

## Carta APM sobre Coronavirus

Begoña Gomez Moly: Estimados compañeros/as:

En este momento crucial, nos estamos encontrando todos con algo desconocido que nos enfrenta al dolor, al temor y a lo real; afecta en particular, a nuestros niños y adolescentes. Por eso, es necesario por y para todos, nuestra colaboración y participación conjunta.

He hablado con algunas personas que me han comentado su forma de trabajo en las terapias que están haciendo a día de hoy con niños y adolescentes.

Las mayores dificultades surgen en niños de 0-3 años, de 3-6 años (periodo edípico) y de 7-10-12 años periodo de latencia.

- Con **niños de 4 años en adelante**: Parece que, en general, **el uso de Skype** para niños de 4 años en adelante está funcionando en los tratamientos. Hay que tener en cuenta varias cosas en este nuevo encuadre:
  - Los padres van a estar más presentes, y nuestra regla de preservar el secreto (de manera que ellos hablan en sesión libremente sin informar nosotros a los padres) va a estar más contaminada.
  - Además, puede haber una invasión del espacio privado del menor, por las condiciones de cada casa: el ordenador puede estar en un lugar común de la vivienda o en su habitación. Por eso creo necesario ofrecer también otra posibilidad: hablar **vía telefónica**.
  - Si se escoge esta modalidad, (telefónica) y si hacen dibujos, principalmente acerca de cómo ellos están viviendo lo que sucede,

pueden mandarnos las fotos de los dibujos vía WhatsApp y relatarnos por teléfono aquello que han dibujado.

- También está resultando bien, si han hecho un juego (con legos, playmobil, barro, etc.) mandar fotos y explicación por teléfono.
- Dentro de este encuadre, Skype, y dependiendo de las características de los niños, (cuestión que cada terapeuta conoce), hay que valorar el ofrecimiento de un cambio en la duración del tiempo de la sesión, un menor tiempo.
- Los **padres**, mucho más presentes y angustiados, van a tratar de hablar más con los terapeutas e incluso hablar de otros hijos y lo que les pueda estar sucediendo. Hay que tratar de apaciguar miedos y angustias por el bien general del ambiente familiar. Yo tengo esta experiencia y la comparto: Explico a los padres que, dada la situación actual, no puedo atender a todas sus llamadas y les ofrezco que me escriban vía email y yo me pongo en contacto con ellos en cuanto me sea posible. Tener un referente tranquiliza a los padres y al tiempo no invaden la hora del hijo/a que esté en tratamiento.
- En relación al grupo de **pacientes de 0-3 años**, comparto también la experiencia que estoy realizando. Primero hablo con los padres, les hago el planteamiento de que van a llamarme, vía telefónica, a la hora de sesión de su hijo/a, las sesiones van a durar unos 15 minutos. Ellos van a ser los portavoces de lo que hace o dice su hijo/a (cosa que suele pasar también en lo presencial). Si el niño/a no quiere ponerse al teléfono, que no obliguen, que sean ellos los que me relaten lo que hace o dice.

Me ha sucedido obtener como respuesta del niño la negativa: no quiere ponerse al teléfono, pero dura poco tiempo. Después de una o dos veces el niño/a acude a hablar.

Estos planteamientos están basados en el hecho de que **lo que caracteriza el desvalimiento infantil no es la pérdida de la percepción del objeto sino la pérdida de su representación**, el peligro de la no-representación (C. Botella). La envoltura sonora de la voz permite que se mantenga la continuidad de la representación. Esto incluye al grupo anterior, añadiendo la envoltura visual (Skype). Al tiempo, se sigue manteniendo el vínculo.

En general (si es que hay algo general) en estos momentos, deberíamos tener presente más allá de esta situación catastrófica que:

**Los pilares de los niños, esos padres omnipotentes (por ende, también el analista) que les van a salvar de todo lo malo, han desaparecido. Desconfían, el Otro les ha defraudado. Decepción ante la omnipotencia de su deseo y esto lleva al desvalimiento, a la desesperación y a la conciencia de su frágil existencia.**

Nos vamos a encontrar:

- Violencia engendrada por la desesperación. En un círculo vicioso, desesperación genera violencia, a más violencia más desesperación.
- Comportamientos regresivos físicos y psíquicos (en el mejor de los casos, niños que vuelven a buscar su objeto transicional)
- Van a aparecer defensas violentas contra las angustias depresivas.

- Valorar manifestaciones maniacas, su valor positivo al estilo de Winnicott o su valor patológico.

Es necesario:

- Apostar por encima de todo por el inconsciente. Pedir sueños, dibujos, juegos, es decir, apostar por el inconsciente como defensa ante lo real.
- Más que nunca, a nivel contratransferencial, tenemos que estar muy atentos a los fallos, “accidentes” de nuestro propio pensamiento, con cada paciente. Apuntarlos, pensarlos, porque va a ser un modo de que podamos unir, cuando todo esto acabe, el trauma a la neurosis infantil de cada paciente.
- No abandonar la posición analítica.

