

## Revisión del tema de la fase preliminar a un análisis en la clínica psicoanalítica con niños

Paula Pioletti\*

### Resumen

El presente trabajo forma parte de una articulación de dos proyectos de investigación en clínica psicoanalítica, radicados en la Facultad de Psicología UNMP. Uno de ellos se denomina: *Las entrevistas preliminares tal como fueron utilizadas por psicoanalistas de niños* y forma parte de un trabajo más amplio, en el cual nos hemos propuesto indagar los aportes de la *clínica psicoanalítica contemporánea al progreso de la teoría*.

Se indaga en la obra de Arminda Aberastury, lectora de las primeras analistas de niños y, a su vez, gestora de nuevas generaciones de psicoanalistas en la Argentina, sus planteamientos sobre el tema de la iniciación al tratamiento con niños, en tanto que, este inicio, condiciona el curso ulterior de una cura psicoanalítica.

Palabras clave: Iniciación al tratamiento- Arminda Aberastury-Posición del analista.

### Revision of the subject from a preliminary stage to an analysis in psychoanalytic clinic concerning children

#### Abstract

This work is part of the joining of two research projects developed in psychoanalytic clinic placed at the Psychology College – UNMP (National University of Mar del Plata). One of them is called *Preliminary interviews as they were used by children psychoanalysts*; it forms part of a wider work where we have proposed ourselves to investigate contributions of contemporary psychoanalytic clinic to the progress of the theory.

It is investigated the work made by Arminda Aberastury, reader of the first children analysts and at the same time developer of new psychologists generations in Argentina, her analysis concerning the subject of initiation to children treatment, meanwhile this initiation conditions the subsequent psychoanalytic cure.

Key words: Initiation to Treatment - Arminda Aberastury – Analyst's Point of view.

### Introducción

Freud, Sigmund (1913, p. 125) enfatiza sobre el valor de las entrevistas preliminares en la cura psicoanalítica, comparándolas con lo que sucede en el juego del ajedrez: “Sólo las *aperturas* y *los finales* consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura”. Entre las condiciones de apertura a un psicoanálisis interesa destacar, para delimitar el problema, algunas de las referencias freudianas sobre los allegados del paciente. Dirá la autora:

(...) no debe buscarse la aquiescencia o el apoyo de padres o parientes dándoles a leer alguna obra de nuestra bibliografía... Lo que consigue la más de las veces este paso bienintencionado es que estalle de manera prematura la natural y, en algún momento, *inevitable hostilidad de los parientes* al tratamiento psicoanalítico de uno de los suyos, de suerte que aquel ni siquiera podrá iniciarse. (Freud, 1912, p. 119)

La dificultad con que se encuentran los análisis de niños, es que siempre están presentes los familiares directos; padre y madre, o algún otro adulto encargado de la crianza, son los que realizan el pedido de tratamiento, e informan lo que para ellos es “anormal” en la conducta del niño. Freud estaba tan convencido de la influencia nociva de los padres como una de las causas principales de fracasos de los tratamientos, que en 1916 (Freud, p. 420) enuncia una regla: “No tomar en tratamiento a enfermos que no fueran *sui juris*, independientes de los otros en asuntos esenciales de su vida, (...)

cuanto depende las perspectivas de un tratamiento del medio social y del estado cultural de una familia”. Surge entonces la pregunta acerca de cómo han resuelto los analistas de niños, la intromisión “directamente peligrosa” de los padres, en el inicio de un tratamiento.

En 1920, Freud publica un caso de atención psicoanalítica a una joven de 18 años, a solicitud de los padres. En dicho artículo, enuncia, para toda una serie de casos, la descomposición del tratamiento en dos fases nítidamente separadas: “En una primera fase, el médico se procura los conocimientos necesarios acerca del paciente, lo familiariza con las premisas y postulados del análisis y desenvuelve ante él la construcción de la génesis de su sufrimiento”. (Freud, 1920, p. 145) Esta fase corresponde al tiempo de las entrevistas preliminares y, si bien no se trataría de un psicoanálisis propiamente dicho, ya es el comienzo del mismo; por lo cual, debería obedecer a sus reglas. En el citado caso ejemplar, Freud decide interrumpir el proceso de cura habiendo recorrido la primera fase, tras la emergencia de sueños que le relata la paciente, y que él interpreta como rechazo al trabajo analítico y al objetivo de la cura. Pero entonces surge otro aspecto a indagar: sobre qué indicios se basa el analista, ya que la emergencia de formaciones del inconsciente no la agota, para continuar o interrumpir un psicoanálisis.

Este tema de lo preliminar no existió como interrogante teórico en los inicios del psicoanálisis infantil. Silvia Fendrik (1993, p. 27) enuncia una razón práctica sobre dicha ausencia: los primeros análisis de niños se basaron en la experiencia del caso Juanito y en el ideal terapéutico que enunciara Freud; “la afirmación

\* Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Lamadrid 3439. Mar del Plata (7600). Argentina. Teléfono: 0223- 493-6265. E-mail: ppiolett@mdp.edu.ar

de que sólo la unión de la autoridad paterna con la autoridad médica en una misma persona habrían posibilitado el análisis de un niño intentó ser corroborada por otros padres analistas o analizadas, y los niños cercanos a ellos fueron objeto de una práctica silenciada, en la que se intentaba sostener este ideal terapéutico". Aparece esbozado como problema a finales de la década del '20, cuando el psicoanálisis de niños se institucionaliza, y se amplía su uso para niños fuera del entorno familiar, en el Simposium realizado en la Sociedad Británica de Psicoanálisis sobre los debates de Melanie Klein - Anna Freud. Con y tras el Simposium, se instalará el debate sobre las condiciones del análisis infantil.

