

## CAPÍTULO 3

### *De lo somático a lo psíquico: la cura en psicoanálisis temprano\**

#### **Introducción**

La consulta por un niño pequeño es siempre un desafío para el analista. El avance de las teorías nos coloca a los psicoanalistas de niños frente a múltiples enfoques posibles, desde aquellos que priorizan lo pulsional, unido a las fantasías inconscientes, hasta los que ponen el acento en el lugar que el niño ocupa en la fantasmática inconsciente de los padres. Trabajar sólo con el niño, sólo con los padres, efectuar tratamiento de la familia o terapia vincular, son algunas de las opciones que se presentan.

Las grandes pioneras del psicoanálisis de niños en nuestro país —Arminda Aberastury, Betty Garma, entre otras prestigiosas figuras—, inspiradas en la obra de Melanie Klein, nos enseñaron que es posible acercarse y comprender a un niño que apenas comienza a hablar, y ofrecerle el encuadre apto para el desarrollo de la transferencia, que permitirá establecer conexiones entre la situación actual y los acontecimientos traumáticos originarios, lo cual permite liberarlos y elaborarlos adecuadamente.<sup>1</sup>

Un creciente interés por el desenvolvimiento de los procesos de simbolización, ligados al desarrollo del lenguaje, ha enriquecido nuestra técnica.

\* Este artículo fue publicado en la *Revista del Instituto de Psicosomática de Buenos Aires*, año VII, Nº 7, agosto de 2000.

1. Véase Arminda Aberastury, *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Paidós, 1962.

## Características específicas

De acuerdo con la teoría freudiana, en los primeros meses de la vida el aparato psíquico debe luchar contra la ansiedad, a fin de liberarse de las cantidades de energía no cualificada que se manifiestan por medio de la angustia automática.<sup>2</sup> En condiciones normales, la madre capta los diferentes signos que el bebé emite como señales (el llanto, el grito) y los transforma paulatinamente en símbolos mediante su particular capacidad de decodificación a través de la palabra y el gesto. De esta manera ayuda a la función de simbolizar y significar las experiencias emocionales del hijo. En la relación con ella este *quantum* pulsional adquiere cualidad y se liga a representaciones.

Es también en esa época cuando se construye la imagen corporal. El cuerpo del niño es el lugar de encuentro de sensaciones táctiles, térmicas y cenestésicas, despertadas por el contacto estrecho con el otro y por su instintividad. La integración mental de estas sensaciones, inscriptas con tono de placer o displacer, irá conformando un cuerpo erógeno, único para cada individuo, marcado por las experiencias de su historia libidinal. El sentimiento de tener y habitar un cuerpo, con una continuidad existencial, está estrechamente ligado al narcisismo.<sup>3</sup>

En el proceso de la cura de un niño pequeño el analista otorga palabras para dar significado a las emociones innombradas; asiste a la repetición de las ansiedades provenientes de los complejos de Edipo y de castración y a los sentimientos tempranos de culpa; acompaña el desarrollo de nuevas y crecientes funciones psíquicas, así como de mecanismos de defensa útiles. El aparato psíquico del niño se encuentra en formación; a lo largo del proceso terapéutico hay momentos estructurantes, momentos en los que es posible construir lo no constituido, y otros en los que es posible interpretar lo reprimido para hacer consciente lo inconsciente.

## El papel de los padres

Numerosos autores contemporáneos desarrollaron teorías acerca de la influencia, en el aparato psíquico del infans, del lugar que éste ocupa en el

2. Véase S. Freud, *Proyecto de psicología* (1895), Buenos Aires, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988, vol. I.

3. Véase H. Lenarduzzi, "Vínculo temprano y psicósomática", *Revista del Instituto Psicosomático de Buenos Aires*, año IV, N° 4, noviembre de 1997.

inconsciente de los padres, aun antes de su concepción. Conflictos edípicos, sentimientos de culpa, fantasías de castración, fantasías filicidas, determinan en gran parte el lugar del hijo. Actualmente, no podemos concebir el proceso de la cura del niño sin el trabajo simultáneo con los padres, que posibilite hacer conscientes los fantasmas inconscientes para rectificar la actitud hacia el hijo. En el psicoanálisis de niños, la transferencia debe ser entendida en el seno del campo transferencial-contratransferencial determinado por la presencia del niño y de sus padres. Este interjuego de fuerzas torna más compleja la labor terapéutica.

