

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Materia: Clínica de Niños y Adolescentes

Titular: Prof. Marisa Punta Rodulfo

Teórico Lunes 14.09.09 - VERSION NO CORREGIDA

Docente a cargo: Prof. Carlos Tkach

El tema por el que vamos a empezar hoy son las condiciones de iniciación de un tratamiento, las comunicaciones de tratamiento con niños, el tipo de modalidades de tratamiento que existen en el campo de la clínica con niños y adolescentes y los criterios para la indicación.

Este es un tema complejo desde el punto vista clínico por lo cantidad de variables que están en juego y por la variabilidad de criterios en juego en la clínica pero además por la variabilidad de criterios en la historia del psicoanálisis con niños de acuerdo a las distintas escuelas. Y obviamente de acuerdo a cada escuela, por ello menos en las épocas que dichos pensamientos eran dominantes, donde en cada escuela se privilegiaba un modo particular de pensar y hacer, esto implicaba criterios muy cerrados en la manera de pensar la clínica. Cuestión que, es muy difícil de sostener hoy en día, el monopolio de una sola manera de pensar el trabajo con niños, como consecuencia de mucho recorrido de las distintas escuelas, de la interpenetración de ideas entre escuelas, hoy en día es muy difícil de monopolizar un modo de pensar único en la clínica con niños.

La interpenetración de ideas de distintas escuelas en el trabajo clínico ha dado por decirlo así un fruto valioso, que el de disponer de más recursos para enfrentar situaciones clínicas mas variadas. En el mejor de los casos una buena interpenetración de ideas fructíferas permite a una clínica tener más recursos para enfrentar y reconocer mas variedades de las situaciones clínicas y psicopatológicas.

En los comienzos, el criterio kleiniano intentaba por su posición, y tiene sus fundamentos, que la indicación del tratamiento debía ser para todos los niños sin discriminar mas cuestiones. Que los primeros años de la vida implicaban para el niño el sufrimiento importante devenido por las luchas pulsionales, angustias y entonces todo el mundo se beneficiaría del tratamiento. Ese sería su propuesta universalizable. De más esta decir que es imposible llevar esto a la práctica, aún en un estado elemental con las mejores condiciones sería impracticable. Pero era un criterio que ponía a los clínicos frente a esta situación: cualquier niño que tenía un dificultad por la que se consultaba la indicación era el tratamiento estándar pensado por Melanie Klein

que era un psicoanálisis largo con muchas sesiones semanales, partiendo del criterio freudiano en el sentido de una terapia psicoanalítica, larga, profunda.

Ese modo de entender la clínica, me refiero en particular a esa altura porque ustedes deben saber que en Argentina los primeros treinta años, y luego también, el pensamiento kleiniano ha formado a muchas generaciones de psicoanalistas y el peso de esa transmisión sigue estando presente entre nosotros, entonces sigue siendo un punto de referencia, sin desmedro de sus aportes, entre otras cosas para saber qué cosas no hay que hacer. Qué no hay que hacer no por criterio de autoridad, sino que se han probado ya fallidas dichas indicaciones en ciertos casos que requerían otros modos de abordaje. Hay indicaciones de tratamientos largos que son al modo de Melanie Klein por lo menos en la indicación que son pertinentes a muchos niños, pero hay otra variedad de indicaciones clínicas en que lo pertinente es otro tipo de intervenciones de acuerdo a distintas variables, como la situación clínica la situación parental, la condiciones psicopatológicas que requerían de variaciones en el método terapéutico. Puede decirse que el psicoanálisis de niños originalmente fue la primer práctica en la historia del psicoanálisis que implicó un cambio en el método tradicional inventado por Freud. En el caso de Melanie Klein, sustituir el juego por la palabra, encontrar un guía eficaz de sustituir la ausencia de verbalizaciones, como asociaciones libres, eso ya implicó una transformación del método.

Lo mismo vale para el caso de Ana Freud, que fue también una de las primeras psicoanalistas, que si bien no siguió el camino de Melanie Klein, también le implicó a ella misma, aunque seguía mucho más las ideas de Freud, variaciones de métodos para trabajar con niños. Las técnicas que planteaba Freud ya no se aplicaban a los niños. Los primeros psicoanalistas de niños intentaron servirse de juguetes, del dibujo, del títere.