Para este trabajo, nos hemos embarcado en la indagación de lo que constituye el tema de lo preliminar en tres analistas, contemporáneas entre sí: Anna Freud, Melanie Klein y Arminda Aberastury, si bien ninguna llamó con este término al movimiento de un análisis. Tenemos la conjetura que tal asunto es pesquizable a través del caso clínico, e inferible de la producción teórica. En esta presentación, la interrogación está dedicada a la obra de Aberastury.

#### *Presentación del tema*

¿Por qué comenzar por Aberastury en la indagación teórica sobre la clínica con niños, si ella no la inaugura? ¿Por qué esta falta de fidelidad a la elucubración teórica que una historia continuista de las ideas nos presenta?

En primer lugar, porque Aberastury es una lectora de Klein y de Anna Freud, y además forma parte del movimiento psicoanalítico incipiente en suelo argentino que mira hacia Europa, principalmente hacia Londres: la Asociación Psicoanalítica Internacional (1) con Jones de presidente, es decir, el centro del eje del movimiento psicoanalítico en los años 40. Arminda Aberastury fue lectora de las dos analistas de niños antes de que ellas instituyeran escuelas independientes dentro de la Sociedad Británica de Psicoanálisis (2), y si bien en la Argentina se la asoció primordialmente al kleinismo, su obra, exigentemente revisada en la actualidad, nos permite poner esto en cuestión.

Hay datos que testimonian que, el movimiento argentino, pudo haber tenido conocimiento de las controversias(3). Nos habla de ello la aparición de una traducción correspondiente al libro de Melanie Klein, donde retoma su hipótesis sobre el desarrollo temprano del superyó en los niños, en la primera publicación de la Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina (4) de 1943.

La APA no era todavía kleiniana, como lo fue en los años 50 y 60. No había ningún discípulo directo de Melanie Klein entre los fundadores. Es más, Ángel Garma –primer presidente– ya había declarado sus preferencias personales en un artículo de 1937, antes de radicarse en el país, donde describía tres corrientes en el psicoanálisis contemporáneo: una liderada por Wilhelm Reich, con un enfoque social; otra bajo la influencia de Melanie Klein, que se centraba exclusivamente en las fantasías inconscientes; y una tercera, intermedia entre las anteriores, impulsada por Anna Freud. Garma optaba por esta última. La traducción de Klein, sin embargo, demostraba, en 1943,

el interés argentino por las controversias que se desarrollaban en Londres, y anunciaba una lectura proclive a la postura kleiniana. (Balán, 1991, p. 124)

Las controversias constituyeron una guerra en el campo de la teoría, importante por los efectos que suscitó en la práctica y en el movimiento internacional del psicoanálisis. Según Balán (1991), dichas reuniones tuvieron como trasfondo el dilema de instaurar, hacia las próximas generaciones de analistas, la pregunta sobre quiénes eran los verdaderos freudianos. Nos preguntamos si Aberastury recibe esta preocupación institucional. Sólo podemos suponer que, para la APA, en sus orígenes, y exacerbado a partir de las renunciadas masivas y creación de escuelas independientes a partir del '60, pudo haber constituido una exigencia, definir una postura teórica y clínica, que le permita legitimarse como grupo ante la Internacional, y diferenciarse en el medio local. Sabemos que cuando Aberastury (Aberastury, 1962) describe la historia del psicoanálisis de niños en la Argentina, desde un enfoque que le permita mostrar la evolución de su técnica hasta la denominada actual - hablando de 1960-, adopta la actitud expresa de *omitir de dicha historia a los detractores*. Aparece la intención de mostrar una *ortodoxia* técnica y teórica, construida a partir de dos fuentes principales: el aporte de Klein, tanto como el de la hija de Freud(5). A poco de andar, Aberastury monopolizará la enseñanza del psicoanálisis de niños en la Argentina.

Las tres mujeres comparten algunas características. Se forman dentro de sociedades psicoanalíticas que acreditan su formación y su lugar de analistas; las tres carecen de título de médico, con la importancia que dicha titulación tuvo en una época en que fue muy cuestionado el psicoanálisis profano; ninguna de ellas se aparta de la sociedad psicoanalítica para hacer su propia escuela, apareciendo en su lugar la polarización interna en la misma sociedad en una u otra corriente. Las tres poseen título de docente, título menor con respecto al de médico, pero que acreditaba para la formación de analista de niños; las tres requirieron del amparo institucional: Melanie Klein por Jones, presidente de la SBP; Anna por el propio Freud; y el de Aberastury por el de Pichon Riviére, uno de los seis fundadores de la APA.

Sin desmedro de las anteriores semejanzas, Arminda ocupa, desde sus inicios, una posición particular desde donde sustentará su clínica. A Anna Freud le reprocharán que su teorización sea producto de la incompreensión que las resistencias no resueltas en su análisis personal le generan, y esto por el lugar que ocupaba en ese análisis quien lo dirigía, el mismo Freud, "padre analista". A Klein, en forma silenciada, que también es parte de una práctica en donde se identifica autoridad analítica con parental, constituyendo, el texto que le sirvió para acreditar como analista, la prueba del material de análisis aportado por su hijo. En cambio, a Aberastury, esta mezcla de autoridad se le vuelve más distante en sus inicios clínicos; por lo tanto, se le presenta claramente como problema clínico a indagar, y como una apuesta a resolver, en su escrito de 1962. Para ella, el lugar del analista de niños es objeto de interrogación, y también, la relación con los padres en el análisis de un niño.

