

CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOTERAPIA INFANTIL

ROSA TANCO DUQUE, Lic. Ps.

I—PECULIARIDADES DE LA SITUACION

Cuanto más reflexiona el psicoterapeuta de niños sobre su trabajo, tanto más claramente le aparece, igual que en el análisis de adultos, la especificidad de sus fenómenos. En verdad, toda terapia de un hombre concreto presenta particularidades únicas, que habrá que considerar en cada caso con flexibilidad y discreción. Pero se dan también ciertas constantes en la situación y en el proceso y sólo su observación permitirá resolver los casos singulares. Estas constantes son parcialmente diferentes (aunque reducibles a una raíz común antropológico-psicológica) según que tengamos que habérnoslas con pacientes adultos o con niños; y su conocimiento, en cuanto fundamento de las peculiaridades de la terapia infantil, a diferencia de la terapia de adultos, determinará nuestra actitud específica. Hagamos resaltar aquí algunas de estas particularidades desde nuestra propia perspectiva.

a) *Diferencias en la espontaneidad y la información.*

Antes de comenzar la terapia advertimos ya una diferencia en el modo de entrar en situación el paciente. El adulto viene en principio voluntariamente. Sabemos de sobra que el objetivo de la terapia se le aparece siempre a través de su visión neurótica y que su información acerca del procedimiento que debe

emplearse está también deformada, tanto en virtud de su angustia y sus deseos, como de su ignorancia técnica en la materia. Con todo, el adulto se da cuenta de que padece; sospecha —al menos preconscientemente— que adolece de una deficiente integración de su personalidad, de relaciones decepcionantes con los otros hombres, de inadaptación al ambiente, etc. El niño, en cambio, es en gran medida incapaz de objetivarse y objetivar sus relaciones; en otras palabras: él sufre por su conducta inadaptada, pero no ve claro que sufre ni por qué. Son los adultos, por lo regular los padres, quienes basándose en sus observaciones, advierten, o creen advertir, que la conducta del niño es inadaptada. Sabemos también, no obstante, en qué considerable medida los trastornos del niño son consecuencia, casi siempre, de disturbios en el comportamiento de los padres (11). Esto quiere decir, no solo que la forma de conducta de los padres influye directamente en la conducta del niño, sino que, además, los padres proyectan sus conflictos inconscientes sobre él.

Los padres de Raúl (3 años) vienen a consultarnos por qué se chupa el pulgar con desusada frecuencia e intensidad. Los padres intentaron cortar esta costumbre radicalmente. La madre atravesó tras el parto una psicosis de lactancia; ahora se encuentra llena de angustia pensando que ha podido

trasmitir al niño una tara hereditaria. Vemos aquí una proyección de la angustia de los padres que conduce a un aumento de la neurotización del hijo.

El niño, pues, bien sea en virtud de un reconocimiento objetivo, bien a base de una proyección por parte de los padres, es traído a terapia. Serán también los padres quienes proporcionen los datos de la anamnesis, lo que dará ocasión a comprobar su actitud frente a la conducta del niño. Esta actitud de los padres es de capital importancia para el terapeuta, del mismo modo que la actitud del adulto frente a su neurosis es de enorme significación para su análisis. Para hablar de una manera plástica, pero, con todo, bastante exacta, diremos que los padres constituyen el complemento esencial y la integración del inmaduro "yo" del niño; el terapeuta tendrá que habérselas con este "Yo" representativo, incompletamente introyectado por el niño, pero que será utilizado como fuente de la posterior formación del super-yo y de los mecanismos de defensa.

La actitud de los padres, el grado en que esta actitud sea compartida por el niño, y también la experiencia y flexibilidad del terapeuta, determinan el modo y manera que permitan, en definitiva, aclarar al niño, el por qué de su nueva situación (la terapia); como en toda interpretación terapéutica, esta aclaración debe hacerse en tiempo oportuno y en conveniente dosis.

