

Particularidades de la clínica psicosomática infantil

Guido S. Joison

La clínica con niños es un campo dentro de la salud mental, que presenta ciertas dificultades que no se observan en la clínica con adultos, pero a la vez, nos proporciona elementos que dinamizan el trabajo de elaboración, ventaja que no está presente en la clínica con adultos.

Por un lado, podemos decir que la dificultad que nos encontramos los profesionales que trabajamos con niños en el campo de la salud mental, se refiere a que en gran medida, el acceso por la palabra como medio para la elaboración de conflictos, es muy limitada; pero por otro lado tenemos acceso a la elaboración de dichos conflictos que determinan el malestar de un niño, por la vía “regia” de otras modalidades de expresión como son el dibujo y el juego. Este punto es muy conocido en la clínica con niños, y difícilmente hoy en día se pueda negar esta perspectiva que considera la presencia de la modalidad lúdica y gráfica como requerimientos “sine que non” para el acceso a la comprensión de los móviles que determinan el padecer del paciente.

Ahora bien, esta doble dimensión de la clínica con niños , se observa como diferencia, también respecto de la clínica con patologías psicosomáticas en adultos.

En efecto, el trabajo con niños que presentan patología orgánica es absolutamente diferente a la práctica con pacientes adultos que presentan también patología orgánica, porque el dispositivo que tenemos es diferente al de la práctica con adultos.

La exigencia de trabajo con pacientes adultos que presentan alguna patología orgánica implica que el terapeuta redimensione la gama de recursos de forma tal, que estos excedan el campo de la palabra. De esta forma el trabajo con pacientes psicosomáticos adultos exige la utilización de terapias que exceden el campo de la palabra en un primer momento y paradójicamente, en un segundo momento, están al servicio de la palabra misma, como es el caso de la Terapéutica de la Imaginación material y dinámica.

En la clínica psicosomática infantil se enfatiza por un lado, el vínculo especial y singular de cada paciente con el terapeuta , las particularidades del padecer del niño y por otra parte, la dinámica de juego y dibujo que se gesta en el seno del vínculo terapéutico.

Ahora bien , la especificidad de la patología orgánica; el vínculo con el terapeuta y el juego y el dibujo, los tres, aparecen como ejes de nuestra pregunta: ¿Qué es lo que impide a un terapeuta, en su relación con el niño, que el juego, el dibujo y su interpretación simbólica – aspectos fundamentales del dispositivo terapéutico- sean vías asequibles para el trabajo de elaboración y para la curación de nuestros pacientes con patología orgánica?. Es a partir de esta pregunta que partimos.

Pensar la clínica con niños que presentan patología orgánica, implica un redimensionamiento total de la estructura del espacio vincular que se teje con el niño y cuyos

dispositivos de trabajo son, generalmente el juego y el dibujo y la interpretación. Este redimensionamiento no implica que dejemos de lado estas técnicas, sino más bien, que las adaptemos a nuestra consulta, en el momento en que atendemos un niño que presenta una patología orgánica. Siguiendo el mismo punto de vista, la modificación del dispositivo terapéutico afecta también al corazón de la elaboración, a saber, el vínculo mismo con nuestro paciente. No se trata de una clínica de elaboración de conflictos al estilo neurótico, (y esto es fundamental para entender este tema); sino de una clínica en la que aparecen muy a menudo un tipo de conflicto en donde los términos se reducen a la idéntico, o sea, que a diferencia del conflicto del niño con síntomas neuróticos, en donde hay tres términos, al mejor estilo edípico y freudiano, en el niño proclive a enfermar o ya enfermo a causa de un funcionamiento vincular muy específico, los términos del conflicto se reducen a uno y por ende ya no podemos hablar de un síntoma psiconeurótico que expresa un conflicto entre partes y en donde hay un tercero que quedaría excluido, ni tampoco de la existencia de un síntoma que se constituye como "solución" o formación de compromiso.

En efecto, siguiendo con la comparación, frente al conflicto neurótico que determina la aparición de síntomas, el tipo de trabajo analítico se organiza en torno a la aparición de juegos, representaciones gráficas y un vínculo con el terapeuta que expresa el conflicto en cuestión, es decir el componente transferencial.

Pero ocurre algo muy diferente en el niño que padece una enfermedad psicosomática, ya que al reducirse el conflicto el juego, el dibujo y el vínculo terapéutico expresan un tipo de modalidad vincular en la que se despliega la problemática de encontrar un lugar, encontrar una identidad y que la identidad no se reduzca a lo idéntico, sino que la identidad sea sinónimo de espacio y tiempos propios y de un cuerpo que funciona como esquema autónomo organizador. Digamos, un cuerpo que funcione como organizador de la proyección de la subjetividad sobre el mundo.

