

ASPECTOS PSICODINAMICOS Y PSICOTERAPÉUTICOS DE LA CONSULTA PUBLICA*

Francisco Martí Felipo** y Juan Otero Rodríguez***

Las ideas que vamos a exponer se basan en la revisión que realizamos durante el tiempo transcurrido entre los meses de Marzo y Junio de 1997 de un grupo de niños que acudían periódicamente a la consulta ordinaria, después de haber realizado las primeras consultas entre 3 y 7 años antes del momento actual.

Sobre las características de estos niños destacamos que su lugar de residencia es el área metropolitana de la zona sur de Madrid, que rodea a nuestro hospital, por lo que en su mayoría pertenecen a una clase social y económica baja o muy baja.

Nuestra consulta está situada como uno más entre las distintas especialidades pediátricas. Así se facilita que muchos de los niños que llegan a la consulta vengan derivados por nuestros vecinos de otras áreas médico-quirúrgicas. De las veinte familias que hemos seleccionado para nuestra reflexión, 4 casos llegaban de Alergia, 4 de Gastroenterología, y 6 de otras

* Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYNA), que bajo el título "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Psiquiatra y Psicoanalista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

*** Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

especialidades pediátricas. El resto de los casos fueron enviados por equipos de atención primaria desprovistos de cobertura en salud mental infantojuvenil.

De estos 20 casos, 6 niños iniciaron las consultas entre los 2 y los 5 años de edad, otros 9 niños al entrar en la latencia (6-8 años), y los 5 restantes contaban entre 9 y 12 años en el momento de las primeras consultas. Existía un predominio de los varones, trece, sobre las chicas. Vemos pocos bebés, puesto que, en las unidades de neonatología y lactantes, son las madres las que nos son remitidas por un alto grado de angustia. Pensamos que bastantes pediatras carecen de una visión unitaria que integre suficientemente la psicopatología del vínculo entre la madre y los niños menores de tres años.

El motivo de consulta principal es el psicosomático (doce niños), bien sea bajo la forma de una enfermedad como el asma, o bien como síntomas físicos no lesionales, sobre todo de tipo digestivo. Los otros ocho niños acuden por perturbaciones afectivas o problemas en las relaciones interpersonales.

Estos niños vienen con una periodicidad de 1-2 veces al mes, o bien semanalmente en los momentos de crisis.

A todos ellos se les ha practicado una exploración con técnicas proyectivas (Rorschach, Gráficos, CAT), para discutir mejor entre nosotros tanto los aspectos estructurales de la personalidad como la evolución clínica de los casos. De esta manera articulamos las impresiones diagnósticas y psicoterapéuticas, y conservamos merced al marco de trabajo que describimos nuestra identidad como profesionales de orientación psicodinámica.

La edad del niño en el momento de las pruebas era al menos 3 años después de las primeras consultas. Nuestro diagnóstico estructural abarca: 1) una neurosis traumática, 2) ocho niños con neurosis sintomáticas (una de ansiedad, dos fóbicas, dos obsesivas y tres depresivas), 3) dos niños con

neurosis de carácter, 4) ocho niños con personalidad pregenital o borderline, 5) una muchacha esquizofrénica.

En primer lugar, nos ocuparemos de ilustrar a través de viñetas clínicas tomadas del contacto con estos niños, algunos aspectos psicodinámicos cuya consideración nos parece relevante: la relación entre enfermedad somática y conflicto psíquico, el dolor infantil por abandono, y los fracasos en la mentalización.

En segundo lugar abordaremos las cuestiones psicoterapéuticas básicas que nos ha planteado la evolución de estas consultas con el grupo de niños y sus familias: ¿Cómo llegan? ¿Qué traen a las primeras entrevistas y cómo se les recibe? ¿Por qué siguen viniendo? y ¿En qué les es útil?

ENFERMEDAD SOMÁTICA Y CONFLICTO PSÍQUICO

Daniel, de cuatro años, comenzó con asma a los 18 meses, requiriendo múltiples ingresos al principio; en líneas generales ha ido mejor pero ahora le castigan mucho por su comportamiento y tiene pesadillas.

Al conocerlos, Daniel exige una atención exclusiva e intensa: “Píntame un E.T. muy grande, ¡grandioso!... ¡Serás mi amigo!” La descripción de la madre nos recuerda el tipo psicósomático de relación objetal que describió Melitta Sperling (1955): “yo soy así por cómo ha estado el niño. Discrepamos mi marido y yo sobre si protegerle o no hacerle ni caso, si agobiarnos o decirle que no”.