b) *Diferencias en la diada terapéutica-paciente.*

Como en el análisis de adultos, también aquí la auténtica situación terapéutica está determinada por la relación interpersonal de ambos copartícipes: el analista o terapeuta y el paciente. La diferencia de relaciones en uno y otro caso es evidente: en la terapia infantil es el desnivel entre los participantes notablemente mayor, a diferencia de lo que ocurre en el análisis de adultos. No necesitamos extendernos aquí sobre la

especificidad de las relaciones entre el analista y el analizado, resultantes de su posición inicial. Digamos tan solo que, por muy "inmaduro" que pueda ser el neurótico y por muchos que sean sus rasgos "infantiles", es al fin y al cabo un adulto. La enorme diferencia de la terapia infantil consiste precisamente en que el terapeuta es un adulto y el paciente un niño. El primero es una persona relativamente estable, integrada y "que ve claro", se encuentra al mismo tiempo en una vuelta más elevada de la "espiral" del desarrollo vital que el niño empieza ahora a recorrer (7). La personalidad de éste está mucho menos integrada, menos organizada y de ahí que sea también mucho más plástica. El niño ha vivido también muchas menos experiencias que el adulto y se necesitarán muchas vivencias todavía para formarlo. La madurez psicosomática del terapeuta (y, a pesar de todo, también del neurótico adulto). le proporciona además un "peso" social muy diferente que al niño; y esto no solo dentro de la relación interpersonal de la terapia, sino pura y simplemente en la total estructura social, siempre transferida en cierto grado a la situación terapéutica. El papel del niño es específicamente distinto del que desempeña el adulto.

c) *Diferencias en relación con los padres.*

Todos saben cuán decisivo es el papel que juegan las relaciones arcaicas y, por tanto, anacrónicas, "fantásticas" del paciente adulto con sus padres, frecuentemente ya muertos. Con todo, está claro que las relaciones con los padres han de desempeñar un papel muy distinto, mucho más importante y real en la terapia infantil. Las relaciones del niño con el mundo se estructuran aquí, *in statu nascendi*, a través de sus efectivas relaciones con los padres. Estas relaciones son para el niño verdaderamente "existentiales": gracias a ellas podrán modelarse todas sus futuras relaciones de modos de conducta (26). Mientras tales modelaciones no se encuentran en el análisis

de adultos sino bajo la forma de fijaciones infantiles, en la terapia infantil hay que tenerlas en cuenta como influjos de una realidad aún no estructurada.

d) *Diferencia en los principios criterios lógicos.*

En la neurosis tropezamos con sistemas mágicos aislados como restos arcaicos. Pero también aquí la peculiaridad de la terapia infantil salta a la vista, por cuanto el pensamiento mágico es para el niño (y en cierta medida para el primitivo también) un componente normal que modela y fecunda su imagen del mundo. La "omnipotencia del pensamiento" (S. Freud), el "realismo ingenuo" (J. Piaget), la personificación animista de objetos para nosotros inanimados: todo esto no es en modo alguno, para el niño, una fijación regresiva que aliene al sujeto de sí mismo, como sucede en la neurósis y especialmente en las psicosis, sino, como dijimos, una necesidad "existencial" que le permite establecer un contacto inmediato con el perimundo y que contribuirá a su progresivo dominio del ambiente.

No obstante —o, quizá por eso mismo— este hecho es de una importancia decisiva para la situación terapéutica. La valoración de los estímulos del mundo exterior es aquí muy distinta de lo que es en el adulto. Es de gran importancia técnica, por ejemplo, el hecho de que el niño anima sus juguetes. Los principios del pensar dominante aquí son los de la analogía y de la *pars pro toto*; un cierto parecido entre dos cosas de cualquier clase puede obrar de manera que sean "vividias" como idénticas y que una parte adquiera el valor del todo. Para un niño basta llevar plumas en la cabeza para creerse un indio. Esta estructura mental desempeñará un papel de máxima significación en la terapia infantil. Mientras en el adulto —¡aún dentro del análisis!— la causalidad y la lógica o bien predominan sobre los modos de pensamiento primitivos, o al menos los inhiben y coarraigén (contribuyendo así al reconoci-

miento de un "principio de realidad" adulto), el terapeuta de niños debe edificar la situación analítica sobre la base de este modo de pensar infantil.

