminares con los padres les damos a conocer el monto del pago; pero cuando los padres no tienen la capacidad para cubrirlo hemos llegado a aceptar una cantidad menor, pues consideramos que los padres están haciendo su máximo esfuerzo por ayudar a su hijo y nos parecería injusto negarles esa posibilidad por el hecho de no contar con los recursos necesarios para cubrir la totalidad del pago. Y también por nuestro interés y necesidad de trabajar. Cabe mencionar que la modificación en el pago no ha propiciado que los padres no tomen seriamente y responsablemente el tratamiento.

Otra aspecto que quisiéramos señalar es la importancia del pago simbólico, propuesto por Françoise Dolto. Este pago tiene por objeto que el niño se responsabilice de sí mismo y de su trabajo analítico, independientemente de que los padres paguen los honorarios del analista. En nuestra experiencia nos hemos dado cuenta que el pago del niño sirve para que se exprese libremente, y lo exime de la carga moral que siente hacia sus padres por ser ellos los que pagan el tratamiento. Igualmente le evita el sentimiento de culpa por decir lo que le desagradaba de su familia, por expresar sentimientos ambivalentes, hacia sus progenitores.

En lo que se refiere al espacio de trabajo sabemos que debe ser siempre el mismo y contar con el mobiliario adecuado, para que el paciente vaya apropiándose poco a poco de él. Sin embargo por las razones anteriormente mencionadas, no siempre cumplimos con este requisito, ya que trabajábamos en el consultorio que se nos asignaba. En relación a este punto hemos hecho la siguiente consideración:

- A los niños les resulta menos difícil adaptarse a un espacio de trabajo que cambian con frecuencia, pues el hecho mismo del cambio y lo novedoso del espacio es integrado a la actividad lúdica de las sesiones. Esto puede ser aprovechado por el analista para interpretar el por qué de sus preferencias y rechazo, y el disgusto o temor por los cambios, ya que facilita la asociación libre y su interpretación.

El trabajo que hemos realizado con niños nos permite afirmar que el juego constituye la actividad fundamental para el psicoanálisis con niños y para cualquier terapia orientada psicoanalíticamente. Asimismo el dibujo y el modelado son medios a través de los cuales el niño se expresa, por lo tanto son medios para llegar a su inconsciente. La interpretación de todos estos elementos nos permite desentrañar la historia del paciente y éste al entender los motivos conscientes e inconscientes que le causan conflictos; asumirá mejor su realidad, le resultará

menos dolorosa y podrá cambiar algunos aspectos de su conducta que dificultan su relación con las demás personas.

Por último quisiéramos subrayar lo importante que es tomar en cuenta las condiciones del país donde se vive y se trabaja, pues la simple evolución de las sociedades con el transcurso del tiempo, determinan realidades y relaciones distintas. No es difícil imaginar las diferencias, para el trabajo que realizamos, entre la sociedad vienesa de principios de siglo y la sociedad mexicana de fines del milenio. Por este hecho, para nosotras es ineludible aceptar que la peculiar dinámica de nuestra gran ciudad determina que tanto adultos como niños requieran de apoyos psicoterapéuticos.

Consideramos un deber profesional ayudar a resolver esta demanda, y para ello hemos tratado de ceñirnos, hasta donde nos ha sido posible, a los planteamientos teóricos y técnicos ortodoxos; ajustándonos de la mejor manera posible a las limitaciones que se nos ha presentado y aplicar toda nuestra buena voluntad y conocimiento en esta tarea. Finalmente deseáramos que el material reunido en este documento sirva de apoyo a los psicólogos interesados en el tema, y nuestra experiencia y logros obtenidos de estímulo.

GLOSARIO

Acting out: Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo a los sistemas de motivación habituales del individuo y que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva. Cuando el acting out parece en el curso de un análisis, ya sea durante la sesión o fuera de ella, debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo como una tentativa de desconocer radicalmente esto.

Acto fallido: Acto en el cual no se obtiene el resultado perseguido, sino que se encuentra reemplazado por otro. Se habla de actos fallidos no para designar el conjunto de errores de la palabra, de la memoria y de la acción, sino aludiendo a aquellas conductas que el individuo habitualmente es capaz de realizar con éxito, y cuyo fracaso tiende a atribuir a la falta de atención o al azar. Freud demostró su relación con el inconsciente y con lo reprimido.