Las pesadillas de Daniel son muy variadas y motivan miedos al dormirse: “Hay un fantasma verde que no deja entrar en la cueva a los niños que se acercan. Iba a repartir un tesoro con sus piratas del ojo tapado. Mientras se arreglaban para hacerse una foto, yo era el jefe de un bar con gente mala”.

A los siete años, y ante la lámina 9 del C.A.T., frente al conejito solitario en la cuna, Daniel da una respuesta que inicia

nuestro diálogo sobre la relación entre enfermedad somática y conflicto psíquico (Schneer, 1963; Moran, 1987).

Daniel: “Hay una cama del hospital 12 de Octubre, el niño tiene una enfermedad de muerte, el Sida, que se infecta la sangre de muerte, hay que quitar y buscar un antídoto”.

“Es que a veces estar enfermo te asusta mucho a ti”.

Daniel: “Pero como me regañen, toso. Porque me castigan”.

“O sea que es peor cuando te hacen enfadar”.

Daniel: “Vengo un poco malito hoy, porque me ha pegado mi madre cuando veníamos en el tren hasta aquí”.

“Ya te veo disgustado con tu madre y conmigo porque te parece que no te queremos”.

Daniel: “Eso sí que es verdad. Ahora te voy a ganar a las fichas. He soñado que uno de los Gremlins buenos hacía cosas a mamá, y yo le mataba”.

“Entonces lo de quedarte con mamá para ti sólo, y lo de querer ganarme a mí, te parece a veces que es de niño malo”.

Eulalia Torras (1996) postula la potenciación de los elementos terapéuticos del trabajo diagnóstico y pronóstico en la asistencia pública. Cuando Daniel cumple diez años, los padres afirman que “ha mejorado muchísimo en su salud y prácticamente hace la vida normal”. No obstante, sigue sin tener amigos y la madre se deprime con él. El estudio psicológico practicado va a mostrar que la adaptación a la realidad de Daniel es insuficiente, con dificultades para su proceso simbólico. Se observa un déficit de recursos y una fragilidad defensiva. En su estructura borderline existen rasgos psicóticos latentes, y llama poderosamente nuestra atención una inusual preocupación por el cuerpo, que actúa como defensa frente a angustias de fragmentación y de muerte que no puede elaborar.

EL DOLOR INFANTIL POR EL ABANDONO

En algún momento del seguimiento es necesario atender a otras personas de la familia. Nos enteramos así de cómo fue la infancia de la madre, la relación con su propia madre, y en qué estado se encontraba cuando nació (Stern, 1995). De acuerdo con nuestra experiencia, muchas de estas madres sienten como internamente conflictivo precisamente aquello que se refleja en la relación con el hijo que traen a consulta, y que tiene precisamente que ver con su maternidad. En nuestra muestra, tenemos mujeres deprimidas (ocho casos), conflictos graves de pareja con divorcio parental (cuatro familias) y un subgrupo de padres abandonantes que dejaron que su recién nacido creciera parcial o totalmente en manos de la abuela materna (cinco niños).

No es corriente ser testigos de las intensas crisis dolorosas de uno de estos niños abandonados:

Sergio ha vivido con los abuelos maternos y fue remitido a los cinco años porque los pediatras observaron que, “cuando se relaciona con la madre, aumenta su sintomatología de vómitos”. Dos años después, Sergio acude repetidamente a la urgencia pediátrica por unos episodios de fuertes cefaleas y vómitos que desconciertan a los neurólogos infantiles. Acudimos a verle y nos espeta una sarta de preguntas: “¿Por qué mi madre es tan mala? ¿Por qué no me compra juguetes?... Ni me lleva al cine, ni cochecitos ni cuentos suyos he tenido... ¿Por qué no me llevaba al colegio?... ¿Por qué me abandonó?”.

Es difícil transmitir la lucha infantil contra el dolor psíquico que Sergio sostiene en esos momentos, como si le fuera imposible asumir la realidad de que es su abuela quien le había acogido desde el medio año de vida.