### **Ejemplo clínico: breve relato de un análisis temprano**

Carla tenía dos años y medio cuando sus padres me consultaron a causa de que padecía insomnio pertinaz, retención dolorosa de orina y materia fecal, irritabilidad permanente y retraso en el lenguaje. Fue adoptada a los quince días de vida, con poca convicción y mucha ambivalencia. Cuando cumplió un mes, debieron internarla en terapia intensiva por una arritmia cardíaca grave. Permaneció veinte días aislada de sus padres, salvo breves visitas. Desde entonces, sufrió insomnio. Al año y medio se descubrió que padecía una malformación urinaria de la cual hubo que operarla, luego de varios estudios que implicaban continuas manipulaciones de la zona anogenital. Fue intervenida a los dos años y tres meses, y permaneció nuevamente en cuidados intensivos varios días. La madre pasaba sólo unas horas con ella y, cada vez que la dejaba, la niña lloraba desesperadamente. Durante un mes tuvo dos sondas colocadas en los uréteres y una en la vejiga, y continuaban los procedimientos higiénicos que le provocaban molestia y dolor. Luego del alta empeoró el insomnio y comenzó la retención de excretas. Evacuaba luego de varias horas, en medio de gritos y llanto. Aún usaba pañales y nunca se había mirado o tocado la cicatriz quirúrgica. Se negaba a ingerir sólidos y aceptaba sólo la mamadera. Olía todos los alimentos que se le acercaban. Pronunciaba sólo tres palabras: “mamá”, “papá” y “caca”, para designar con esta última a la materia fecal, los pañales y la zona anogenital, lo que denotaba una seria indiscriminación dentro-fuera y confusión de zonas.

#### *Historia de la pareja parental*

El padre, José, era estéril por un problema genético. Su esposa, Ángela, lo supo antes de casarse y accedió a no tener hijos. A lo largo de las entrevistas surgió que Ángela, a pesar de haberse analizado varios años, tenía

una intensa represión sexual, que le impedía no sólo tener relaciones placenteras, sino también fantasear y aun hablar acerca del sexo. Tenía una gran vocación por asistir a los que padecían. Cuidó a su marido durante una larga enfermedad que él contrajo al poco tiempo de casarse, y reconoció haberse ligado afectivamente a Carla cuando la vio sufrir. Relacionó este rasgo de su carácter con su historia personal: le había tocado asistir desde pequeña a su madre, que tenía una secuela de poliomielitis. En Ángela, el par dialéctico *amar-ser amado* parecía sustituido por otro: *estar enfermo-ser asistido*. José era hijo único y muy apegado a sus ancianos padres. Se quejaba de que la niña había sido el motivo del distanciamiento de su mujer. Él también se analizaba.

*Las primeras entrevistas con Carla*

La niña vino en brazos de su madre. Era pequeña y frágil. Cuando no lloraba ensayaba mohínes como forma de agradarme y apaciguar su ansiedad. Me recordaba a una monita. No quería desprenderse de su madre, pero luego de unos minutos se animó a sentarse sobre la alfombra, cerca de mí. Tomó algunos juguetes y los miró. En seguida comenzó a llorar y a llevarse las manos a las nalgas. Tenía cólicos. La madre me explicó que desde varios días atrás no defecaba y tenía dolor abdominal. Me pidió permiso para llevarla al baño, sin éxito. Poco después se retiraron.

(*Siguiente, dos días después.*) La madre permaneció en el consultorio. La niña se sentó sobre la alfombra. Miraba los juguetes, sin decidirse a jugar. Se tocó el abdomen con gesto de dolor. Comencé a hablarle suavemente de su miedo, de la confusión que sentía. Ella creía que en la cola, en eso que llamaba “caca”, había cosas malas que le hacían doler: operación, sondas, nanas. Lo repetí de diversas maneras. Al rato pidió ir al baño con la madre y pudo evacuar. Le dije: “Hiciste caca. No querías dejarla salir porque tenías miedo de que otra vez pasaran cosas feas: operación, dolor”. Tomó plastilina y armó bolitas que luego olía, en clara alusión anal. Sugerí a Ángela que le sacara los pañales en su casa y la dejara sólo con una bombacha a fin de que ella pudiera mirarse y tocarse. Descubrí que la mamá no podía nombrar los genitales de ninguna forma, refiriéndose a ellos en forma imprecisa: “Allí”, “abajo”. Le pedí que pensara una palabra para nombrar los órganos de su hija.