e) *Diferencia en la estructura libidinal*

Este punto ha sido ya suficientemente puesto en claro en las obras psicoanalíticas, de modo que basta mencionarlo aquí. En el neurótico adulto podemos afirmar que la libido ha regresado a etapas normalmente superadas o bien que ha quedado fijada a ellas; a pesar de todo, el narcisismo resultante está limitado a cierto grado, puesto que la relativa madurez del yo y del super-yo así como el reconocimiento del principio de realidad, equilibran más o menos la regresión. Para el niño estos estadios constituyen su curso normal; su economía libidinal está todavía poco organizada, pero es también menos rígida. La libido del niño normalmente está orientada más hacia sí misma: él es su objeto libidinal predominante. El narcisismo del neurótico adulto es un mecanismo de defensa, por lo demás en alto grado inadecuado; el narcisismo del niño es un proceso vitalmente necesario, que le hará capaz de enfrentarse con el mundo. El niño se encuentra en el comienzo de su curso vital y, gracias al amor de sí y en virtud de un proceso dialéctico, dirigirá poco a poco su libido hacia los objetos del mundo y con ello abrirá el camino del recién formado *yo* hacia el recién descubierto *tu*. Justamente este importantísimo paso, y la relación con el terapeuta, pondrán en claro hasta qué punto los eventuales trastornos del desarrollo han elevado el narcisismo (en sí normal) del niño y esclerosado sus mecanismos de defensa.

f) *Diferencia en la expresión: el juego.*

No es éste el lugar de discutir los criterios sobre el comportamiento adulto durante el análisis; sabido es que la técnica psicoanalítica se sirve de la expresión verbal como simbolización del comportamiento. Aún cuando el juego

pueda desempeñar aquí algún papel, lo hará ante todo en forma verbal.

La actividad lúdica, inmediata, conceptual y verbalmente difícil de traducir, es en el niño la actividad normal dominante; es su conducta normal en el proceso de adaptación al mundo. El juego es el medio por el cual el niño expresa su afectividad y su actitud creadora. Precisamente para él el juego es su trabajo. A diferentes edades corresponden diferentes tipos de juego; con ello el juego se convierte en un criterio de diferenciación para averiguar si el niño ha quedado ligado a una fijación o regresión (y hasta qué punto). A través del juego podemos reconocer sus identificaciones, su agresividad, sus contactos sociales. Los trastornos de su desarrollo se reflejan inmediatamente en su modo de jugar (el niño, por ejemplo jugará solo, aislado del grupo, o mandará a los otros, o se dejará mandar, etc.), más que un puro reflejarse, el juego es una tentativa de dominar la problemática de su desarrollo; en el juego expresa el niño sus experiencias, fantasías, deseos y angustias en forma simbólica. "Se sirve así del mismo modo de expresión —arcaico y filogenéticamente adquirido— que conocemos por el sueño" (16) También "es posible leer a través del juego lo que pasa o ha pasado ante él en su contorno" (11). El juego es en el niño una exigencia elemental: si se impide o se transforma la satisfacción de esta exigencia, se perturba el desarrollo total del niño y pronto aparecerán síntomas patológicos; la carencia de actividad lúdica se compensa con una conducta neurótica (21). Recíprocamente, como hemos dicho más arriba, también los trastornos evolutivos se manifiestan en el juego. El juego despliega, además, junto a los elementos mágicos necesarios al niño, los elementos reales exigidos para su desarrollo.

La riqueza de la función lúdica permite al terapeuta y al psicólogo alcanzar diversos objetivos. Siendo las pruebas en gran medida juegos (y los juegos en gran medida pruebas) pueden los Prue-

ba-Juego y los Juego-Prueba emplearse como medios de diagnóstico y de terapia a la vez. Tal es el caso de muchos de los métodos de pruebas especiales, muy significativos son, p. ej. los casos de Pruebas escénicas (Sceno Test) de *G. Staabs* o la prueba de *Büler-Hetzer*. La prueba de *Watson* (reunir distintas piezas en una figura) es una forma lúdica de medir la inteligencia, de reunir aspectos de la estructura personal, etc. El juego es, además, un instrumento terapéutico, en cuanto medio catártico y estructurador. Finalmente, un juego apropiado es el mejor medio para establecer un rápido contacto con el pequeño paciente.