Meses después, Sergio sufre crisis de angustia al dormirse, acompañadas de la sensación de que su madre está presente a su lado y se queda con él: “Desde mi cama veo su cara. Lue-

go sueño que mi perrito se ha muerto y que está desembarcando un tiburón en la playa de mi cama. Y sobre todo que viene una chica con su serpiente y me asesina. Doctor amigo, ¿y si tú te mueres?, ¿y si le pasa algo a mi abuela?... ¿dónde voy yo?. Me mandarían a un internado, tengo la cabeza demasiado llena... Ha de volver mi padre. Cuando hago los deberes, siempre pienso que no tengo hogar”.

Quiere dibujar una ambulancia porque va a ser conductor, “para velar por la seguridad de las personas”. La casa que pinta queda también reducida a una silueta, vacía por dentro. Los contactos sociales de Sergio son precarios, aunque precise mucho de las demás personas, y busca satisfacer necesidades elementales con algunos adultos. En el Rorschach practicado a los once años, dominan los rasgos psicóticos sobre una estructura borderline. Hay alteraciones y distorsiones del curso del pensamiento, y parece en riesgo de caer en la confusión delirante ante un conflicto. Sus déficits narcisistas acompañan a los graves problemas de identidad.

LOS FRACASOS EN LA MENTALIZACIÓN

Cuando ordenamos el grupo completo de historias, caemos en la cuenta de que los niños que llevan acudiendo espontáneamente de cuando en cuando por la consulta durante años, ofrecen graves dificultades para la mentalización y para la representación simbólica de sus conflictos.

En los ejemplos clínicos hasta ahora resumidos, los síntomas psicómicos evolucionan como trastornos de personalidad, porque falta o falla la misma función yoica o preconscious que transforma las sensaciones somáticas y los afectos (Lecours y Bouchard, 1997). Se cae en diversos tipos de actuación y de externalización (una manifestación borderline o prepsicótica), o bien se sufre una somatización en sentido amplio, que abarca cualquier salto de lo psíquico a lo físico (la

salida psicósomática). La agresión y otros derivados instintivos elementales no se contienen en la propia mente y son dirigidas hacia fuera, mientras que en otros momentos las sensaciones pulsionales permanecen en el interior de cuerpo como fuente de malestar.

La perturbación en las relaciones interpersonales (la falta de amigos), el trastorno en el contacto con la realidad (las fantasías omnipotentes y mágicas), la intensidad y el exceso de ansiedad, el comportamiento impulsivo, nos inclina a pensar en un síndrome borderline infantil (Robson, 1983). Vamos a relatar ahora el caso de un niño que logra una mejor mentalización gracias a los años de seguimiento.

Un fondo depresivo narcisista se encuentra tras el estado borderline de Miguel. La madre, en quien tendremos simultáneamente que tratar una depresión clínica, trae a su hijo a los nueve años por sus peleas y por su fama de mentiroso. “Ellos siempre empiezan. Los amigos se pueden volver en enemigos. No tengo amigos y me dan lo mismo los castigos del colegio y de casa”. Nos hace entrega de un carnet de socio de su “Club de monstruos”, club que ha organizado con su amigo para por ejemplo perseguir y asustar a las chicas. “Nuestra contraseña personal será “gafotas”, y el escudo del club es un rey que vuela con flechas y cadenas en el corazón”.

Está claro que en la consulta, Miguel no quiere parecer malo sino llevarse bien, sentirse aceptado y quizás querido, por ejemplo intentando arreglar los juguetes desmontados y rotos del consultorio. Nos confía el elemento traumático contenido en su angustioso primer recuerdo:

“Fue cuando tenía cuatro años y me entró pánico de la imaginación. Oí ruidos por la noche, con mi hermana acabada de nacer. Les dije a mis padres que pusieran crucifijos. Quería dormir en la cuna con Laura. Y voy y sueño que viene un aparato volador, que entra en casa y quiere matar a mi familia. Yo me quedé con un ojo cerrado y otro abierto, allí empezó el

trauma (sic). Me da miedo hablar de esas cosas de pequeño porque es como una caja fuerte que tengo en el alma y da temor abrirla”.

Le decimos: “Te sientes muy solo si está tu hermana”.

Para Miguel ella es ahora el núcleo de la atención familiar: “Yo era pequeñito. A mi hermana la cogía como un trasto y, de tanta envidia, se me iba para un lado”.