Pero otra de las variaciones que se comienza a dar progresivamente y hoy es parte del trabajo de la técnica con niños en forma amplia es además de lo que hace al trabajo del dispositivo con el niño, es decir, el tipo de particularidad que hay en el trabajo a solas con el niño (esto es un tema en sí mismo e implica una cantidad de cuestiones) ya es una variación del método analítico clásico por ejemplo tener un entrevista con los padres. Necesariamente como punto de partida de lo que es la recepción de una consulta. El tipo de entrevista que tenemos con los padres obviamente que no es el inicio del psicoanálisis con los padres. Es una consulta donde se habla de alguien que no está allí, que es el niño. Estas entrevistas iniciales con los padres, iniciales, ya configuran un campo particular, nuevo. Que si se lo piensa psicoanalíticamente, como efectivamente lo pensamos, al hablar del niño los padres hablan de sí mismos, pero al mismo tiempo y en lo manifiesto no hablan de sí porque

hablan del niño. Entonces eso ya requiere modos de ver cómo se usa el método psicoanalítico. Por ejemplo necesitamos recibir de los padres información de la historia del niño, datos concretos, historias de situaciones traumáticas, la historia del síntoma. Bueno eso requiere una transmisión de una serie de elementos que constituyen hasta un tipo de anamnesis así, si se trata de la enfermedad pero que no la concebimos al modo de una anamnesis médica. Entonces al mismo tiempo tenemos que tener algunas preguntas que convocan esa entrevista para orientarnos de qué sufre ese niño entonces tenemos que establecer una especie de balanceo de un diálogo abierto donde al mismo tiempo vamos a ir teniendo información que nos interesa para poder nos adentrarnos no sólo en la cuestión de qué sufre ese niño sino de quién es ese niño. No reducimos la entrevista a que nos cuenten la enfermedad, el motivo de consulta y para deducir los síntomas más importantes. Además nos interesa fundamentalmente, también, entender de qué niños nos hablan. Lo cual los involucra a los padres no solo como informantes de un tercero, sino que como informantes de tercero, lo digo a propósito de esta manera, no son para nada objetivos ya que son parte de la historia del niño, están implicados. Además la manera en cómo nos relaten lo que le padece al niño está teñido en cómo es su posición respecto del niño. Tampoco eso quiere decir que todo se reduce al relato. Si bien está el aspecto de relato, el compromiso subjetivo que tiene el relato de los padres, que sin duda lo tiene, al mismo nos están hablando de un ser real al que algunas cosas le han pasado y que algunas cosas le pasan. Tampoco suponemos que vamos a aprehender un real puro del niño, pero tampoco de ningún real. Entonces lo cual es al mismo tiempo que son quienes nos cuentan de un tercero, de alguien que no son ellos, hablan a través de su relato están ellos presentes y seguramente lo están a través de cómo nos hablan del niño y seguramente están presentes en el niño mismo porque han sido sus gestores simbólicos, deseantes. Y además tenemos que ir logrando en estas entrevistas, no importa cuántas sean, es que nos importa la historia de cómo se gestó el niño en ellos, es decir cómo operaron ellos subjetivamente en la constitución de ese niño, no sólo en sus síntomas. Para ir deslindando en los síntomas del niño qué tiene que ver con la historia parental, con la posición de los padres y qué tiene que ver con el niño mismo. Eso es un deslinde que corresponde ir haciendo como investigación en estas entrevistas.

Y por si esto fuera poco el trabajo con ellos tiene que ir generando las condiciones transferenciales necesarias, que se van constituyendo en el hacer mismo, no vienen ya preparadas y no se conquistan de una vez y para siempre, se van construyendo en el propio trabajo. Con lo cual en estos planos de las entrevistas con los padres, el establecimiento de una buena transferencia es una condición para que todo ese

trabajo lo podamos ir haciendo. Entonces tenemos que ir haciendo intervenciones, comentarios, no sólo quedarnos en silencio sino ponernos a trabajar, para tenerlo no sólo como alguien con quienes trabajamos, sino también generar condiciones para que sean personas junto a quienes trabajamos.