## Desarrollo del tema

La clínica en la elaboración teórica de Arminda Aberastury sobre técnica. Hitos clínicos:

1. La escena que convoca a Aberastury al psicoanálisis es la siguiente:

Una nena en la sala de espera (o a la espera), mientras su madre es atendida en sesión psiquiátrica diaria en el Hospicio de las Mercedes por Pichon Rivière. No sabe leer ni escribir, fue diagnosticada por varios profesionales como oligofrénica, es decir, retrasada mental (diagnóstico que circula en el ámbito educativo y psiquiátrico). Arminda, recibida de docente años atrás, e introducida a la novedad del psicoanálisis, la filosofía y temas psicológicos por su hermano Federico, quien organiza charlas y debates, se encuentra con esta niña de 8 años. Dirá: “Mi acercamiento fue pedagógico, yo quería saber si esa niña podía o no aprender.” (Aberastury, 1962, p. 62) Más adelante, comenta cómo siguieron los encuentros:

En las largas entrevistas que tuve con ella, en horas en que su madre estaba en tratamiento, me contaba fragmentos de su vida, mientras yo le iba enseñando las letras y los números. Llegué a la conclusión de que si no aprendía era porque le resultaba muy penoso conocer la enfermedad de su madre, y recordar todo lo que había sufrido durante los episodios psicóticos de los que fue testigo. Su mente se había paralizado por este conflicto, y se lo fui comunicando. Comprendí también que las mentiras que para consolarla, o tranquilizarla, le decían los adultos que la rodeaban, habían creado en ella una gran confusión, y le habían hecho perder fe en que pudiese llegar a conocer la verdad. Fue después de este esclarecimiento cuando pudo comenzar a aprender. (Aberastury, 1962, p. 62)

Sin conocimiento psicoanalítico, sin análisis personal, vale decir, de una forma totalmente silvestre, Aberastury ingresa al campo del psicoanálisis, como la institución sancionará posteriormente que no se debe. Es decir, constituida por una praxis no garantizada por nadie ni por nada, y a partir de un tropiezo –buscando enseñar a una hipotética alumna– se encuentra con la posición inconsciente afectiva de los adultos en relación al niño, hecho que la incita a la curiosidad y al deseo de saber. Y entra por la experiencia y por la lectura a posteriori de dos textos: uno de Anna Freud (1927), y otro de Morgenstern (1937). Es el año 1937, en Argentina no hay Asociación Psicoanalítica, ni psicoanalistas formados en Europa; el primero será Garma, quien, llegado a Buenos Aires en 1938, comenzará a trabajar en el '39, juntamente con la llegada, para esa misma fecha, de Cárcamo. Ambos son los dos únicos psicoanalistas médicos de la Argentina, entrenados, con reconocimiento por parte de la Asociación Internacional. Aberastury no se equivoca cuando dice (1962, p. 13): –“Yo trabajé sola al principio”; y ese trabajo se basa en escuchar el relato de la vida de su paciente, sustraída de todo saber anticipado.

De experiencias como la relatada extrae una hipótesis: las dificultades de aprendizaje en los niños, y su relación con el engaño o el ocultamiento de la verdad del adulto. Esta hipótesis etiológica aún no forma parte de ningún procedimiento técnico. Más tarde, la hallare-

mos reubicada clínicamente.

2. En 1947, nos encontramos con su primer historial, publicado en la Revista de Psicoanálisis. Estamos a diez años de su primera observación, y en un momento institucional en el que Arminda estará próxima a ocupar el eje de la enseñanza del psicoanálisis de niños en la Argentina. El texto se llama *Indicaciones para el tratamiento analítico de niños –Un caso práctico*. Otra vez, a diferencia de Klein, que usa como caso el material aportado por su hijo Eric; y de Anna, cuyo primer artículo corresponde a un caso que sería ella misma, ya que no se conoce que tuviera pacientes(6) en 1922, el caso que Aberastury trabaja está despejado de su vida íntima.

En esa presentación, la autora se dispone a indagar cuándo es conveniente indicar un tratamiento analítico. Para ello, se sitúa respecto a dos escuelas, que llama “corrientes fundamentales” del psicoanálisis de niños: la que instaura Melanie Klein, y la de Anna Freud. Les reconoce posturas antagónicas; para la primera, todo niño pasa por una neurosis en la infancia, razón por lo cual propone aplicar el psicoanálisis a todos los niños; la segunda, sin rechazar la tesis de que todos los niños pasan por una neurosis, aconseja el psicoanálisis sólo en casos de neurosis graves, y piensa que éste es un tratamiento penoso y difícil. La respuesta de Aberastury es paradójica: Si bien el punto de vista de Klein es “exacto teóricamente” y constituirá para ella una “solución ideal”, el de Anna es prácticamente aplicable (Aberastury, 1947). Por lo tanto, se embarca en deducir qué signos serán considerados pertenecientes a neurosis graves por el psicoanalista.

Aberastury, en el trabajo citado, cuestiona el saber de los padres. Postula que los criterios que utiliza el medio ambiente del niño -la familia, educadores-, no son los más convenientes, ya que se refieren o a la comodidad o al rechazo personal: “En general, se toleran más todos los síntomas con predominio de inhibición, que aquellos en que predomina la descarga” (p. 468). Tampoco es indicado tomar como criterio la psicopatología del adulto: “Para juzgar la neurosis de un niño no nos podemos valer del mismo punto de vista desde el cual valoramos la neurosis del adulto... todo niño tiene ansiedad temprana (...)”, (p. 469) en definitiva porque, a la manera de Freud, son dos objetos psicológicamente distintos.

