



EL APORTE DE DAVID LIBERMAN A LA TEORIA Y LA CLINICA DEL ANALISIS CON NIÑOS

Jorge Goldberg*

El psicoanálisis con niños ha tenido autores de gran creatividad clínica y fecundidad teórica, sin embargo, se halla en mora respecto de la construcción de instrumentos de investigación sistemática de las sesiones. En nuestro país en los años '80, poco antes de su muerte, David Liberman y colaboradores (1981), realizaron una propuesta valiosa con una categorización diagnóstica original y con una perspectiva vincular de la terapia psicoanalítica con niños. Este artículo se propone presentar esa formulación, no por considerarlas canónicas, sino, porque creemos, merecen ser discutidas.

Al abordar esta empresa, Liberman mantiene algunas de sus propuestas fundamentales previas, a saber:

- 1) La noción de estilos, que articula el saber teórico del psicoanálisis con el semiótico y a ambos con observaciones empíricas de sesiones concretas, para deslindar estructuras clínicas entendidas como modos de interacción transferencial.
- 2) A los estilos del paciente se corresponde un estilo complementario desde el analista, quien aporta al analizando las matrices verbales de las que carece.

Liberman se centra en el estudio del juego en la sesión por ser el modo de codificación predominante de la comunicación del niño en el consultorio. Procura detectar en los juegos, el estilo subyacente y proponer, además, para cada estilo su complementario, con el cual el terapeuta puede aportar al proceso elaborativo del paciente.

El desafío que se propone Liberman (1981), es el de abordar la sesión del niño en el cruce de estos niveles:

* Psicoanalista. Magíster de Problemas y Patologías del Desvalimiento. Docente en la Maestría en Psicología, UCES y en la Carrera de Especialización en Niños y Adolescentes, Colegio de Psicólogos de Morón.



a) El nivel de donde surge la significación psíquica, que localiza en el mundo de la fantasía inconsciente. Corresponde al área semántica.

b) Nivel de codificación de dicha fantasía inconsciente en la estructuración del sintagma de juego. En este nivel es importante dilucidar que el juego se organiza como una gramática y que puede servir de vehículo a diferentes mensajes. Se trata del área sintáctica.

Una misma significación inconsciente puede estar codificada por diversas producciones (por ejemplo: en un caso, una conducta; en otro caso, un juego) ¿Qué significado tiene la diferencia en la codificación? Estas valiosas preguntas orientan la continuidad del libro.

c) Considera la intención con que se emite un mensaje y el compromiso del niño con su propio mensaje. Es decir, puede haber dos juegos con una temática similar, una codificación semejante y, sin embargo, varía en la forma de comprometer e incluir al analista en el mismo.

Así como el adulto no puede atenerse a la regla de la asociación libre, el niño, tal como Klein lo observó, puede quedar invadido de ansiedad e interrumpir su juego. Liberman profundiza en esta línea, intentando diferenciar desde el punto de vista de las áreas semióticas, las interrupciones y distorsiones del juego. Las distorsiones implican actividades que parecen juego pero que no lo son. Esto condujo al autor a buscar una definición operacional, que estableciera cuándo el niño juega en sesión y cuándo no.

En el juego verdadero hay una clara actividad simbólica y un sintagma lúdico organizado. En este caso se da una óptima distancia con el terapeuta, es decir que se lo acepta en su condición de testigo.

Su definición de juego incluye estos elementos:

1. Sintaxis: El juego está organizado igual que una frase. Es un modo de organizar señales distintas, de modo que sus partes están interrelacionadas. Los elementos con que se construye la sintaxis del juego son: acciones, posturas, palabras, etc. Ejemplo: para transmitir el concepto de peligro debe existir en el niño que juega, una capacidad para elaborar coordenadas tiempo-espaciales.

2. Semántica: Se refiere a la posibilidad de atribuir un conjunto de significados a diversos significantes, alejados lo suficiente del referente real como



para delimitar un universo específico: el universo lúdico. Aquí importa la adquisición de la pérdida de objeto. El de la semántica es un campo que incluye diversas pertinencias:

- I - La posibilidad de operar un objeto con una significación original lúdica
- II - La posibilidad de transmitir conceptos organizados en argumentos
- III - El significado de jugar en la sesión
- IV - Estilos de base y fachada

3. Pragmática: Es la relación existente entre el emisor (con los mensajes que emite) y el receptor con los mensajes que recibe.

Se refiere a la relación de compromiso del sujeto con su propósito de comunicar y por consiguiente requiere la existencia de un yo observador -el que tiene consciencia del juego- que impide que el niño se desconecte del juego o sea absorbido por él. Debe existir esta capacidad, que es la que permite que el analista tenga a quien interpretar.

Las modificaciones del juego se dan cuando el niño está en un nivel óptimo de relación con el interlocutor analítico, lo que quiere decir que hay un universo común de diálogo y el niño usa el juego como forma de instrumentar y comunicar lo que él va imaginando.

Sólo se desarrolla juego cuando se puede observar un funcionamiento sincrónico en la expresión y el diálogo con el analista, en las tres áreas semióticas.