Nos referimos al tiempo y el espacio, ya que es desde la dimensión espacio - temporal que se anulan las diferencias y por otro lado, es desde esta misma dimensión que hallaremos la vía por la que se establezcan las diferencias y pueda así surgir, en ese espacio propio que se genera, un lugar para el niño, lugar que esté signado por la diferencia y no por lo idéntico, lugar del niño como sujeto con su tiempo y espacio propios y no un lugar que resulte de la ausencia de aquellos por estar provisto desde instancias exteriores, llámese otro materno, "otro generalizado" (siguiendo las palabras de George Mead), o bien, Otro de la cultura (siguiendo las palabras de los seguidores de Lacan).

La cuestión de qué es lo que dinamiza el encuentro con un lugar enmarcado desde la temporalidad y la espacialidad, debemos situarla en la primera relación de la madre con su niño, relación que puede generar o imposibilitar una adecuada organización temporo-espacial del sujeto.

Partir de nociones de espacio y de tiempo es fundamental ya que de estas dos coordenadas existenciales, dependen la ubicación de un sujeto en el mundo y el punto de vista que proviene de ésta.

Ahora bien, esto en lo ideal, pero ocurre que en nuestra consulta nos encontramos con niños, cuyos padres consultan precisamente, porque sus problemas provienen justamente de lo contrario a este "ideal", es decir de una pérdida, o bien, digamos de un adormecimiento de la singularidad y de la autenticidad. Esto es precisamente lo que encamina a estos niños hacia

una sobreadaptación social (también llamada por Sami Alí, patología de lo banal) predisponente de la patología orgánica.

Cuando hablamos de primer vínculo o vínculo temprano, nos referimos al de un cachorro humano con su madre y a las vicisitudes que este vínculo debe afrontar para que pueda emerger un infante humano con condiciones propicias para poder afrontar la vida de manera creativa autónoma y auténtica.

Y es la primera experiencia con la madre, la más importante, la que va a anticipar una "genuina separación". Ocurre que en las patologías de la sobreadaptación que pueden volverse orgánicas, esta "genuina separación" no resulta posible debido al fracaso o la alteración en el proceso de simbiosis evolutiva normal. Ahora bien, la cuestión es que el trabajo terapéutico nos va a posibilitar una segunda oportunidad para intentar reestablecer una "simbiosis" y de ahí una reestructuración de la organización del mundo del niño.

Qué situaciones ubicamos bajo el concepto de demanda, al abordar un niño que presenta alguna patología orgánica o es proclive a la misma?. Si quisiéramos describir las diferentes afecciones infantiles (enfermedades o síndromes) consideradas psicósomáticas, nos encontraríamos con una lista demasiado larga y nos veríamos obligados a referirnos a la mayor parte de los capítulos de la pediatría. En efecto, numerosas enfermedades del niño pueden considerarse psicósomáticas, porque la incidencia afectiva, familiar y social, desempeña un papel primordial en su génesis.

Para empezar podemos decir que, básicamente son frecuentes las visitas a la consulta por demandas relacionadas con algún problema orgánico como pueden ser manifestaciones alérgicas, asma, patologías de la piel (vitiligo, psoriasis, dermatitis alérgica), etc, pero también pueden llegar a nuestras consultas demandas relacionadas con lo que tradicionalmente y en términos modernos y americanizados se denomina ADD, siglas que remiten al síndrome de dificultad atencional, pero que a nuestro criterio, es muchas veces, la contracara de una sobreadaptación o un futuro desarrollo de algún tipo de patología orgánica.

Existen otras variables, pero, básicamente, los padres consultan por una patología ya en curso, instalada, o bien, por algún problema (de rendimiento escolar, o de inadaptación al grupo de compañeros etc) que luego nosotros, los terapeutas evaluaremos desde otro ángulo para poder llevar adelante un proceso terapéutico acorde a las necesidades reales del paciente y no por una demanda escolar ingenua ("no aprueba las asignaturas o es una molestia para el resto del grupo).

En otras palabras: cuál es el beneficio en salud para un niño evaluar por ej. en el problema que tiene para concentrarse y buscar nosotros como terapeutas, una vía de trabajo con el objetivo de optimizar su concentración y rendimiento escolar, cuando en realidad, el niño más que una dificultad para concentrarse, está presentando manifestaciones hipomaniacas emergentes de una patología de sobreadaptación.

Volvemos ahora y siempre, a evaluar la diferencia entre demanda manifiesta y demanda latente.

Más adelante volveremos sobre este punto, pero destaquemos que las manifestaciones hipomaniacas casi siempre deben ser evaluadas dialécticamente en torno a la contracara de la sobreadaptación (que puede desencadenar o no una patología orgánica actual o futura)según lo que le acontezca al niño en la vida.

CARACTERÍSTICAS DEL VÍNCULO PATERNO-FILIAL

Es importante ahora que hablemos primeramente de las características del vínculo del niño con la madre.

