

El significado de los niños en el material analítico de sus padres¹

Peter Blos Jr.

Un padre se sienta en el césped luego de pasar una tarde muy agradable con su familia. Su adorable hijita de tres años se acerca por detrás y apoya la cabeza en su hombro y la frota cariñosamente contra su cuello. Su esposa se acerca, los mira a los dos con una sonrisa y dice, “Un día esta nena va a romper el corazón de alguien”. Hay una pausa. Entonces el padre, con emoción dice, “Sí. ¡El mío!”

En esta comunicación hablaré acerca de los sentimientos evocados en los padres por sus hijos y de la variable capacidad de pacientes en análisis que son también padres, de estar en contacto con sus hijos. Usando ejemplos tomados de tratamientos analíticos espero mostrar de qué modo esta capacidad o su ausencia aparece en el material de pacientes que son padres. En algunos casos se obtiene un *insight* acerca de las defensas parentales, conflictos e inhibiciones afectivas, en otros se revela la libertad emocional, espontaneidad y la capacidad de estar emocionalmente en armonía con un niño. Como parte de esta exploración voy a prestar atención al modo en que los niños son “utilizados” emocionalmente por sus padres.

En los años '40 y en los '50 Melita Sperling, a través de su extenso trabajo con enfermedades psicosomáticas en la infancia, se dio cuenta de la influencia de la psicopatología materna sobre el desarrollo psíquico del niño pequeño. Con el tiempo ella se convenció de que no tenía sentido tratar sólo al niño en ciertos casos de enfermedades psicosomáticas y conducta sexual desviada. Como Sperling

¹ Este trabajo fue presentado en el XXV Congreso de FEPAL realizado en Guadalajara, México, Septiembre de 2004.

misma lo dice, “la resistencia de los padres puede aparecer en el niño en varias formas y frecuentemente no puede ser manejada de un modo directo, es decir, a través del niño” (1974). Esta línea de pensamiento la condujo a llevar adelante la audaz metodología de analizar simultáneamente a la madre y al niño.

A medida que la psiquiatría infantil evolucionó como especialidad, varias estrategias y recomendaciones tuvieron como finalidad deshacer los lazos patológicos entre las madres y sus niños. Estas incluyeron terapias familiares psicoanalíticamente orientadas, tratamiento con internaciones familiares y tratamientos vía la madre. Fue sólo lentamente y mucho más tarde que se empezó a ver a los padres contribuyendo en distintos niveles con este sistema diádico. En general, la literatura analítica ha tratado acerca del psicoanálisis de adultos y es revelador que en este contexto no se haya prestado debida atención a las fallas y discontinuidades en las funciones parentales.

En los años '70 y '80, cuando las intervenciones psicoterapéuticas a favor de los bebés en riesgo estaban siendo desarrolladas, se vio que tratar solamente a las madres resultaba muy lento en relación con el rápido desarrollo y las necesidades cambiantes de sus pequeños hijos. En la Universidad de Michigan, en el Proyecto de Desarrollo Infantil, Selma Fraiberg y sus colegas Edna Adelson y Vivian Shapiro describieron esto tan claramente en su ahora clásico trabajo, “Ghosts in the Nursery” (“Fantasmas en la Nursery”, 1975). Demostraron que en el trauma madre-hijo, olvidado y no resuelto, el dolor y el conflicto pueden ser re-actualizados no intencionalmente en la próxima generación por el bebé que ha devenido la madre, y su propio bebé.

En 1980, Alicia Lieberman y yo, al informar acerca del trabajo realizado también en el Proyecto de Desarrollo Infantil, describimos en considerable detalle cómo la neurosis de una madre, como una marea o la niebla, puede engolfarla a ella misma y a su bebé. Frente mismo a los ojos de la Dra. Lieberman, el malestar y el dolor del bebé se hacían evidentes a través del llanto y las contorsiones. Entonces, cuando la interferencia materna era interpretada, la marea perturbadora retrocedía, dejando a la madre y al bebé en armonía y paz una vez más.

Estos son, brevemente, algunos de los antecedentes de mi propio trabajo de 1984, titulado “Separación-Individuación Intergeneracional: Tratando al Par Madre-Bebé”, en el cual focalicé el costado parental de la relación paterno-filial.

Antes de continuar, desearía reconocer y enfatizar mi deuda con algunos antecedentes y antecesores psicoanalíticos. Debo comenzar, por supuesto, con Freud y su temprano y perdurable descubrimiento del modelo del desarrollo, incluyendo el concepto y contenido de los estadios del desarrollo psicosexual y de los desafíos específicos de cada fase. Deseo subrayar la importancia del trabajo de Freud “Pegan a un Niño” en el que describe los tres pasos del desarrollo de la fantasía de castigo del niño. Freud se centró en los procesos mentales desde la perspectiva del niño, la víctima evidente. En mi trabajo examinaré la fantasía complementaria del padre, el atacante, aquél que pega al niño.

En 1965 Anna Freud, en su libro *Normalidad y Patología en la Infancia*, elaboró el tema de la secuencia del desarrollo y llevó estas ideas a su conclusión lógica. Diez años más tarde, las contribuciones seminales de Mahler se focalizaron en la separación e individuación centradas en el rol temprano del objeto materno.

Hago notar aquí que el campo de estudio de ambas, A. Freud y Mahler, era la conceptualización del desarrollo de las variadas estructuras de la mente del niño. Ellas estaban claramente conscientes de la contribución a la relación parento-filial y del impacto que podrían tener los aspectos instintivos, defensivos maternos e interaccionales de estos procesos. Pero éste no era su foco. El psicoanálisis de adultos, en general, ha continuado examinando el material del paciente desde el punto de vista del desarrollo.