## **ADOLESCENTES: DEPARTAMENTO DE PSICOANALISIS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. APM, Madrid**

Estimados colegas: La situación que estamos viviendo nos obliga a reflexionar sobre nuestro trabajo.

Con los adolescentes se plantean algunas características singulares:

1) Con los pacientes que ya habían establecido un vínculo la relación se facilita mucho, en general es vía skype o video llamada a través del WhatsApp . En el caso de que la situación sea innovadora, nos referimos a un nuevo paciente que inicia el tratamiento en estas condiciones, nos encontramos con más dificultades, como ya se ha mencionado, no hay un establecimiento previo del vínculo. Esta nueva experiencia requiere de un periodo de adaptación más largo y más complejo.

2) Algunos pacientes se sienten invadidos al observar nuestra imagen tan próxima en la pantalla y piden hablar por teléfono. Ese sentimiento tiene que ver con un aspecto relacionado con el temor a la intrusión, sentir que nuestra imagen penetra en su espacio privado, habitación, objetos personales, otro tipo de ropa.

La curiosidad se despierta más intensamente, al observar que el analista está en otro ámbito que no era el habitual. Todas estas variables suscitan un material analítico que puede ser interpretado si se da la circunstancia adecuada, y así elaborar las fantasías inconscientes circunscritas ante este nuevo planteamiento.

3- Como sabemos, los duelos en la adolescencia se sitúan en un extremo que van desde la angustia de separación a la angustia de invasión. El covid-19 se ha convertido en una encrucijada ante la ambivalencia adolescente frente a su deseo de crecimiento y progresión personal y su tendencia a la regresión ahora justificada por los acontecimientos. Este tema se circunscribe al grupo familiar. Los padres también controlan más a los hijos y pueden interferir en la convivencia. No todos los adolescentes tienen un espacio propio y esto redundará en una pérdida de la intimidad.

Afortunadamente las relaciones online alivian a los adolescentes y los facilitan una cierta autonomía personal al poder relacionarse en grupo. Algunos tienen la oportunidad de asistir a las clases online y a jugar con sus amigos a través de la pantalla, ven series y nos comentan los argumentos. Todo este material es susceptible de ser utilizado para hablar de sus temores, fantasías inconscientes y la hostilidad manifiesta que se ha despertado. Los adolescentes están haciendo un esfuerzo enorme en este confinamiento, teniendo en cuenta su necesidad física de expansión, su vitalidad y las dificultades con respecto a la contención. Al no poder hacer ejercicio físico puede haber una tendencia a somatizar las angustias y desplazarlas a lo corporal. Relacionarse de manera exclusivamente virtual con sus grupos de pertenencia agrava esa vivencia de reclusión.

La dimensión temporal para los adolescentes se hace a veces insoportable:

*Esto del Covit es eterno, pero solo queda ya una semana, ya no se qué hacer con el tiempo, estamos peleando todo el tiempo en casa, todo el día me están dando sermones.*

#### **4) El encuadre**

Conviene que se respete, las mismas horas que se tenían y las mismas normas a ser posible con respecto a los días, interpretando las ausencias y olvidos. Hay que insistir al paciente en el respeto de los límites fuera de las horas de sesión, salvo que el paciente este con un nivel de angustia, y necesite ponerse en contacto en cualquier momento con nosotros. Esta nueva modalidad vía online facilita transgredir el encuadre. Algún paciente ha enviado fotos, chistes e información sobre el Covid-19 fuera de su hora de terapia, como si el analista fuese un colega más.

Algunos pacientes no soportan estas limitaciones del encuadre y deciden posponer sus sesiones o dejarlo aprovechando la realidad externa en complicidad consciente inconsciente con sus resistencias. Hay pacientes que necesitan la presencia real debido a sus deficiencias en la representación y este modo de tratamiento no es soportable para ellos. El miedo a la pérdida real del objeto entraña el miedo a la pérdida de la imagen de sí mismo

Las fantasías relacionadas con la angustia ante la enfermedad del analista y de los padres aparecen de una forma larvada por medio de las películas o las series que ven. En otros casos es de forma directa manifestada con preguntas reiteradas: Usted se encuentra bien, ha tosido no tendrá el bicho ese ¿verdad?

Estas angustias primordiales se resumen en la incertidumbre ante un posible abandono, indefensión y rabia por la conciencia de su dependencia.

#### **5) La contratransferencia:**

Esta situación innovadora analítica debido a la situación de confinamiento y al Covid-19, obliga al psicoanalista a realizar una labor extra contratransferencial. El analista también está en un proceso de duelo

personal y de preocupación real por la salud. Debido a las proyecciones del paciente a veces el analista siente emociones que el paciente deposita por medio de la identificación proyectiva. Si el analista no toma conciencia de esas proyecciones puede contractuar y realizar en acto esos pensamientos no pensados y las emociones y fantasías no sentidas por nuestros pacientes. En este orden, puede ocurrir que el analista tenga reacciones físicas, cansancio, tristeza o fantasías que pueden representar lo que el paciente no está pudiendo poner en palabras.

Directora: Magdalena Calvo

Secretaria: Patricia Solans