El analista, además de decodificador e intérprete del juego, debe ser un acompañante o ayudante lúdico, pero dentro de ciertos límites, que son aquellos bajo los cuales pueda mantener su rol terapéutico.

En el seudojuego priman las defensas patológicas, el niño o bien supone que el analista tiene que saber lo que está haciendo, o bien excluye al analista de su escena. La transferencia es predominantemente negativa, rechazando cualquier medio (juego, pregunta, interpretación), que ponga en contacto su mente con la del analista.

Lieberman *logra describir seis configuraciones de conducta*, que constituyen pseudojuegos y que enumeramos: alucinosis, actuación, acción dramática, juego estereotipado, evitación del juego y estilo festivo.



Desarrollo pormenorizado de los estilos de juego

Juego en alucinosis

Se trata de niños que llegan a la consulta, caracterizados como un personaje que no guarda correspondencia con la edad o la situación vital del paciente. A diferencia de niños que dramatizan, estos niños centran conducta y verbalización en la convicción de “ser” ese personaje. Discuten cualquier intento de colocar lo que dicen en el terreno del “como si”. Esto es lo que llevó a considerar la posibilidad de estar ante un sistema delirante construido alrededor de la propia identidad.

Liberman señala que la clínica de los delirios de identidad en niños tiene dos características cruciales: la convicción irreductible y la perseveración temática. A diferencia de los niños que fantasean y delatan con cierta vergüenza el contenido de sus fantasías, no se avergüenzan, más bien exhiben el delirio y los enoja que no se los tome en serio.

En las alucinosis, el delirio no es franco ni claro. Lo que plantea Liberman es que se trata de “percepciones ilusorias” sobre las que intenta fundamentar su identidad. El yo infantil se traga al personaje y habla desde él.

La función de esta identidad es la de provocar “un alivio del dolor”, cuando la propia identidad infantil no alcanza determinado cometido, o se topa con un duelo no elaborado.

Liberman señala como raíz de este desenlace, la pérdida de un vínculo simbiótico con un supuesto de omnipotencia. El desenlace es la introyección del objeto perdido, de modo tal que el yo se transforma en él. “*La diferencia con el melancólico es que éste muestra la ruina de su simbiosis y el alucinósico, su florecimiento*” (Liberman-1981, pág. 30).

En la historia familiar, se suelen encontrar antecedentes de climas depresivos obturados por defensas maníacas. Por lo general, el niño es entregado a figuras sustitutas, las que toman un rol de pseudo cuidados, que tiene por contrapartida, la pseudo identidad del paciente.

Según el autor, hay una relación fuerte entre el estado de alucinosis y una identificación fuerte que se realiza con el ideal del yo materno, lugar en que se localizan duelos no realizados por la madre, que son los que dan contenido al personaje megalómano que los niños encarnan.



En cuanto al abordaje técnico subraya un par de cuestiones fundamentales:

- a) La discriminación que debe hacer el analista de cuándo se ha de participar en el juego que le propone un paciente funcionando con estos supuestos. Resulta muy peligroso confundir juego con lo que el niño hace al actuar en alucinosis, ya que esto puede provocar una escala delirante mutua.
- b) La interpretación analítica resulta rechazada por el paciente, lo cual hace necesario prestar especial atención al modo de formularla y al *timing* con que se formula.

En cuanto al progreso, la conducta de juego genuino en sesión, corresponde a juegos muy tempranos, centrados en las emociones de un bebé en estado de orfandad.

Actuación

Hay que distinguir las diferencias entre el momento vital, donde en el niño predomina el lenguaje de acción, de aquello que denominamos actuación.

En todo lenguaje intervienen en proporciones diferentes, el lenguaje dígito verbal, el lenguaje de acción y el lenguaje somático. En las fases oral canibalística y anal expulsiva, el niño comunica por medio de la acción -es su recurso principal- y requiere de la madre una empatía capaz de decodificar sus mensajes. Con el desarrollo de sistemas verbales los tres tipos de codificación se integran de una manera sincrónica.

La actuación implica un tipo de conducta en que el lenguaje de acción se organiza con una actividad destructiva. En rigor, cabe distinguir en el trabajo psicopatológico dos categorías: la actuación y la impulsividad.

La impulsividad sería el equivalente del ladrón que pega un tirón en la cartera y la saca. El actuador sería el "carterista profesional" que debe ir armando un sistema escalonado de praxis que, en última instancia, tiende a lo mismo: la situación de despojo que siente la persona cuando se da cuenta de que el carterista le ha robado. La actuación está planificada, no es mera acción aunque, en ambos casos, prime el daño a quien se toma como víctima.

El psicópata no ha llegado a formar los sintagmas verbales suficientes, liga-



dos a la acción e independientes de ella, que le permitan una reflexión adecuada cuando tenga que procesar una necesidad.

La semántica, que no está incluida en los sintagmas verbales, se localiza en la acción. Un paciente de estas características, en lugar de verbalizar la frase "estoy en desacuerdo", se para y se va.

Este tipo de acción tiene un mínimo de intención comunicativa, no comunica ni pensamientos, ni emociones (que el mismo paciente ha podido registrar). Su objeto es inoculario, es tomar posesión del interlocutor.