g) *Diferencia en la actitud del terapeuta.*

Mientras con los adultos el analista queda detrás en la penumbra, como testigo caso mudo que dosifica avaramente sus intervenciones —por lo demás siempre en el plano verbal— el terapeuta de niños es su compañero activo. En el análisis de adultos se trata preferentemente de conducir al analizado, a través de la verbalización, hacia la objetivación de los trastornos de su comportamiento reflejados en el "espejo" (7) invariable de la situación analítica; la actividad del analista se reduce en principio a traer a la plena conciencia las ya preconscientes evidencias del analizando (7); un proceso comparable al método socrático. En la terapia, en cambio, se trata más bien de la introducción concreta y efectiva de nuevas y normales relaciones, por la supresión de inhibiciones neuróticas y de los factores neurotizantes del medio ambiente, todo dentro de la díada terapeuta-niño. El terapeuta interpreta y conduce [en forma adaptada al sujeto, se entiende] la actividad del niño, si bien permanece siempre, dentro de ciertos límites, también "neutral", pues de lo contrario corre el riesgo de tomar sencillamente el papel de los padres, agravando así inútilmente las relaciones. Como en el análisis de los adultos la situación es aquí simultáneamente frus-

tante y permisiva, si bien el aspecto frustrante tiene una dosificación considerable, porque sólo poco a poco puede abrirse camino a un nuevo principio de realidad. "La exigencia de permanecer enteramente neutral es imposible y tanto para el niño como para el analista" (11) igualmente inútil. "La pasividad puede ser muy valiosa al comienzo del tratamiento, pero muchos niños sólo pueden entregarse al pasatiempo cuando lo ven como un juego en el que toma parte el terapeuta" (11).

h) Diferencia en la actuación del paciente.

El análisis de adultos se sirve de la verbalización como medio terapéutico, ofrece un marco invariable, estrictamente experimental por decirlo así, donde, gracias a la verbalización, los contenidos neuróticos de transferencia se aislan paulatinamente como inadecuados y se los objetiva. Por ello no hay lugar aquí al "acting out", a la "actuación" del analizando: se perturbarían *eo ipso* las reglas del juego. Claro que ésto hay que interpretarlo como una diferencia de grado cabalmente, puesto que la verbalización no es finalmente sino una forma —conceptual— de actuación simbólica; con todo, la "óptima" actuación en el análisis de adultos debe reducirse a este plano verbal y conceptual.

Es claro que esta regla fundamental no es perfectamente aplicable en la terapia infantil. El lenguaje del niño no está suficientemente estructurado, su actividad simbólica preferida no se desarrolla en el plano conceptual y el niño exterioriza —propia— todos sus modos de comportamiento mediante el "acting out" (11). El terapeuta tiene como misión propia la de interpretarlo. El "acting out" es, precisamente, en sus diversas formas —desde el reír —llorar hasta el pegar o besar— una actividad simbólica (como la verbalización del adulto, por tanto) y el terapeuta no ha de tener en cuenta tanto el primer plano de esta conducta, como su sentido simbólico, su mayor o menor significación de transfondo. Aún más, debe pen-

sar que el "acting out" (exactamente como en el análisis de adultos) (7) nunca es algo unívoco, sino expresión de una coparticipación: en el "acting out" toman parte ambos y están comprometidos igualmente tanto la transferencia del niño como la contratransferencia del terapeuta.

En el *Institut für Erziehungshilfe* (Child Guidance) reciben los pequeños pacientes regalos de Navidad que el terapeuta les entrega. Cuando Hans (9 años) recibe su correspondiente paquete, lo mira primero todo y, súbitamente viene a mí y me besa. Yo le abrazo a mi vez: actitud "inconcebible" en la terapia de adultos pero que aquí tiene su justificación y su utilidad.

El "acting out" infantil proporciona un material insustituible para la terapia, que ha de ser en cuanto tal, interpretado en tiempo oportuno y en forma adecuada.

II—LA VERDADERA TRANSFERENCIA EN LA TERAPIA INFANTIL

Los puntos esbozados arriba son difíciles de discernir entre sí y forman toda parte de la problemática de la transferencia. En este estudio entendemos la transferencia en su sentido estricto —técnico— como repetición y desplazamiento de contenidos afectivos de las primeras situaciones vitales a una nueva situación en relación de identidad inconsciente. Por otra parte, es claro que esta transferencia definida así estrictamente es un "caso especial" de una constante universal del conocimiento, como Caruso ha puesto especialmente de relieve (9): el progreso del conocimiento —del dominio del mundo— está ligado a una repetición y un desplazamiento de los esquemas ya conocidos, respecto de las nuevas circunstancias, proceso en el que la proyección juega un papel decisivo. Esta observación no está aquí fuera de lugar por cuanto viene a destacar la necesidad y la "normalidad" del especial proceso

transferencial, con sus sorprendentes proyecciones de la terapia infantil.

