

¿Los niños demandan análisis?

Delia Saffoires*

Introducción

Sabemos, por nuestra experiencia clínica, que el pedido de análisis por parte de un niño o un adolescente –a veces formulado como “quiero ir al psicólogo”– es más frecuente en ámbitos familiares en los que el análisis es una experiencia personal de los padres; en general es un espacio valorizado y ofrecido a los hijos cuando aparecen dificultades o situaciones que desbordan la ayuda familiar. También es conocido el alivio que sienten los niños aquejados por fobias y ansiedad excesiva, que suelen sentirse mejor ya con el comienzo de las entrevistas. Pero después de estos comienzos alentadores suelen surgir cuestionamientos, quejas, tanto de los padres como del paciente, hasta interrupciones del análisis, a veces de manera sorpresiva, que me llevaron a pensar en el planteo inicial del trabajo analítico: si en realidad nos encontramos frente a resistencias propias de todo análisis, que deberán ser trabajadas como parte del proceso, o si se trata de cuestiones que tienen que ver con despliegues inconscientes, que van apareciendo a medida que progresa el trabajo analítico y que reclaman un espacio distinto del mencionado aspecto resistencial.

La consulta por un niño es siempre llevada a cabo por los padres. De allí la complejidad del campo que abre la consulta inicial. Tenemos varios frentes para considerar: el niño y todo lo que lo rodea y lo va constituyendo. El psiquismo como un sistema abierto –es decir, modificable en términos intersubjetivos– está atravesado por varias temporalidades que conviven en la historia del niño, inserto en una familia y en un contexto social.

* deliasaffoires@gmail.com / [CV](#)

Un poco de historia

Para abordar el tema, realizaré un breve recorrido por desarrollos teóricos que me han resultado significativos y que plantean notables diferencias en cuanto a cómo piensan el lugar del niño y del análisis. Tomaré en cuenta los trabajos de Melanie Klein, de Donald Winnicott y de Cécile y Edmond Ortigues.

En el comienzo del psicoanálisis dirigido a niños se trabajó con el abordaje directo con ellos. Estamos ubicados en el contexto de descubrimiento, y desde ese lugar han resultado muy ricos los aportes que el psicoanálisis de niños brindó no sólo a la clínica de niños, sino como espacio de investigación de la constitución psíquica y de la capacidad de transferencia de los niños y el desarrollo del psicoanálisis en general. El psicoanálisis de niños contribuyó a expandir los límites del conocimiento del sufrimiento infantil y de las patologías graves.

Melanie Klein aplicó el descubrimiento freudiano sin mediar más que la inquietud de un adulto que hacía posible que el niño llegara al consultorio. La premisa kleiniana se basaba en que el análisis era lo mejor que podía recibir un niño más allá de los motivos que pudieran decidirlo. En esa época inaugural, el tema de la indicación no estaba en primer plano. Partiendo de la premisa de las fijaciones sádicas del niño, el análisis las resuelve disminuyendo así la severidad del superyó y permitiendo una expansión del yo hacia los requerimientos de la realidad.

Dice Klein (1932): "Todo niño pasa por una neurosis que se diferencia sólo en grado de un individuo a otro. Desde que se ha encontrado que el psicoanálisis es uno de los medios eficaces para curar la neurosis de los adultos parece lógico hacer uso del psicoanálisis para combatir las neurosis de los niños y, además, si todo niño sufre una neurosis, aplicarlo a todos los niños".

Para plantear una diferencia respecto de esta técnica –que podríamos llamar "para todos"– surge una modificación que introduce Winnicott. El gesto espontáneo, la agresividad constitutiva, la omnipotencia infantil, permitirle al niño tomar la iniciativa: todo esto es lo que la madre debe sostener en un primer momento para que el bebé humano alcance el sentimiento básico de confianza. Trasladados a la clínica, estos conceptos teóricos van a modificar el abordaje en el análisis de niños. Ya no se trata de aplicar un encuadre rígido, sino de generar las condiciones de creación del espacio transicional que contenga el juego del niño y el juego del analista. De este modo se le otorga mayor protagonismo al niño a la hora de considerar su deseo.