En la etiopatogenia del estilo, importa la elaboración de la fase anal, a la cual atribuye dos momentos, el retentivo y el expulsivo. En la evolución normal, la etapa anal retentiva implica la integración del lenguaje visceral (el dolor es significado como ganas de defecar), el lenguaje de acción (ir a la pelea) y el lenguaje dígito verbal (caca). En toda esta integración se hace importante el agradecimiento que el niño tenga hacia el objeto.

En la etapa anal expulsiva, las conductas activas de ejercitación muscular, deben encontrar en el ambiente una comprensión adecuada. En niños con fallas en este momento, se suele encontrar una madre que confunde actividad del niño con un ataque personal a ella.

La complejidad de esta etapa reside en que, con la necesidad de desarrollar su motricidad, tiene que aprender a discriminar entre actividades benígnas y destructivas de objetos valiosos para personas significativas. Una madre que no comprende y no limita, es un factor que contribuye a la hipertrofia del deseo sádico anal.

Se trata de madres que no pueden decodificar el lenguaje somático del bebé, por estar poco conectadas con su propia realidad corporal. Suele haber enfermedades psicosomáticas tempranas.

A partir del segundo año de vida, se debe elaborar el trauma del destete, hacer que el pezón perdido se convierta en un buen excremento-regalo para la mamá. Cuando hay desajustes previos puede haber dos tipos de salida patológica: la sobreadaptación (niños con excesiva adecuación a normas sociales, muy vulnerables desde el punto de vista psicosomático) y la inadaptación (niños con tendencia a la impulsividad).

En los sobreadaptados, el proceso de curación se evidencia en la aparición



de sueños o ciertos *actings* benignos, así como en la desaparición de los controles adaptativos rígidos. En los actuadores o inadaptados, la posibilidad de enfermarse, de sentir dolor aún es importante, dado que es una forma de hacer ingresar la emoción por vía corporal, dejar de ser robot.

El padre suele caracterizarse por su poca empatía. Tiene gran valor el sadismo supuesto a un padre o un hermano. La salida suele ser la identificación con un agresor, sobre el que subyace una experiencia de pánico que está en la base de su cosmovisión delirante. Este estado es especialmente el que es evacuado en el mundo o en el otro.

La concepción de la unión con el objeto es vivida como despojo o daño. El paciente cuando recibe en un vínculo satisfactorio, proyecta su propia envidia o celos en un tercero excluido. Por lo general, en lugar de desarrollar escenas de celos, despliegan una situación de gran violencia. Como parte de su cosmovisión, toman los celos como ataques intencionales del otro.

El tedio suele ser el modo en que se expresa la depresión aunque la misma ha sido disociada, no es reconocida. Es importante diferenciar este estado de las depresiones, en las que el paciente siente vacío, desesperanza. El depresivo vive hablando de lo que le falta, el psicópata acusa al depresivo de aburrirlo.

El *acting out* tiene una modalidad específica, es destructivo y suele ser el modo en que terminan los tratamientos. No sólo es una repetición porque la situación transferencial no fue debidamente interpretada, contiene un matiz destructivo para la persona del analista.

La repetición tiene una cualidad absorbente ya que, prácticamente, hay que construir el recuerdo durante el proceso psicoanalítico. Lo que se repite en la actuación dentro de la temática épica, es una historia de decepción y venganza que conduce a una ruina del vínculo.

Por debajo de estas técnicas psicopáticas subyace, por un lado:

- a) La cosmovisión delirante y su interpretación paranoide.
- b) Si se llega a un nivel profundo de análisis se detecta que la vivencia de pérdida genera una situación de desesperanza melancólica, intolerable para el paciente.



Para impedir que esto suceda, utiliza la mayor parte del arsenal psicopático que tiene a su disposición.

En la evolución de estos pacientes, el aspecto espacial (dentro o fuera del consultorio), de la actuación tiene su importancia. En estos pacientes, la maduración neuromuscular precoz significó una huída del espacio cercano al pecho.

Los juegos de pasaje conducen a una “desrobotización” que abarca: 1) la disociación de los aspectos vivos que mecaniza al self y sus vínculos; 2) la estructuración del esquema corporal como coraza impenetrable y 3) la hipertrofia de la evaluación paranoide.

Aparece la preocupación por el tiempo, los celos pasan ser un sentimiento aceptado.

Hay un duelo por los aspectos más enfermos de los padres con los que subyace una identificación inconsciente.

Acción dramática

La conducta típica de estos pacientes es la mímica, la identificación con un personaje al que representan, la exageración, la gestualización que compromete todo el cuerpo y es usada como equivalente de frases. Su conducta se asemeja a la de un actor sobreactuando. Se trata de identificaciones miméticas, no de delirios de identidad.

Estos niños incitan al terapeuta a comportarse como un partenaire sexual perverso. Producen un impacto estético negativo. Provocan un efecto de rechazo por su exageración y su redundancia.

Las escenas que arman, tienden a expresar el recuerdo de una escena sexual perversa.

El riesgo para el terapeuta es engancharse en el rol inducido y anular el desnivel niño-terapeuta. Lo recomendable es tomar la acción dramática como representación de una escena real, la cual hay que describirle al paciente.

