

CAPÍTULO 10

Técnicas de abordaje de los pacientes psicosomáticos

Introducción

La tarea terapéutica básica del psicoanálisis, según la planteara Freud, se apoya sobre dos pilares: 1) hacer consciente lo inconsciente, es decir, acceder a los contenidos reprimidos, y 2) poner en descubierto las resistencias.

La estrategia para lograr estos objetivos reside en el proceso de la transferencia y contratransferencia, y en el par dialéctico asociación libre-atención flotante. En *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, de 1918, Freud plantea que es necesario adecuar la técnica a las nuevas situaciones que presentan los pacientes, y reconoce que los síntomas, así como todas las actividades anímicas, son de naturaleza muy compleja.

El aporte teórico de autores posteriores, como Klein, Winnicott, Lacan, Kohut, Racker, Liberman, Marty, abrió nuevas posibilidades de abordaje.

En los últimos años el radio de acción del psicoanálisis se extendió a la atención de pacientes con patología psicótica, psicosomática, adicciones, accidentofilia, depresiones esenciales, patologías del vacío y del déficit, así como al campo de la interdisciplina.

Esta ampliación de nuestro instrumento terapéutico condujo a la necesidad de pensar en adecuaciones de la técnica.

Se hará especial referencia a los aportes de Winnicott al tratamiento de la patología de frontera, cuando falla la diferenciación dentro-fuera, la patología falso *self* y la patología de acción, con concreción del vínculo con la realidad exterior y desconexión del mundo interno.

Winnicott señaló la relevancia que adquiere el encuadre, con sus funciones de estabilidad, periodicidad, neutralidad del analista, lugar tranquilo

y acogedor, para favorecer la regresión del paciente desde estados integrados a otros no integrados de la personalidad.

En el marco de la terapia se recrean las condiciones necesarias para la reedición de los traumas tempranos. Winnicott propone un encuadre estable pero no inmutable, que define como "adaptación activa" a las necesidades del paciente. Esta idea surge del concepto de espacio virtual entre la madre y el bebé. El encuadre es móvil y se adaptará tanto a los momentos de transferencia neurótica como a los de transferencia psicótica del analizando.

Winnicott destaca la diferencia entre necesidades del ello, pulsionales, inmediatas, a las que debe responderse con la abstinencia; y las necesidades del yo, de estabilidad y confianza, que deben ser satisfechas. El análisis se moverá en la zona intermedia dentro-fuera, lugar de la transicionalidad.

El tratamiento individual del niño psicossomático

Cuando se trata de pacientes que se atienden en el ámbito privado, se prefiere la psicoterapia individual del niño afectado, sea sola o combinada con entrevistas vinculares y/o familiares, salvo que por diversas razones privilegie el enfoque familiar (véase cap. 2, "El papel de la familia en el niño psicossomático").

Como se dijera en capítulos anteriores, se requiere, en primer lugar, partir del diagnóstico adecuado del tipo de funcionamiento psíquico predominante al momento de la consulta, las características defensivas (escisión, represión desmentida, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario) y las formas que adopta la transferencia.

Los niños con el funcionamiento psíquico que llamamos "psicossomático" responden por lo general a la categoría que Kreisler denomina "neurosis de comportamiento", Liberman "sobreadaptados" o McDougall "normópatas"

Sintéticamente, las características clínicas son las siguientes:

- Antecedente de haber sufrido traumas tempranos o a repetición, que excedieron la capacidad elaborativa del niño en la etapa evolutiva que estaba atravesando.
- Alto grado de adaptación a los requerimientos del medio, así como poca conexión con su mundo interno.
- Desmentida y escisión: como defensa ante la angustia, frente a situaciones dolorosas u hostiles, una parte del yo reconoce la realidad y otra parte la niega.
- Supresión del afecto, del que sólo se conserva el polo sensorial (sensacio-

nes de frío en lugar de tristeza, ahogo o calor en lugar de rabia u. oposición). Poco registro y manifestación de los matices afectivos (alexitimia)

- Aceleración de los logros intelectuales y motores, acompañada de una importante dependencia emocional de los padres.
- Predominio de vínculos madre-hijo de tipo sobreprotector, alternante o rechazante.
- Déficit del área transicional que se evidencia por escasez de la fantasía, juego poco desarrollado, adhesión a las actividades escolares.