Una línea de indagación diferente, aunque relacionada, tuvo su comienzo en los '60, ya que fue en ese tiempo cuando comenzó a reconocerse la realidad y la extensión del abuso y el abandono infantil. Brandt Steele fue uno de los pioneros en este trabajo y por muchos años nos impactó su capacidad para escuchar a los abusadores tanto como a los abusados. Leonard Shengold es otro analista que ha escrito con belleza y claridad acerca del abandono y abuso de los niños; le estamos agradecidos por haber esclarecido cómo esto se evidencia en el análisis de adultos y sorprendentemente es relatado una y otra vez en la literatura, en el teatro y en los cuentos. Otros han contribuido a la ya voluminosa literatura sobre este tema difícil e inquietante. Mi esposa Joan y yo hemos presentado, pero aún no publicado, “Secreto de Familia; Mito Nacional: La Historia Olvidada de los Niños del Mayflower”, en la que relatamos cómo fue arreglado que cuatro niños ilegítimos nacidos en familias aristocráticas inglesas viajaran en ese barco idealizado en la actualidad. Estos

niños, en edades entre 2 y 8 años, fueron ubicados con las familias de los tres líderes Pilgrims y viajaron con ellos al “Nuevo Mundo”. Un testimonio de 1622 del padre de los niños, sumado al hecho que tres de los cuatro niños fallecieron en el primer invierno, sugirió claros indicios de los deseos –si no intentos– infanticidas por parte de la familia paterna.

Como todos los clínicos que tratan niños y adolescentes, el analista infantil debe, en el curso de su trabajo psicoanalítico, encontrar un modo de trabajar también con los padres del paciente. Para todos aquellos que trabajan con niños, pero quizás particularmente para el analista de niños, la estructura y el foco del trabajo con los padres se basa en hechos acaecidos en la vida familiar y en el entorno. Además, hay un componente educativo con un énfasis en los aspectos cognitivo-afectivos del desarrollo infantil. En ambos aspectos esto es notablemente diferente del trabajo analítico con adultos.

Berta Bornstein comenta acerca de este tema en su valioso pero desatendido trabajo del año 1948 titulado “Las Barreras Emocionales en la Comprensión y Tratamiento de Niños Pequeños”. Los padres no son pacientes reconocidos, pero sin embargo el campo transferencial-contratransferencial se desarrolla inevitablemente. Finalmente, el material que aparece en la conciencia en el trabajo con los padres puede no corresponder realmente al trabajo actual con el niño, sin embargo el éxito (o el fracaso) del analista para tratar los desafíos que se presentan puede ser determinante del éxito (o fracaso) del tratamiento del niño.

Sugiero que la amplia experiencia del analista de niños con, y dentro del complejo sistema interpersonal e intergeneracional, establece una sensibilidad que predispone a los múltiples significados dinámicos que los descendientes pueden tener para los padres. Además, las peculiaridades de esta sub-especialidad ofrecen oportunidades únicas en las que observar los modos en que un padre puede ser defensivamente sordo, no estar disponible emocionalmente, y persistente o intermitentemente fallar en comprender las necesidades de su hijo.

Cuando, como analista de niños, uno también trabaja analíticamente con pacientes adultos que son a su vez padres, se puede observar no sólo los impulsos destructivos y hostiles sino también las defensas, reacciones superyoicas y las resistencias para reconocerlas. Se llegan a conocer los inevitables impulsos parentales a

herir, dañar, abandonar, devorar, seducir o ser sádico con los niños. En un despliegue desdichado frente a nosotros están los múltiples y sutiles modos en el que una persona física y mentalmente más fuerte está neuróticamente inclinada a tomar ventaja de alguien más débil. Paradójicamente, las defensas contra estos impulsos y las resultantes formaciones de compromiso son frecuentemente tan fuertes que ellas también interfieren con los deseos concientes de crianza de los padres. Por ejemplo, como lo plantean los Furman en su trabajo sobre el fenómeno que denominan “decatexia intermitente”, cuando una decatectización defensiva funciona de modo intermitente, puede tener un efecto aún más desorganizador sobre el niño que cuando el déficit defensivo parental es constante.

Los conceptos de desarrollo, resistencia, regresión y transferencia son centrales al psicoanálisis como teoría y como terapéutica. El marco del desarrollo es conceptualizado como progresivo; dentro del mismo la diferenciación, consolidación, dominio y desafío específicos de las fases son considerados esenciales. Deseo enfatizar que, a pesar de que el desarrollo es por definición un concepto progresivo, en la situación del tratamiento analítico lo encontramos de modo reflexivo y revertido. Es a medida que nosotros rastreamos en la transferencia las relaciones de nuestros pacientes con los objetos internalizados del pasado, que podemos conocer los conflictos pre-edípicos, edípicos, de la latencia y de la adolescencia.

A los propósitos de nuestra discusión será útil identificar dicho trabajo analítico como algo que tiene una perspectiva histórica. La aproximación psicoanalítica busca en el pasado del individuo la génesis de los síntomas psicológicos actuales, las formaciones de compromiso, las estructuras patológicas y los objetos internalizados así como las apropiadas adaptaciones moduladas, las defensas y las evidencias de estructuración psíquica. Por más efectiva y eficaz que sea esta aproximación genética, debido a que su perspectiva es la del niño reconstruido o histórico, no nos dice o muestra mucho acerca de la otra cara del desarrollo del conflicto intergeneracional y de los padres reales, si bien también históricos.

Es bien sabido que las imágenes mentales y los deseos acerca de cada niño existen tanto consciente como inconscientemente para cada padre. Estas imágenes y deseos comienzan antes de la concepción y no terminan nunca. Cada chico evoca en cada padre las esperanzas y aspiraciones más profundas, los sueños más narcisistas

y la hostilidad más destructiva. Es cierto que una de las fuentes de estas fuertes emociones y fantasías radica en el pasado de los padres. Sin embargo, otra fuente igualmente vital es el status actual de los padres como adultos, con poderes físicos y mentales adultos y la atemorizadora conciencia de los límites finitos de esos poderes. Es como un complemento a la perspectiva histórica de la aproximación genética que deseo explorar el campo de actividad analítica caracterizada por tener en cuenta la “perspectiva actual”.