Cuando se produce el pasaje al juego, cambia la función del analista quien pasa a ser observador y el niño pasa a ser observado.



Respecto de los sentimientos contratransferenciales característicos, si el terapeuta se siente burlado, predomina un sentimiento hostil en la contratransferencia.

Si hay un elemento de seducción erótica, el afecto en el terapeuta es la fascinación. Cuando predominan elementos perversos en el paciente, la vivencia es de rechazo. Si el afecto más importante es la depresión, la vivencia contratransferencial es de conmiseración.

La acción dramática es, en sí misma, un intento fallido de elaboración de una situación traumática. Quedan fijados a un trauma y hace que los demás repitan el personaje traumatizador.

En sesión se hace evidente desde la asunción y distribución de roles de modo implícito, sin que el paciente metacomunique la existencia de esos roles.

Desde el punto de vista de la psicopatología en tanto que el histérico sintomático es autoplástico, en estos pacientes, las fantasías luego de ser reprimidas encuentran expresión plástica en las dramatizaciones (son el modo peculiar de intentar dominar la angustia). La dramatización está en lugar de la conversión.

Con estos pacientes, en todos los casos, hay que imaginar la forma pasiva de todos los escándalos que ellos hacen en forma activa.

A diferencia del psicópata que induce la acción del otro, este paciente se convierte en el director de una especie de psicodrama, en el cual él mismo, también interviene.

Por eso, cuando fracasa la descarga impulsiva organizada -que es la acción dramática- aparece la conducta impulsiva en que el sujeto rompe cosas a la manera típica de las peleas que se ven en las películas.

Estos pacientes han desarrollado un sistema de señales cuyos mensajes se transmiten a través de roles organizados. Lo que les falta es el espacio interno (el preconscious verbal que ligue ciertos pensamientos inconscientes), que posibilitaría la conducta lúdica.

Tienen algo en común con los perversos: el contenido de la fantasía fundamental. Sin embargo, no hacen perversión en la transferencia, sino drama-



tización. Por momentos esto desubica al terapeuta, sobre todo el quedar incluido en la dramatización.

Un rasgo central es la tendencia a fraguar intrigas en torno al deseo de malquistar amigos y parejas, por celos y rivalidad. Parecen atontados, se suele comentar de ellos que, además de tontos, son malos. El elemento de rechazo que entraña esta opinión es generado por el elemento de burla que tiene el rasgo de carácter histérico; que es una forma de expresar hostilidad.

El concepto de acción dramática permite la posibilidad de entender la peculiaridad de estas alteraciones de contexto, que son recursos defensivos y no ataques al vínculo analítico. En los actuadores dramáticos el problema central, está en el área sintáctica. En el aspecto semántico hay cierta estereotipia y empobrecimiento conceptual; hay también una deformación del significado de la sesión, que pasa a ser un lugar más para dramatizar que para plantear problemas. La distorsión pragmática no es grave, por que el paciente respeta el contexto analítico. Lo que hace el paciente es sobrereactuar, lo que denuncia un menor grado de compromiso con el mensaje.

Predomina la distorsión sintáctica, hay inhibiciones serias en el jugar (como en el adulto a asociar libremente) y se defienden creando un segundo nivel de sintaxis, que desinvolucra al paciente de la situación que verdaderamente lo angustia.

Juego estereotipado

Se trata de una actividad pseudolúdica, que presenta como rasgo esencial la reiteración permanente de una secuencia de conducta.

Traen a sesión un juego preparado y no se arriesgan a incorporar nada nuevo, esta actividad suele paralizar al terapeuta. Estos niños no trasuntan impacto emocional, ni en casa ni fuera de ella. Son controlados y correctos. Tienden a parecer "adulitos" sin que medie una perturbación real de su identidad.

Su curiosidad es muy grande, aunque no lo evidencien. Saben que su control frustra al interlocutor y, en el fondo, están preocupados por su dificultad para comunicarse y por el daño que pudieren producirle al objeto.

Tratan al terapeuta como una materia fecal que controlan, lo que promueve el malestar en la contratransferencia. El analista se siente con riesgo de



ser evacuado con violencia o de ser asfixiado retentivamente. La curiosidad está al servicio del control del objeto. En algún sentido, son conscientes del daño que provocan. Su incertidumbre básica es respecto de lo que le sucede al objeto. Responden con un afán obsesivo de conocimiento, una exagerada introspección de los aspectos lógicos superficiales, evitando el contacto con lo inconsciente.

No tienen un espacio interno para la imaginación ni para el juego (el dibujo en que un pedazo de cabeza aparece cortado puede expresar parte de esta problemática). La excesiva responsabilidad, constituye un rasgo de carácter hipertrofiado.

El esfuerzo por maniatar los impulsos los hace torpes motrices. Este es uno de los modos en que se hace evidente que en el esfuerzo por maniatar los impulsos, se maniatan a sí mismos.

Estos niños desestiman el aspecto pragmático del intercambio comunicativo analítico: vienen a cumplir, no a curarse (por ejemplo, desarrollan gran cantidad de tareas escolares en sesión).