Miguel es muy inteligente, pero capta el entorno de modo particular e inusual, chocando con el ambiente sin saber por qué. Se enfrenta sin medir el daño, y se aísla por miedo a ser rechazado o abandonado. Es agresivo y opositor, aunque necesita el contacto afectivo y sentirse valorado. Quiere despertar interés, falsamente, mediante el mal comportamiento. Con el tiempo se interesa por la informática, y cesan las peleas y broncas con los de su edad.

CUESTIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Las cuestiones psicoterapéuticas básicas que nos ha planteado la evolución de estas consultas con el grupo de niños y familias son las cuatro siguientes:

- 1. Los motivos PSICOTERAPÉUTICOS de consulta.
¿Cómo llegan? ¿Qué traen a las primeras entrevistas
y cómo se les recibe? ¿Qué encuadre y actitud
les podemos ofrecer?**

Abrimos la puerta a un niño preescolar o latente que presenta síntomas psicossomáticos, y la interconsulta solicitada a nosotros es una más entre las peticiones rutinarias de exploración.

Como alternativa a una entrevista semiestructurada, nos proponemos en las primeras consultas una recreación de las

condiciones etiopatogénicas de producción de los síntomas, precisamente gracias a la técnica de juego. Ello permite al niño la comunicación de aquello que le preocupa, la elaboración sublimada de sus conflictos, y la construcción de una cadena de unión entre sus intereses y el mundo exterior.

Desde el primer encuentro, para los niños más pequeños somos “un médico que habla y que juega”.

Azahara nos fue remitida a los dos años y medio por “accesos de angustia e irritabilidad, y actitud caprichosa con las comidas”. Estaba ingresada, y lo más llamativo al explorarla era su mutismo, así como el hecho de que fuera la abuela materna, según Azahara, quien se ocupara de ella. Los padres andaban muy ocupados en su negocio de hostelería.

Después de conocernos, Azahara quiere “subir a los juguetes”. El juego que repite, consulta tras consulta, es uno en el cual los animales invaden la casa de los niños y les roban la comida, dedicándose a preparar succulentos menús de fideos, filetes y cerezas. El cerdo, el elefante y el conejo se instalan en el piso superior, y, de este modo, Azahara se siente una y otra vez tan triunfante como “Los músicos de Bremen”. Solamente la oímos hablar mientras dura este juego, y su vergüenza hace que no hable en la escuela.

Durante el seguimiento se hace patente su ansiedad pregenital de devoración oral, así como el miedo a perder a la figura materna. En su pensamiento predomina el proceso primario, la magia y la indiferenciación entre sujeto y objeto, la división del mundo según lo placentero que resulte. Quiere venir siempre a ver al médico de los juguetes, para construir ese tipo de representaciones de ficción que hemos citado. Hasta los seis años no nos dice que disfruta en el colegio jugando al pillapilla, charlando sobre sus muñecas, y leyendo cuentos.

Adrián, a los siete años, es remitido desde varias consultas del hospital por dolor abdominal, despeños diarréicos, enure-

sis, crisis asmáticas, anorexia, pesadillas y mala escolarización. La madre nos comenta lo que el niño dice de nuestra consulta: “Me gusta este médico porque me cae bien y le hablo. Es mi amigo, ¿cuándo vamos a verle otra vez? Quiero contarle que tengo miedo de que alguien entre en casa y me mate, a ver qué me dice”. Vimos después que Adrián buscaba apoyo en su sano deseo de ser un hombrecito, y en la consulta procuraba hacerse el valiente, como si focalizara ahí la petición transferencial de ayuda.

El deseo de contar los conflictos propios a alguien amistoso, y la espera de una respuesta comprensiva, constituye la esencia de la relación psicoterapéutica.

Un gastroenterólogo acude a consultarnos sobre Claudia, una niña de ocho años, a quien no hay forma de convencer para que siga la dieta necesaria por su enfermedad celiaca. Al ver nosotros a Claudia, resulta algo imposible de creer por ella lo que le dicen: “si no hace el régimen ni crece ni engorda, y se queda estancada”. La dieta se convierte en el campo de batalla con la madre.

Lo que por las noches teme Claudia es a Freddy Kruger, el protagonista de “Pesadilla en Elm Street”, y al muñeco diabólico. “Esos sí que buscan la sangre. Ni con el osito me duermo, porque puede transformarse en algo malo, y abro la luz corriendo”. Las excursiones nocturnas al dormitorio de los padres se suceden según sueña que su madre le castiga porque ha robado dinero para ir a arreglarse a la peluquería. La madre soporta este ajeteo muy mal, y llora con sentimientos de culpa.