I- MATERIAL CLINICO

Un ejemplo de una sesión puede ayudarnos en este momento.

Un niño latente tiene repentinamente una fiebre muy alta. El padre, un médico que es paciente mío, quiere darle al niño una aspirina; el niño dice que va a vomitar. El padre le habla severamente y enfatiza su comentario con una palmada apenas inhibida. El mensaje es que es importante no vomitar y también que él cree que el niño puede controlar su conducta si lo desea. Se le da la aspirina; como era de esperar, el niño vomita y se le da una forma alternativa de medicina que, me alegra decirlo, da resultados satisfactorios.

A medida que trabajamos sobre este material, es interesante que el padre quiere explorar nuevamente la vergüenza ante el exabrupto de su enojo y sus raíces en el pasado histórico. Evita denodadamente la exploración de sus sentimiento de ansiedad y desamparo, así como la furia reactiva narcisista hacia su hijo, cuya conducta trajo el doble mensaje de posible peligro y de la temida impotencia del padre. El padre no desea saber hasta qué punto está fuera de contacto con la intensa ansiedad del niño por su fiebre y la necesidad que éste tiene de su presencia empática y tolerante. Para el padre, el componente de ansiedad manifiesta del niño se mezcla con su propia propensión a la ansiedad. Sus propias defensas lo sobre- pasan y lo derrotan.

En esta viñeta vemos claramente el conflicto entre la necesidad terapéutica de explorar la experiencia actual y el deseo defensivo de explorar el pasado, de menor intensidad afectiva. En numerosas oportunidades el padre se ha referido a la idea de que “los hijos pueden morir”. En lugar de enfrentar el afecto inmediato y los

aspectos relacionados con la herida narcisista que le provocaba la situación, mi paciente elige explorar el pasado. Sólo momentáneamente puede re-experienciar su propio intolerable desamparo; característicamente esta situación es seguida de sentimientos de rabia, la misma rabia con la que respondió al aparente rechazo a la protección del tratamiento que le propuso a su hijo.

En la ansiedad del momento, el padre sólo puede experimentar los aspectos de injuria narcisista de la situación. Sus poderes adultos son sentidos como severamente cercenados y trata de aumentarlos con sus amenazas. Desafortunadamente, al hacerlo, se coloca en una situación en la que no puede experimentar los temores de su hijo y, por lo tanto, no puede ayudar al niño.

Como analistas debemos estar alertas a escuchar las defensas de nuestros pacientes contra tales impulsos y notar las resistencias a descubrirlas. No deberíamos limitar la investigación hacia el abuso y abandono patológicos actuados, sino también notar la importancia de descubrir actos amenazadores inconscientes o la fantasía de llevarlos a cabo con la culpa consecuente. Es también importante examinar la capacidad del paciente para tolerar los dolorosos límites de la capacidad parental y de experimentar un altruismo exitoso, empatía y cuidado apropiado.

La situación analítica es, por supuesto, designada para nutrir la especial regresión que ilumina la resistencia del paciente a la evolución de la transferencia y a la revelación de recuerdos olvidados, así como de fantasías, deseos y afectos. Por su misma naturaleza, la transferencia está atravesada por lo histórico. En este contexto el examen de la transferencia-contratransferencia indaga la historia de su singular desarrollo, sus operaciones afectivas y sus distorsiones inconscientes. Claramente, aun en su mejor nivel, la aproximación genética no permite una recreación punto por punto del paciente como el niño que fue hace tiempo ni del padre real del pasado reencarnado. Sin embargo, nos permite comprender la génesis del síntoma, la defensa y la resistencia y provee un medio por el cual la experiencia formativa, tanto real como fantaseada, puede ser investigada. Los resultados de esta ardua labor analítica son frecuentemente profundos e impactantes. Pero, debido a su misma naturaleza y estructura, un aspecto importante de la vida no se presta a la investigación dentro de este paradigma tradicional.

En la medida en que el analista cumple el papel de adulto para el paciente-como-niño, no hay un espacio para el 'enactment' del

paciente-como-padre. Pese a todos sus beneficios, que son legiones, la esquematización terapéutica clásica se presta a ser usada como resistencia. Cuando esto sucede, y pienso que esto sucede con más frecuencia de la que se supone, se bloquea el examen de la otra cara de la relación parento-filial. Cuando tratamos pacientes adultos tendemos a no reconocer la llegada y ‘enactment’ de la parentalidad como una nueva fase del desarrollo, y corremos el riesgo de olvidar el aspecto parental de los conflictos parento-filiales. Olvidamos mirar al Rey Layo y a la Reina Yocasta, los padres de Edipo a quien conocemos tan bien.

La situación es bastante diferente en el tratamiento con niños. Frecuentemente como analistas somos relegados al papel del niño por nuestros jóvenes pacientes quienes entonces juegan el papel del adulto. Somos instruidos de modo muy claro a ser *feos y tontos, a portarnos mal todo el tiempo, a mostrarnos incapaces de aprender o de beneficiarnos de los castigos* repartidos por los adultos en nuestro mundo lúdico. Es verdad que, en algunas ocasiones el papel del adulto es amable, comprensivo, solícito y totalmente omnisciente y omnipotente. Más frecuentemente la conducta de los adultos en estos dramas dirigidos por los niños es cruel, burlona y humillante. Aparecen como individuos sin remordimientos, totalmente sordos a la infelicidad, miseria y soledad del niño. Como analistas de niños entendemos estas dramatizaciones como el modo que tiene el paciente de contarnos acerca de los sufrimientos que experimenta en primer grado, así como de la fantasía infantil acerca de lo que es ser adulto.