Tienen una especial habilidad para cuestionar el discurso del terapeuta, desde el punto de vista lógico. Se trata de una actividad pseudolúdica que presenta como rasgo esencial la reiteración permanente de una secuencia de conducta.

La dimensión témporo-espacial del juego (distancia, velocidad, riesgo) es comprimida en favor del control.

En cuanto a la relación trauma y defensas, a diferencia de las neurosis traumáticas, en que se repite el trauma, en estos pacientes lo que se repite es la defensa, el ritual. El juego estereotipado es un ritual compulsivo, deja al paciente fuera de la zona de juego, es un ritual anulatorio.

Las técnicas obsesivas son funciones yoicas, en las que está muy comprometida la adaptación social, la forma en que responden a las exigencias del superyó. El aspecto caricaturesco de adultez, es también una burla al superyó con el cual la relación es ambivalente.

El analista debe estar atento a los aspectos hostiles difíciles de captar bajo la apariencia de obediencia. Por ejemplo, el paciente suele "aprender" a dramatizar para cumplir con el terapeuta...



La sobreexigencia está asociada a un aprendizaje violento de códigos, normas, que se instauran como estereotipos, los que ahogan su espontaneidad.

El tipo de moralidad tiene las características de la anulación: placer pulsional-expiación. Cuanto más caracteropatizados, más se advierte la infiltración del sadismo en la moralidad. Por ejemplo: son pacientes muy críticos de la condición en que encuentra el consultorio, la hora, el modo de expresión del terapeuta, la forma de la interpretación. El rasgo moralista abarca tanto su relación con el mundo familiar como el externo.

El tipo de madre es ansiosa que califica rápidamente las conductas en adecuadas/inadecuadas desde un rol de poseedoras de la verdad.

Es muy frecuente que el carácter de estos niños, no resulte para los padres fuente de preocupación, en cambio la sintomatología sí constituye motivo de consulta.

Pretenden controlar al mundo externo como si se tratase de objetos subjetivos, e intentan someter al mundo interno al principio de realidad. El fracaso de esta sobreadaptación, es fuente de enfermedad orgánica.

Tres evoluciones son posibles a partir del lugar que el sufrimiento corporal ocupa en su economía psíquica: si predomina el placer supletorio, narcisista, los rasgos obsesivos se consolidarán en una caracteropatía. Si predomina el placer masoquista, complementario del sadismo del superyó, virará al masoquismo moral. Si predomina la psicósomática, en la adultez, enfermedades graves.

El trato dado al objeto en la transferencia -aburrirlo, dominarlo- es la manifestación de una hostilización que, al principio, fue sufrida por el yo. En el juego estereotipado habría una anticipación de la decepción.

A esta repetición habría que diferenciarla de la que hemos descripto para la actuación, en la cual, si bien hay también una decepción, ésta se presenta como un golpe que recibe un terapeuta ilusionado y luego engañado. En el obsesivo, ni siquiera llega a gestarse la ilusión. Empieza aburrido y termina decepcionado. Hay, en oposición a la histeria, una renuncia anticipada a la satisfacción.

La evolución clínica da lugar al juego narrativo en lugar del estereotipado.



Los indicadores son:

- El niño se conecta con los juguetes del canasto para incluirlos en la narración.
- Atraviesa un período de “hacerle hacer” al analista, hacerlo jugar como una forma de ruptura del estereotipo. Al hacerlo hacer mantiene el control sobre el otro, pero de un modo menos rígido. Puede molestarle si el analista introduce variaciones, pero ya no se irrita, e incluso puede mostrar más abiertamente su curiosidad por lo que pone de sí el terapeuta.
- Desaparece la repetición de un mismo tema. Se asiste a un desarrollo.
- El paciente acepta ser el que juega y que sea el terapeuta quien observa e interpreta. Lo que caracteriza a este estilo, es que prepondera la preparación del juego a realizar y éste sólo se concreta al aproximarse el final de la sesión.

El paciente puede quedar capturado en algún prolegómeno del futuro juego y la acción misma acaece en el momento final de sesión. El argumento del juego permite ver operar al Complejo de Edipo y la angustia de castración.

Es también factible que el paciente no pueda pasar al estilo narrativo. En esos casos, suponemos que detrás de la fachada obsesiva hay una organización esquizoide muy severa o bien un cuadro autista.

El autista pone en juego la forma más regresiva de aislamiento y desmantelamiento, se trata de una suspensión de la actividad mental en general.

Estilo evitativo

Se plantea como pertinente distinguir las fobias infantiles verdaderas, de los miedos normales de la infancia. Estos últimos ocurren en el estado simbiótico y tienen una significación evolutiva. El temor a la separación, la angustia de castración, a la pérdida de amor, no son verdaderas fobias. Aparentemente lo que da el valor de fóbico a una de estas condiciones de angustia es que no quede relevada sino que se fije y, de ese modo, imponga un sello a toda la vida del niño. En ese caso estamos en presencia de una fobia.

Son niños inquietos, que experimentan gran necesidad de movimiento co-



mo medio de descarga de su ansiedad. En este aspecto, se pueden establecer criterios diferenciales con el autista, por su inmovilidad y con el obsesivo que suele ser quieto con momentos maníacos.