Como se puede apreciar, se trata de un funcionamiento psíquico predominante guiado por la escisión o, en la teoría de Winnicott, de la disociación psique-soma.

Por lo tanto, la manifestación somática no puede ser interpretada como el síntoma neurótico, el sueño o el delirio. Su sentido debería ser buscado a través de la repetición en la transferencia de los vínculos narcisistas, que surgieron como defensa frente a carencias o traumas tempranos que lesionaron la confianza y la autoestima.

Encuadre, transferencia y técnica

Estos pacientes constituyen un verdadero desafío para el terapeuta; para tratarlos, es necesario partir del concepto de encuadre ampliado, desarrollado por Winnicott y muchos de sus seguidores. Encuentro especial en el que serán representados tanto las fallas maternas como el *holding* adecuado.

El encuadre cumple la función de proteger tanto al paciente como al analista, brindando una zona intermedia entre psique y soma, entre mundo interno y mundo externo, entre el consultorio y el afuera. Comprende no sólo las variables espaciales y temporales sino también una disposición especial de la mente y el cuerpo del analista, en condición "flotante", pres-
tos a entrar en consonancia con la mente y el cuerpo del paciente.

Tratándose del analista de niños, el cuerpo del terapeuta juega un papel preponderante. Cuerpo flexible, que deberá adaptarse a trabajar tanto sobre el escritorio como sobre una mesa pequeña, o sobre la alfombra, a acompañar en ciertos movimientos lúdicos. Pero también a percibir matices, afectivos y equivalentes de la angustia. A la vez, cuidar de no estimular, no invadir, no satisfacer las perentorias necesidades del ello.

Primera etapa

El analista recibe a una persona que habitualmente no asocia. Un niño que no juega. Se expresa mediante el cuerpo, pero sin integrarlo a una cadena simbólica. El proceso de la cura se propone ligar los aspectos disociados en el soma en una correlación de sentidos somático-psíquicos.

En general, en las primeras entrevistas, la transferencia está dominada por la inhibición o la retracción narcisista. Es importante establecer la diferencia entre ambas.

Inhibición

Se trata de una defensa frecuente en cualquier niño, en diferentes momentos y especialmente al comienzo de la relación terapéutica, más allá de su diagnóstico. La presencia de una situación nueva genera temor y a veces angustia. El niño intenta dominar estos sentimientos inhibiendo tanto la acción como el discurso. Es probable que conteste escuetamente a las preguntas y que no se anime a jugar o lo haga tímidamente. Más aún teniendo en cuenta que se siente observado, y sabe que se encuentra en la consulta para resolver sus síntomas.

Siempre se acostumbra tener una o dos entrevistas previas con los padres para recabar los datos de la historia y la enfermedad actual. En ese momento se los orienta acerca de cómo explicar a su hijo los motivos de la consulta y las características de ésta. Se les aconseja que le aclaren que se intentará conocerlo para tratar de ayudarlo; que no se verá forzado a contar o hacer nada que no tenga ganas; si lo desea, podrá jugar o dibujar. También se les pide que le digan al niño el nombre del terapeuta.

El día que se conoce al niño, se lo hace pasar al consultorio con el padre o la madre y se repite la consigna. Luego se pregunta al niño si desea que sus familiares permanezcan con él o si se anima a quedarse solo con el terapeuta, en tanto aquellos lo aguardan en la sala de espera. En consecuencia, de acuerdo con la respuesta, ese día se trabajará sólo con el paciente o con él y sus familiares.

Todas estas medidas se proponen no intervenir disruptivamente en un vínculo madre-hijo, que por lo general es de tipo fusional o simbiótico, y crear las mejores condiciones para que se instale un clima de confianza.

Según nuestra experiencia, la inhibición cede fácilmente cuando el niño se tranquiliza y se siente en un clima empático, generalmente al primer día o al siguiente.