Sucede que varios de los padres de mis pacientes niños estaban o habían estado en análisis ellos mismos. Hace algunos años comencé a preguntarme acerca de los datos que eran presentados a mis colegas, es decir, a sus analistas. ¿Es que incluían las auto-observaciones de los padres que se sentían amenazados por sus hijos pequeños y que entonces usaban su rango, poder y posición parental, en una auto-defensa inconsciente? ¿O es que sólo informaban a los analistas acerca de sí mismos como niños, atrapados en las aflicciones y luchas de la infancia? Comencé a preguntarme cómo podría yo, como analista de un adulto que es a su vez padre, traer al escrutinio analítico que el paciente no está escuchando los sufrimientos de su hijo? ¿Y qué de otras emociones poco gratas como la furia narcisista hacia un hijo cuyo ser y naturaleza establecen que el padre no es omnipotente o inmortal? Seguramen-

te las injurias narcisistas de esta naturaleza no sólo atraerán memorias pasadas sino que también activarán luchas potencialmente peligrosas con el hijo o hijos del paciente. En la transferencia, el analista es atacado. Examinar estas cuestiones en mis pacientes adultos que a su vez son padres me demostró que había abierto una verdadera caja de Pandora, y el problema que encontré ahí fue un verdadero desafío.

Quisiera ahora proveer algunos ejemplos de mi trabajo analítico con pacientes adultos y describirles los *insights* que he descubierto.

El Dr. Anders, padre de dos niños pequeños, un varón y una nena, está hace ya unos años en su segundo análisis. La sesión del viernes anterior había sido inusual; el Dr. Anders había sentido de un modo fugaz que en su infancia, tanto su colérica madre como su distante y silencioso padre, lo habían amado realmente. Este había sido un sentimiento nuevo y cálido. El Dr. Anders trajo a la sesión del lunes un relato de un fin de semana difícil y reñido con su joven familia. El sábado el clima había estado caluroso y húmedo y habían tenido problemas con el aire acondicionado, una catástrofe impensada a los ojos del Dr. Anders. El técnico había venido y arreglado el problema, pero sugirió que algún arreglo previo había sido defectuoso.

El Dr. Anders pasó entonces a describir los problemas con su hija de 5 años que se había puesto provocadora, irritable y llorosa. Luego de haberla tratado de distraer sin éxito, él le dijo que dejara de comportarse de ese modo o que se fuera a su cuarto. Ella respondió desafiante, como suele hacerlo en estas confrontaciones. Seguidamente hubo una batalla y la pequeña fue llevada a rastras a su habitación. Al día siguiente el clima mejoró, la batalla se había desvanecido y padre e hijos disfrutaron de jugar juntos.

Las asociaciones lo llevaron a recordar su primer amor infantil y los días encantadores pasados en diversión y risas con una nena mientras había preocupación y enfermedades en su propia familia. Como llegamos a saber, en su desarrollo, los eventos trágicos y los problemas familiares serios eran manejados en silencio y secreto. Observé que había una similitud entre el modo en que su familia de origen había manejado las dificultades y los sucesos del fin de semana. En ambas señalé, que la preocupación y la desesperación habían sido ocultadas a los niños. En su juventud, una noviecita había servido para distraerlo de las tensiones ocultas y las preocupaciones de su familia. El sábado su hija, con su provocación, lo había distraído exitosamente de sus preocupaciones catastróficas. Me

parecía posible que sus preocupaciones silenciadas y su tensión hubieran sido recogidas por su hija y expresadas motrizmente. Ella le había provisto de un objeto seguro y disponible en quien ventilar su rabia por la incompetencia del técnico anterior y su desesperación frente a las incertidumbres de la vida.

El Dr. Anders comentó que la novia del pasado y su hijita tenían el mismo nombre. Relató una historia que confirmaba el amor y la preocupación que su hijita sentía por él. La noche posterior a su confrontación del sábado, su hijita estaba mirando televisión. Con gran entusiasmo había corrido hacia su madre para contarle de un aviso en el que se anunciaba cómo arreglar todo en la casa. Instó a la madre a que lo comprara para que el papito no tuviera que gastar tanto dinero para hacer arreglar las cosas. No se mencionó, me dije a mí mismo, que este conocimiento no sólo iba a ahorrar dinero sino que también podría evitar la misteriosa desesperación, aislamiento y furia de papá en la que ella había quedado apresada.

No les sorprenderá si les digo que el trabajo con este material probó ser muy satisfactorio. Reveló al Dr. Anders el amor, devoción y atención de su hijita para con él, sentimientos que él había tenido dificultad en reconocer y apreciar. También gráficamente reveló el modo altivo y egosintónico en el que él se defendía de la experiencia de sentirse querido; como una relación sadomasoquista había reemplazado al amor objetal. Más importante aún, su poderosa e inmediata corriente emocional presente nos llevó al extremadamente temido túnel de amar, sentirse amado y sentirse vulnerable al abandono. Los subsecuentes relatos de los niños del Dr. Anders y de su conducta continuaron siendo un modo seguro de comunicar sus desvitalizados y vagos recuerdos de separaciones tempranas repetidas y prolongadas. También nos enteramos de su susceptibilidad a la furia y a la desesperación cada vez que su Yo Ideal de omnipotencia y omnisciencia adulta eran sacudidos por la realidad.

Para sus hijos, el Dr. Anders es un padre poderoso. En la transferencia, es un niño vulnerable en busca de un analista omnisciente que va a desintoxicarlo de las emociones dolorosas, temibles y potencialmente peligrosas por lo arrasadora que puede ser para él la evocación de situaciones pasadas. Cuando, al examinar los episodios que fue relatando, el Dr. Anders pudo finalmente escuchar el amor y confianza que su hija depositaba en él, pudo tener una relación más cercana con ella. Al mismo tiempo, sin embargo, tuvo que ponerse en contacto con sus propias sensaciones dolorosas de

soledad y furia de su infancia. El contraste lo puso en contacto afectivo con el niño del pasado remoto, que tan desesperadamente se aferraba a la idea de que los adultos lo controlaban todo, pero entonces tenía que preguntarse porqué no podían prevenir o evitar todo dolor. En el presente, debía tolerar la discrepancia entre la creencia de su hija en su omnipotencia y el reconocimiento de su limitado poder adulto.