Con estos aportes, Winnicott ubicó en primer plano el tomar contacto emocional con el niño. Su tesis: el análisis ocurre en la zona intermedia entre paciente y analista, descentra el saber del analista y lo desliza a producir en esa zona transicional aquello

capaz de generar verdaderos cambios, en ambos participantes, paciente y analista. La indicación de análisis clásico quedó para las neurosis. En los demás cuadros clínicos, la técnica la fue adaptando a las necesidades de cada situación. Así surgieron las sesiones prolongadas y también las sesiones a pedido. Aquí emerge un aspecto en el que me querría detener, ya que hace al tema del pedido/demanda de análisis. Si se plantean sesiones a pedido, es el paciente el que regula la frecuencia y su disponibilidad para la indagación psicoanalítica. Concepto muy controversial, ya que se puede discutir cómo hacerles el juego a las resistencias o no interpretar debidamente la transferencia negativa. Por otra parte, este enfoque permite que el paciente tenga autonomía y se sienta respetado en sus tiempos.

Posteriormente se empezó a instalar el diagnóstico, previa entrevista con los padres, como modo de comienzo de análisis con niños. El llamado diagnóstico al niño, posterior a las entrevistas con los consultantes –los padres–, se plantea como función detectar en qué momento evolutivo se halla el niño, si tiene síntomas como expresión de un cuadro patológico identificable o si padece un trastorno más inespecífico producto de una subjetividad en construcción. También el diagnóstico intenta descubrir qué lugar vino a ocupar el niño en la familia. Sin embargo, el camino más frecuente era iniciar el análisis individual del niño.

Con la ampliación del campo de observación e intervención se fueron incluyendo los componentes inconscientes del grupo familiar. Esto trajo complejidad, ya que no siempre lo detectado en el nivel familiar podía ser analizado en el espacio del análisis individual con el niño. Así se fue abriendo la clínica a incluir el trabajo con la familia con herramientas analíticas. Se realizan entrevistas familiares, diádicas, con hermanos, y todo recorte vincular que surja del trabajo clínico.

La teoría ha crecido muchas veces por sus bordes, haciendo analizable lo que antes no lo era, avanzando sobre el espacio ganado a lo que se resiste al cambio. Así se fue incorporando la infancia, la psicosis, las neurosis narcisistas al territorio de lo analizable.

Esto hizo que cada vez más el tema de la indicación sea tenido en cuenta. Ya no surge como única indicación el análisis individual, sino que ésta es una posible indicación entre otras que toman el síntoma en un niño como emergente de una disfunción del grupo familiar.

¿Se amplía el campo?, ¿se enriquece la clínica?, ¿se desdibuja lo específico del análisis de niños? Nos vemos enfrentados a nuevos espacios, quizá más complejos, que requieren de nosotros, analistas de niños, reformular nuestro quehacer. No renunciamos a la regla de abstinencia, que se ve puesta en tensión con las indicaciones, que ubican al analista en el lugar del deseante.

Otros modelos de intervención

Marie-Cécile y Edmond Ortigues se ubican en una posición que prioriza las condiciones de instalación de una psicoterapia para niños.

Dicen: "La demanda de los padres inaugura una situación que no se sabe cómo va a evolucionar, si a las primeras entrevistas les sucederá o no una psicoterapia.

Toda demanda moviliza posiciones libidinales o identificatorias, las defensas de unos y otros así como la dinámica propia del grupo familiar. ¿Quieren los padres realmente que su hijo cambie? ¿Pueden quererlo? ¿Qué quieren? ¿Lo saben?

La complejidad de tal movilización es útil que tenga tiempo de manifestarse. Decidir demasiado rápido, haciéndolo por ellos, podría colocarlos en una situación insostenible que los privaría de sus propios recursos" (Ortigues, M. y Ortigues, M-C., 1987).

Algunos consultantes demandan suprimir el síntoma para que todo vuelva a ser como antes. La calidad de nuestra escucha y el inicio de una transferencia abren a los padres la posibilidad de modificar su demanda inicial.

Es una experiencia compartida la evolución de un síntoma que inicialmente angustia a los padres, por ejemplo el niño deprimido, capturado por defensas que lo paralizan y que después de un tiempo de análisis se vuelve activo y molesto para los padres. O el niño inhibido al que le cuesta estudiar y que cuando logra correrse del lugar asignado es quien pregunta e investiga acerca de secretos familiares.

Estos autores postulan que el analista no debe ser prescriptor y sí debe abrir la vía a desacuerdos que no se habían podido expresar.

Si quedamos sujetos a querer orientar en función de algún ideal, no analizamos. Es la dificultad mayor que tenemos para sostener la abstinencia, única vía para acceder a alguna novedad del inconsciente.