Con la entrada en la pubertad, la vida de Claudia pasa de la fobia a la psicopatía. En el Rorschach que aplicamos, se observa que su tendencia a la evacuación le lleva a actuar sin registrar dolor interno alguno. A pesar de ello, existe una conciencia elemental de enfermedad: “Vengo para que no me ponga histérica, es que con mi madre chilló para hacerla de rabiar.

Ahora hago más lo que me da la gana que de pequeña, y tengo amigas cuando mi madre me deja bajar a la calle. ¡Escucha, que no te he acabado de contar!: he soñado que me enrollaba con Jean Claude van Dam en el tren de venir aquí. El revisor se molestaba y nos pedía el billete. Luego yo iba matando a todos los de mi familia y discutía con mi amiga. Cualquiera día de estos, me escapo de casa”.

Cuando presentamos en una sesión del servicio de Psiquiatría el caso de David, nos preocupaba su marcada tendencia a refugiarse en la fantasía narcisista. A los seis años nos quería convencer en consulta de que “mi culo es muy bonito, ¡y mira como existe de verdad, suelto por el cielo como una cometa!. No quiero decirlo porque me regañan, pero mi culo hace todo lo que yo le mando. Son dos: mi amigo culo Pedón y luego el culo de hacer caca. Como vosotros os tiráis pedos, y me dais cagalera con lo que me decís”. Remitido por la ansiedad asociada a su asma, la madre daba a luz una hermana en esos mismos días, con lo que la idealización del trasero propio resultaba un peculiar recurso ante la ampliación familiar.

2. La formulación psicodinámica y el cambio estructural.

¿Qué es lo primero que nos dicen?

¿Qué tipo de material presentan

y qué es lo primero que entendemos?

Nos acordamos de los niños y de sus familias, como ellos de nosotros, porque han depositado realmente parte de su problema en nosotros, quienes implícitamente hemos barajado desde el primer momento una formulación diagnóstica que incida en los circuitos recurrentes para comenzar un cambio estructural. Encontrado familias que están genuinamente preocupadas por el círculo vicioso que saben se repite de una generación a otra. Esperan encontrar en el psicoterapeuta infantil una mente receptiva y abierta que ponga en palabras

sencillas lo que comprende sobre lo que está pasando en el mundo interno del niño y en la relación reexperimentada en el consultorio (Boston y Daws, 1977).

“No quiero que sea una cadena”, dice la madre de Mario cuando nos le trae con cuatro años y siente que puede pasar lo mismo ahora que en su infancia. Ella no sabe si divorciarse de su marido, quien está muy ausente del hogar, y a la vez se siente ácidamente criticada por su propia madre, por querer independizarse desde que ha alcanzado la adolescencia. Huía de la ambivalente relación con su padre, ahora muerto y entonces en conflicto con su madre.

Mario nos fue remitido por los logopedas, que no conseguían oírle hablar. De nuevo gracias a la técnica de juego se consigue que, un año después, se atreva a decir cosas en consulta, y aparecen los rasgos simbióticos y psicóticos que interfieren en la construcción del lenguaje. Mario necesita el soporte anaclítico externo, alguien en quien apoyarse para tolerar la ansiedad de separación y la diferenciación con los otros y con el mundo exterior.

Jugando, su cabrita, su caballo y su elefante irrumpen y destrozan en su persecución a la niña, a su papá y al bebé que viven en la casa de juguete. Los niños malos dan una paliza a los buenos, hasta que llega un perro que les defiende. A pesar de ello, los malos roban cuanto pueden en la casa sin que la policía pueda hacer nada. Al final los chicos matan al muñeco-padre porque estaba pegando a uno de ellos, quien se queda de rey del castillo e invita a los demás porque les necesita de compañía. Antes de irse, Mario nos explica y pregunta sobre métodos de muerte y salvamento, en lo que entendemos como una petición de ayuda ante sus angustias básicas de abandono.