Como producto colateral de este trabajo, resultó una relación más disfrutable entre el padre y la hija. El Dr. Anders, a través de una toma de conciencia gradual de sus defensas de aislamiento y retiro a la fantasía, pudo darse cuenta de cómo la decatectización de su hija había generado la provocativa actuación de una lucha sado-masoquista. La natural empatía de mi paciente comenzó a aparecer en un modo de acercamiento creativo y afectuoso hacia su hija, en una mayor tolerancia a la frustración cuando ella lo ponía a prueba y en una evitación de su invitación a una pelea sadomasoquista.

Debo hacer notar que cuando yo le hablaba a mi paciente de su hija, no estaba haciendo una interpretación de la niña real ni hubiera deseado hacerlo. Mi objetivo era interpretar la furia del Dr. Anders hacia la niña que quería que él fuera todopoderoso, cuando, por supuesto, él estaba lidiando con los múltiples significados de sus relaciones de objeto y con su propia desesperación.

Soy conciente de que no he mencionado a la esposa del Dr. Anders (aparte del relato del aviso comercial de la televisión) o a su hijo en esta viñeta. Ellos estaban presentes también durante las dificultades del fin de semana y jugaron sus propios roles en lo que ocurría. Pero el material analítico de este período estaba focalizado en su hija. Sin duda que tanto la esposa como el hijo fueron objetos significativos en la vida mental del Dr. Anders y en su análisis.

Mi segundo ejemplo es de otra situación analítica, esta vez con una madre.

La Sra. Carr es una mujer profesional que se las ha arreglado para trabajar, tener un matrimonio, educar a sus hijos y llevar adelante su casa con habilidad y determinación. En la sesión siguiente a una cancelación debida a una fiebre alta de su hija menor, la Sra. Carr comentó que su hija parecía necesitar realmente tenerla cerca. Hacía mucho tiempo que esto no sucedía. Habló de extrañar a su padre recientemente fallecido pero dijo que estaba cansada de esta brusca disminución de sus buenos sentimientos. Recordó cómo era cuando sus hijos eran más pequeños y se enfermaban, cómo había sido

preocupante y disruptivo en relación con su trabajo. Recordó cómo la enojaba con su marido que él nunca hubiera cancelado *su* día de trabajo para quedarse con los niños. Asoció con algunas mujeres de una organización a la que ella pertenece, a las que había mencionado días atrás. Remarcó lo rudas, secas y egoístas que habían sido.

Le dije a la Sra Carr que haber estado en su casa con Emma y haberse preocupado por ella la había llevado a pensar en distintos individuos que la habían enojado por estar centrados en sí mismos. Pensaba que ella nos estaba contando lo enojada que había estado con Emma por haber interferido en su día de trabajo y, al mismo tiempo lo culpable que se sentía por centrarse en sí misma. La Sra. Carr estuvo de acuerdo, pero había un tono ligeramente enojado en su voz. Recordó que cuando sus niños eran chicos hubo momentos en que hubiera querido tirar a alguno por la ventana. Le dije que estábamos escuchando lo indecible: el deseo de matar a la hija que interfería con sus deseos. La Sra. Carr se irritó mucho conmigo, diciendo que eso no era nada nuevo. Después de todo ella misma lo había mencionado con frecuencia antes en su análisis, su claro recuerdo, confirmado luego por su madre, de haber tirado a su hermanito de la mesa y lo culpable que se sintió. Pensé que esto era cierto. Pero asociar el afecto actual hacia un hecho del pasado era un intento de deflexionar la furia de mi paciente hacia mí por haber mencionado un deseo tan vergonzoso e impensable. La Sra. Carr estaba preocupada de actuar impulsivamente sus sentimientos hostiles hacia mí y sencillamente levantarse e irse de la sesión. En una mirada retrospectiva pensé que era un equivalente a “tirarme por la ventana”. El castigo superyoico se revelaba en el temor de que, si ella abandonaba la sesión de este modo asesino, estaría demasiado avergonzada para regresar, privándose a sí misma de completar su análisis exitosamente.

En este caso, al interpretar los impulsos infanticidas –tirar a Emma por la ventana por provocarle ansiedad, desorganizar su programa y recordarle los límites de su poder parental– pudimos ponernos en contacto con sentimientos “locos” y atemorizadores. Aunque estaban presentes en la transferencia, estos impulsos no habían sido experimentados nunca con tal intensidad. La sensible conciencia de la paciente y su excelente capacidad de cuidado por los demás era ahora vista claramente como teniendo un componente de formación reactiva contra impulsos homicidas dirigidos a los que amaba. Era más de lo que ella podía tolerar reconocer. Experimentar

la imperiosa furia narcisista escondida hacia aquellos a los que tenía el poder de herir y destruir ahora, lo hacía mucho más efectivo que recordar un hecho de muchos años atrás de empujar a su hermanito de la mesa.

Anteriormente mencioné que cada hijo tiene un significado especial para cada uno de los padres y que juegan un papel en la “elección” de objeto para ‘enactments’ particulares. Para la Sra. Carr, la elección inconsciente de Emma como el objeto de deseos asesinos estaba sobredeterminada por dos hechos históricos. Emma había nacido con un defecto leve pero visible. Además, en la época de la deambulación había tenido una enfermedad que puso en riesgo su vida, con fiebre muy alta. Gracias a las alertas y astutas percepciones de la Sra. Carr, se había salvado la vida de la niña. Estas circunstancias habían ligado de modo selectivo y poderoso a Emma con su madre, un vínculo que unió de modo permanente los elementos opuestos de daño y rescate.

La tercer viñeta está tomada del análisis de un padre. El Dr. Taylor es un hombre de unos 45 años que ha estado en un prolongado análisis conmigo. Tiene dos hijos, un varón de 8 y una niña de 5. Se ha estado cuestionando muy seriamente si su hijo varón tiene una tendencia homosexual. Todo indica que esto es una fantasía. En la sesión inmediatamente anterior a la que voy a describir habíamos explorado hasta un punto la transferencia homosexual en la que él era un niño atraído por el homoeróticamente atractivo padre-analista.