Acto simbólico: Término introducido por J. Lacan como sustantivo que distingue, en el campo psicoanalítico, 3 registros esenciales: lo simbólico, lo imaginario y lo real. Lo simbólico designa el orden de fenómenos de que se ocupa el psicoanálisis en cuanto están estructurados como un lenguaje. Este término alude también a la idea de que la eficacia de la cura se explique por el carácter fundamentador de la palabra.

Aislamiento: Mecanismo típico de la neurosis obsesiva, por medio de este se aísla una impresión o actividad durante la cual ya nada tiene derecho a producirse, nada se percibe, ninguna acción se realiza. Sin embargo nos da a entender simbólicamente que no permitirá que los pensamientos relativos a ella entren en contacto asociativo con otros pensamientos.

Alianza terapéutica: Vínculo establecido con el paciente en el cual, y a través del proceso terapéutico el paciente va progresando a raíz de las interpretaciones y de la conducta total del terapeuta.

Ambivalencia: Coexistencia de afectos opuestos que puede ser manifiesta o latente, consciente o inconsciente.

Análisis didáctico: Psicoanálisis al que se somete el que quiere dedicarse al ejercicio de la profesión de psicoanalista y que constituye la pieza fundamental de su formación.

Analizante: Persona que se somete a un tratamiento psicoanalítico.

Ansiedad: Afecto que presenta características distintivas de disgusto y desasosiego. Sentimiento de impotencia para hacer algo en una situación de importancia personal. Presentimiento de peligro inminente e inevitable. En el sentido psicoanalítico, se presenta ante la presencia de un conflicto intrapsíquico.

- Ansiedad de castración:** Fenómeno componente del complejo de Edipo. El miedo que siente el niño de 3 a 5 años en relación a sus fantasías eróticas en torno a su madre, y en su debilidad frente a la agresión proyectada en la figura del padre (percibe su propia agresión como proveniente del padre). El peligro es en término de sufrir daño en sus órganos genitales o la pérdida de ellos.
- Anulación reactiva:** Mecanismo de defensa mediante el cual el sujeto se esfuerza en hacer como si, pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido, para ello utiliza un pensamiento o un comportamiento dotados de una significación opuesta. Constituye un mecanismo de defensa característico de la neurosis obsesiva.
- Aparato psíquico:** Término que subraya ciertos caracteres que la teoría freudiana atribuye al psiquismo: su capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias.
- Asociación libre:** Pensamientos que brotan espontáneamente en relación a otro pensamiento. Como parte de la técnica del tratamiento psicoanalítico, se instruye al paciente a asociar libremente (se le pide que hable sin censura alguna de todas las ideas que le surgen en relación a determinada idea).
- Autismo:** Autismo normal: ante la experiencia de separación el infante desarrolla una fusión psicótica permanente con el ambiente (la madre). Autismo patológico: el infante, con un trauma de menor gravedad, se entrega al recurso de una identificación proyectiva patológica, en confusión permanente con objetos externos, ambas formas tienen por consecuencia una falta de desarrollo del mundo interno y la absorción en sensaciones corporales.
- Borderline:** Psicopatología determinada por mecanismos defensivos primitivos (tempranos) que no están al servicio de la represión sino de la escisión, por lo que el impulso es expresado, v.g. disociación, negación, identificación primaria, impulsividad; dando como resultado un sí mismo poco integrado (equivalente a fronterizo o limítrofe).
- Carácter:** En el sentido psicoanalítico, se refiere al aspecto de la personalidad que refleja la forma habitual que tiene un individuo para armonizar sus necesidades internas y las demandas del mundo externas. Es una constelación de formas relativamente estables y constantes de reconciliar los conflictos que surgen entre las diferentes partes del aparato mental para alcanzar ajuste en relación al ambiente.
- Catarsis:** Toda acción o reacción capaz de provocar la liberación de un antiguo residuo afectivo o la liquidación de una situación conflictiva y reprimida que impide el normal desarrollo de la vida psíquica.
- Catexis:** Concepto económico, la catexis hace que cierta energía psíquica se halle unida a una representación o grupo de representaciones, una parte del cuerpo, un objeto, etc.

Complejo de Edipo: Conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada positiva, el complejo se presenta como en la historia de Edipo Rey: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma negativa, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se encuentran en diferentes grados, en la forma llamada completa del complejo de *Compulsión a la repetición*: Proceso de origen inconsciente en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, lo vive con la impresión de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual. En la elaboración teórica que Freud da de ella, la compulsión a la repetición se considera como un factor autónomo, irreducible a una dinámica conflictual en la que sólo intervendría la interacción del principio del placer y del de realidad.