Cae de su peso que el niño repite, en relación con el terapeuta modos de comportamiento que ya antes, y sobre todo frente a sus padres, ha vivido; repite no sólo los esquemas de sus relaciones con los padres, sino también y además la actitud parental introyectada frente a la nueva situación (aquí, la terapia) (14, 17). El niño permanece aún bajo el influjo de las recomendaciones y consejos de los padres.

La madre de Raúl le pregunta tras cada sesión terapéutica: "¿Has sido bueno con la Doctora?"

Conceptualicemos más claramente algunos puntos que en realidad forman el tejido unitario de un acontecer dinámico.

a) *Terapia paralela de los padres.*

El analista "neutral" (en el análisis de adultos) no intenta modificar el medio ambiente del paciente mediante ningún tipo de intervención: es cosa del analizando el ir reconociendo su propio "principio de realidad". La inmadurez del niño exige, incondicionalmente por el contrario, que el terapeuta se esfuerce en corregir la función modeladora de la realidad. En relación con esto hemos de indicar, aunque no sea más que de paso, la necesidad de un tratamiento de los padres para mejorar el perturbado medio familiar (6). En los intercambios activos entre padres y niños deben mejorarse los influjos de ambas partes para reestructurar más sanamente esa misma interrelación dinámica. Si esa terapia de los padres —en general será una terapia corta, tanto por razones técnicas, como por la necesidad de conseguir rápidamente su apoyo— ha de ser realizada por el mismo terapeuta del niño o por otro colega, es cuestión que habrá que resolver en cada caso, habida cuenta tanto del punto de vista técnico como del económico.

La terapia de Miguel (8 años) tuvo que ser interrumpida, por ser

imposible alcanzar mediante una terapia corta la adecuada actitud de la madre. Por consejo del "Institut für Erziehungshilfe" Miguel fue trasladado a un hogar.

b) *La plurificación objetal de la transferencia.*

Con adultos el analista es el único copartícipe del paciente en la terapia. Este proyecta sobre él todos sus afectos; el analista representará ante sus ojos sucesivos papeles: el de madre, padre, hermanos, etc. Sólo poco a poco alcanzará el analizando a conocer el reflejo de su comportamiento en el espejo invariable (permisivo -frustrante) de la actitud del analista y podrá reducir así sus propias proyecciones. En la terapia infantil en cambio, si bien el terapeuta sigue siendo el único copartícipe real del pequeño paciente en la terapia, tanto la actitud animista del niño como la especialidad de la técnica ocasionan aquí una aparente "fragmentación" —en realidad una "plurificación objetal"— de la transferencia.

El terapeuta es equiparado a los padres (14); pero como precisamente la relación con los padres condiciona un insoportable conflicto, las proyecciones, en parte, pero sobre todo al comienzo del análisis, son desviadas por el niño hacia los objetos. El niño anima sus juguetes y proyecta sobre ellos diversos afectos, preferentemente los negativos, que provocan su angustia. Melanie Klein dice a propósito: "En lucha con su angustia ante los objetos próximos, el niño se inclina a desplazar su angustia hacia objetos extraños y a ver en ellos la incorporación de la madre mala o del padre malo" (16).

La transferencia, pues, no se dirige tan exclusiva e intensamente hacia el analista como en el caso del análisis de adultos. Esto coincide con la opinión de Zulliger y Anna Freud para quienes es imposible una transferencia intensiva en el niño, por cuanto una gran cantidad de libido está ligada a su narcisismo. Y en el caso de que se presente,

el éxito de la terapia se volverá problemático al ser incapaz el niño de tomar conciencia de esa transferencia. Por eso mismo la proyección desempeña en la terapia infantil un papel más inmediato que en el análisis de adultos, en que esta misión no se cumple sino cuando se comprende el carácter proyectivo de la transferencia (esto es, mediante la crítica de las proyecciones).