La irritabilidad propia del carácter uretral, se incrementa a causa de la restricción fóbica. Se irritan a causa de la pasividad a la que se ven reducidos por inhibición y transforman la actividad en pelea.

El otro polo al que va llevando la restricción fóbica, es la depresión por la paralización vital. Los niños llegan a la consulta irritados y deprimidos.

Es común que se los describa como traviesos e irritables en casa y como sometidos y tímidos fuera de ella. Sea que lo verbalicen o no, suelen tener miedo de ser lastimados o los burlen fuera de casa.

La profusión de ideas es común con la histeria, lo que varía es la temática: el histérico provoca impacto estético y el fóbico tiene como tema el miedo a la agresión.

Es central en sus historias el elemento de amenaza, pero omiten sus relatos su propia ubicación en la escena cuando está comprometida su reacción personal.

Cuando son invadidos por la ansiedad, se lleva a cabo una desorganización en los niveles superiores de integración. Parece una desestructuración de la personalidad de carácter psicótico; la diferencia con la estructura psicótica, es que estas desorganizaciones quedan atrás con mucha rapidez y se reorganizan con facilidad.

El estilo de la conducta en sesión suele variar, desde un comienzo en que predomina la inhibición hasta un momento en que luego de cobrar confianza, el consultorio se transforma en un campo de juego. De ese modo, la actitud dentro de casa y en el consultorio comienzan a parecerse. Esto sucede porque sobre el consultorio el niño hizo recaer una zona liberada respecto de la angustia de castración. Esta solución es muy transitoria y una nueva interpretación puede mudar el sentimiento de seguridad, en otro persecutorio.

En el diagnóstico diferencial, los sentimientos característicos que estos pacientes despiertan en el terapeuta, son la incógnita y suspenso.



Ansiedades y temores básicos:

a) Temor a ser absorbidos por el espacio y explotar en él; b) Temor al contacto físico en juegos y deportes; c) Temor a las caídas en público; d) Temor al desfondamiento.

Estilísticamente son los niños que menos espacio usan en el consultorio, es que ubican la amenaza de castración en el espacio circundante. Son curiosos, pero reprimen su curiosidad, pues temen que sea entendida como lo que en el fondo desean: la intromisión en la escena primaria.

Cuando se sienten amenazados, viven el tiempo como detenido y experimentan ansiedades claustrofóbicas en la sesión; esto explica la incesante pregunta por la hora, las llegadas tarde... es decir, tratan de permanecer en sesión el menor tiempo posible.

En sus relatos hay mucha trama familiar, en su discurso cuentan las diferencias internas en los grupos (las distintas edades, las diversas personalidades), el rasgo prototípico es que "no dan la cara", esto ocurre por la representación de las consecuencias imaginarias de su agresión.

Aunque tienen una identificación sexual heterosexual, permanecen evitando sus deseos hostiles y ambiciosos, los que representan un desafío al padre, lo que acrecienta la angustia de castración. Cuando son invadidos por la angustia aparece la distorsión sintáctica, consumándose la desorganización de los niveles superiores. La transmisión de los mensajes se desquicia, al hablar no modulan bien ni organizan las frases. Aparece un lenguaje telegráfico, sus dibujos resultan pobres, feos y faltos de perspectiva. Esto ocurre, en parte, porque usan el dibujo como técnica de evitación del contacto. El juego se ve limitado porque exige una libertad motriz que, en la fobia, está limitada.

Cuando no están inhibidos pueden mostrar su verdadera riqueza simbólica.

Sus pesadillas suelen poseer un escenario donde se desarrollan escenas de suspenso y terror, las mismas son recordadas con lujo de detalle.

Hemos encontrado que estos niños padecen de fallas sintácticas en la construcción del esquema corporal, acaecidas en el momento en que adquieren la bipedestación.



Viven su cuerpo frágil y liviano como si fuera a despegar del suelo, inflarse y explotar escindiendo y apartando los registros de masa pesada y de sustentación, a los que agregan los temores al desfondamiento y a las caídas en público.

La distorsión en el área pragmática consiste en que, así como son receptores de todos los miedos de su ambiente, también los proyecta constantemente dentro de los objetos externos. El estilo de buscar incógnitas y crear suspenso, implica la característica de estos pacientes de proyectar su propia angustia asustando a los demás. Todo en ellos parece misterioso. Un sentimiento de angustia en el terapeuta, como resto de una sesión con un niño fóbico, es muy habitual.

El juego festivo

Se trata de un estilo maníaco de juego. Estos niños usan el consultorio de un modo peculiar, en toda su extensión. Con su cuerpo, movimiento y juguetes van englobando "todo" dentro de su self, incluidas las personas presentes. Asimismo, es característico que todo lo que incorporan, sale rápidamente sin ser asimilado.

Es notable la velocidad y lo cambiante de su actividad. Suelen ser los que más juguetes tocan y abandonan. No se trata aquí de que comiencen un juego e interrumpan por ansiedad, sino de una modalidad estilística. En los adultos este rasgo se ve en los proyectos grandiosos que formulan y nunca concretan. Este ritmo acelerado conlleva un ritmo eufórico. La hiperactividad se orienta a crear situaciones de júbilo y buen humor, no una finalidad de descarga.