En la sesión del lunes el Dr. Taylor relató lo que había ocurrido el fin de semana. El domingo, el Dr. Taylor y su familia habían asistido a la primera comunión del hijo de unos amigos. Algunas semanas antes, el Dr. Taylor le había comprado a su hijo Jim un traje para la ocasión. En realidad había comprado dos trajes: uno para ahora y otro para el año siguiente debido a los buenos precios de una liquidación. El Dr. Taylor estaba orgulloso porque había ahorrado, por su previsión y su generosidad. Su esposa había llevado los trajes a una costurera para los arreglos. Pero la costurera pensaba que el que había sido comprado para ser usado ahora era ya demasiado estrecho y había que devolverlo; sólo había que arreglar el de mayor tamaño y así se hizo.

Cuando llegado el día el hijo del Dr. Taylor se puso el traje antes de salir a la Iglesia con el padre, éste horrorizado porque lo veía tan mal le gritó: “¡Te ves espantoso! ¡Te ves ridículo!”. Jim, por supuesto, tomó esto literalmente como algo personal y se sintió muy

herido. Al relatar esta historia el Dr. Taylor no dio importancia a la reacción de vergüenza y humillación de Jim. Cuando llamé la atención hacia la reacción del niño y le pedí aclaraciones, el padre tuvo dificultades para responder. El sentía que era una digresión innecesaria y que más centrales eran su propia sensación de desamparo y mortificación por haber atacado una vez más a la persona que amaba.

En el curso de la sesión el Dr. Taylor transitó el camino ya conocido del autocastigo, explorando los arranques del fin de semana así como otros arranque agresivos sin avanzar demasiado. Le interpreté que había atacado a Jim porque había sentido que su hijo, su esposa y la costurera habían conspirado para humillarlo. Y él “sabía” esto por su propia experiencia porque aún recordaba claramente cómo, cuando niño, había conspirado repetidamente con su madre y con su abuela para humillar al padre. Ahora él era el padre provocado y humillado. No era irrelevante para el caso que las dos mujeres eran vistas como habiéndole fallado tanto a él (el padre) como al hijo, por el modo en que había arreglado el saco, y que eran vistas como traidoras.

Mi interpretación fue corroborada muy pronto. El paciente continuó recordando cuántas veces durante el mismo fin de semana él había tenido la clara sensación de que en ciertos actos pequeños, quizás en la voz, gestos y modales, se estaba portando como el padre. Pese a que no podía ser más específico, notó que su esposa había comentado sobre algunos modales que le recordaban al padre de él. En la sesión misma el paciente se dio cuenta de ciertos movimientos de su cabeza y de las manos que eran característicos de su padre.

En este ejemplo vemos cómo un paciente continúa una identificación con el agresor, su padre, y ataca a su hijo como era atacado verbalmente en su juventud por el padre. En la transferencia el analista ha sido siempre experimentado como el padre atacante, crítico y denigrador. Estos y otros aspectos de la transferencia paterna habían sido interpretados numerosas veces con éxito parcial. Significativamente, fue sólo cuando exploramos los ataques verbales impetuosos contra Jim que nos dimos cuenta que un padre, el Dr. Taylor, se sintió intolerablemente débil e indefenso cuando las mujeres le fallaron. Temeroso de dirigirse a su hijo para su consuelo, hizo de él un chivo expiatorio.

El foco en el ‘enactment’ actual, que es donde residía la resisten-

cia, permitió al Dr. Taylor darse cuenta de su añoranza homosexual por el consuelo del amor de un niño que lo admirara cuando las mujeres fálicas le fallaban. El Dr. Taylor también se dio cuenta, de un modo afectivamente más significativo, de cómo un padre podía maltratar a su hijo como expresión defensiva de sus temidos deseos narcisistas homosexuales. Inconscientemente él los actuaba de un modo sado-masoquista. Es importante notar que en la encerrona de la angustia narcisista, el Dr. Taylor había sido incapaz de experimentar a Jim como un individuo que también tiene sentimientos. Como el Dr. Taylor lo comprendió, *vis-a-vis* su hijo Jim, también pudo empezar a entender algo de su propio padre. Gradualmente esto le permitió trabajar sobre la identificación defensiva con su padre y ser más empático con su propio hijo. Esto ha sido muy gratificante.

Mi última ilustración proviene de una situación en la que las funciones parentales estaban más críticamente comprometidas y mi preocupación por los hijos eran mucho mayores. Los problemas narcisistas de esta madre eran muy severos.

La profesora Gorman, mi paciente, era madre de tres niños; un niño de 2, una niña de 5 y un varón de 10 años. Era una mujer muy ansiosa que había alcanzado metas muy altas en su campo científico. Desde el comienzo de su análisis había hablado de sus hijos, de su mala conducta, de cómo la provocaban y se peleaban entre ellos, no la escuchaban, y de lo desilusionada que se sentía. Se encontraba gritándoles todo el tiempo sin ningún resultado y castigándolos, lo que le provocaba a ella mucha frustración. Sus acciones, sentía, estaban tan alejadas de sus intenciones maternas y sin embargo ella no podía refrenarse en sus ataques críticos.

A medida que la escuchaba, me parecía que las funciones parentales de mi paciente estaban muy perturbadas y eran perjudiciales para sus hijos. Cuando se hizo evidente que la ayuda significativa para el área de la maternidad no era lo suficientemente rápida en nuestro trabajo analítico, le sugerí la posibilidad de hacer consultas y obtener ayuda como padres. Para mi sorpresa, la profesora Gorman estaba incrédula y se sintió atacada por la sugerencia. Era lo suficientemente humillante tener que consultar a alguien y, por otra parte, ella me había consultado a mí como analista porque era analista de niños y para que así pudiera guiarla. Pasaron muchos meses hasta que la consulta pudiera ser aceptada y llevada a cabo.