Volviendo al punto anteriormente citado, en torno a la simbiosis normal, diremos que en la relación con estas madres, los niños sufren serias alteraciones en el proceso simbiótico inicial, debido a fallas que se centran en una madre que ofrece una dificultad muy importante para brindarse hacia el bebé como sostén de necesidades emocionales y corporales primarias. Son madres que no contemplan y decodifican las necesidades de su niño en torno al contacto y a las descargas de agresión típicas. Estas madres generan un vínculo en donde el pivote principal es la ubicación de ellas mismas como fuente de ansiedad y la utilización de este vínculo como un depósito de proyecciones y ansiedades propias de ella misma. Son madres que reemplazan la conexión afectiva por una conexión exigente con su niño. Se auto-imponen y le imponen al niño una gama de exigencias en torno a un programa de actividades (amamantamiento, sueño, etc) que excluyen el contacto afectivo y lo reemplazan por pautas rígidas a seguir. Son madres cuyo "Superyo" amenazador promueven en el hijo una ansiedad tan grande, que provoca que los roles de la simbiosis evolutiva normal se inviertan y por ende, las necesidades evaluadas por ellas como prioritarias se antepongan a las del niño, como por ejemplo, la contención afectiva.

Podemos decir que el nudo de la preocupación típica de este tipo de madres podría situarse en torno a que se cumpla el horario de la comida, el baño, el sueño o que la temperatura corporal sea la adecuada o que logren el control de esfínteres y vesical en los tiempos que tiene previsto nuestra cultura. El problema surge como dijimos, cuando la atención sólo a estas necesidades, dejan a la madre en la más absoluta de la ignorancia de las verdaderas necesidades corporales y emocionales que el bebé requiere en momentos muy precisos.

Si el bebé llora es, para este tipo de madres, porque necesita leche, pero es impensable para ellas, que necesite mimos, contacto y una mamá que no sólo provea leche.

En general estas madres responden al desborde emocional del bebé, no como continentes de su desborde, sino con su propia angustia ante la situación.

Parecería que cuando el niño se desborda, se produce en ellas una situación de caos interno dado que no encuentran en ningún catálogo el porqué de sus llantos. A la angustia del bebé responden con su propia angustia y ahí se da la inversión: la madre pasa de ser continente de situaciones de agresión y llanto, a estar desesperada y esto no ayuda en nada al niño.

A partir de aquí podemos mencionar una fantasía que he visto mucho en ciertas madres y que se refiere a esa sensación que han tenido en algún momento de querer arrojar a su bebé por la ventana.. Aunque parezca siniestro tocar este punto, nos parece importante ya que nos permite pensar el grado de regresión que vivencia toda madre en sus cuidados con sus niños, y cómo en los momentos en donde cuida a su bebé, se pone a prueba toda la estructura yoica de la madre, estructura psicobiológica que determina en este primer vínculo, que el niño logre o no una "auténtica separación".

Cuando trabajamos en entrevistas con padres, es fundamental que guiemos acompañando a la madre a que recuerde situaciones en donde el repertorio de conductas propias del momento evolutivo del niño la ponían a prueba. Hay que preguntarle sobre el tipo de reacción que ella tenía ante la angustia del bebé, sus fantasías, y todo lo que concierne a ese primer vínculo.

Es importante que podamos evaluar el conjunto de movimientos afectivo-cognitivos que se daba en la díada madre niño. Porqué decimos esto?. Afirmamos esto para que no quede esa indagación como algo más, sino como algo importantísimo, ya que el conocimiento de ese primer vínculo nos va a orientar para poder actuar.

Además de esto hay que indagar sobre la relación de esta madre (real o fantaseada) en relación a su propia madre.

El conjunto de este tipo de datos, muchas veces aparece en forma de fantasía, mito familiar, o simplemente como un relato real.

La indagación sobre la relación de la madre con su propia madre o sustituta, nos va a aportar datos significativos que explicarán y volverán comprensibles el porqué del funcionamiento de esta madre con su niño en la primer etapa de vida de éste.

Además, es fundamental indagar qué ocurrió en la vida afectiva de la madre desde dos años antes del nacimiento del niño hasta más o menos dos posteriores.

Digo esto ya que he observado que situaciones como duelos no elaborados, abortos, o cualquier u otro tipo de situación traumática o de duelo, es determinante del cómo la madre se ubica (presente o ausente psíquicamente) en relación al hijo, lo que va a determinar si está o no conectada afectivamente con su niño.

Agreguemos a esto que es crucial también investigar sobre el tipo de lugar que tuvo el hombre- o sea el padre o el que ejerce esa función-, al lado de la madre, ya que eso va a brindarnos datos sobre la modalidad de funcionamiento paterna.

Entonces, lo importante a tener en cuenta es que ya sean factores ligados a su historia o bien a situaciones traumáticas de su propia historia o actuales, la madre se desconecta del niño.