Condensación: Uno de los modos esenciales de funcionamiento de los procesos inconscientes, una representación única que por sí sola representa varias cadenas, asociativas en la intersección de las cuales se encuentra. Desde el punto de vista económico se encuentra catectizada de energías que, unidas a estas diferentes cadenas se suman sobre ella.

Conflicto intrapsíquico: Estado de lucha mental producido por operaciones opuestas simultáneas; impulsos (ello), demandas internas (superyó), demandas externas (ambiente).

Consciente: La parte de la vida mental que el individuo conoce y que está regida por la lógica y la experiencia.

Constancia objetal: Capacidad que tiene el aparato psicológico para percatarse de la existencia de un objeto (persona) sin necesidad de su persona. Cuando el ingente ya ha desarrollado esta capacidad puede evocar en su mente la imagen de la madre cuando ella no está a la vista.

Contracatexis: Fuerza represiva dirigida por el yo contra fantasías y objetos que habían adquirido una gran importancia afectiva por su significado en términos de gratificación (habían sido altamente libidinizados).

Contrato terapéutico: Consiste en definir los honorarios del analista y/o psicoterapeuta, tiempo y frecuencia de las sesiones y el espacio de trabajo.

Contratransferencia: En general este término se refiere a la respuesta afectiva del terapeuta a las manifestaciones afectivas del paciente. Para algunos autores es la respuesta emocional que el terapeuta experimenta, específicamente frente a la transferencia del paciente.

Culpa: Conciencia de que se han violado códigos morales, éticos o estéticos conjuntamente con el sentimiento de arrepentimiento o disminución del auto estima. Tipo de ansiedad producida por el superyó.

Defensas maníacas: Mecanismo de defensa característico de la manía y de la hipomanía, consiste en desmentir una realidad psíquica.

Depresión: Estado de ánimo permanentemente abatido, encerramiento del individuo en sí mismo, falta de auto estima. Se observa una fuerte tendencia al rechazo, al abandono y a la desilusión que se derivan de la intensa necesidad de dependencia.

Desarrollo psicosexual: Desde el punto de vista psicoanalítico, desarrollo de la movilización libidinal que determina la modalidad de gratificación erótica buscada; oral, anal y fállica.

Desplazamiento: Mecanismo defensivo consistente en movilizar un afecto sentido como proveniente de un objeto a otro objeto menos conflictivo.

Duelo: Reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.

Edipo: El complejo de Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano.

Elaboración: Término utilizado por Freud para designar, en diversos contextos, el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena, este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas.

Elección de objeto: Suceso psicológico a través del que se hace importante un objeto desde el punto de vista emocional; hacerlo fuente de gratificación instintiva a través de la libidinización.

Ello: Una de las tres instancias distinguidas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. El ello constituye el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresiones psíquicas de las pulsiones son inconscientes, en parte hereditarias e innatas, en parte reprimidos y adquiridos. Desde el punto de vista económico, el ello es para Freud el reservorio primario de la energía psíquica; desde el punto de vista dinámico, entra en conflicto con el yo y el superyó que desde el punto de vista genético, constituyen diferenciaciones de aquel.

Escisión: Mecanismo de defensa que divide a los impulsos y los hace ajenos unos a otros o divide territorios importantes de la estructura mental (del sí mismo o del yo), esta defensa, normal en el principio del desarrollo, debe sucumbir a la represión. La escisión predomina en las organizaciones border line y en las psicosis.

Esquizofrenia: Clínicamente, la esquizofrenia aparece diversificada en formas aparentemente muy distintas entre sí, en la que habitualmente se destacan las siguientes características: incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (que se designa con las palabras clásicas "discordancia, disociación, disgregación"), la separación de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía (autismo), actividad delirante más o menos acentuada, siempre mal

sistematizada; por último el carácter crónico de la enfermedad, que evoluciona con ritmos muy diversos hacia un deterioro intelectual y afectivo, conduciendo a menudo a estados de aspecto demencial, constituye, para la mayoría de los psiquiatras, un rasgo fundamental sin el cual no puede efectuarse el diagnóstico de esquizofrenia.

Etapas: En psicoanálisis, periodos del desarrollo psicosexual en los que la libido está investida en diferentes partes del cuerpo que son utilizados para la obtención de gratificación instintiva.