Aberastury va a arribar a un punto de vista también próximo a Anna Freud; definir la gravedad de una “conducta inadecuada o síntoma”, por el grado de estabilización que presente. ¿Tal conducta es pasajera o no? ¿Tiene tendencia a durar y a complicar en extremo la crianza? Si es pasajera, significa que es presumible que evolucione con el desarrollo: “Si no evidencian esa gravedad (frecuencia en que aparece) ni tendencia a la estabilización, pueden mejorar con modificaciones ambientales que favorezcan una mejor relación del niño con su madre, padre y hermanos, así como una mejor descarga de tensiones, mediante juegos o deportes”. (p. 470)

El caso que presenta es el de un niño al que llama G, de 11 años, atendido en 1942. Cabe aclarar que la APA comienza a funcionar un año después, y que Aberastury ingresa como candidata cuando se crea el Instituto de formación, dependiente de la misma Asociación, en 1945. Por lo tanto, en el curso de ese análisis que dura aproximadamente 18 meses, ¿de qué

modelo teórico se sostiene clínicamente Aberastury? Se conoce la existencia de un círculo informal de lectores del psicoanálisis, que se reúne los domingos por la tarde en casa de Arnaldo y Matilde Rascovsky, a partir de mediados de 1937. Los Pichon Rivière, Enrique y Arminda Aberastury, forman parte de los asistentes regulares a la misma. Lo que se sabe de esas reuniones, es que se discute sobre Freud y el psicoanálisis (Balán, 1991). Otros datos que tenemos, es que Arminda comienza su análisis didáctico en 1942, y que, para esa época, se encuentra con el libro de Melanie Klein, *El Psicoanálisis de niños*, de 1932. La correspondencia que mantiene con Klein es posterior, abarca el período 1945-1958. Y, como ya habíamos mencionado, cuenta con la orientación que le provee el libro de Anna Freud y de Morgenstein.

Nos relata que G tiene asma bronquial desde los 18 meses, y dificultades emocionales: toda la primera infancia fue muy difícil de manejar en la casa y en las instituciones educativas, hasta el punto que a los 11 años de edad nunca había terminado un año escolar. Durante todo el tratamiento con G, Aberastury, mantendrá una entrevista semanal fija con la madre y a veces con el padre; en el artículo no dice qué función tiene sostener este tratamiento paralelo con la madre. Sólo aparece, en dos oportunidades, la mención a dichas entrevistas, con el objetivo de confirmar los hechos traumáticos que el niño hace consciente en sesión. El historial es mostrado de forma tal que se observe el *criterio evolutivo*, es decir, “cómo progresó el desarrollo libidinoso”. Aberastury se mantiene en su forma de intervenir próxima al método freudiano: pide asociaciones al paciente, a partir de los sueños y fantasías que éste presenta, hace interpretaciones y espera su corroboración, por la emergencia de nuevas formaciones sustitutivas del inconsciente; sigue la direccionalidad que aporta el sujeto en el derrotero de sus identificaciones, que lo ligan al entramado del complejo de Edipo y Castración. Además de los traumas que ella postula como hipótesis etiológicas, también sitúa lo que constituye para el sujeto una situación traumática, que gira o se desplaza en el transcurso del tratamiento. Primero, en relación a su padre; luego, a su madre; después, al contenido homosexual de sus fantasías, y cuando comienza a superar su angustia de castración, aparecen juegos de contenido heterosexual. Por el recorrido del historial, se patentiza que Arminda es sensible a los efectos que el medio ocasiona en el niño, sobre todo, entendido aquél como *situaciones traumáticas de separación*, referidas a uno u otro de los padres.

Formula las siguientes hipótesis: El fracaso en la escuela es una forma de volver a una situación pasiva de dependencia en el hogar, como modo de resolver la angustia que suscita la separación del padre (éste hace numerosos viajes), y el temor a perder a la madre. El mandato de ser idiota, fracasado, o engendrar un idiota, surge en G, de la amenaza de castración vehiculizada por un padre que prohíbe la masturbación (el niño recuerda que el padre le había dicho que podía volverse idiota si se masturbaba; y esto le produjo temor, el cual se intensificó por el hecho de haber oído que sus padres hablaban con frecuencia de dos tíos idiotas); por temor a la castración, el niño persevera en desear el fracaso. G, logra, en análisis, superar esas separaciones, por medio de juegos que tienen una secuencia: fusionar elementos, para luego ser destruidos y, más tarde, reparados.

3. En 1956, escribe un texto, leído en el Simposio Anual de “Técnica Psicoanalítica” de la APA. Se titula *La inclusión de los padres en el cuadro de la situación analítica y el manejo de esta situación a través de la interpretación*.

Aberastury se propone indagar cómo debe proceder el analista -con su interpretación- ante la presencia de los padres en sesión del hijo, cuando alguna circunstancia hace dificultosa su separación, por la intensa ansiedad que les genera. Ella se apoya en la exigencia kleiniana, sobre interpretar el material aportado por el niño, desde el primer momento, evitando el período previo mayoritariamente de orden educativo, que postulase Anna. En este contexto teórico, Aberastury se cuestiona cómo formular la interpretación, cuando la misma alude, directamente, a imágenes sádicas de los padres. Para ello, presenta un caso, rimbombante en la época, de un niño de 4 años que sufre una anorexia seria “desde el día en que él mismo, sus familiares y la sociedad lo señalaron como asesino.” (p. 138) Había dado muerte a un bebé que fuera su primito, golpeándole la cabeza con un frasco. El niño apareció en el suelo con la boca tapada por algodón. A las horas, fallece en una clínica.