A medida que fuimos trabajando, las referencias a los niños eran cada vez más frecuentes y cargadas de quejas. Hablaba de lo culpable que se sentía, porque pensaba que los había dañado para siempre. Hablaba de lo inteligentes que eran, pero que sus logros no correspondían a sus habilidades y de lo fútil que parecía tratar de entenderlos. Ellos parecían empeñados en contrariarla. Sumado a esto, el marido era atacado debido a que, según ella sentía, era un pobre modelo para sus hijos varones, abandonaba a la niña y no ayudaba ni entendía las necesidades de su esposa.

En este caso, la buena conducta y logros de los hijos servían a la madre como evidencia de su éxito como figura materna y como evidencia de que ella era mejor madre de lo que había sido su propia madre con ella. Con el tiempo se hizo claro que los niños eran extensiones narcisistas de sí misma. Hablarme de cada uno de ellos era el único modo con el que contaba para comunicarme sus propios estados afectivos.

En algunas ocasiones mi paciente relataba noches en las que se despertaba y recordaba cómo había malinterpretado durante el día el estado emocional de alguno de sus hijos. En la noche, ella podía con atraso darse cuenta de cómo había respondido. Tomó tiempo para que mi paciente se diera cuenta de que las emociones que no podía escuchar en sus hijos eran justamente aquellas que la ponían más ansiosa. Sentirse sola, desamparada e inadecuada, por ejemplo, era demasiado doloroso para ella porque en su propia infancia sus padres no habían podido ayudarla con estas experiencias. Ahora la profesora Gorman no podía apreciar estas emociones en sus hijos y defensivamente los decatectizaba cuando estaban en un momento de necesidad. Esta confusa ubicación de las emociones ocurría repetidamente en la transferencia también. Pero fue sólo trabajando los desplazamientos fuera del consultorio que ella pudo comenzar a tolerar la percepción de las atemorizadoras emociones dentro del consultorio.

Luego de un tiempo pudo aceptar la guía parental que le había propuesto. El analista de niños al que la derivé fue de una ayuda notable al proveer un apoyo real para encontrar nuevos modos de entender la conducta de los niños. Esto también afectó los ataques superyoicos de la profesora Gorman sobre sí misma.

DISCUSION

En estos ejemplos clínicos he subrayado las fallas en las funciones parentales tal como son vistas en el trabajo analítico con niños. El tamiz de los habituales desplazamientos, proyecciones y externalizaciones con una nueva perspectiva me ha permitido escuchar ese “algo” único que refleja el rol singular de un niño en la vida de sus padres. Se me ha hecho cada vez más claro que a toda edad y estadio el niño estimula y desafía el Yo Ideal parental de paternidad. Al hacerlo, el niño deviene el objeto sobre el cual los padres proyectan sus críticas acerca de sus propios padres. Esto es, los conflictos específicos de la fase y edad del niño, sus oportunidades y problemas, confrontan los intentos frenéticos de los padres para evitar las fallas de sus propios padres. El padre se siente entonces herido narcisísticamente y ataca al niño que es a la vez el mensajero y el representante de los progenitores de los padres. Demás está decir que el temperamento del niño, el sexo, orden de nacimiento y aún la apariencia física entran en estas interacciones dinámicas.

He observado que cuando las fantasías de los padres revelan impulsos infanticidas y pedofílicos actuales, la intensidad del repudio, shock y peligro estimulados tanto en el paciente como en el analista son mayores y por lo tanto menos tolerables que cuando los deseos asesinos y las fantasías sexuales, ya sean hétero u homosexuales son experimentadas en las transferencias. Sospecho que la mayoría de nosotros encuentra difícil escuchar fantasías o acciones abusivas contra los niños. Comentarios de colegas y supervisiones confirman que muchos de nosotros tendemos a defender rápidamente al niño y a atacar al agresor. Va contra nuestra moral tratar de usar nuestra identificación empática para comprender al agresor o al abusador. El trabajo de Steele y los artículos de Shengold acerca de los relatos subrayan lo difícil que es. Lo que se requiere en un análisis es, por supuesto, interpretar la resistencia del paciente para conocer lo que él o ella están impelidos a hacer o lo que efectivamente están haciendo. Frecuentemente la defensa inconsciente contra la acción tiene su propio efecto dañino sobre el niño.

Sugiero que la diferencia entre saber algo en la transferencia y escuchar directamente el afecto y la fantasía asociado con una conducta actual, tiene que ver con el hecho de que el modelo clásico transferencial establece al paciente como niño y al analista como figura parental. He observado con frecuencia que cuando he inten-

tado interpretar la resistencia a impulsos y fantasías pedofílicas o infanticidas con un paciente, el paciente y yo frecuentemente virábamos hacia el pasado histórico. Técnicamente y dentro de la sesión esto parecía ser lo correcto. Luego me daba cuenta de que había habido una colisión entre el paciente y yo al servicio de evitar el intenso, inmediato y sumamente inquietante afecto del presente. Como todos sabemos, los niños pequeños no tienen el equipamiento físico para matar, causar daños corporales severos, seducir o molestar sexualmente a los padres. Por lo tanto, la regresión analítica, ejemplificada y reforzada por la posición recostada del paciente sobre el diván, protege tanto al paciente como al analista. Pero los padres *son* adultos. Los padres sí tienen el poder corporal y la autoridad para aprovecharse de los niños física y mentalmente y de hacerles mucho daño. El descuido parental de los niños pueden causarles dolor y sufrimiento innecesario.

En este trabajo he tratado de sugerir que ha sido más difícil para la teoría y la técnica analíticas acomodarse a los pensamientos y fantasías inconscientes agresivos y sexuales que los adultos albergan hacia los niños. Para el analista, tolerar este material tan repugnante es extremadamente difícil. Al escribir este trabajo he sido muy conciente de la lucha constante que he tenido para mantener el tema de paciente-como-padre en foco y evitar deslizarme al esquema familiar de padre-como-niño.