Para estos niños con personalidades pregenitales (Delforge et al, 1973) (los futuros borderline), su juego en presencia del psicoterapeuta despliega una modalidad de representaciones de ficción que va más allá del pensamiento concreto y que

permite un mejor desarrollo de la realidad psíquica (Fonagy, 1995). La capacidad de los padres para seguir la ficción de sus hijos pequeños como un estímulo placentero, y de participar en sus juegos, ayuda a mitigar la ansiedad asociada al principio de realidad (Moran, 1987).

Otras veces se proyecta confusamente el conflicto infantil de la madre sobre su hijo, como ocurre en el caso de Javier, remitido a los seis años por estreñimiento. La madre dice: “Yo era muy llorona. He sido tan bruta como Javier, de por narices no hacer lo que me decían, si mi hermana no me seguía. Tan agresivo como él no fui, mi padre nunca me ha pegado como yo lo hago, trabajaba todo el día y era algo alcohólico cuando volvió de Suiza a mis diez años”.

En Javier predomina la persecución anal y los vínculos inmaduros sadomasoquistas. Con la preocupación corporal y digestiva se unifica narcisistamente como persona. De forma abierta cuenta que quiere irse a vivir con su abuela, donde cede el estreñimiento y el enfado con su madre: “¿Quién es el jefe aquí? Por no cagar soy el malhecho. Mi madre no me hace caso, me araña y me pega, no me quiere. Tú ahora has de callarte porque yo soy el profe. Dibujaré al médico que me hizo daño tocándome la tripa, y le voy a poner yo ahora la goma, con un golpe en la cara y los pelos de punta por poner su mano en el enchufe. Luego jugamos a que en la ambulancia te llevan a ti. Aquí me gusta mucho venir y por eso me porto bien”.

La formulación psicodinámica tiene un valor práctico en la psiquiatría infantil de orientación psicoterapéutica (Shapiro, 1989). Describe el conflicto básico que explica los síntomas actuales y se integra en la estructuración de la personalidad, con un valor predictivo respecto de las respuestas terapéuticas. En los ejemplos clínicos que damos se advierte que las preguntas al niño sobre lo que sueña, practicadas en el momento dinámico oportuno, se instauran como un apartado

más en la historia clínica y contribuyen a perfilar las hipótesis diagnósticas.

Aquello que repite el niño en la relación terapéutica nos ayuda a comprender el impacto subjetivo de sus experiencias vitales, de la misma manera que las reacciones contrartransferenciales se valoran como posibles representaciones de las personas importantes del pasado biográfico del paciente (Kernberg, 1995). Cuando un estado afectivo domina en la transferencia, nuestra atención se centra en las sucesivas relaciones objetales internalizadas que el niño va sacando y colocando en su actividad, tanto bajo la forma de versiones sobre sí mismo como en tanto que aspectos de los otros.

Anabel acude a consulta desde los tres años por sus perturbaciones en el comportamiento, que han llevado a los servicios sociales a creer que haya podido ser objeto de malos tratos y de abusos. No ha conocido a su padre y la madre sufre de un estado melancólico. A los cinco años sueña que, cuando iba a comprar chucherías, le saca en la tienda una señora roja las uñas verdes. Nos dice en consulta que la ayudemos porque se enfada mucho con su madre, e ingresa en una cama pediátrica porque oye voces que la mandan matarse a ella o a su madre. Le cuesta quedarse sola en nuestra consulta por si desaparece su familia.

A los nueve años, sigue transfiriendo su ambivalencia de una forma muy oscilante. “Hazme caso, no puedo seguir más en el colegio, yo cuidé a mi madre cuando tuvo la depresión. Me quiero quedar ingresada porque no aguanto a nadie y la cabeza me dice que me escape y me cure sola. Hoy he soñado que la doctora quería envenenar a mi madre. Mi madre es más graciosa que tú, pero yo la insulto porque qué asco de madre, quiere más a su hijo. No voy a decir nada hasta que venga, es que los maridos de mi madre se han portado muy mal”. Otras veces, reproduce en consulta las discusiones caseras y nos llama mentirosos o que sólo pensamos en regañarla.

3. LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

¿Por qué siguen viniendo? Estos niños continúan acudiendo periódicamente a consulta porque la relación que van desplegando les permite vehiculizar los afectos, emerger la fantasía agresiva y asumir los diversos componentes de la sexualidad infantil.