Técnicamente, el trabajo está dividido en dos fases: la primera está constituida por un momento previo al inicio del tratamiento, que lo constituyen las entrevistas con los padres. De ellas extrae tres hechos que revelan *la posición afectiva de los padres frente al suceso*, pero que, con el transcurso de las sesiones, (y porque Arminda no hace lo que usualmente hace: iniciar el tratamiento exclusivamente con el niño, ya que aquí, niño y padre, ingresan de la mano a sesión), esa posición afectiva de los progenitores vira hasta ubicarse en el lugar de causa que desencadena el suceso. No la anorexia que corre por parte del niño, y sobre la cual no se develará nada.

¿Cuáles son los tres hechos? 1- El énfasis que puso el padre en señalar que el crimen había sido *planeado* previamente, y realizado *a puertas cerradas*, en ausencia de los padres del bebé; pero que resultaron ser fantasías del padre; 2- un hecho fue revelado tímidamente por la madre hacia el final de las entrevistas previas: *el cochecito en que estaba acostado el bebe había sido de su hijo*. Éste protestó vivamente al ser despojado, y reivindicó sus derechos sobre él; 3- El padre recalcó *recién entonces* que había recomendado a su esposa no dejar solo al niño con el primo, porque lo miraba de un modo raro. (Aberastury, 1957)

Momento del tratamiento propiamente dicho. Hallazgos inesperados de la clínica. Los padres acompañan al hijo a sesión y, sin que nadie lo solicite, se ponen a hablar. La analista escucha que el padre generalmente *traduce* en palabras lo que el niño expresa con juguetes o actitudes, y por eso sitúa al padre como el portavoz del niño. Como nos ofrece el material clínico, uno descubre que la postura del padre no es únicamente la de traductor, sino más bien que él habla, agrega, comanda una fantasía sobre cuando él era chico, hijo y hermano. El padre no traduce al niño, sino que, a partir de éste, el padre habla, y no de cualquier cosa, sino de *su* historia. Se podría afirmar que, siguiendo a la clínica, no se sabe quién porta la voz de quién. La analista percibe “que el grupo familiar está tan comprometido en la situación” que teme que sea una única sesión, y, por temor, se precipita. El psicoanálisis enseña que quien teme es la instancia yoica, y Aberastury se compromete tanto con

dicha instancia, que se pone a querer “investigar, discriminar y juzgar” una hipótesis, sobre cómo pudieron suceder los acontecimientos. A partir de este posicionamiento clínico, dirige las asociaciones del niño, con el fin de que reviva el episodio, y coloca elementos alusivos a él en la caja de juegos que le ofrece. Aberasturi señala el criterio que utiliza para interpretar: pensar la pareja padre- hijo o madre- hijo, como una unidad, como una sola persona: el paciente. A posteriori, interpreta el lenguaje preverbal del niño, utilizando el material aportado por la pareja incestuosa e indiscriminada que el adulto forma con el niño. El lugar del analista en la transferencia, sería “ser depositario del crimen, y lo malo”, para que esto no lo destruya al niño por dentro, y favorecer que pueda “repetir el esquema del hecho criminoso así como mostrar su deseo de reparar”. (Aberastury, 1957, p. 142)

Para sus colegas, el caso fue la demostración de una situación clínica *excepcional*, que llamarán *situación de grupo*. Aberastury expresa esto de la siguiente forma: “La verdad era que la madre había dejado al primo en manos del hijo, y el padre había ‘sugerido’ la posibilidad del crimen, planeado en su inconsciencia ‘a puertas cerradas’ cuando pequeño, en relación con su hermano, padre del muerto, tal como se desprendió de sus asociaciones.” (Aberastury, 1957, p. 146) En este sentido, padres e hijo forman parte de un mismo conflicto. Pichon Rivière, que tiene experiencia en clínica de psicosis, aporta al caso la siguiente cita: “Lo que los padres nos relatan se incluye en la interpretación por ser partes de ellos mismos, pues siempre es un mensaje sugerido por el niño con sus actitudes”. (p. 146) El debate que el texto suscita en los oyentes, hace recaer las tintas sobre la dinámica familiar, reduciéndola al modo en que el adulto en sesión relata un sueño, formado entre diversas partes del yo y los objetos. Es decir, en contra de lo que la clínica muestra, se lo quiere seguir pensando como al modo de la clínica de adultos; y en esa dirección, se postula a la interpretación, como el medio que buscaría unificar esa pluralidad. Pero Aberastury no llega a esa conclusión; ella prioriza el hallazgo de la idea de familia como entramado de discursos o “situación de grupo”. También descubre, en las entrevistas que lleva con el niño en presencia de la madre, la *culpa inconsciente de la madre* por haber transgredido una norma del padre: “No dejes sólo al niño con el primo”. Unos años más tarde, en 1958, Arminda iniciará una práctica nueva dentro del psicoanálisis infantil, que llamará los grupos de madres; justamente, para trabajar la culpa consciente o inconsciente de las madres. Dirá que son el complemento indispensable del análisis del niño. Pensamos que, en este caso, Aberastury tiene ante sí el problema teórico de definir quién es el sujeto en el análisis infantil: Quién habla, de qué se habla, quién demanda análisis, cuál es el asunto a analizar. Es, en este sentido, que ella dice que “todo el grupo familiar está comprometido”; y ante eso, no hace otra cosa que escucharlos a todos en sus múltiples demandas y transferencias. A todo esto, nosotros podemos pensarlo como preliminar al análisis propiamente del niño, en tanto trata de abrir un espacio de escucha de las demandas, sin interferencias de ningún plan estandarizado de indagación. Luego, podemos pensar cómo va a hacer lugar al niño en ese campo de demandas y transferencias parentales. Aberastury lo resuelve conduciendo el tratamiento hacia revivir el acto criminal. Creemos que ésta es una

forma, pragmática, de hacer ingresar, al tratamiento propiamente dicho, un sujeto del análisis.