(*Siguiente, dos días después.*) Carla llegó contenta. Me miró y dijo mi nombre. Era la primera palabra nueva en varios meses. Jugó con una muñeca que tenía marcados los genitales. La mamá propuso decir “vulva” porque era el único vocablo que su pudor le permitía. Señalé cada parte del cuerpo con su nombre, también el lugar homólogo al de su cicatriz.

(*Cuarta entrevista.*) Han pasado dos días. Ha dormido bien y no ha retenido. Ha podido reconocer adentro y afuera en una casita y también mirando desde mi ventana. Jugaba con la pelota, la tiraba bajo los muebles y pedía que se la sacáramos. Repitió este juego durante toda la sesión, mostrando sus intentos de simbolizar la ausencia y el reencuentro con el objeto. Luego comenzó a tirarme la pelota a mí para que se la devolviera.

### *Síntesis del tratamiento*

Continué atendiendo a la niña tres veces por semana, junto con la madre y, más adelante, sola. A la vez, mantenía entrevistas quincenales con ambos padres juntos o separadamente, según la necesidad. La madre estableció conmigo una intensa transferencia positiva. Se mostraba pendiente de mis intervenciones y sumamente interesada en colaborar con el tratamiento. Pudo acercarse más a su hija a nivel corporal, abrazarla y acariciarla; una experiencia nueva para ella. José, en cambio, se mostró hostil y desconfiado. Poco a poco, fue modificando su actitud. Hice algunas entrevistas vinculares con él y Carla, y con el tiempo logramos que se ligara afectivamente a ella a través del dibujo, actividad muy valorada por él. A los pocos meses, la niña estaba sin síntomas; dejó la mamadera y empezó a alimentarse bien. A los tres años hablaba fluidamente y empezó a tener una amiga imaginaria. A través del juego, cada vez más rico, pudo elaborar las ansiedades referentes a la neurosis traumática provocada por la operación, que a su vez había reactivado los traumas de abandono anteriores. Varias sesiones se desarrollaron jugando con agua que trasvasaba desde un recipiente con pico a otro, que escenificaba el control sobre la orina y las fantasías fálicouretrales. Por mi parte, yo cumplía la función de contención de sus excretas, en su doble significado: como proyecciones agresivas y como regalos.

Al principio jugaba con dos títeres (el cuco malo y el cuco bueno), que representaban alternativamente sus objetos internos buenos y malos, introyectados a partir de una madre abandonante y otra acogedora.

Luego usaba una muñeca y la dejaba del otro lado de la puerta, en el cuarto contiguo, simbolizando el abandono de su madre biológica. Más tarde incorporó al juego una segunda fase, en el que ella representaba a la madre adoptiva que iba en busca de la muñeca abandonada, la recogía y la abrigaba. Mediante un juego de roles, dramatizó varias veces la fantasía inherente a la muerte y resurrección de su madre biológica, mostrando así sentimientos de culpa y deseos de reparación. Progresivamente se instaló la curiosidad sexual, dirigida al cuerpo de la madre, y transferencialmente a mi persona, mis objetos personales, mi consultorio. También empezó la

masturbación genital, con bastante intensidad, acompañada de fantasías con el pecho materno. La mamá se angustiaba tanto que tenía que recurrir a un sedante.

El tema de su nacimiento y posterior adopción se fue esclareciendo cada vez más.

### **Consideraciones teóricas**

A través de esta pequeña muestra de lo que fue un tratamiento de varios años, se evidencian los hitos fundamentales del análisis de un niño pequeño.

*1) Ubicación en la estructura familiar inconsciente.* Al comienzo, esta niña no tenía un lugar propio en el mundo de las relaciones afectivas. Abandonada por su madre biológica, de la que nada se supo, tampoco fue auténticamente deseada por los padres adoptantes. Más bien parecía haber roto una unión supuestamente idílica. Fue sólo a través del sufrimiento físico como pudo conquistar a la madre, homologándose a la abuela enferma. El dolor fue así catectizado como forma de consolidación del vínculo.

Para el padre, ella era quien lo había desplazado del lugar de esposo-hijo-enfermo que él ocupaba. El trabajo con los padres permitió revertir estas identificaciones patológicas.