Etapa anal: Etapa del desarrollo psicosexual en el que la libido es movilizada al esfínter anal y al movimiento voluntario. Durante esta etapa el niño se satisface y tiene fantasías en torno a todo lo relacionado con la expulsión y retención de los excrementos.

Etapa fálica: Periodo del desarrollo psicosexual en la que la libido es movilizada hacia los genitales. El pene adquiere un significado simbólico (falo). En esta etapa tienen lugar las modalidades de relación edípica; es decir, el complejo de Edipo, de 3 a 5 años.

Etapa genital: Etapa de la vida en la que el individuo alcanza la genitalidad, es decir, la satisfacción sexual primordial es obtenida por la descarga genital de la libido. Las zonas erógenas secundarias se suceden a los genitales. Implica la resolución de la adolescencia.

Etapa de latencia: Periodo del desarrollo psicosexual en el que el niño parece desinteresarse en lo erótico y dirige su atención a otros tipos de gratificación.

Etapa oral: Periodo del desarrollo psicosexual en el que la libido se encuentra investida en la boca. Las relaciones son de dependencia y el objeto (parcial) de gratificación es el pecho de la madre. Corresponde al primer año de vida.

Falo: El pene, tomado como símbolo desde el punto de vista psicológico o cultural.

Fantasia: Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente. La fantasía se presenta bajo distintas modalidades: fantasías conscientes o sueños diurnos, fantasías inconscientes que descubren análisis como estructuras subyacentes a un contenido manifiesto, y fantasías originarias.

Fantasia inconsciente: Para la escuela de Melanie Klein, unidad permanente del funcionamiento mental que subyace a todo fenómeno psíquico. Es el contenido primario del los procesos inconscientes y expresión mental de los impulsos instintivos. Se presenta en la clínica como escena y escenario en la que, en algún modo, el sujeto está implicado.

Fantasma: (Del francés fantome) Según Nicolás Abraham, formación del inconsciente que tiene como particularidad no haber sido jamás consciente porque resulta del pasaje del inconsciente de un padre al inconsciente de un hijo.

Fase edípica: Fase del desarrollo de las relaciones objetales durante la cual se establece la relación familiar triangular (edípica) que, junto a los afectos que desencadena la movilización de libido al falo, caracteriza al complejo de Edipo.

Fenómeno transferencial: Evento o eventos generalmente afectivos del pasado, que son transportados al presente y sobrepuestos a personas o situaciones del presente, a todo el conjunto (conflicto) afectivo de la situación infantil superimpuestos a la situación terapéutica psicoanalítica se le llama neurosis de transferencia.

Fobia: Se trata de un miedo patológico y desproporcionado que se experimenta frente a objetos (animales, cuchillos, fuego, etc.), situaciones (lugares cerrados, sitios altos, reuniones sociales, etc.) o frente a las propias reacciones y circunstancias. El sujeto comprende que su comportamiento es irracional, pero no logra vencerlo con un esfuerzo de voluntad.

Formación reactiva: Actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste.

Frustración: Condición del sujeto que ve rehusada o se rehusa la satisfacción de una demanda pulsional.

Funciones del Yo: Los mecanismos psicológicos que ejerce el yo para desempeñar su papel en la dirección del aparato psicológico. Pueden ser: perceptivas, integrativas, regulativas, ejecutivas, defensivas, autónomas y relacionadas al objeto.

Histeria: Tipo de neurosis caracterizada por represión de un impulso prohibido que, a través de conversión reaparece en forma de síntoma en el aparato locomotor o en aparato de comunicación.

Ideal del Yo: Subestructura que conlleva la representación mental de lo que el individuo quisiera o debiera ser. Con la resolución del complejo de Edipo, pasa a formar parte del Superyó.

Idealización: Mecanismo defensivo primitivo mediante el cual se disocian los aspectos negativos de un objeto (de sí mismo), negándolos. También, investimiento a una figura del presente con elemento idealizados de las figuras tempranas.

Identificación: Proceso que experimenta el niño al observar a los padres y que lo lleva a reconocerlos y a amarlos, luego a imitarlos y después, a emularlos. A nivel de la psicopatología es un mecanismo de defensa a través del cual el sujeto adquiere masivamente las características de otra persona.

Identificación con el agresor: Mecanismo de defensa aislado y descrito por Anna Freud. El sujeto enfrenta un peligro exterior, se identifica con su agresor, ya sea resumiendo por su cuenta la agresión en la misma forma o imitando física o moralmente a la persona de la agresión, o bien, adoptando ciertos símbolos de poder que lo designan.