Retracción narcisista

Se trata de una defensa propia del narcisismo, que es más intensa en los casos en que el niño sufre desequilibrios narcisistas motivados en carencias o fallas tempranas.

Se caracteriza por una actitud distante, aparentemente indiferente, a veces acompañada de cierta soberbia que, a diferencia de la inhibición, no se modifica con rapidez. Es común que persista durante días o meses. El niño se aísla y no juega, salvo que le propongamos una interacción lúdica, en cuyo caso responderá correctamente, diría "sobreadaptadamente", pero con indiferencia.

Este tipo de actitud promueve generalmente, en el analista, desaliento, cansancio o dolores físicos. Se trata de una manifestación del sentimiento de desconfianza básica. } 3

Puede ocurrir que el paciente juegue silenciosamente, ignorando al analista. En este caso, significa que no rechaza la situación general de la sesión, sino que aún no confía en el terapeuta. También puede corresponder a lo que Kohut llamó "transferencia gemelar", variante de la "transferencia especular", que se describirá más adelante y que consiste en la reactualización de experiencias en que el *self* necesitaba ser sostenido empáticamente por un "objeto *self*", es decir, no discriminado.¹

El tedio, la desesperanza y los *actings* darán cuenta de las vivencias de profundo desvalimiento que no llegaron a tener una inscripción psíquica propiamente dicha y que se repiten en el campo transferencial-contratransferencial como material informe.

Recordando la carta 52 de Freud, que describe diferentes tipos de inscripciones psíquicas, corresponderían a los "signos perceptivos", primer eslabón en la cadena de registro. En el marco de la teoría de Bion, corresponderían a los elementos beta (véase el capítulo 6, "Lo genético y lo adquirido. La doble herencia").

En esa primera etapa se sugiere que el psicoanalista se acerque con una actitud empática, es decir, con disposición a colocarse en el lugar del paciente. Es necesario prestar atención a los síntomas somáticos, las posturas, las expresiones preverbales. Interesarse por el estado de salud. Tomar contacto con los pediatras y otros especialistas que asisten al niño. Atender a las necesidades del yo (de dependencia, de ser mirado, confirmado). } 3

Las características del encuadre: estabilidad, secuencia, continuidad, empatía, brindarán las condiciones propicias para restaurar los aspectos } 3

1. Véase H. Kohut, *Análisis del self*.

narcisistas fallidos o dañados: la autoestima, la investidura libidinal del self y sus funciones, el cuerpo enfermo.

Segunda etapa

Poco a poco se establecerá una zona intermedia, lugar de la transicionalidad, en la cual se podrán desarrollar los procesos simbólicos. Citaré las palabras de Winnicott: "La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta".² Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que, cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta es orientar a llevar al paciente de un estado en que no puede jugar, a uno en que le es posible hacerlo. Si no sabe jugar, no está capacitado para la tarea. Si el que no sabe jugar es el paciente, hay que hacer algo para que pueda lograrlo, después de lo cual recién empieza la psicoterapia.

Dentro de las diferentes clasificaciones del juego, me parece sumamente práctico tener en cuenta si se trata de un juego inhibido, ritualizado, evacuativo o creativo.

Las tres primeras formas citadas son las más frecuentes en los niños que responden a la categoría de "psicosomáticos". El juego creativo es más propio de los niños con problemáticas neuróticas, así como de algunos pacientes psicosomáticos en etapas más avanzadas de tratamiento.

Recordaremos algunas características que diferencian el juego creativo: se trata de una forma de jugar en un clima de ilusión, placidez e interés, logrando interrelaciones entre mundo interno y mundo externo.

Generalmente el niño puede escenificar bastante bien sus fobias, temores, obsesiones, fantasías de enfermedad y de curación (Aberastury) y aun su posición en el grupo familiar. Puede o no hacer partícipe al terapeuta, pero de cualquier manera no lo excluye, sino que se siente sostenido por él como adulto, remedando la situación que describe Winnicott del niño que juega solo en presencia de su madre.