4.- Último capítulo en que la seguimos a Arminda Aberastury, que corresponde a lo que ella denomina: La entrada teórica en la segunda etapa de su formación analítica. Es definida, esta segunda etapa, por la búsqueda de validar clínicamente una fase del desarrollo libidinal, que nombra “fase genital previa”, y es considerado, por ella, su aporte teórico original. Las preguntas sobre técnica, transferencia y síntoma, encuentran un ordenamiento final; a partir de 1960, forma un grupo de estudios encargado de “unificar un criterio y diferenciar así nuestra técnica de toda aquella que, originada en las mismas fuentes, no cumple nuestras actuales exigencias”. (Aberastury, 1962, p. 69) Esta búsqueda de una ortodoxia, que dista del original e ilegal acercamiento a la clínica de 1937, se arma en un momento histórico en que la APA ya no es el centro de identificación del psicoanálisis en la Argentina, y en que Pichon Rivière ha dejado de ser un referente identitario en sus textos y en su vida. Lejos de ser un texto sin valor, en él ofrece sus soluciones a los grandes problemas que la clínica con niños acarrea, e incluye una posición controvertida, sobre el lugar del analista.

Aberastury (1962) propone un conjunto de normas muy estrictas, en referencia a prácticamente todo lo que pueda mediar entre el analista, el niño y los padres. Desde el pedido de consulta, hasta el análisis propiamente del niño, habrá una secuencia ordenada y sistematizada de pasos a seguir: entrevista inicial a padres, hora de juego, devolución, tratamiento con el niño. A su vez, el estado físico del consultorio destinado a un niño, su clima de apacible aislamiento y privacidad, la forma de guardar el material de análisis de cada niño, los materiales ha incluir en él; todo está calculado y pensado con anticipación. “El aspecto del consultorio debe ser por sí mismo la regla fundamental, sin que se explique al niño lo que debe hacer.” (p. 92) (7) ¿Qué guía este accionar tan cuidadosamente delimitado?

Vamos a puntuar ciertos elementos para el análisis.

1.- Un conjunto de reflexiones en torno a la influencia que el analista ejerce sobre los padres. Aberastury (1962) dice que, aconsejar a los padres en el transcurso del tratamiento del hijo,

(...) no era una buena solución a la neurosis familiar, ya que los motivos de la conducta equivocada eran inconscientes y no podían modificarse por normas conscientes. Comprendí que cuando el padre o madre reincidían en una conducta equivocada, yo me transformaba en una figura muy persecutoria, y la culpa que sentían, se canalizaba en agresión e intento de disolución del tratamiento. (p. 134)

Otro factor inconsciente que se presenta a nivel de los padres, cuando el analista los aconseja e intenta educar, es la creciente rivalidad en la que entran con el hijo; “dejan de ser padres para transformarse en hijos rivales en busca de ayuda, siendo uno el privilegiado, el niño, contra otro perjudicado, los padres.” (p. 137) Los padres actúan con el hijo de acuerdo con sus conflictos, y la situación se agrava cuando saben conscientemente que lo que hacen está mal, porque “causa la enfermedad para su hijo”. La técnica actual busca resolver estos efectos, limitando los fenómenos de transferencia de los

padres con el analista del niño, para que sean más manejables y menos perturbadores del tratamiento. Para ello, los decires de los progenitores se circunscriben a lo que la autora llama la entrevista inicial con los padres. Este primer tiempo, que inicia la secuencia del trabajo analítico, no es ubicable, a nuestro entender, como el inicio de un psicoanálisis. Más bien, presenta un *tiempo previo a un psicoanálisis*, muy necesario para Aberastury, por dos razones: una, para la obtención de datos básicos de la vida pasada y presente del niño, a lo que sigue un *plan estándar*, similar a una anamnesis. Estos datos sirven a los analistas para “comprender la etiología de las neurosis infantiles, capacitándonos así, para una tarea de profilaxis.” (p. 76) Y otra, para aliviar la angustia y la culpa de los padres, por tener un hijo enfermo, asumiendo el papel de analista del hijo, y “haciéndonos cargo del problema o síntoma.” (Aberastury, 1962, p. 75) Sobre el primer objetivo, la obtención de datos básicos, el analista trabaja con una anamnesis; para alcanzar el segundo objetivo, aliviar y desresponsabilizar a los padres, el analista se responsabiliza por el síntoma y asume su resolución. Creemos que ninguno de los dos objetivos y técnicas empleadas forma parte preliminar de un tratamiento, en tanto distan de la norma que verdaderamente impera para el analista, que es la de instalar el dispositivo analítico por la enunciación de la regla de asociación libre para el paciente, y la escucha con atención flotante para el analista. Aberastury, merced a este manejo previo a todo tratamiento con el niño, intentará que las entrevistas con los padres queden suprimidas totalmente, “salvo cuando negarlas sea aun más perjudicial”; además, la función del padre se limita a acordar el tratamiento del hijo, enviarlo al análisis y pagar por él. La madre será derivada a un dispositivo, el grupo de madres, donde la transferencia pueda desplegarse con un analista, sin interferir con el análisis del hijo. De esta forma, el análisis propiamente dicho del niño queda establecido en una relación “bipersonal” como el del adulto.