- Identificación proyectiva:** Término introducido por Melanie Klein para designar un mecanismo que se traduce en fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona en su totalidad o en parte, en el interior del objeto, para dañarlo, poseerlo y controlarlo. Se trata de un mecanismo arcaico propio de la posición esquizo-paranoide. En su forma patológica, es el prototipo de una relación de objeto agresiva e indiferenciada; y en su forma normal, la base de la empatía y la comunicación entre las personas.
- Imágen mnémica:** Término utilizado por Freud, a lo largo de toda su obra, para designar la forma en que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Las imágenes mnémicas se depositan según Freud, en diferentes sistemas; persisten de un modo permanente pero sólo son reactivadas una vez catectizadas.
- Impulso:** Urgencia que impele a la obtención de gratificación del deseo (de la motivación o fuente del instinto). Representación mental de la motivación.
- Inconsciente:** La parte de la mente o del funcionamiento mental que no está al alcance de la atención; pero que juega un papel en el determinismo de la conducta humana. Parte de la actividad mental que incluye los deseos primitivos o reprimidos.
- Inhibición:** Aspecto importante de la teoría psicoanalítica que describe el bloqueo de una salida natural de la actividad psíquica.
- Insight:** Conocimiento que tiene el individuo sobre sus motivaciones psicológicas y sobre su propio funcionamiento psicológico. Conocimiento de sí mismo.
- Instintivo:** Se refiere al comportamiento innato con el que nos enfrentamos al mundo cuando nacemos y que nos sirve para sobrevivir. Relativo a lo determinado por la programación biológica.
- Instinto:** Estructura biológicamente establecida que determina ciertas formas de conducta.
- Instinto de vida:** En 1920 Freud descubrió los dos instintos fundamentales con los que el ser humano estaba dotado. De acuerdo a Freud, el instinto de vida promueve la supervivencia, la progresión, el crecimiento, etc. El instinto de muerte impele, en el individuo; la involución, la regresión, la destrucción, etc.
- Interpretación:** Una forma de intervención terapéutica que el analista, cuyo objetivo es alcanzar resultados terapéuticos enriqueciendo el conocimiento que el paciente tiene de sí mismo, haciéndolo percatarse de un contenido psíquico inconsciente y del conflicto causado por dicho contenido.
- Intrapsíquico:** Que se origina, que se sitúa o que tiene lugar en el aparato psicológico.
- Introyección:** Proceso de asimilación por el cual se desarrolla la representación mental de un objeto (por ejemplo de una persona significativa y/o de la resonancia emocional que evoca. A nivel primitivo obra como un mecanismo defensivo que implica fusión.

Juego psicoanalítico: Actividad mediante la cual el niño estructura su discurso de modo simbólico.

Libido: En sentido psicoanalítico denomina a una supuesta fuerza (energía) con la que el aparato instintivo está dotado biológicamente desde el nacimiento. Cuando el individuo invierte libido en un objeto éste adquiere importancia significativa en términos de convertirse para él en una fuente de gratificación instintiva. La libido tiene un desarrollo en etapas que son la oral, anal, fálico-edípica, latencia y genital.

Mecanismos de defensa: Funciones del Yo que se desarrollan ante un peligro (ansiedad) que proviene de un conflicto, y que protege al yo de dicho peligro, manteniendo el conflicto fuera del alcance del consciente.

Melancolía: Se singulariza en lo animico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.

Mutismo psicógeno: Pérdida del habla por motivos psicológicos e inconscientes.

Narcisismo: Amor a la imagen de sí mismo. Narcisismo primario y secundario, el narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo. En narcisismo secundario designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objetales.

Negación: Procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca.

Neurosis: Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituye compromisos entre el deseo y la defensa. Actualmente el término cuando se utiliza solo tiende a reservarse a aquellas formas clínicas que pueden relacionarse con la neurosis obsesiva, la histeria y la neurosis fóbica.

Neurosis de transferencia: Dentro de la teoría de la cura psicoanalítica, neurosis artificial en la cual tienden a organizarse las manifestaciones de transferencia. se constituye en torno a la relación con el analista; representa una nueva edición de la neurosis clínica, su esclarecimiento, conduce al esclarecimiento de la neurosis infantil. Su resolución terapéutica encamina la terminación de análisis.