En estos niños, "el código analógico" tiene una riqueza y un desarrollo muy importante. Siendo el rostro, el que a través de la mímica, mayor cantidad de mensajes emite, están pendientes de esos mensajes en los rostros de los demás. A su vez, su propio rostro ha sido privilegiado por la madre como emisor de mensajes. Pero, justamente por estar tan pendientes del objeto externo, su relación con el propio mensaje es superficial.

Existe una doble distorsión: la semántica y la pragmática. Respecto de la primera, estos pacientes están muy pendientes de si el analista los quiere o no los quiere. El significado de la interpretación es absorbido por el eje semántico. De este modo, cualquier intervención del analista es decodificada en los siguientes términos: "me quiere", "no me quiere", "soy culpable",



“estoy perdonado”. Por ejemplo, cuando estos niños preguntan: ¿“vos querés que yo haga esto”? están queriendo significar: ¿“vos me querés, si yo hago esto”?

Una secuela de la distorsión semántica es que toman toda la relación con el analista como un elemento euforizante y el lugar íntegro, incluidas las otras personas que haya en el consultorio, como estímulos para “crear clima”.

Cuando el analista asume su rol, interpretan esta actitud como rechazo.

Estos niños son lectores de rostros, su propio rostro ha sido privilegiado como emisor de mensajes por la madre.

Hay en los padres una demanda de espectacularidad y lo espectacular incluye justamente lo rápido, precoz, brillante y acelerado. Existe una correlación entre un rasgo central de la personalidad de los padres y el tipo de ideal del yo de estos niños. Para sus padres, nada es suficiente y deben ser apaciguados apelando a su amor o provocando su admiración.

En sesión, su risa, su mirada, el clima maníaco que despliegan, son un medio para lograr la apropiación del cuerpo, rostro y el estado de ánimo del analista. Esta es la distorsión pragmática. El analista llega a sentirse agotado por el rechazo que le produce la injerencia del paciente sobre sus emociones, la presión a estar contento y divertido son los que producen el sentimiento hostil del analista.

El problema de concentración se hace ostensible a lo largo de toda la hora, es un problema de pensamiento serio en estos niños. Se muestran incapaces de profundizar en un tema. El estado de embriaguez maníaco (girar locamente, perder el equilibrio), simboliza la huida del mundo interno, la pérdida de la concentración. La caída consecuente del girar, es el golpe del contacto con la realidad.

Las sesiones son difíciles de seguir para el analista, lo que no ocurre cuando pasan a realizar verdaderos juegos.

Estilísticamente, la depresión aparece como la suspensión del juego.

Aparentemente juega, participa, pero este contacto es superficial. Hay pérdidas de objeto y se deprime por ellas.



El enojo está disociado y no puede manifestarse como tal. El enojo queda unido a la pérdida de objeto, que es vivido como el máximo peligro. Temen caer en un estado melancólico, al que temen, por ello tratan de evitarlo de cualquier forma.

Una constante de su conducta es que está excesivamente pendiente y colgada de los otros de modo que no puede separarse bien. Las despedidas, intensifican el pegoteo, genera enojos y peleas. La pérdida de objeto los deja ante la situación de que nadie pueda contener su self infantil.

La contraparte del pegoteo es la hostilidad, que conforma el núcleo autista de estos niños, aquello que está mudo en el vínculo. El vínculo de fondo es una relación de enojo por la separación, ya que no sabe despedirse y hay que arrancarlo como tironeándolo. El tema subyacente dominante es el rencor, ya que su problema principal es cómo manejar la agresión sin destruir.

La amenaza melancólica: En el caso que se expone, los momentos depresivos son importantes (por ejemplo: estar en cama sin hacer nada). Son crisis de desinterés vital.

La estructura sintáctica se conserva aunque su barroquismo genera una información tan abundante que no puede ser asimilada por el analista. Hay siempre varios temas, varios hilos que se van ramificando y se dejan. Desde el punto de vista sintáctico, tienen capacidad para la representación plástica. Pueden armar muy bien la representación de espacios amplios y de las sensaciones de lejanía y cercanía. Cuando están integrados, el juego festivo impresiona como una verdadera superproducción hollywoodense por su despliegue espectacular. Son quizás los niños en los que el despliegue visual y de movimientos en el juego alcanza su máximo esplendor. En tanto técnica defensiva lúdica, en cambio, ese despliegue es extremo y forzado. Se parecen a los maníacos adultos que son ingeniosos, chistosos pero caen igualmente en un forzamiento del recurso humorístico.

Establecen con el analista una relación inmediata, traban amistad con todo el mundo, incluso con la gente vecina al consultorio.

En el juego y luego en la vida, siempre tienen a alguien a quien odiar, que es útil porque les permite mantener la disociación. En términos generales, el paciente ciclotímico siempre tiene motivos para guardar rencor. Caracterológicamente es el "coleccionista de injusticias" y su forma privilegiada de expresar la hostilidad es el reproche.