2.- Una hipótesis etiológica sobre el síntoma en el niño. Aberastury (1962) piensa que, la causa de la patología, es la incomprensión o incompetencia de las madres, para satisfacer, en una forma regulada y controlada, las necesidades del hijo. Ocultar la verdad es un aporte innecesario que causa patología. Tal error es generado por la culpa consciente o inconsciente que las madres tienen respecto a sus propias madres. Tener un maternaje feliz es, para Aberastury, el desenlace directo de la elaboración de la culpa que toda mujer siente en su ser, al perder la condición de hija, para convertirse en madre. Esta culpa genera agresión e incomprensión, que se transmite por cuidados inapropiados con sus hijos, y se resuelve, en términos generales, cuando las madres asimilan que distanciarse de su propia madre no es perderla, sino tenerla más presente, conservándola en ausencia. La misma tarea deben realizar sus hijos con ellas.

Esta hipótesis etiológica se articula con la noción de fase genital previa, que no es desarrollada en este artículo. Su efecto técnico, desde 1958 en adelante, será la conveniencia de ingresar al dispositivo del grupo de las madres, aún desde el embarazo. Estos grupos constituyen, para Aberastury, la mejor forma de profilaxis de la neurosis infantil: que las madres conozcan “cuáles son las necesidades del niño en el momento de

nacer, y cuáles paulatinamente dejarán de ser imperiosas para dar lugar a nuevas necesidades y nuevos estímulos”. (Aberastury, 1962, p. 252)

3.- Una convicción sobre el desarrollo normal está al servicio de un centro que nunca se pierde, que es el impulso a “conservar el objeto originario” que es la madre; (Aberastury, 1962, p. 260) “la necesidad de separarse de la madre para no destruirla es lo que impulsa al niño a gatear, a trepar, a caminar y a jugar”. Todo el tiempo va a estar en juego esta operación de conservar el objeto y de mantener la *unión* con la madre: “La palabra es para el niño la recreación de objetos en su mundo interno, puede guardarlos o lanzarlos al mundo para el establecimiento de un vínculo que comenzó siendo interno y termina por ser externo. La palabra es su nuevo instrumento de reparación. Secundariamente experimenta que la palabra lo pone en contacto con el mundo, y que es un medio de comunicación”. La enfermedad surge ante el temor de perder a la madre, por haberla destruido. Perderla, supone que ya no es posible *rehacer* esa unión en otra zona erógena; esto para Aberastury causa culpa y agresión hacia la madre o hacia sí mismo. Toda su teorización sobre la fase genital previa apunta a esta unión con la madre.

4.- El tiempo preliminar a todo tratamiento posible corresponde, de acuerdo con nuestro reordenamiento, a la primera hora de juego, diagnóstica o no. Lo que se ofrece en dicha hora por parte del analista, es escuchar la demanda del niño. Sin embargo, es una oferta que espera la obtención de una situación universal e igual para todos los niños: “constituye una primera y abrupta separación en relación con la madre. Es la repetición de la angustia provocada por el nacimiento.” (Aberastury, 1962, p. 139) De allí que se vuelva una exigencia, la entrada del niño sólo al consultorio como el modo óptimo de limitar la ansiedad y transferencia de los padres, estipular una relación “bipersonal” con el niño, y dar sustento material a la fantasía de nacimiento, que extrañamente, coincide con la primera sesión. Según ella, (Aberastury, 1962) en esta primera sesión, se “configuran las jugadas de apertura, cuya importancia se hace evidente en el transcurso ulterior del tratamiento.” (p. 109) En este tiempo preliminar, el analista no se guía por un plan previo de ítems para obtener datos, sino por una intervención que invita al niño a jugar y hablar, para comprender el motivo de sus dificultades y el modo de aliviarlo. Todo el estado del consultorio está pensado a los fines de que el niño haga lo que necesita, aún jugar con fuego, para la dramatización de sus conflictos.

Una hipótesis técnica implícita, es que todo lo que un niño hace, por insignificante que sea, puede ser un modo de dirigir al analista un mensaje. Pero, de acuerdo con la técnica actual que nos presenta, ese mensaje no constituye un enigma: todo lo que haga el niño corresponde al despliegue de su fantasía de enfermedad y de curación. Esta hipótesis de que el niño sabe que sufre por un conflicto, y que tiene deseos de cooperar en el tratamiento, será considerado por Aberastury como su contribución técnica al psicoanálisis de niños. Para ella, el analista recorre con su paciente un espacio “preliminar” al análisis propiamente dicho, y fundamental para que éste se transite, constituido por la emergencia de dichas fantasías. La idea inconsciente de curación del niño expresa, de forma velada, qué necesita del analista para que lo ayude a resolver sus conflictos. El

trabajo en el tratamiento será darle lo que necesita para que repare y confíe nuevamente. “Si se considera técnicamente necesario ofrecer a cada niño un cajón que sea sólo de él, es porque necesita para curarse la total posesión, sin interferencias, de algo que para él llegará a significar lo que fue su primitiva relación con la madre.” (p. 131) El lado femenino del analista de niños va a tener un rol imprescindible para conducir el tratamiento.

5.- El papel del analista. Aberastury piensa que el analista de niños debe tener una serie de conocimientos que no se exigen el analizar adultos. Entre otros, saber confeccionar ropa de muñecos, una cierta “habilidad para hacer lo que el paciente le pide”, como poner un pañal a un muñeco, saber tejer, etc. También, conocer y jugar suficientemente bien un número amplio de juegos y recordar los cuentos clásicos. Por otro lado, sostiene (Aberastury, 1962) que si la angustia de desempeñar un papel tan evidentemente femenino es intensa, “no parece indicado que siga siendo analista de niños, por lo que significa como conflicto no resuelto del analista.” (p. 100) Es decir, lo no resuelto del analista, sería la fijación necesaria e irresoluble a la madre, que en los hombres se presenta como homosexualidad. Esta homosexualidad, es considerada como la parte femenina de todas las personas, que queda adherida como resultado de conservar el objeto originario materno. En este sentido, no hay renuncia pulsional al objeto originario, ni una directriz comandada por la prohibición del vínculo amoroso con él. En el hombre, el deseo de tener un hijo, también, es pensado por identificación a su madre. El análisis del analista le permitiría no reaccionar a dicha feminidad.(8) La consecuencia implícita, es que el deseo de analizar a un niño se aproxima y se confunde con el deseo que habita a una madre en la primitiva relación con su bebé. Como paradigma de esa primitiva relación, Aberastury menciona el deseo de “unión total”. El analista sería alguien que puede aportar los elementos necesarios para la curación –el consultorio está pensado para ese fin porque puede saber y comprender lo que el paciente necesita. Dado este controvertido acercamiento al deseo