*2) Ansiedades y defensas.* Las intensas ansiedades paranoides del comienzo, que interrumpían sus procesos fisiológicos, fueron ligándose poco a poco a representaciones, mediante el juego y las interpretaciones. Las situaciones traumáticas tempranas se elaboraron a través de la repetición en el juego y la transferencia. Las defensas principales de los primeros tiempos (proyección y vuelta contra sí misma) fueron dejando lugar a la transformación en lo contrario, haciendo activo lo que había sufrido pasivamente. La represión pudo instaurarse hacia el final del tratamiento.

*3) Imagen corporal.* A través de este caso puede verse el decurso de la erogeneidad. Una zona corporal, negada en la mente de la madre y dolorosamente estimulada en la paciente, se transforma primero en lugar propicio para el asiento de fantasías terroríficas y más tarde en instrumento para el autoerotismo. El contacto mano-vulva parecía un intento de reemplazar la unión boca-pecho, nunca lograda, y añorada a través de las fantasías acompañantes de la masturbación.

4) *Transferencia*. Desde el inicio, la paciente desarrolló una intensa transferencia positiva. La resistencia apareció más tarde, en forma de adhesión al juego de roles y rechazo a mis intervenciones, en un intento de transformar el análisis en una actividad únicamente placentera. Hubo momentos de transferencia negativa, expresada mediante intentos de morder y modales altaneros. Comprendí que, como decía Winnicott, yo debía comportarme como un objeto no retaliativo y capaz de sobrevivir al odio.

5) *Los vínculos objetales y los traumas*. Cabe suponer que hubo un primer momento de relación objetal que permitió la inscripción de la huella mnémica de satisfacción. De lo contrario, el daño psíquico hubiera sido mayor. Hubo una situación de abandono, que podemos categorizar como trauma precoz, considerando que lo que define a éste es la falta de un lugar psíquico donde pueda inscribirse. La vivencia es de intenso desvalimiento, sin posibilidad de ser representada. El encuentro con el segundo objeto fue probablemente deficitario, por las características de la madre adoptiva. Tal vez esta segunda frustración favoreció una desorganización mayor e irrumpió un trastorno grave (la arritmia) como repuesta al trauma, en un momento de la vida en que no había discriminación mente-cuerpo ni yo-no yo. La internación produjo una nueva vivencia de abandono. La respuesta fue el insomnio. La operación produjo un nuevo trauma y separación del objeto, en un momento de la evolución en el que no se había logrado aún la constancia objetal.<sup>4</sup>

Cada trauma tiene efecto retroactivo sobre los anteriores. La niña retrocedió a una forma de vínculo que oscilaba entre la fusión y la simbiosis. El análisis le permitió establecer una nueva relación con un objeto estable, a través del mantenimiento del encuadre. Por último, se instaló paulatinamente la capacidad de estar a solas.

6) *Función del encuadre y del analista*. Son muy interesantes las consideraciones que hace Green acerca del encuadre: piensa que el concepto de *holding* de Winnicott se refiere a una estructura encuadrante, que ofrece el marco para que se desarrolle la representación:

Cuando se es separado de la madre, lo importante no es el recuerdo de su rostro, de su sonrisa, sino los trazos del cuadro que representaba el contacto con su cuerpo. Y que en ese momento han fijado un encuadre para su representación.<sup>5</sup>

4. Véase Margaret Mahler, ob. cit.

5. Véase "Entrevista a André Green", *Revista de Psicoanálisis*, Nº 6, 1999, p. 340.

Del mismo modo actúa el encuadre psicoanalítico. Además, permite el desarrollo de procesos homólogos a los que se produjeron en la evolución temprana, actúa como espejo y, al inhibir la meta pulsional, reencauza las fuerzas hacia la simbolización.

Diría que el encuadre, en el caso descripto, tuvo características estables en cuanto a frecuencia, regularidad y disponibilidad; además, fue flexible en cuanto a que se permitió realizar entrevistas con los padres e incluir sesiones vinculares con cada uno en diversos momentos. En este sentido, propongo considerar la triple función de sostén del analista: del paciente, de los padres y del vínculo.

En la técnica con niños pequeños es preciso tener capacidad de regresión, para captar las necesidades emocionales e interpretar en el mismo lenguaje del paciente, como lo señalara Klein,<sup>6</sup> aunque sin dejar de tener en cuenta el marco teórico. La palabra instaura una función de ligadura de la ansiedad y permite la historización de los traumas.

6. Véase Melanie Klein, *Introducción al psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Paidós-Horme, 1974.