Es importante agregar a este desarrollo , una diferenciación que pertenece a un compatriota mío, David Liberman. El distingue dos tipos de madres con un funcionamiento particular de cada una y que definen un tipo de modalidad vincular que, aunque diferentes entre sí, son posibles desencadenantes de patologías en los hijos. Una es la que Liberman define como madre mete-bombas y la otra es la que llama madre que rebota.

El tipo de madre mete bombas es la que puede tener la fantasía de "tirar al bebé por la ventana" o "necesito que este bebé desaparezca por que yo me desbordo".

Ella espera que su bebé sea un objeto estable y tranquilo para poder , desde este vínculo, mantener su propio equilibrio interno ; la angustia del bebé acrecienta la de ella y así se vuelve imposible contenerlo; por el contrario las propias ansiedades de la madre acrecientan la angustia del niño.

La madre que rebota, es la que reacciona más o menos así: “no sé qué le pasa a este bebé, necesito que detenga su llanto. La madre mete bombas inocula sus propios sentimientos intolerables ligados a su ansiedad, originando una patología mucho más severa que la madre que rebota. Digamos que la madre mete bombas puede ofrecerle el chupete cuando no se le pide, dar de mamar cuando el bebé no lo necesita, hacer dormir al niño cuando no éste no tiene sueño, mientras que la madre que rebota, queda como desprovista de recursos para actuar ante las situaciones que se plantean como angustiantes para el bebé. Vemos como en ambos tipo de madre se da una inoperancia que lleva a que se realicen conductas que no llegan a una solución. Por ej, el bebé llora, porque necesita mimos, entonces la madre metebombas, dice:” Y ahora que le pasa que no está dentro de lo que puede pasarle”, entonces cree que el biberón va a apaciguarlo.

En ambas madres se da un desconocimiento de las necesidades afectivas de sus niños. Decíamos antes que la madre que rebota va a generar un tipo de patología no tan severa como la de la madre mete bombas, esto se da debido a que, creemos, existe una mayor conexión afectiva de esta madre con su niño, pero ciertamente, con características que son negativas. La madre que rebota es infantil y narcisista. Dice Liberman: “permanece ajena a las necesidades emocionales del hijo”. Puede ser tierna y juguetona, pero, y ahí está la cuestión, siempre que el niño no presente manifestaciones de ansiedad, que ella no puede decodificar. Su capacidad de empatía es pobre . Por otra parte, los momentos de desborde de todo bebé son absolutamente normales.

En la madre metebombas, y desde la perspectiva del bebé, la vivencia que se va a plasmar es que sus necesidades no sólo rebotan en la madre (como en la madre que rebota) sino que la enloquecen y le generan odio violento. La vivencia es de una carencia en torno a algo que nunca tuvo: el cariño de su madre y un temor: ser destruido por ella. Parafraseando a Gerald Pearson decimos que: “los sentimientos de los padres hacia los hijos forman una gradación continua comprendida entre los que realmente aman a sus hijos y los que realmente los odian...” “...de forma didáctica podemos dividir la gradación en tres grupos: a) Rechazo del niño; b) sobreprotección del niño; c) indulgencia. De modo similar, los padres que tienen actitudes adversas hacia sus hijos puede ser clasificados en tres tipos: a) padres muy estrictos; b) padres muy estrictos y con un sentimiento de culpa por no querer al niño; y c) padres débiles. (G Pearson. Emotional Disorders Of Children, Editorial Beta, edición 1963)

MODALIDADES DE DESPLIEGUE LÚDICO Y TRABAJO VINCULAR:

Ahora veamos las modalidades de despliegue lúdico que presentan los niños que padecen una enfermedad orgánica o que tienen una disposición a enfermar.

Pero antes, detengámonos en una cuestión que es fundamental para que se produzca el levantamiento de la sintomatología orgánica: Al recibir un paciente que porta algún tipo de patología psicósomática o bien padece de un funcionamiento sobreadaptado, con lo cual podemos pensar que puede enfermar, debemos tener muy en cuenta que para curar a un niño debemos tener claro que lo que lo enfermó fue el vínculo. El vínculo, es la matriz de la enfermedad de un niño.

Por lo tanto, nuestra labor terapéutica siempre va a tener como meta para la cancelación definitiva de los síntomas, el trabajo desde el vínculo mismo con el niño. El terapeuta debe tener en cuenta que el vínculo enfermó y que el vínculo va a sanar. De ahí que un trabajo mera e ingenuamente interpretativo, desde el comienzo de la terapia, lo único que puede hacer es confundir al paciente y producir, tal vez, un levantamiento prematuro de síntomas. El

levantamiento prematuro de síntomas en pacientes que presentan sobreadaptación es una constante que debemos tener muy presente ya que estos niños al adaptarse excesivamente a las diferentes situaciones de la vida, tienden a modificar comportamientos y muchas veces los síntomas se interrumpen transitoriamente (o se sustituyen por otros) pero al no estar elaborado el problema del funcionamiento vincular, el que se actualiza –como hemos visto- con el terapeuta , no se llega a una modificación de la su “posición subjetiva vincular - P.S.V-” (Susana Rotbard).