Rafael, de seis años, acude al hospital por vómitos, pero enseguida resulta llamativa su falta de compañeros de juego. Confecciona multitud de chapas de jugadores, de su equipo de fútbol y de ciclistas, a la vez que sueña que está en la guerra y hace una metralleta. Durante meses, sus visitas a nuestra consulta se reducían a jugar con el terapeuta partidos, carreras y campeonatos, donde los deportistas famosos iban siendo lentamente sustituidos por los nombre de sus compañeros de clase.

Transcurren dos años, y Rafael monta en el recreo el “Club de Master Guay”, con una reunión semanal obligatoria para planear juegos de rol, de la que él es el subjefe. Nos regala el correspondiente carnet de socio honorario, mientras confiesa que le ha dado un disgusto la chica de la clase que le gusta porque ha mirado a otro.

La conversión somática de Rafael se incrusta en un funcionamiento obsesivo. A los diez años, parece tomar conciencia de conflicto psíquico: “Apúntalo: me pongo muy rebelde con mi madre, porque le hace más caso a mi hermano. El próximo día que venga celebramos nuestro cuarto cumpleaños de consultas, y luego me das el alta porque tengo que estudiar”.

La madre de Rafael realiza un trabajo elaborativo de la neurosis infantil reactivada con su hijo: “Ya tuve una depresión muy gorda antes de nacer Rafael, que me venía de la niñez, desde que murió mi madre de corazón cuando yo tenía diez años. Me sentí culpable, soñé que se moría el mismo día que

se murió, luego me curé, y ahora es por las cuñadas que no me hablan. Si yo le quiero tanto, ¿por qué me pongo tan borde con Rafael? De tenerle muy protegido, en cuanto nació el pequeño, a Rafael le traté como muy mayor y le hice comer solo. Mi padre trata mejor al pequeño y yo, sin querer, hago lo mismo con Rafael, también permito más al pequeño. Le llevo siete años a mi hermano pequeño y ese me quitó todo, porque yo era la niña de la casa”.

La anamnesis asociativa permite observar los huecos en la biografía y en el peculiar mundo de vivencias de un niño a una determinada edad. El niño expresa y cuenta cosas que le han pasado desde la última vez que estuvo con nosotros, de forma que está usándonos para dar continuidad a su autobiografía. Nuestras opiniones y comentarios estimulan al yo del niño a desgajarse de la compulsión de repetición que activa sus síntomas neuróticos y sus comportamientos sadomasoquistas (Diatkine, 1982).

En nuestra veintena de familias se presentan situaciones traumáticas, de separación y de duelo, que ayudamos a elaborar.

Uno de los niños que crecen con la abuela es objeto de una violación anal que se convierte en un suceso desestructurante interno. El impacto es de tal naturaleza que sólo una ayuda prolongada puede intentar contrarrestar la sumación del trauma a su situación de partida con unos padres drogadictos. En cambio, una de las niñas, hija de padres separados y que también pasa el día con la abuela, sólo presenta una inhibición escolar depresiva y reversible con las consultas, en la medida en que sabe aprovechar la posibilidad de mantener un contacto fructífero y periódico con ambos padres. En cuanto al duelo en la infancia por la muerte del padre, nos ha tocado seguir a una niña en un largo y discontinuo trabajo de elaboración de dicha pérdida y de la consiguiente interferencia en el desarrollo.

4. Una ayuda para el crecimiento.

¿En qué les somos útiles? ¿Qué ocurre para que se consiga empujar el desarrollo del niño?

A lo largo de los seis años que abarcamos, cinco de estas familias desaparecen por un tiempo de la consulta. Pasados los meses, vuelven porque recuperan la confianza en nuestra forma de escucharles. En ocho de estos niños nos atrevemos a hablar de un pequeño cambio estructural en su funcionamiento mental. El asma desaparece porque, además de los tratamientos físicos, el niño ha ampliado su círculo vital e intereses. En ocasiones parece como si el paciente tolerara mejor la responsabilidad y efectos de sus acciones.

Paulina Kernberg (1995) considera criterios que sugieren una mejoría en el funcionamiento psíquico, como fruto de la psicoterapia infantil: una mayor libertad en la relación con el terapeuta, la percepción de la sensación de que hay un proceso en las sesiones y del poder de las intervenciones, así como la combinación de juegos, sueños y afectos, con una mejor comprensión y un desarrollo de las sublimaciones.