El niño transfiere sus afectos en una forma puramente proyectiva y en tal forma ha de ser interpretado por el terapeuta su modo de comportarse (20). El niño, p. ej., cuenta una historia en que los personajes en cuestión reflejan su propia vida y son al mismo tiempo portadores de sus afectos. Vemos aquí, como en el caso de proyección sobre los juguetes, una plurificación objetal simbólica de la transferencia, a través de la proyección inmediata de sus afectos sobre los personajes del cuento. Esta plurificación objetal es uno de los factores más importantes de la técnica curativa, que permite al terapeuta valorar y manejar la transferencia.

c) *Disociación de las valencias en la terapia.*

¿Qué significa esta aparente “fragmentación” y qué papel positivo desempeña en el acontecer dinámico? Hasta la pubertad no puede el niño vivir conscientemente la ambivalencia, sino que debe proyectarla (24). La plurificación objetal de la transferencia contribuye así a la disociación de los afectos contradictorios, en cuanto el niño intenta polarizar las valencias de la ambivalencia. Una muñeca, p. ej., puede ser la representación de la madre “mala”, otra lo será de la “buena”. Estas proyecciones significan así la posición del niño frente a su madre y frente a sí mismo. Sólo con ayuda del terapeuta puede el niño llegar a vivir el hecho de que un mismo objeto pueda ser al mismo tiempo bueno y malo.

En relación con ésto son de un gran interés para el problema de la ambivalencia las observaciones de Caruso (8)

sobre el papel del sistema educativo dentro de nuestro ámbito cultural. Prácticamente le está prohibido al niño la expresión de sus afectos negativos. Si tira o daña sus juguetes, intervienen en general los adultos para decir: “No debes hacer eso”. En la escuela es niño “bueno”, en general, aquel que no manifiesta su agresividad, al menos de una manera directa.

La óptima neutralidad del terapeuta ofrece entonces al niño la posibilidad de exteriorizar no sólo sus afectos positivos, sino también los negativos.

Raúl (3 años) repite durante varias sesiones el siguiente comportamiento: toma todos los juguetes a su alcance y los tira al suelo; de cuando en cuando me mira como preguntándome: ¿Qué vas a decir ahora? y continúa tirándolos. Provoca así mi reacción, esperando la reacción de su madre: ¡No debes hacer eso!. Podríamos naturalmente ir más lejos en el análisis de este comportamiento. Bástenos aquí señalar en este ejemplito corriente los siguientes factores: neutralidad óptima del terapeuta; papel del “acting out” en la transferencia y equiparación del terapeuta con los padres.

Es posible que el niño dirija sus afectos positivos hacia los padres y los negativos hacia el terapeuta, y al contrario. Lo importante aquí es que la ambivalencia se polariza en torno a dos personas y sólo así le es posible al niño el vivirla, puesto que el terapeuta es un representante de los padres (17).

Ahora bien, a través de esta equiparación del óptimamente neutral terapeuta con los padres y de la posibilidad de polarizar las valencias afectivas, se abre también para el niño la posibilidad de concentrar sobre el terapeuta la fluctuación de la transferencia. Aún cuando al comienzo fuera incapaz de expresar afectos contradictorios ante la misma persona, ahora, dentro de óptimos límites y según la situación de la proyección le será posible expresar los

afectos positivos y negativos uno tras otro.

El pequeño Tom me dice: "te quiero, te quiero mucho". Pero si yo no permito algo, dice: "Eres muy mala".

Estos afectos contrapuestos son desencadenados por el objeto ofrecido (23) y así se hace posible una transferencia flexible hacia el mismo objeto, en el tiempo y forma en que tales afectos se exteriorizan.

d) *Resolución de la contradicción mediante la transferencia.*

Esta fluctuación de la transferencia es un factor decisivo. El niño vive una situación permisiva, la tensión disminuye, la imagen introyectada de los padres se relativiza y, mediante la equiparación del terapeuta con ellos, se consigue al mismo tiempo, a través de una refracción de la transferencia en el mundo real (7) una actitud flexible de parte de los padres.