Este tipo de pacientes presenta una tendencia a la sobreadaptación, esta sobreadaptación se traslada inevitablemente a la consulta y a la relación con el terapeuta.

Por otra parte, en la modalidad de expresión lúdica converge el componente afectivo del niño que se va modificando en el curso de la relación con el terapeuta , siempre y cuando éste intervenga con toda su persona (en estos casos la “abstinencia” de participación por parte del terapeuta, puede ser totalmente iatrogénica.

O sea que ante los juegos que observa, el terapeuta debe incluirse dentro de ellos, en toda la gama de afectos que estos juegos evocan y operar, sosteniendo el funcionamiento lúdico-víncular, no interpretando . Este tipo de intervenciones exigen que el terapeuta maneje un tipo de acercamiento con el niño, incluso que use su cuerpo, de forma que se produzcan las regresiones pertinentes y la consecuente modificación posterior del nudo vincular. Recordemos que Winnicott trabajaba de esa manera. Su manera de trabajar no podía adscribirse a ninguna “escuela”, freudiana, kleiniana, ni lacaniana.

Simplemente su trabajo emergía de lo que iba observando y vivenciando en los diferentes encuentros con el paciente , siguiendo caso por caso.

Esto es fundamental, ya que en ese caso por caso que ya Freud proponía, se juega también lo singular de las respuestas del niño ante las vicisitudes del funcionamiento de sus vínculos primarios. Esto no quiere decir que excluimos la interpretación, pero sí que la interpretación debe tener su “timing”, su momento particular y debemos ser sumamente cuidadosos en esto.

El juego que presenciamos en niños con enfermedades psicosomáticas o que poseen una disposición a enfermar no impone reflexionar sobre conceptos claves como el de representación del cuerpo y el de procesos de simbolización. La representación del cuerpo emerge de un proceso de simbolización, y en estos pacientes se ha dado una defectuosa estructuración de la imagen del cuerpo debido a que se produjo una perturbación de las funciones proyectivas e introyectivas, derivadas del vínculo con la madre.

Es por ello que vamos a tener en cuenta los movimientos corporales de los niños y su especial modalidad de incluir el cuerpo en el espacio y en el tiempo de la sesión analítica.

A partir del jugando en la sesión, nos sumergimos como terapeutas en ese vínculo fallido que en su momento ha arrojado al niño a su padecer.

Observamos un tipo de desarrollo lúdico que se denomina “juego ritualizado”, que es un juego que aparece como forma de resistencia. Este tipo de juego es la manifestación dentro del proceso terapéutico, de la sobreadaptación del niño.

Cuando prevalece el juego ritualizado, observamos en el paciente una tensión muscular que da cuenta de aquella agresión que el niño no pudo ni puede aún proyectar.

El único lugar en el que se deposita la tensión agresiva acumulada es en el cuerpo y el juego ritualizado manifiesta una agresividad que no se expresa.

En este tipo de juegos se observa que piden permiso para iniciar la tarea, son juegos formales y obedientes en donde nada se escapa, no hay ningún tipo de irrupción o desorden. El vínculo con el terapeuta es de distancia afectiva y de rigidez. Este tipo de juego expresa un sometimiento y sobreadaptación al terapeuta y al tratamiento: ellos juegan, hablan... pero, esto no es material propicio para la interpretación simbólica ya que todo, es copia y, por ende esta desprovisto de simbolismo. En esos momentos del proceso terapéutico si el terapeuta interpreta -aunque la interpretación sea creativa, interesante o aparentemente adecuada- observamos que el niño no responde. No hay avances.

El paciente responden a la interpretación simbólica de la siguiente manera: "estamos jugando, es un juego y nada más", o aceptan lo que el terapeuta le dice como para congraciarse con el terapeuta.

En estas situaciones el juego no aparece como vehículo de emociones. Las emociones no circulan , no se proyectan ni en el juego ni en torno al terapeuta con el que el niño debería actualizar vínculo que ha tenido con su madre.

Por el contrario, el juego aparece como barrera. La hipertonía muscular que (en otro lugar hemos desarrollado desde la perspectiva de la patología del cólico del tercer mes), nos habla de una expresión de hostilidad que no ha podido desplegarse. Ese tipo de juego nos demuestra que estos niños no pueden constituir un espacio en donde los juguetes funcionen como eslabones del proceso de simbolización, ya que no hay simbolización. Se trata de un juego banal.

Recomiendo la lectura de un libro de Sami - Ali que se llama Le banal (París, Ed.Gallimard) . Allí, el autor caracteriza muy claramente la patología de lo banal.