En el transcurso de la actividad hay modificaciones y evoluciones que determinan que por lo general el comienzo sea diferente de la terminación. Como culminación de este tipo de juego suele haber un producto terminado que produce intensa satisfacción.

Cuando el niño no puede desarrollar la creatividad, es probable que sea necesaria una función reanimadora en las primeras entrevistas: actitud

2. D. Winnicott, *Realidad y juego*.

inductiva, tendiente a mantener el interés de la pareja terapéutica: facilitación del material de juego, que excederá el aconsejado tradicionalmente en el análisis de niños.

Si bien es necesario tener en cuenta las cualidades de la etapa evolutiva que atraviesa el niño, así como sus preferencias personales, se incluye siempre pasta o arcilla para modelar, un grabador, muñecos de plástico tipo "playmobil", soldaditos e indios, materiales de construcción de casas (bloques o ladrillos) y diferentes tipos de materiales plásticos (marcadores, hojas de caucho, tijeras, acuarelas, acrílicos, agua, pinceles). El interés del analista por el niño promueve el interés de éste por actividades simbólicas.

¿Hasta dónde es lícito intervenir activamente sin transgredir las reglas del análisis clásico? Muchas veces nos formulamos esa pregunta, o la escuchamos de otros. Lo importante es que el terapeuta se deje llevar por su propia capacidad de regresión (de consciente a inconsciente, de modos más elaborados a otros más primitivos de expresión), conectándose con sus aspectos infantiles, para hallar un código de comunicación que será único con cada paciente, sin preocuparse por hacer precozmente interpretaciones de la angustia o las defensas, como se aconseja en la técnica kleiniana.

Recursos especiales

A lo largo del tiempo se ha acudido a algunos recursos que dieron excelente resultado, tanto para establecer una comunicación con el niño como para fomentar el desarrollo del área de juego o transicional, que se describen a continuación.

La historia compartida. Se propone al niño o al adolescente inventar una historia con diversos personajes, con la consigna de escribir un párrafo cada uno. Se trata de realizar una suerte de puzzles con palabras, con una filosofía homóloga a la del dibujo del garabato, del que nos ocuparemos más adelante. A veces, si el niño lo desea, también se ilustra o graba.

Fabricación de elementos de juego. Puede tratarse de ropa para muñecas, autos o aviones, casitas, collares.

En una oportunidad, una niña que se mantenía fuertemente aislada confeccionó gran cantidad de ropa y complementos para las "barbies". Luego las vestía y se le ocurrió fotografiarlas, como si se tratara de un desfile de modelos.

A través de esta actividad, pudo investir positivamente su cuerpo (excedido de peso y al que ella sentía feo). Se animó a proyectarse en una figura bella y esbelta. Manifestó un intenso placer estético. Se sintió atendida y

acompañada, reparando aspectos narcisistas dañados. (Tenía padres demasiado absorbidos por sus tareas y su realización personal, que comparaban con ella sólo algunas horas de los fines de semana y le exigían privarse de comer para ser más delgada.)

Uso del modelado. El modelado con diferentes tipos de arcilla o masa ofrece muchas ventajas: demuestra con bastante claridad la proyección de la imagen corporal, pone de manifiesto los impulsos anales y las defensas frente a los mismos. Permite una regresión lúdica al hacer que el niño manipule el material y se ensucie al servicio de una actividad sublimatoria. Un niño de unos diez años que trabaja en un taller de cerámica comentó en una ocasión: "La cerámica me encanta porque es posible hundir en ella las manos y ensuciarse".

Ofrece la posibilidad de construir en tres dimensiones, mostrando el uso y la ocupación del espacio. Se ha observado que los niños con graves perturbaciones en su imagen corporal sólo pueden modelar objetos planos, achatados contra la mesa de trabajo. De esta manera, cuando logran hacer figuras humanas, éstas tienen el aspecto de cadáveres.

El motivo elegido generalmente traduce a las claras la problemática de base.