Objeto: Como correlato de la pulsión: es aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial, real o fantaseado. Como correlato de amor (o del odio): se trata entonces de la relación de la persona total o de la instancia del yo con un objeto al que se apunta como totalidad.

Objeto primario: Se refiere a la primera relación, es decir, a la madre.

Objeto transicional: Término introducido por Donald W. Winnicott para designar un objeto material que posee un valor electivo para el lactante y el niño pequeño, especialmente en el momento de dormirse. El recurrir a objetos de este tipo constituye, según el autor, un fenómeno normal que permite al niño efectuar la transición entre la primera relación oral con la madre y la <<verdadera relación de objeto>>

Preconsciente: Término utilizado por Freud dentro de su primera tópica: como sustantivo, designa un sistema del aparato psíquico claramente distinto del sistema inconsciente; como adjetivo califica las operaciones y los contenidos de este sistema preconsciente. Estos no están presentes en el campo actual de la conciencia y son, por consiguiente, inconscientes en el sentido descriptivo del término, pero se diferencia de los contenidos del sistema inconsciente por el hecho de que son accesibles a la conciencia, por ejemplo, conocimientos y recuerdos no actualizados.

Preedípico: Califica el periodo del desarrollo psicosexual anterior a la instauración del complejo de Edipo; en este periodo predomina, en ambos sexos, el lazo con la madre.

Principio de Placer: Uno de los dos principios que, según Freud rigen el funcionamiento mental: el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer. Dado que el displacer va ligado al aumento de las cantidades de excitación, y el placer a la disminución de las mismas, el principio del placer constituye un principio económico.

Principio de Realidad: Uno de los dos principios que según Freud rige el funcionamiento mental. Forma un par con el principio del placer, al cual modifica en la medida en que logra imponerse como principio regulador, la búsqueda de la satisfacción ya no se efectúa por los caminos más cortos, sino mediante rodeos, y aplaza su resultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior. El principio de realidad corresponde a una transformación de la energía libre en energía ligada, desde el punto de vista tópico caracteriza esencialmente el sistema preconsciente-consciente, desde el punto de vista dinámico el psicoanálisis intenta basar el principio de realidad sobre cierto tipo de energía pulsional que se hallaría más especialmente al servicio del yo.

Proceso primario Proceso secundario: Son dos modos de funcionamiento del aparato psíquico, tal como fueron descritos por Freud. Pueden ser distinguidos: Desde el punto de vista tópico: el proceso primario caracteriza el sistema inconsciente, mientras que el proceso secundario caracteriza el sistema preconsciente. Desde el punto de vista económico-dinámico: en el caso del proceso primario la energía psíquica fluye libremente, pasando sin trabas una representación a otra según los mecanismos del desplazamiento y de la condensación; tiende a recatectizar plenamente las representaciones ligadas a las experiencias de satisfacción. En el caso del proceso secundario la energía es

primeramente "ligada" antes de fluir en forma controlada: las representaciones son catequizadas de una forma más estable, la satisfacción es aplazada, permitiendo así experiencias mentales que ponen a prueba las distintas vías de satisfacción posibles.

Proyección: En sentido propiamente psicoanalítico, operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso "objetos", que no reconoce o que rechaza en sí mismo se trata de una defensa de origen muy arcaico que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento "normales", como la superstición.

Psicoanálisis: Disciplina fundada por Freud en la que es posible distinguir tres niveles:

A) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias, (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación: La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se disponen de asociaciones libres.

B) Un método psicoterapéutico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia, y del deseo.

C) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

Psicosis: El psicoanálisis no se ocupó de construir una clasificación que abarcara la totalidad de las enfermedades mentales, su interés se dirigió a las afecciones más accesibles a la investigación analítica y dentro de este campo, más restringido que la psiquiatría, se establecieron entre las perversiones, las neurosis y las psicosis. Dentro de este último grupo el psicoanálisis ha intentado definir diversas estructuras: paranoia (en la que incluye, de un modo bastante general, las enfermedades delirantes) y la esquizofrenia, por una parte; por otra, melancolía y manía. Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal.

Pulsión: Proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud la pulsión tiene su fuente de excitación corporal, (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin.

Realidad interna o psíquica: Convencimiento sobre la realidad del mundo psíquico que existe inconscientemente y se percibe dentro de la persona.

Relaciones objetales: Relaciones que se establecen en base a la internalización de objetos. En términos generales se refiere a las relaciones emocionales significativas que el sujeto tiene en el curso de su vida.