El niño puede realizar juegos de roles, construcción de objetos, etc. Pero siempre llama la atención el elemento indicativo de la copia. Juegan a la maestra y al alumno, juegan a armar algo, pero detectamos que no hay aparición de afectos en el juego. La pregunta sería, qué hace el analista frente a esto?. La respuesta es esperar y no interpretar. Esta modalidad lúdica va a fracasar tarde o temprano. En estos casos el ritmo de las sesiones va a ser diferente al ritmo de los niños que tienen un potencial imaginario actual.

Cuando el niño avanza en el tratamiento, lo que vamos a observar es un ritmo dialéctico entre este tipo de juegos y otros.

Este segundo tipo de juego se denomina "juego impulsivo" y lo define una modalidad evacuativa. (En estos momentos se produce una ruptura de la coraza témporo-espacial que forma parte de ese funcionamiento banal del paciente); el niño tiende a arrojar objetos, a utilizar todo el espacio de la consulta, a golpearse y a golpear al terapeuta; hasta pueden ocurrir daños materiales en la consulta.

Considero que en ese momento comienza una segunda parte fundamental; el paciente comienza a comunicar algo de sus angustias primarias, que no han podido ser contenidas por

la madre. El paciente comunica a través de identificaciones proyectivas evacuativas, situaciones emocionales primarias y violentas. Los juegos están acompañados con verbalizaciones o canciones dirigidas a él mismo más que al terapeuta. El niño necesita arrojar un cúmulo de sensaciones interiores intolerables y utiliza objetos o “juguetes proyectiles” de diversa índole. De ahí que nosotros empezamos a actuar terapéuticamente como continentes de la agresión no expresada antes.

También en esos momentos la interpretación es infructuosa. Lo que se da es un rechazo de la interpretación; en efecto, el niño hace “oídos sordos”; permanece compenetrado en sus movimientos expulsivos y no da lugar a la intervención del terapeuta; es frecuente la situación en la que el terapeuta trata de decir algo y el niño grita o canta muy fuerte como para no oír. En ese momento cualquier interpretación por parte del terapeuta puede hacer fracasar la posibilidad del niño de expresar lo más íntimo, como sucedió en otro momento de su vida con las intervenciones inadecuadas por parte de la madre.

Por lo tanto, en ese momento el terapeuta debe abstenerse de interpretar; una pelota, una muñeca, cualquier objeto sirve de proyectil para evacuar sus tensiones internas; el niño está sumido en una hiperactividad unida a un aislamiento que lo mantiene protegido de las reintroyecciones; en efecto, podemos decir que el niño está hipomaniaco. Este tipo de juego, puede estar presente desde el comienzo del tratamiento abarcando segmentos temporales de las sesiones o bien períodos del proceso analítico. Corresponde al fracazo (felizmente!) de la rigidez del niño y da curso a fenómenos de identificación proyectiva evacuativa, a través de las cuales el paciente expresa situaciones emocionales primarias y violentas en donde él padecía de mucho miedo y se sentía sólo, sin sostén materno. Son períodos altamente comunicativos para el analista, índice de progreso analítico y de buen pronóstico terapéutico, a pesar de su carácter masivo e indiscriminado. La hipomanía en este juego aparece como la contracara de la sobreadaptación y del juego ritualizado. La modalidad hipomaniaca de juego permite pensar en el error que podemos cometer los profesionales si lo diagnosticamos como A.D.D (síndrome de deficiencia atencional) sin tener en cuenta el complejo entramado del padecer del niño. La función del terapeuta es de continente, de marco para que estas emociones primarias aparezcan y puedan ser contenidas. En estos momentos el tipo de intervención analítica es la de no interpretar, sino la de codificar, poner palabras a las emociones que aparecen en bruto... Es en el interjuego, en el límite de esas sensaciones y las manifestaciones hacia el exterior, que pueden comenzar las intervenciones terapéuticas que apunten a poner palabras a lo que aparece, por ej: enfado, furia. Siguiendo a Racker diferenciamos el aspecto de la contratransferencia que resulta de la identificación del analista con el Yo y el Ello del analizado (identificación concordante) y la que resulta de la identificación del analista con los objetos internos del analizado (identificación complementaria) (Racker, H., Estudios sobre técnica psicoanalítica, Paidós, Bs. As. 1969). Frente a un pacientito muy bloqueado en sus afectos, el analista puede cometer el error de responder influenciado por la vivencia contratransferencial de frustración que esto le promueve. La frialdad del analizado puede interferir en el trabajo del analista a menos que éste sepa liberarse del círculo vicioso en que el bloqueo afectivo del analizado amenaza con encerrarlo (identificación complementaria del analista con la madre del paciente que no podía entender el llanto de su hijo ni otorgarle significado. Podemos decir que nosotros, como analistas de un niño que presenta una afección orgánica o que está atravesado por la patología de lo banal, tendremos un norte que está dado por decodificar el desaliento contratransferencial en contenidos, verbalizaciones que ayuden a crear en el paciente el espacio psíquico que hasta ahora no tiene; pero nunca devolver la agresividad o las manifestaciones primarias con prohibiciones e interpretaciones intrusivas que lo confunden al niño; en efecto, una interpretación pronunciada en un momento de furia en lugar de aclararle, puede llegar a confundir aún más al niño.