ALGUNOS EJEMPLOS

- Una niña, cuya mamá era emocionalmente muy inestable, modeló un camaleón con tres colores: verde, rojo y amarillo.
- Estos mismos colores fueron elegidos por otra niña con una mamá de iguales características, para hacer un semáforo.
- Una adolescente hiperobesa no pudo hacer figuras humanas pero modeló una tortuga, dando cuenta de su lentitud y del sentimiento de llevar una suerte de caparazón aislante.
- Una púber, a punto de tener la menarca, modeló un candelero, hueco y totalmente pintado de rojo, que simulaba un útero.
- Las canastas con huevos o las gallinitas empollando son motivos elegidos habitualmente por las niñas cuando están próximas a desarrollarse, lo cual muestra la percepción inconsciente de la producción de óvulos.
- Un niño que debía sufrir la extracción de sus incisivos centrales superiores modeló una dentadura donde se destacaban esas piezas dentarias, en forma de grandes "paletas", y la dejó en el consultorio. La sesión inmediata posterior a la intervención, apenas llegó, pidió que se la mostrara. De esta manera él realizaba el trabajo de duelo por la pérdida de sus dientes e intentaba adecuarse a su nueva apariencia.

USO DEL GRABADOR

Se hicieron innumerables descubrimientos mediante la incorporación de este elemento en el consultorio. La voz es también parte de la imagen corporal, y a la vez constituye un objeto transicional para la psique. Grabar y escuchar la propia voz permite al niño reconocerse, aceptarse, modificarse. Traer y escuchar sus canciones favoritas es una actividad placentera para los adolescentes.

Como ejemplo, puede citarse el caso de un adolescente temprano que había perdido a su padre por muerte violenta. El trauma fue tan tremendo para él que le era imposible hablar de la situación. Sin embargo, dibujaba obsesivamente armas de fuego y se lastimaba con frecuencia, lo que causaba gran preocupación a su familia, por la posibilidad de la compulsión a la repetición. Por supuesto, toda alusión al tema era violentamente rechazada. Sólo pudimos acercarnos a su profundo dolor a través de las canciones de Rodrigo (cuyas letras copiamos y analizamos) y también de la biografía de este cantante que, como sabemos, había perdido a su padre y murió él mismo en un accidente.

UNA VARIANTE DEL DIBUJO DEL GARABATO³

Winnicott fue el creador de la técnica del garabato (el *squiggle*), que utilizó para la comprensión y el tratamiento del paciente Ivo, un niño con una deformación congénita de la mano, así como en la terapia de muchos otros pacientes.

El fundamento de la técnica es desplegar una manera de comunicarse con el niño, en una atmósfera confiable, basándose en los conceptos de transicionalidad, las experiencias de integración y no integración, el juego creativo.

La experiencia se propone reeditar algo de lo que sucede en el vínculo de la madre con el bebé en los primeros meses de vida: el niño aporta un gesto espontáneo, la madre habitualmente sostiene ese gesto y agrega otro, aceptando la ilusión de omnipotencia de su hijo en la vivencia creativa.

El objetivo del juego es la integración de los elementos escindidos del *self* que van surgiendo, en una totalidad. Winnicott comenzaba ofreciendo papel y lápices y realizando él mismo un trazo en forma espontánea. Invitaba al paciente a completarlo y luego entre ambos otorgaban algún significado al conjunto. Luego se repetía el juego de manera invertida, es decir, el niño comenzaba la tarea.

3. Winnicott describió el dibujo del garabato y lo utilizó ampliamente en el transcurso del tratamiento de su paciente Ivo. Véase *Exploraciones psicoanalíticas II*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

En trabajos con niños y adolescentes lo hemos ensayado infinidad de veces con excelentes resultados.

Los niños a veces proponen variantes: por ejemplo, usar diferentes colores, o seguir haciendo trazos alternadamente hasta llenar la hoja o hasta que alguno de los dos diga basta.

Se puede recurrir también a música suave como fondo. El resultado es un clima silencioso en el que predomina la comunicación de inconsciente a inconsciente y surgen expresiones no integradas, así como también procesos de ida y vuelta entre no integración e integración.