Planteo una situación clínica:

Consulta por una niña de cinco años. Consultan porque notan a su hija en crisis, dicen que era una niña feliz hasta que nació el hermanito y se tornó hosca, inmanejable y opositora; cuando le hablan, no contesta.

Ellos también están preocupados porque la ven muy exigente; critica a sus amigas, se ofende muy rápidamente. Espera que todo el tiempo la alaben y le hagan regalos. Se masturba. Después de un tiempo de análisis el cuadro mejora y aparecen cuestionamientos a la continuidad por parte de los padres. No aceptan que la hija disfrute tanto en las sesiones y prefiera ir a sesión más que a lo de los tíos.

Éste es un recorrido bastante conocido que, en general, es entendido como de resistencia de los padres al cambio del hijo, sobre todo –y paradójicamente– si está mejor. Hipótesis esta sin salida, ya que la herramienta interpretativa no se puede aplicar a quienes no son pacientes.

Siguiendo la línea de los Ortigues, ¿cuál sería la utilidad de comprometerse a un trabajo analítico de varias sesiones semanales, a largo plazo, si la evolución del niño mejora francamente con consultas terapéuticas espaciadas? Pensamos que siempre hay tiempo para que surja la oportunidad de análisis a partir de estas consultas, cuando está presente esta intrincación de los síntomas del niño y los padres. Ésta es una de las tantas preguntas que sería necesario desarrollar, discutir y evaluar.

Si luego de una serie de consultas terapéuticas la repetición insiste y no hay evolución, el análisis o la psicoterapia se vuelven indispensables.

Por eso la técnica clásica trata de incluir lo menos posible a los padres. Está fundamentada en que muchas entrevistas pueden desplegar transferencias de los padres que el analista de niños se ve impedido de analizar ya que los padres no son sus pacientes.

En este esquema, el trabajo analítico se realiza con el niño, teniendo en cuenta los motivos de consulta y las hipótesis que se planteen después de las entrevistas iniciales; es decir el contexto familiar, el lugar del niño en la familia, pero básicamente el trabajo interpretativo es hacia las producciones del niño en la sesión individual.

Las deserciones, las interrupciones de tratamiento, la reducción de sesiones son destinos frecuentes en la práctica de los analistas de niños.

¿Cómo se piensa la consulta que se nos hace por un niño?

La consulta viene vehiculizada por los padres, que son quienes plantean sus preocupaciones, sus deseos de ayuda para el hijo, y también son los que a través de la consulta por el hijo ubican en él las dificultades como una forma de quedar al margen de la problemática.

Quizá con la teoría kleiniana como referente, durante mucho tiempo resultó fácil indicar terapia para el niño. Todos los niños pueden ser analizados, y el análisis es lo mejor para ellos, sean neuróticos, psicóticos o normales; es decir, no sintomáticos. Dentro de este esquema, todo lo que cuestione la indicación para los niños no tendrá cabida.

Pero teniendo en cuenta el concepto de identificación proyectiva de Melanie Klein se hace muchas veces difícil poder diferenciar entre lo propio del niño y lo proyectado sobre él.

También está el fundamento que dice que el análisis le va a hacer bien; puede ser, pero se estarían pasando por alto motivaciones inconscientes que hacen de la indicación una violencia hacia el niño.

¿Qué brújula tenemos? El sufrimiento del niño, la angustia, sus síntomas.

El dispositivo analítico recoge y transforma –vía transferencia– el despliegue en el cuerpo y los vínculos en neurosis de transferencia. Desde ese lugar, cuando el niño manifiesta su oposición al análisis es fácil pensarlo como resistencia, porque a la libido le cuesta dejar posiciones en las que se instaló con ciertos beneficios. Y con la continuidad del análisis el niño va mejorando.

No siempre es así. Hay niños angustiados que no se instalan en la transferencia o en los que predomina la transferencia negativa. ¿Son inanalizables? Modificamos el dispositivo, incluimos entrevistas con los padres. Hay terapias que comienzan con la consulta por un niño en las que no se trabaja con el niño. Es distinto del planteo vincular en el cual el abordaje es siempre grupal y no se trabaja con el paciente designado.

En una entrevista con un niño de seis años, éste se presenta llorando porque no quiere entrar, se queda sentado llorando al lado de la madre. Una intervención sencilla – “¿por qué estás tan enojado?”– hace que responda y genere un ida y vuelta que despliega su angustia por los retos que recibe a diario.