Insisto con la idea de no apresurarse en la integración de lo lúdico con verbalizaciones ya que una integración precoz se podría dar sólo en un plano intelectual. La integración simbólica de la vida afectiva deberá darse en una etapa posterior del tratamiento.

El niño que se beneficia con el modelo de trabajo de la primer etapa – fundada sobre la “experiencia emocional correctiva”-, puede ir rompiendo la simbiosis analista-paciente. Recordemos la noción de “simbiosis evolutiva normal” antes mencionada.

Resumiendo: Nuestra tarea como analistas, es: 1º) el establecimiento de la simbiosis analista (madre) - paciente (hijo) en los comienzos del tratamiento; 2º) proporcionar al paciente la posibilidad de una “experiencia emocional correctiva”; 3º) entender los distintos significados de ese llanto, grito de furia o enfado que se manifiesta (no se expresa, ya que es una manifestación automática de todo el funcionamiento vincular del niño) como acceso psicossomático., creando el “espacio psíquico” del que carece el niño; un ejemplo práctico de esto son las típicas manifestaciones de agresividad que se manifiestan en estos pacientes y que caracterizan, como antes dijimos, el juego impulsivo (como lo denomina Liberman); el continente que creamos para las manifestaciones de agresividad y destrucción, puede manifestarse en fantasía del niño dañado así como también el propio analista.

Podemos observar que el ritmo de encuentros con el terapeuta ya es terapéutico en cuanto le permite al niño sentir que puede haber un continente que albergue las manifestaciones primarias al mismo tiempo que le permitir reparar dicho continente. Desde la teoría kleiniana vemos cómo se pasa de una actualización de la posición esquizoparanoide, a una posición depresiva con el consecuente movimiento reparatorio que está en la base de esta última. Es frecuente que los niños pregunten por los objetos dañados, que deseen que el terapeuta los reponga, otros pacientes amenazan con no volver a la consulta debido a la ansiedad que les produce descubrir en la consulta algún juguete “roto”; otros pacientes vuelven a la sesión con regalos o dibujos para aplacar un supuesto “enfado” del terapeuta, etc.

En esos lapsos, continúa la función contenedora del terapeuta; es importante hacer sentir al niño que ese espacio y ese lugar del terapeuta están intactos, y que no han padecido daños irreparables.

Para ejemplificar lo dicho, relataré cuál fue mi intervención ante un tipo de situación vivida por el paciente como daño. Se trata de un niño (al que llamaré Diego) que consultó por asma. Durante el tratamiento , en un momento había dañado unas plantas que tengo en la consulta. El había notado el daño que hizo y se sentía visiblemente culpable. Al terminar la sesión me dice que no va a venir nunca más. Yo le respondo que tal vez no quiera venir por sentir algo respecto de lo que sucedió con la plantita y agrego que aunque él no quiera venir más yo iba a estar allí esperándolo en su horario habitual. A continuación le explico que las plantitas no eran yo y que tal vez él había necesitado hacer eso por algo que juntos vamos a tratar de entender.

Es importante aclarar que es el vínculo con el terapeuta el que corrige lo que puede tener valor traumático.

Se trata de un vínculo que es la vía que posibilita la modificación caracterial - vincular. La madre o sustituta , ha definido un vínculo en donde prevalecían sus angustias, en donde prevalecía la necesidad de callar lo primario, en donde se preocupaba por el “deber ser” y también por que no aparezcan emociones en el niño que la desorganicen. Nosotros, como

terapeutas tenemos una función principal y es la de modificar ese vínculo interno que el niño porta.

Por lo tanto, no nos preocupemos tanto por que el niño apruebe las asignaturas o que tenga buena conducta en el colegio, o porque "rompa las plantas".

Alegrémonos cuando detectamos una ruptura –siempre favorable- del funcionamiento sobreadaptado; ruptura que muchas veces se manifiesta en un fracaso en alguna asignatura o en conductas diferentes como por ejemplo, empezar a desobedecer o a pelearse con sus compañeritos. Son indicadores de cambio.

Cuando estamos en presencia de niños con signos de sobreadaptación, debemos operar de forma contraria a lo esperado: no vamos a corregir nada, no vamos a encarrilar nada, no vamos a hacerle hacer ningún ejercicio conductista de mejoramiento del aprendizaje, sino que le ofreceremos un tiempo, un espacio y un cuerpo (el del analista) que va a ser continente, para que en ese mundo infantil, en el que faltan eslabones de significados, comience su reconstrucción.