Ejemplo clínico

Atendí a una niña que padecía una enfermedad de la vista (el caso fue descrito en el capítulo 6), cuya etiología no era clara. Se planteaban dudas entre el origen congénito o adquirido (e influido emocionalmente) de las lesiones que comprometían el centro de la retina. Cuando le propuse dibujar garabatos, ella fue desarrollando trazos en forma alternada conmigo, hasta llenar toda la hoja. Lo hacía con mucha concentración, y a la vez los dibujos le salían espontáneamente, sin preocuparse a priori por el sentido. Surgió así una secuencia de tres diseños de carácter no figurativo.

Cuando le pedí que asociara libremente sobre ellos, los describió así:

—Éste parece un tejido... tal vez células... Aquí se ve agua... plantas acuáticas, parecen algas. Y en el centro... parece un bebé.

Indago: —¿Un bebé rodeado de agua?

Ella responde: —Sí, un feto.

Nuevamente células... y canales.

A mi vez asocio: —Éste parece un vaso sanguíneo.

Ella añade: —Puede ser... pero lo interesante es que el centro lo dejamos vacío.

Maravilloso ejemplo de conexión entre psiquis y cuerpo que le permitió a esta niña, exquisitamente perceptiva, exponer plásticamente la causa remota, embrionaria, de su enfermedad; y mediante la comunicación transferencial-contratransferencial, me confirmó a mí el diagnóstico que ya presumía a través de los otros aspectos estudiados.

Tercera etapa: las transferencias narcisistas

Cuando se ha creado el clima confiable, el *holding* terapéutico, surgen las transferencias narcisistas como las ha descrito Kohut, en sus modalidades *especular o idealizada*.

Transferencia especular

Kohut llama *transferencia en espejo* a una expresión de la manera en que, en los primeros meses de vida, los otros son experimentados como "agentes de autoconfirmación, de autoaprobación".⁴

En el campo de la transferencia, el paciente espera esta actitud de su analista. Éste, por su parte, debe sostener el *self* debilitado del paciente con su mirada, su actitud comprensiva, su cuidado de las condiciones de comodidad en el consultorio, proveyendo los materiales de juego.

El paciente en transferencia especular acepta al otro en cuanto éste le responde simétricamente; se repliega cuando se siente frustrado.

Kohut describe también una *transferencia gemelar* más primitiva, en la que predomina un deseo de fusión yo-no yo. Se trataría de una transferencia *fusional* observada en pacientes que se encuentran en mayor estado de regresión.

Transferencia idealizadora

Se trata de la transferencia del vínculo con los padres idealizados, a los que se atribuía perfección y grandiosidad. El analista es admirado y se requiere de él que no defraude estas expectativas.

Kohut insiste en que estas transferencias no deben ser interpretadas como resistencias, ya que no pertenecen a las áreas neuróticas de la personalidad sino que son muestras de las fallas en la estructuración del *self*.

En ese momento es necesario que el analista se preste al vínculo idealizado, con poca discriminación sujeto-objeto. Esto permite captar contra-transferencialmente los traumas tempranos, anteriores al lenguaje, de los cuales no hay registros en palabras. Al decir de McDougall, han quedado grabados en el *psique-soma primitivo*.⁵

Las construcciones serán, pues, las intervenciones terapéuticas más adecuadas, siempre teniendo en cuenta el *timing*, y, en el caso de los adolescentes, cuidando el lenguaje y recordando el rechazo que a esa edad les provocan las alusiones a la dependencia infantil.

El analista debe prestarse a la simbiosis, aceptar la idealización y esperar el momento oportuno para introducir frustraciones crecientes, señalamientos que permitan la diferenciación entre paciente y terapeuta, inter-

4. Véanse *Los seminarios de Heinz Kohut*, Buenos Aires, Paidós, 1990, p. 90.

5. Véase J. Mc Dougall, *Alegato por cierta anormalidad*.

venciones que actúan a la manera de un tercero que interrumpe el vínculo diádico, en pos del crecimiento.

Es necesario sostener al niño cuando aparece el temor a la separación y ofrecerse como objeto no retaliativo y capaz de sobrevivir cuando surge la agresión transferencial. Muchas veces es posible acceder a un momento privilegiado, en el que a través del juego o la ficción se pone en escena en el campo la dualidad fusión-pérdida de la identidad *versus* separación-temor al vacío.