Transformaciones en el análisis de niños: son varias las transformaciones que debe operar el analista. De las entrevistas con los padres, recogiendo el motivo de consulta y procesándolo en criterios para intervenir y formular una indicación, del juego a la palabra, del juego al juego.

Pero vuelvo al tema del pedido de análisis y si éste existe en los niños.

Según la teoría clásica, podemos inferir una demanda de análisis cuando hay proceso analítico, es decir transferencia, positiva y negativa, y producción de material lúdico.

Según los Ortigues, es necesario el acuerdo para tener una entrevista y darle el tiempo necesario para su decisión antes de una eventual iniciación de tratamiento y también respeto por esa decisión. El niño tiene derecho a que le preguntemos qué piensa él de lo que dicen sus padres.

En los casos graves es más difícil obtener una respuesta del niño. Cuando éste se rehúsa a las entrevistas, en general hay un contexto familiar que se puede desequilibrar porque se ha armado patológicamente. En esos casos se impone una intervención cuidadosa pero firme, que no deje al niño expuesto al lugar de depositario de la enfermedad.

Francisco, de catorce años, accedió a la entrevista por insistencia de la madre. Ella cuenta que de chico lo cargaban por ser gordo. Hace unos meses lo tuvieron que

operar de vesícula, casi de urgencia; él no quería, estaba muy asustado, le pide a la madre que se lo lleve del hospital. Eso no es posible, ya que estaba todo preparado para la intervención quirúrgica. Todo, menos Francisco, que estaba aterrado. Lo operan, sale todo bien, la intervención quirúrgica resulta exitosa. En el postoperatorio, tiene algún malestar y vomita. Nada significativo; es lo esperable, dicen los médicos. Se repone totalmente de la cirugía, es dado de alta y se va a la casa. Pero no come. O come y luego vomita. Todo el tiempo. Su estado físico empeora, está desnutrido. Deja de ir al colegio. Baja mucho de peso. Tiene hambre, come y vomita. Es su principal actividad. Su bajo peso (34 kilos) pone en riesgo su vida. En este estado surge la consulta psicológica. No quiere hablar sobre lo que le pasa. No acepta otra entrevista. La familia está preocupada y enojada con él.

En este caso podemos plantear una homologación con lo que los padres o los profesionales consideran que le puede hacer bien a alguien, llámese análisis u operación de vesícula. Ésta fue decidida por la madre y los cirujanos. Teóricamente iba a hacerle bien, era lo indicado. Pero evidentemente no estaban dadas las condiciones: el chico no quería. Tenía algo para decir pero no fue escuchado, respetado, oído en lo que le pasaba. Aun con las mejores intenciones, aunque consideremos que la indicación es buena, si no escuchamos al sujeto a quien se dirige nuestra acción terapéutica y no contamos con su disposición para la consulta, no se produce el efecto buscado y –como en este caso– el desenlace puede ser gravísimo.

Conclusiones

En función de todo lo dicho, y como primera aproximación, diría que: tiendo a pensar que hay demanda cuando el niño sufre. También cuando sus síntomas y su angustia comprometen su desarrollo.

El sufrimiento, la angustia, los síntomas son expresiones que se constituyen en el primer indicador de análisis para un niño. En estos casos, al detectar angustia, me inclino a pensar que hay demanda por parte del niño, aunque ésta no esté formulada de manera explícita.

No me inclino a pensar que hay demanda cuando las características de la consulta planteada por los padres no necesariamente coinciden con la posición del niño. En este caso me propongo investigar en la historia familiar e individual cómo ha llegado a plantearse la situación de la consulta y qué anclaje tiene en el niño. Me propongo despejar la posible depositación sobre el niño de problemáticas de otros.

Sí me siento autorizada a hacer una intervención analítica cuando detecto que hay sufrimiento en el niño, aunque provenga de cualquier fuente.

Está claro que no pienso que una consulta por un niño devenga necesariamente en una indicación de análisis. No me gusta el lugar de prescriptor o indicador para el analista cuando ese rol lo ubica en una posición de saber autoritario y no se desprende del proceso de trabajo en transferencia.

No me sentiría éticamente conforme si aplicara teorías, o tratara de responder al pedido de los padres, sin investigar más profundamente si considero que el niño es el sujeto de la consulta y verdaderamente está necesitando y pidiendo mi ayuda.

Bibliografía

Klein, M. (1932). *El Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Ortigues, E., y Ortigues, M-C. (1987). *Cómo se decide una psicoterapia de niños*. Barcelona: Gedisa.