No hay que imaginarse esta disolución como el resultado de una toma de conciencia racional, como es en gran medida el caso del neurótico adulto. Insistimos nuevamente en que el niño se encuentra en un proceso abierto y dinámico de desarrollo y que la ambivalencia no puede ser conscientemente analizada. Precisamente son los juguetes los que le ofrecen la posibilidad de vivir todas las contradicciones en forma simbólica y elaborarlas tanto más ampliamente cuanto que para el niño el juego es algo muy real. M. Rambert (20) distingue aquí diversos niveles de experiencia simbólica en relación con la edad del niño.

La solución del conflicto en el niño, más aún que en el adulto, consiste pues en un factor emocional más que racional. Si el niño ha quedado fijado a una situación, ha sido porque esta situación

—al menos desde el punto de vista de un desarrollo no perturbado— era frustrante. El niño intenta repetirla (para superarla) y lo intentará también en la situación terapéutica; ahora bien, sólo aquí tiene posibilidad de vivirla de un modo permisivo y satisfactorio. Por otra parte, es importante no dejarle rivivir demasiado intensamente sus afectos, dado que la angustia desencadenada puede resultar tan grande que sea insoportable para el débil yo del niño (20). También aquí se plantea la cuestión de un "óptimum", como indica repetidas veces Caruso (7). Este desencadenamiento de afectos simbólicamente transferidos en el juego proporciona en última instancia el cause de una catarsis específica, lo que en el análisis de adultos corresponde a la verbalización.

Hans (9 años) quiere insistentemente, desde hace algunas sesiones, jugar "a indios". Jugamos a escenas de luchas fuertemente agresivas. Nos atacamos mutuamente con cuchillos (de madera y goma), provocamos un duelo, etc. El chico vive la lucha muy intensamente, descargando así la agresividad que, ni en casa ni en la escuela, puede exteriorizar. La consecuencia natural es, sin embargo, el temor de que yo no le acepte más. Entonces me pregunta hasta cuándo podrá venir conmigo, si no podría venir antes, si no podríamos disponer de dos horas, etc.

Para no movilizar demasiada angustia, intento dar por terminado el agresivo juego y antes de que se acabe la sesión cambiarlo por un juego de salón como por ej., "La ciudadela", en que la lucha se transfiere a las figuras de tablero; así trasponemos a un tiempo la primitiva agresividad del juego de indios en la sublimada de un juego de salón.

Como toda forma de dominio de la realidad, es la terapia infantil un juego de transición óptimo, de la permisión a la renuncia.

RESUMEN

La autora parte de la peculiaridad de la situación en la terapia infantil para enmarcar las características de la transferencia en tal situación. Las diferencias respecto del análisis del neurótico adulto se fundan en la estructura abierta de la personalidad infantil: mientras en el análisis de adultos se intenta hacer conscientes los mecanismos arcaicos de defensa mediante el "espejo" de la situación analítica, en la terapia infantil se trata de liberar y corregir, por la transferencia de afectos, las impregnaciones libidinales que necesariamente se producen entonces.

El niño es en gran medida incapaz de resolver racionalmente la contradicción que en él despierta la ambivalencia. A través de la terapia de juego, la transferencia se "plurifica" simbólico-realísticamente; gracias a la equiparación del terapeuta con los padres introyectados y de la óptima neutralidad de aquel, se facilita la polarización de las valencias en el marco de las transferencias. Se hace así más fluido el funcionamiento (siempre amenazado de compulsión a la repetición) de las proyecciones: el niño se hará activa y vitalmente más flexible frente a las satisfacciones y frustraciones que exige de la realidad el dominio.