Represión: Mecanismo defensivo en contra de la ansiedad y de la culpa. Mediante este mecanismo; afectos, fantasías, deseos, etc.; que son inadmisibles son puestos fuera del alcance del consciente, continuando su operación dentro del sistema inconsciente.

Resistencia: Fuerza represora que obra en contra de hacer consciente lo inconsciente. Fuerza opositora del esfuerzo terapéutico.

Símbolo: Relación constante y universalmente válida entre determinados contenidos del ello y particular representación consciente de palabras o cosas.

Síntoma: Indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo.

Superyó: Una de las instancias de la personalidad, descritas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico: su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la consciencia moral la auto observación, la formación de ideales, como funciones del superyó. Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales.

Terapia psicoanalítica: Se refiere al cuerpo teórico del psicoanálisis.

Vínculo: Relación que desarrollan dos individuos mediante la cual cada uno es distinto y específicamente significativo para el otro.

Yo: Instancia que Freud distingue del ello y del superyó en su segunda teoría del aparato psíquico. Desde el punto de vista tóxico, el yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del ello como a los imperativos del superyó y a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa. Desde el punto de vista dinámico, el yo representa el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero (señal de angustia). Desde el punto de vista económico, el yo aparece como un factor de ligazón de los procesos psíquicos; pero en las operaciones defensivas, las tentativas de ligar la energía pulsional se contaminan de los caracteres que definen el proceso primario.

Zona intermedia: Descrita por Winnicott como: lo que se ofrece al bebé entre la creatividad primaria y la percepción objetiva basada en la prueba de realidad.

BIBLIOGRAFIA

Bleichmar, Norberto, Leiberman, M. Bleichmar, Celia. (1989) El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica. México: Elela.

Bucur, Norberto, Oscar. (1985) Analista Terminable y Psicoanálisis Interminable.

Davis, M. y Wallbridge, D. (1981) Límite y Espacio. Introducción a la Obra de Donald W. Winnicott Buenos Aires: Amorrortu .

Dotto, Françoise. (1991) Autobiografía de una Psicoanalista. México: Siglo XXI.

Dotto, Françoise. (1986) La Dificultad de Vivir Tomo II. Psicoanálisis y Sociedad. Buenos Aires: Gedisa.

Dotto, Françoise. (1984) La Imagen Inconsciente del Cuerpo. Buenos Aires: Paidós.

Dotto, F., y Nasio, J., D. (1987) El Niño del Espejo, El Trabajo Psicoterapéutico. Barcelona: Gedisa.

Dotto, Françoise. (1987) Pediatría y Psicoanálisis. México: Siglo XXI.

Dotto, Françoise. (1987) Seminario de Psicoanálisis de Niños. México: Siglo XXI, Tomo I,

Dotto, Françoise. (1985) Seminario de Psicoanálisis de Niños. México: Siglo XXI, Tomo II.

Dotto, Françoise. (1991) Seminario de Psicoanálisis de Niños. México: Siglo XXI. Tomo III.

Etinger de Alvarez, Diana. (1989) Sobre el Final de Análisis de la Clínica a la Teoría. La escuela de Escansión Nueva Serie 1. Fundación del Campo Freudiano. México: Manantial.

Fendrik, I. Silvia. (1988) Psicoanálisis para niños, Ficción de sus Orígenes . Buenos Aires: Amorrortu.

Fenichel, Otto. (1985) Historia Psicoanalítica de la Neurosis. México: Paidós.

Freud, Anna. (1989) El Psicoanálisis Infantil y la Clínica. México: Paidós.

Freud, Anna. (1989) El Yo y los Mecanismos de Defensa. México: Paidós.

Freud, Anna. (1972) Normalidad y Patología. Buenos Aires: Paidós.

Freud, Anna. (1981) Psicoanálisis del niño. Buenos Aires: Hormé.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Análisis de la fobia de un niño", (1909) Buenos Aires: Amorrortu. Vol. X. .pp. 98.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Análisis Terminable e Interminable", (1937). Buenos Aires: Amorrortu. Vol. XXIII. pp. 219.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Conferencia 27" (1916-1917). Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Conferencias de Introducción al Psicoanálisis" (1915-1918). Vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico" (1912). Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Sigmund, Freud. (1990) Obras Completas. "Estudios sobre la Histeria. (Josef Breuer y Sigmund Freud). (1893-1895)" Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Inhibición, Síntoma y Angustia. (1926 /1925/)" Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu,