Reflexiones finales

Este trabajo, se ha dicho, tiene como meta la difusión de una propuesta que pese a su carácter pionero y su originalidad, ha quedado misteriosamente en el olvido, a la hora del dictado de cursos de formación en el área del psicoanálisis con niños.

Para quienes estamos empeñados en el desarrollo de un método de investigación en esta área, este libro de los estilos de juego, resulta una referencia importante, aunque insuficiente.

A más de veinte años de su presentación, podemos sugerir nuevas líneas de investigación, por ejemplo:

- Una correlación más rigurosa entre juegos y metas pulsionales,
- Un estudio sistemático de las corrientes defensivas en el interior de cada estilo,
- La perspectiva de que cada paciente resulta una combinatoria de estilos.

Gráfico: del pseudojuego al juego verdadero

ESTILOS	PSEUDOJUEGO		JUEGO VERDADERO	
	Tipo de juego	Relación	Tipo de juego	Relación
Alucinosis	Despliega una identificación delirante con	El terapeuta integra el mundo	Juegos de conexión con el esquema	El terapeuta aporta los componentes del yo y la realidad
Actuación	El juego camufla la consumación	Terapeuta objeto de un deseo	Juego reglado, Juego	El vínculo se centra en la
Acción dramática	Dramatiza vivencias sadomasoquistas	El paciente induce a sentir impacto estético negativo	Relato o dramatización	El analista aporta a la capacidad



ESTILOS	PSEUDOJUEGO		JUEGO VERDADERO	
	Tipo de juego	Relación	Tipo de juego	Relación
Estilo estereotipado	Juego como medio para controlar al	Promueve el sentimiento de estar bajo control. Aburrimiento	Juego narrativo	El paciente acepta ser el que juega, y que el terapeuta interprete
Estilo evitativo	Juego al servicio de técnicas de evitación	El terapeuta es inducido sentir incertidumbre	Dramatización de escenas cuyo núcleo es el deseo hostil	El trabajo se centra sobre el deseo hostil
Estilo festivo	Juego jubiloso como defensa frente a la pérdida de autoestima y el sentimiento de	El paciente exige estados afectivos, promueve agotamiento	Escenas de berrinche y rabietas	Despliegue del sentimiento de furia con la seguridad de ser tolerado

Primera Versión: 23/2/06

Aprobado: 14/3/06

Bibliografía

Liberman, D.: (1970) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (tomo1); Buenos Aires, Galerna – Nueva Visión.

(1971) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (tomo 2); Buenos Aires, Nueva Visión.

Liberman, D. y cols.: (1981) *Semiótica y psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1984.

Resumen

En los años 80, David Liberman desplegó una propuesta para la investigación clínica en psicoanálisis con niños. Su planteo aporta una nosografía compuesta por seis estructuras clínicas o para decirlo en sus términos, estilos de juego. Dentro de cada estilo define a su vez, un funcionamiento pa-



tógeno (en que describe fijaciones, defensas, tipo de juego predominante y de vínculo en sesión) de uno normal (para el cual define también fijaciones, defensas, tipo de juego y vínculo transferencial). Lo más destacable es que sus consideraciones metapsicológicas se basan en el material que surge del juego concreto del niño en sesión.

Este artículo se propone volver a echar luz sobre esta valiosa e injustamente olvidada contribución teórica y clínica. No se trata de una propuesta acabada, más bien está sujeta a múltiples revisiones a partir de la investigación clínica. Creemos sí, que puede resultar un buen instrumento para diseñar investigaciones que profundicen la investigación sistemática en psicoanálisis con niños.

Palabras clave: psicoanálisis con niños; estilos de juego; juego verdadero; pseudojuego; estilo complementario.

Summary

In the eighties, David Liberman developed a proposal for the clinical investigation in psychoanalysis with children.

His proposition gives us a nosography composed by six clinical structures or "game style" as he describes it. In each style he defines a pathogenic functioning, describing fixations, defenses, type of predominant game and link in each session.

For the normal game, he also defines fixations, defenses, type of game and link in the same variables.

The most remarkable item in his metapsychological consideration is based in the material that derives from the concrete game of the child in session.

This article tries to bring light on the valuable and unjustly forgotten "theoretical and clinical contribution".

This is not about a finished proposal, more over, it is subject to multiple revisions, starting from the clinical investigations.

We believe it could result in a good instrument, fit to design investigation in psychoanalysis with children



Key words: psychoanalysis with child; styles of play; true play; also play; complementary style.

Résumé

Pendant les années'80 David Liberman s'est développé une proposition de la recherche clinique dans le psychanalyse avec des enfants. Il a décrit six styles de jeu; et dans l'intérieur de ceux-ci il a défini un type de fonctionnement normale d'une pathogène (pour les décrire, il assigne: défenses, pulsions, type de jeu et lien transference spécifique).

Le article propose de mettre "en scene" cettés idées, penser à elles, sous la lumière de la clinique et, de la recherche que nous nous développons dans l'actualité.

Mots clés: psychoanalyse avec des enfants; styles de jeu; jeu infantile; style complémentaire.

Jorge Goldberg
Lambaré 1141, 8º, "16"
(1185) Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 4825-3939
jgoldberg@arnet.com.ar