Una imagen que captura la naturaleza resbaladiza de mi tema es la de la cinta de Moebius. Esta es una superficie de una sola cara que puede formarse de una tira de papel rotándola 180° y pegándola con la otra punta. Si uno coloca el dedo en la superficie interna y luego lo mueve por sobre su superficie, de repente uno se da cuenta de que el dedo ha llegado a la superficie externa; y uno no ha levantado nunca el dedo ni intentó pasarlo de la superficie interna a la externa! Lo mismo ocurre con este tema. Ya sea que uno comience con el paciente adulto que ha sido un niño, o con un paciente adulto con un niño en el presente, uno se mueve desde la vida interna de un niño con sueños, defensas, fantasías y deseos resurgidos de la infancia, a impulsos, defensas y fantasías adultas, incluyendo los deseos narcisistas, pedofílicos e infanticidas.

Deseo enfatizar que debido a que los sentimientos pasados y presentes pueden ser cada uno usados como resistencia para explorar al otro, ambos deben ser traídos al escrutinio analítico. Ninguno de ellos es, o puede ser considerado tan primario o básico para el

tratamiento analítico como para que el otro siga necesariamente detrás.

Permítanme dejar claro que no tengo ninguna pelea con los principios fundamentales del psicoanálisis; esto es que los deseos inconscientes tienen su origen temprano en la vida y que los conflictos, defensas inconscientes y la resistencia de los adultos son formaciones de compromiso y que el análisis de la transferencia-contratransferencia es una técnica esencial.

Sabemos bien que el niño que fue, el niño que ha devenido adulto, alberga una mezcla de sentimientos y fantasías acerca de los padres –sentimientos que son hostiles, destructivos, sexuales, seductores, sádicos, masoquistas, irreales y finalmente idealistas. Específicamente el niño-hecho-padre proyecta y externaliza muchos remanentes inconscientes sobre sus hijos. Si la decepción gatilla el viejo rencor o los intentos de seducción, está ahora en manos de un adulto poderoso y capaz.

CONCLUSION

En este trabajo he intentado explorar ciertos conflictos tal como son experimentados por los individuos adultos que podemos etiquetar como el *padre edípico*. Mi investigación se ha centrado en las habilidades emocionales, cognitivas y físicas de la persona adulta y en la autoridad que le permite ‘enactments’ con sus hijos, así como defensas operativas, muchas de las cuales son dañinas para el desarrollo psíquico del niño. Desde que, concientemente, se han dedicado muchos esfuerzos en ser buenos padres, no debería sorprendernos de que el paciente se sienta avergonzado, desconcertado, culpable y vencido cuando estos ‘enactments’, fantasías y defensas se hacen concientes. Pero hacerlas concientes permite un modo más adecuado de control y una parentalidad más efectiva y gratificante.

Mi experiencia analítica en el tratamiento de niños, adolescentes y adultos y en supervisiones de dichos tratamientos me ha llevado a creer que no hemos prestado suficiente atención a los hijos de los pacientes como objetos actuales de odios y deseos sexuales inconscientes. Sugiero que el psicoanálisis ha sido remiso al no enfrentar este material y he notado que está tan fuertemente defendido contra esto que a duras penas tenemos el lenguaje y los conceptos para

describirlo. Los invito a acompañarme en escuchar el significado de los niños tal como aparecen en el material de pacientes adultos.

Desearía cerrar este trabajo con una observación de W. H. Auden, quien como todos sabemos es un poeta americano de mediados del siglo XX. “Crecer –escribió– no significa dejar atrás ya sea la infancia o la adolescencia, sino hacer uso de las mismas de un modo adulto”.

BIBLIOGRAFIA

- AUDEN, W.H. (1957) *New Statesman*, May 18.
- BLOS, P. JR. (1985) Intergenerational Separation-Individuation: Treating the Mother-Infant Pair. *Psychoanalytic Study of the Child*. 40:41-56.
- BLOS, JR., P. AND BLOS J.W. Unpublished manuscript: Family Secret, National Myth: The Forgotten Story of Four Mayflower Children.
- BORNSTEIN, B. (1948) Emotional Barriers in the Understanding and Treatment of Young Children. *Am. J. Orthopsychiat.* 18:691-697.
- FRAIBERG, S., ADELSON, E. AND SHAPIRO, V. 1980 (1975) Ghosts in the Nursery. In *Clinical Studies in Infant Mental Health: The First Year of Life*. ed. S. Fraiberg. New York: Basic Books. pp 164-196.
- FREUD, A. (1965) *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*. New York: International Universities Press.
- FREUD, S. (1919) 'A Child is Being Beaten': A Contribution to the Study of the Origin of Sexual Perversions. *S.E.* vol 17.
- FURMAN, E. AND R. (1984) Intermittent Decathexis-A Type of Parental Dysfunction. *Int. J. Psychoanal.* 65:423-433.
- LIEBERMAN, A.F. & BLOS, P. JR. (1980) Make Way for Abby. In *Clinical Studies in Infant Mental Health: The First Year of Life*, ed. S. Fraiberg. New York: Basic Books, pp. 242-259.
- MAHLER, M.S. (1963) Thoughts about development and individuation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18:307-324.
- MAHLER, M.S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- SHENGOLD, L. (1991) *Father, Don't You See I'm Burning?*. New Haven: Yale University Press .
- (1989) *Soul Murder: The Effects of Childhood Abuse and Deprivation*. New Haven: Yale University Press.

Sperling, M. 1974 (1959) A Study of Deviate Sexual Behavior in Children by the Method of Simultaneous Analysis of Mother and child, in Sperling, M., *The Major Neurosis and Behavior Disorders in Children*. New York: Jason Aronson, NY. pp. 243-294.

Traducido por Clara Nemas.

Peter Blos Jr.
111 South Fourth Ave.
Ann Arbor, MI. 48104
U.S.A.