Se trata de un tipo de atención terapéutica que se constituye como un tejido que regenera un vínculo en el que el terapeuta, sosteniéndolo trabaja para posibilitar que el tejido se regenere en las significaciones faltantes. Recordemos la fórmula que propuse en el inicio de la presentación: "Captación, contención y devolución..."; y agreguemos lo siguiente: esta conjunción de la captación, contención y devolución que realizará el terapeuta, estará siempre sostenida por el acompañamiento.

En las terapias con niños que presentan patologías severas como las psicósomáticas, debemos funcionar como acompañantes de un viaje que quedó trunco. Ese viaje se apoya en las regresiones a un vínculo que tuvo fallas y al que no se puede volver, ni siquiera por los recuerdos.

En efecto, estos niños por momentos no recuerdan y en consecuencia, no pueden elaborar situaciones ligadas a falencias en el vínculo con la madre.

Nadie puede recordar de lo que vivió cuando su madre lo amamantaba; ni siquiera por hipnosis. Por lo tanto, lo que cabe esperar de una terapia con niños que padecen patología psicósomática es que el terapeuta en un espacio ilusorio (la consulta) y en una atemporalidad (la del inconsciente), actúe como corrector de los vínculos primarios del niño. El terapeuta será el que con su presencia y en lo actual del tratamiento, acompañe las regresiones que vivencia el niño.

De esta forma, la situación analítica se perfila como reflejo de un vínculo que porta el niño en el interior de su vida psíquica.

La noción de acompañamiento me parece fundamental ya que si no hay se actualiza lo que fracasó, no podemos hablar de un cambio permanente en la organización psicósomática del niño.

Para lograrlo, debemos estar preparados a prestar el cuerpo. Podemos decir que el cuerpo del terapeuta reemplaza, en cierto modo, al cuerpo de esa madre que por diferentes motivos no ha podido captar, contener, responder ni devolver al niño su propia imagen.

Es el cuerpo del terapeuta el que posibilitará gracias a un espacio y tiempo nuevo (el terapéutico) que el niño dinamice sus procesos proyectivos, procesos que determinarán la estructuración de un tiempo y un espacio propio.

Y con esto recuerdo algo que ha dicho François Dolto en su visita a Buenos Aires hace unos veinte años, y que parafraseo: “ El niño que ha enfermado “antes de la palabra” necesitará una terapia de “holding” hasta que se vayan creando las condiciones óptimas para los fenómenos transicionales (Winnicott) y pueda acceder a “escuchar al otro” y asimilar una interpretación de su juego”. Esto que plantea Dolto con relación a los fenómenos transicionales de la terapia se acerca mucho a lo que Sami-Ali en su libro “Pensar lo somático” (Editorial Paidós, Bs.As.) propone respecto de la transferencia como una función de lo imaginario.

Sami-Ali dice que la transferencia junto con otras manifestaciones como la creación, la actividad del soñar, el delirio, la ilusión, el juego, la fantasía, etc., son manifestaciones que forman parte del funcionamiento de lo imaginario. En pacientes cuya patología psicósomática se asienta en una patología de la adaptación, (no sólo en niños, sino en pacientes psicósomáticos en general) el funcionamiento de lo imaginario no se expresa, y en consecuencia tampoco las actividades propias de dicho funcionamiento.

Es por ello que evaluamos como un índice positivo cuando el paciente (adulto o niño) comienza a recordar los sueños, o en el caso de los niños, comienza a esbozar un juego representativo de una realidad perdida. El niño confundido dentro de la trama del vínculo con su madre, trama de identificaciones proyectivas en las que no se puede detectar quién es el que contiene la angustia, (la de la madre por el niño, o la del niño por la madre) necesita que se despliegue en la escena actual con el terapeuta, esta “urdimbre primaria” (como denomina Rof Carballo a este fenómeno “(Rof Carballo). El terapeuta prestará su cuerpo, su tiempo y un espacio para que se actualicen el presente lo atemporal.

Siguiendo un poco el lineamiento que plantea Racker y que describimos en grandes líneas, avancemos proponiendo una función para todos los que nos dedicamos a niños, y más estrictamente a casos de niños con problemáticas severas: “La función del analista será suplir con la vida de sus propias ocurrencias y el calor de sus sentimientos lo que el niño analizado había bloqueado, dejándose llevar como por una brújula, por la medida que provee el desaliento contratransferencial. A través del tratamiento psicoanalítico, las palabras del analista, introductoras del orden simbólico, promueven el campo de lo que Sami Ali denomina despliegue de la función de lo imaginario en el que los distintos participantes juegan.

En ese juego –el del análisis- se actualizan una fusión necesaria, una simbiosis normal para luego ampliar la simbiosis madre-hijo e introducir y facilitar en el padre, el ejercicio de su función.(...).

Ldo. Guido S. Joison Psicoanalista y Psicósomatista.
Especialista en Niños y adolescentes.