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Aichhorn, A.*: Erziehungsberatung und Erziehungshilfe, Huber, Bern-Stuttgart, 1959.
- 2 *Amado, G.*: Tentatives d'action sur les familles des enfants inadaptés. Journées intern. de Psychol. de l'Enfant, París 1954.
- 3 *Anzieu, D.*: Le psychodrame analytique chez l'enfant. PUF, París, 1957.
- 4 Arbeitsgemeinschaft für stationäre Kindertherapie, Ref. Psychol und Praxis, I, 1956, 1.
- 5 *Arnold, O. H.* und *R. Schindler*: Bifokale Gruppentherapie bei Schizophrenen, Wien, Z. f. Nervenheilk., 5, 1952, 3/4.
- 6 *Baumgärtel, K.*: Die Arbeit der Wiener "Child Guidance Clinic". Wien. Z. f. Nervenheilk., 5, 1952, 4.
- 7 *Caruso, I. A.*: Seminar für psychoanalytische Technik, Wiener Arbeitskreis f. Tiefenpsychologie, 1957-8, 1958-9, 1959-60.
- 8 *Id.*: Sitzungsberichte des Wiener Arbeitskreises f. Tiefenpsychologie Allgemeines Seminar. 1958-9.
- 9 *Id.*: Übertragung und Symbol. Intern. Kongreß f. Psychother. Zürich, 1954.
- 10 *Dührssen, A.*: Psychologische Deutungen als therapeutisches Hilfsmittel in der Kinderanalyse. Schweiz. Z. f. Psych., 15, 1956, 4.
- 11 *Fordham, M.*: Vom Seelenleben des Kindes, Rascher, Zürich, 1948.
- 12 *Freud, Anna*: Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen, Huber, Bern-Stuttgart, 1956.
- 13 *Id.*: Einführung in die Technik der Kinderanalyse, I. Os. V., Wien, 1927.
- 14 *Frijlings-Schreuder, E.C.M.*: Some Remarks on Transference and Counter-Transference in Analytical Child Therapy, Intern. Kongreß f. Psychother. Zürich, 1954.
- 15 *Isambert, A.*: Les methodes psychologiques d'action sur le comportement des parents a l'égard de l'enfant. Journées intern. de Psychol. de l'Enfant, París, 1954.
- 16 *Klein, M.*: Die Psychoanalyse des Kindes. IPsV, Wien, 1932.
- 17 *Van Krevelen, D. A.*: Probleme der Übertragung in der Psychotherapie des Kindes. Intern. Kongreß f. Psychother., Zürich, 1954.

- 18 *Lebovici, S., R. Diatkine, J.-A. Favreau, P. Luquet et J. Luquet-Parat.*: La psychanalyse des enfants, in: *S. Nacht*, La Psychanalyse d'aujourd'hui, PUF, Paris, 1956, I, pp. 169-235.
- 19 *Mira y López, E.*: Psicología evolutiva del Niño y del Adolescente. El Ateneo, Buenos Aires, 1951.
- 20 *Rambert, M. L.*: La vie affective et morale de l'enfant, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel Paris, 1945.
- 21 *Schneersohn, F.*: Jeu et Nervosité chez les enfants. PUF, Paris, 1954.
- 22 *Séchehaye, M. A.*: Introduction a une Psychotérapie des Schizophrènes. PUF, Paris, 1954.
- 23 *Schindler, Raoul*: Übertragungsbildung und Übertragungsführung in der Psychotherapie mit Schizophrenen. Intern. Kongreß f. Psychother., Zürich, 1954.
- 24 *Schindler, Sepp*: Sitzungsberichte des Wiener Arbeitskreises f. Tiefenpsychol. Allgemeines Seminar, 1958-59.
- 25 *Schoenberger, E.*: Le jeu comme instrument dans la psychothérapie de l'enfant. Journées intern, de Psychol, de l'Enfant. Paris, 1954.
- 26 *Spitz, R. A.*: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, Klett, Stuttgart 1957.
- 27 *Id.*: Psychiatric Therapy in Infancy. Amer. J. of Orthopsychiatric 20, 1950, 3.
- 28 *Zullinger, H.*: Bausteine zur Kindertherapie und Kindertiefenpsychologie. Huber, Bern-Stuttgart, 1957.
- 29 *Id.*: Schwierige Kinder. 4. Aufl., Huber, Bern-Stuttgart, 1958.

Bibliografía traducida al español

- 3 *Anzieu, D.*: El psicodrama analítico en el niño. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1961.
- 18 *Lebovici, R., Diatkine J. A. P. Luquet. y J. Luquet-Parat.*: El psicoanálisis de los niños. En: El psicoanálisis hoy. Vol. 1. págs. 197-203. Barcelona, Luis Miracle, Editor. 1958.
- 19 *Mira y López Emilio.*: Psicología evolutiva del niño. Buenos Aires, Editorial "El Ateneo", 1958.
- 26 *Spitz, Rene A.*: El primer año de vida del niño. Madrid, Aguilar, 1961.
- 29 *Zullinger, Hans.*: Los niños difíciles. Madrid, Ediciones Morata, 1952.
- (Traducido del alemán: *Armando Juárez*)