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Iniciación del Tratamiento" (Nuevos Consejos sobre la Técnica del Psicoanálisis) (1913). Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Intrepretación de los Sueños" (1900 [1899]). Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "La interpretación de los Sueños". Vol. V. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Introducción a Oscar Pfister; Die Psychanalytischz Methode". Tomo XII. Buenos Aires : Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Más allá del principio de placer" Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Octava Conferencia Sueños de Niños" (1916-1915 [1916]). Vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Perspectivas Futuras de la Terapia Psicoanalítica". (1910). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "¿Pueden los Legos Ejercer el Análisis?" (1926). Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Puntualizaciones Sobre el Amor de Transferencia" (1915 [1914]). Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Recordar, Repetir y Reelaborar" (1914). Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Sobre la Dinámica de la Transferencia" (1912). Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1990) Obras Completas. "Sobre la Iniciación del Tratamiento" (Nuevos Consejos sobre la Técnica del Psicoanálisis, I). (1913). Buenos Aires: Amorrortu. Vol. XII.

Mannoni, Maud. (1968) De la Pasión del Ser a la Locura del Saber, Freud, Lacan y los Anglosajones. Buenos Aires: Paidós.

Mannoni, Maud. (1981) El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis. México: Siglo XXI.

Mannoni, Maud. (1984) El Síntoma y el Saber. Barcelona: Gedisa.

Mannoni, Maud. (1985) La Primera Entrevista con el Psicoanalista. Buenos Aires: Gedisa.

Mannoni, Maud. (1980) La Teoría como Ficción, Freud, Groddeck, Winnicott, Lacan. Barcelona: Crítica.

Mannoni, Maud. (1992) Lo que Falta en la Verdad para ser Dicha. Buenos Aires: Nueva Visión.

Mannoni, Maud. (1985) Un Saber que no se Sabe. Buenos Aires: Gedisa.

Martínez y Aguilar, Yolanda. (1985) La Terminación del Análisis en el Psicoanálisis de Niños. Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. XVIII, 3 y 4, julio-diciembre,

Millot, Catherine. (1990) Freud Antipedagogo. Buenos Aires: Paidós.

Nasio, Juan David. (1987) El Silencio en Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu.

Nova, Victor. (1987) Tesis de Maestría. Transferencia. Su Conceptualización y Desarrollo en la Obra de S., Freud y J., Lacan. UNAM. Facultad de Psicología México.

Piene, Finn. Auestad, Anne. Marie, Lange. Jon & Leira, Torhild. (1983) Scandinavia- Psychoanalytic- Review. "Countertransference-Transference Seen from the Point of View of Child Psychoanalysis". Vol. 6 (1).

Pedder, R. Jonhatan. (1988) Termination Reconsidered, International Journal of Psychoanalysis.

Rickman, John (1967) Teoría y Técnica del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Roudinesco, Elisabeth. (1988) La Batalla de Cien Años, Historia del Psicoanálisis en Francia 1. (1895-1939). España: Fundamentos.

Salles, Manuel. (1992) Manual de Psicoterapia y Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. México: Planeta.

Sandler, J. Kennedy, H. Tyson, R. (1983) Conversaciones con Anna Freud. La técnica del Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Gedisa.

Segal, Hanna (1989) Introducción a la Obra de Melanie Klein. México: Paidós.

Stanjaard, J. y otros. (1968) "Melanie, Klein su Enfoque del Inconsciente" Historia del Psicoanálisis III. Buenos Aires: Paidós.

Vengerou de Doubevsy, Dobevsy.S. Grandes Casos del Psicoanálisis de Niños.

Klein, Abraham, Ferenczi, A. Freud, Acherman, Win, Spitz, Erikson. Buenos Aires: Horme.

Winnicott, Donald W. (1971) Clinica Psicoanalítica Infantil. Buenos Aires: Hormé.

Winnicott, D.W. (1965) El Proceso de Maduración. (Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional). Barcelona: Laila.

Winnicott, D. W. (1981) Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Laila.

Winnicott, D. W. (1977) Psicoanálisis de una Niña Pequeña (The Piggie). México: Gedisa.

Winnicott, D. W., Realidad y Juego, Editorial Gedisa, Buenos Aires, Argentina, 1985,

Zulliger, H. y otros. (1968) Historia del Psicoanálisis III, Hiltch, Mann, Pfister, Sechs, Wolf, Arden, Brill, Elyjcliffe. Buenos Aires: Paidós.