de una madre, (más que una *serie* de conocimientos, da la impresión que el analista hace *serie* con la madre) las intervenciones del analista en ese lugar, son de orden “limitadoras” –a veces sujetar físicamente al niño- ante el desborde que el peligro de “hacer lo que se necesita” puede conducir.

A partir de estos últimos desarrollos, podemos volver a situar la apreciación antes mencionada, referida a que la interpretación se dirige a la *unidad* fusionada que el paciente forma con su padre y/o madre del caso excepcional. La singularidad clínica de ese caso, que había abierto la posibilidad de pensar los decires de los padres en la producción de patología del niño, con transferencias y demandas múltiples sobre el mismo analista, a partir de 1958, se estandariza y acomoda en torno a un único concepto –fase genital previa-, y una única práctica terapéutica –el grupo de madres-. La entrada en análisis quedará zanjada como una separación de padres y niños, que aunque unidos en un mismo conflicto, seguirán dos carriles paralelos sin conexión entre sí. El lugar por excelencia del analista, tanto el que atiende al niño, como el que atiende a las madres, es el mismo: puede curar, porque, ubicado en una función maternal, se ofrece al paciente para que éste libere, por proyección, los aspectos frustrantes y amados, de los objetos originarios. Los aspectos amados proyectados sobre el analista, le sirven para curar; la cura es por amor entendido éste, como completud, como fusión. Los aspectos frustrantes proyectados, sirven para que el analista cargue eso sobre sí, permitiendo al paciente reparar sin temor de destruir. Desde esta posición analítica, los decires de los padres y los hijos ya no se cruzan en un mismo espacio terapéutico. En el momento de mayor sistematización de la técnica, re-aparecen las fuentes del análisis infantil planteando, en el analista, la conjunción de la autoridad familiar con la analítica; y específicamente, un analista femenino que puede soportar lo que las madres no comprenden, la separación sin culpa.

## Notas.

1. En adelante, API.
2. En adelante, SBP.
3. Se dio este nombre a una serie de reuniones, llevadas a cabo entre marzo de 1943 y mayo de 1944, en las cuales los analistas kleinianos presentaron el núcleo de sus teorías en la Sociedad Británica de Psicoanálisis, a raíz de la oposición que las mismas encontraron de parte de Anna Freud y sus seguidores. Las exposiciones estuvieron a cargo de Klein, S. Isaacs y P. Heimann. En vistas de que ambos grupos no lograron consensuar sus puntos de vista, se decidió conformar dos grupos de enseñanza dentro de la “Sociedad”: uno kleiniano, el otro annafreudiano.
4. En adelante, APA.
5. Silvia Fendrik (1993), expresa que si bien es difícil que el grupo argentino supiera de las controversias, lo que recibe Arminda como preocupación institucional es la búsqueda de unificar criterios que diferencien e identifiquen a los analistas con el aval de la APA de los restantes.
6. Referencias al respecto en Elisabeth Young-Bruehl (1991), *Anna Freud*. “El principal documento para estudiar el rumbo que siguió su análisis es uno que escribió ella misma: “Las fantasías de flagelación y las ensoñaciones” (...) Lo había escrito 6 meses antes de haber tenido su primer paciente y lo hizo con motivo de querer asistir al Congreso Internacional de Berlín...” p. 94.
7. Freud llamó regla fundamental del análisis, a la enunciación, por parte del analista, de la asociación libre con suspensión de toda crítica, como la única exigencia eficaz dada al paciente, y, de parte del analista, postulaba la escucha con atención flotante.
8. Para una indagación sobre el tema de la paternidad, ver Silvia, Fendrik (1993). *Desventuras del Psicoanálisis*.

## Referencias.

Aberastury, A. (1947). Indicaciones para el tratamiento analítico de niños. Un caso práctico. *Anales de Psicoanálisis*, 4, (3)467- 491.

- (1957). La inclusión de los padres en el cuadro de la situación analítica y el manejo de esta situación a través de la interpretación. *Anales de Psicoanálisis*, 14, (1-2),137-146.
- (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños* (10°ed.).Buenos Aires: Paidós.
- Balán, J. (1991). *Cuéntame tu vida, Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*. Buenos Aires: Planeta.
- Fendrik, S. (1993). *Desventuras del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ariel.
- Freud, A. (1927/1990). *Psicoanálisis de niños*. (7°ed). Buenos Aires: Horme.
- (1912/1988). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1913/1988). *Sobre la iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis* (7°ed.). Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1916-1917/1996). La terapia analítica. En *Conferencias de Introducción a la Teoría psicoanalítica*. Tomo XVI Buenos Aires: Amorrortu.
- (1920/1995). *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, M. (1932) *El Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Horme.
- Morgenstern, S. (1927). El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles. Un caso de mutismo psicógeno. *Anales de Psicoanálisis*, 1, 492-504.
- Young-Bruehl, E. (1991). *Anna Freud*. Buenos Aires: Emecé.