Tomás habló en su primera consulta a los ocho años de un hermano muerto antes que él, y de cómo fue convenciéndose de que el amigo imaginario que le acompañaba desde pequeño era una invención suya. Había sido remitido por su hipochondría en relación con el asma, así como por diversas obsesiones de limpieza. Cuatro años después, resumía el sentido de sus visitas: “Quiero venir para desahogarme y porque me gusta contarte lo que pasa. Me ayudaste al principio en lo de que con las manos no podía contagiarme. Ahora ya no me mandan tanto lo de haz esto y lo otro en casa...me veo más mayor y tengo más amigos. A Alergia no me importa dejar de ir, porque lo del asma ya no es nada...me va a costar desprenderme de ti y dejar de venir aquí de cuando en cuando”.

Parece que en la consulta psicoterapéutica, la relación con nosotros, se internaliza como algo positivo, tanto por sus fun-

ciones de apoyo y escucha como por las cosas que se recuerdan como interpretaciones comprensivas que dieron qué pensar. Anna Freud (1965) propugnó el desarrollo en los hospitales de una técnica de primeros auxilios mentales, que abarcara los distintos niveles de ayuda al yo del niño, desde los elementos lúdicos para la psicoprofilaxis de la ansiedad hasta la interpretación analítica significativa.

Interrumpiremos este trabajo rememorando la tercera agrupación infantil en la que tuvimos el honor de formar parte, mediante nuestro correspondiente “carnet de socio”. Durante un año, algunos de estos niños acudieron a un grupo de psicoterapia, mientras sus madres se reunían en el cuarto de al lado con otro terapeuta. El grupo de niños ideó y practicó una fantasía compartida: la de constituir un equipo quirúrgico nocturno que, una vez pasada revista a las novedades exploratorias de las que habían sido objeto durante la semana, reproducían lúdicamente, en la figura imaginaria del médico que les atendía, sus peculiares versiones del tratamiento médico-quirúrgico al que habían sido sometidos. El psicoterapeuta pasó de ser un posible voluntario para sufrir pasivamente dichos experimentos a admitírsele como un testigo y consultor excepcional de las formas psíquicas en que es vivida la enfermedad somática, los procedimientos terapéuticos, y el dolor en el propio cuerpo, enfermo y dependiente de los profesionales adultos.

BIBLIOGRAFÍA

- BOSTON, M.; Y DAWES, D. (1977): The child psychotherapist and problems of young people. London, Wildwood House.
- DELFORGE, J.; HAYEZ, J.Y.; Y VANECK, L. (1973): "Approche clinique des personnalités prégénitales chez l'enfant et l'adolescent". Psych. Enfant, 15, 2, 399-459.
- DIATKINE, R. (1982): "Propos d'un psychanalyste sur les psychothérapies d'enfants". Psych. Enfant, 25, 1, 151-177.
- FONAGY, P. (1995): "Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities". Int. J. Psycho-Anal, 76, 1, 39-44.
- FREUD, A. (1965): The child in the hospital. En Bergmann, T.H.: Children in the hospital, New York, I.U.P., 135-151.
- KERNBERG, P. (1995): Individual psychotherapy. En Kaplan, H. y Sadock, B. (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, William & Wilkins, 2399-2412.
- LECOURS, S.; Y BOUCHARD, M.A. (1997): "Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation". Int. J. Psycho-Anal. 78, 5.
- MORAN, G.S. (1987): "De l'interaction entre troubles psychologiques et diabète infantile". Psych. Enfant, 30, 1, 33-58.
- MORAN, G.S. (1987): "Some functions of play and playfulness: a developmental perspective". Psychoanal. Study Child, 42, 11-30.
- ROBSON, K. S. (ed.): The borderline child: Approaches to etiology, diagnosis and treatment. New York, McGraw-Hill.
- SCHNEER, H. I. (1963): The asthmatic child. Psychosomatic approach to problems and treatment. New York, Harper & Row.
- SHAPIRO, T. (1989): "The psychodynamic formulation in child and adolescent psychiatry". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 28, 5, 675-680.
- SPELTING, M. (1955): "Psychosis and psychosomatic illness". Int. J. Psycho-Anal. 38, 5, 1-8.

STERN, D. (1995): *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy.* New York, Basic Books.

TORRAS, E. (1996): "Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: la dinámica subyacente". *Cuad. Psiq. Psicoter. Infantil*, 21/22, 83-104.