Trabajar sobre esa dualidad a ser resuelta, soportando la separación, afirmando la autonomía, llevando el conflicto al área de la mente, dando nombre a las emociones, permite ir introduciendo cambios, incorporando aquellas partes del funcionamiento narcisista que se hallaban disociadas en el cuerpo.

En el transcurso de esta etapa se desarrollará la tarea de construcción e historización de los traumas tempranos, detectables a través de huellas en la transferencia.

Cuarta etapa

En esta última fase se ponen de manifiesto las modificaciones en el funcionamiento psíquico del niño, es decir, disminuyen francamente los síntomas corporales y empiezan a cobrar relieve las formaciones de compromiso (fobias, obsesiones, lapsus y sueños).

Toman relevancia los conflictos neuróticos, derivados de los complejos de Edipo y de castración. Las intervenciones terapéuticas corresponderán a las de la técnica clásica, trabajando sobre los aspectos reprimidos y los conflictos entre instancias.

La evolución hacia la capacidad de fantasear y de reconocer y manifestar los afectos surge como consecuencia de dos situaciones: mayor posibilidad de ligar impulsos y representaciones, y desarrollo de un vínculo de confianza con el terapeuta.

La recuperación de la actividad creativa se trasunta en el tipo de juego, en las asociaciones verbales, en los sueños que el niño comienza a contar en sesión.

Algunos indicadores de cambio psíquico

Durante la evolución del tratamiento es frecuente que disminuya el grado de "sobreadaptación" del niño a su ambiente. En consecuencia, tanto los padres como los maestros suelen comunicar al analista que el niño está más rebelde, o menos ordenado, o más agresivo.

Por ese motivo, es conveniente realizar entrevistas con la familia, explicando el cambio desde la expresión de los sentimientos mediante trastornos físicos, hasta la comunicación a través de la conducta o la palabra. Los conflictos que se hallaban disociados en el área del cuerpo comienzan a expresarse en el área de la mente.

La agresión, que el paciente volcaba sobre sí mismo, empieza a desplegarse mediante el juego y la palabra, tanto en el espacio terapéutico como en el mundo externo. La angustia también sufre modificaciones y por primera vez toma la forma de señal útil que permite poner defensas en juego, en lugar de aparecer como angustia automática o sus equivalentes somáticos.

Otros recursos terapéuticos

El abordaje de los niños y adolescentes con trastornos somáticos será diferente según se trate de pacientes internados en un hospital o sanatorio o de pacientes ambulatorios. También dependerá del grado de compromiso físico y del diagnóstico clínico.

Como regla general, el diálogo con los pediatras y las enfermeras, así como las entrevistas familiares, constituyen la base de toda aproximación terapéutica.

Cuando se trabaja en una institución, donde la afluencia de enfermos es muy grande y el tiempo escaso, existen interesantes recursos para poner en práctica.

TÉCNICAS GRUPALES

- Grupos de autoayuda para pacientes con enfermedades o discapacidades crónicas (por ejemplo, niños diabéticos). Pueden ser coordinados por médicos, asistentes sociales y psicólogos y resultan sumamente eficaces. En forma paralela, pueden organizarse grupos de orientación para sus familias.
- Grupos terapéuticos para pacientes con trastornos que tradicionalmente llamamos "psicosomáticos", por el evidente compromiso emocional que implican (asma, trastornos de la alimentación, enfermedades autoinmunes).
- Psicoterapia familiar o multifamiliar.

OTRAS TÉCNICAS

- Técnicas psicodramáticas. Coordinadas por terapeutas formados en psicodrama psicoanalítico constituyen un recurso interesante por la movi-

- lización del yo corporal que provocan en relación con el espacio y con el intercambio con los otros.
- Sala de juegos para niños internados. Técnicas de relajación. En forma única o combinada con otras, estas técnicas son de gran utilidad para dominar el dolor o la angustia extrema, como puede ocurrir en el caso del trastorno de pánico.