Cuando me refiero a las condiciones transferenciales, me refiero a las condiciones transferenciales de toda situación terapéutica, el rapport que permite el trabajo terapéutico pero no sólo eso, eso sería el punto de partida, sino además condiciones transferenciales que permitan trabajar con los padres como sujetos, padre y madre del niño que vamos a atender. Y además no sólo para que podamos trabajar con él sino les diría y más importante todavía para que los padres puedan sostener una eventual atención del niño aunque sea individualmente, porque eso también implica el establecimiento de la transferencia parental con los analistas del niño. Si estas condiciones no están mínimamente instaladas, es difícil que se pueda sostener una terapia corta o larga porque son los padres los que tienen la potestad de decidir si se los atiende o no se los atiende. No importa el grado de perturbación que tenga el niño, en última instancia son ellos los que van a decidir y tienen el derecho de hacerlo. Aunque nosotros tengamos el deber de transmitirles nuestra indicación y necesidad de que el niño sea tratado.

En general, aunque no absolutamente, la experiencia clínica nos dice que a mayor grado de patología mayor dificultad transferencial de los padres y a menor grado de severidad de sufrimiento de un niño más disponibilidad tenemos de los padres. Esto ya lo señalaba Ana Freud, ella pensaba que en las neurosis graves los padres eran más refractarios a aceptarnos, se podía darles indicación pero los padres eran refractarios a aceptarlas justamente por la gravedad, ella no tenía hipótesis del compromiso psíquico de los padres en la gravedad de lo que le ocurre a los niños, pero constataba justamente eso. Y que las neurosis infantiles más leves, que por ahí hasta podían ser etapas del desarrollo del niño y hasta podían superarse espontáneamente (el mismo Freud y Anna Freud entendían eso y otros autores también). Las cosas que les estoy diciendo son contemporáneas, que nombre autores del pasado no es en un sentido recordatorio histórico. Hoy enfrentamos entre los cuadros de neurosis severas de los niños que no hay duda que requieren tratamiento y podemos enfrentar neurosis leves que suelen requerir ayuda, seguramente, pero sabemos que estamos ante cuadros más leves y también podemos recibir consultas de neurosis infantiles, me estoy manteniendo dentro de una conceptualización freudiana, como las llamaba Freud, de aquellas que son episodios regulares del desarrollo, que 'pasan', es decir como un momento que en términos estructurales todos los niños tienen que pasar y en las situaciones más benignas un niño puede pasarlas sin requerir una ayuda específica.

De todas maneras esto no es universal, es universal que un niño pueda atravesar una neurosis pero si requiere ayuda o no, no se define estructuralmente, se define singularmente niño por niño. Lo tenemos que definir por el niño que tenemos frente a nosotros.

Esta consideración de los padres, respecto de la cuestión de los niños no aparece en Melanie Klein, porque no indagó las condiciones parentales aunque fuesen de las más objetivas, que hicieran que los padres confíen en un analista, no hay posibilidades en su método ella sobre este punto. Pero la clínica demuestra que son condiciones necesarias desde el comienzo hasta el final para poder instalar un trabajo con el niño aún cuando podamos definir que no vamos a hacer ningún trabajo con ellos solo mantenerlos al tanto y tenerlos como colaboradores, pero condiciones transferenciales necesitamos que se establezcan.

Melanie Klein hablaba con los padres y tenía entrevistas con ellos, eso sin duda. Seguramente tomaba muchos datos e información de los padres. Lo que no, seguro que no hacía, era concebir el encuentro de los padres bajo una extensión del método analítico, como un modo de encuentro donde ciertas ideas del método analítico se pudieran poner en práctica. Es fundamental esta diferencia. Yo puedo tener entrevista con los padres, como un médico que toma información y cuando estoy con el niño hago análisis y estoy en una situación totalmente analítica.

La novedad que surge a partir de Winnicott y luego a partir de psicoanalistas formados en las ideas de Lacan, es la cuestión de pensar un modo de pensar el trabajo analítico con los padres. En Melanie Klein esto estaba excluido por concepción, porque no había ideas de pensar analíticamente el encuentro de más de una persona con un analista, de apuntar a dos con un analista que además tiene un lazo parental, requiere teoría y además alguna clínica para poder pensar cómo se trabaja con ellos. Qué es lo que aportan Winnicott y Lacan, el Otro, los otros, la madre más de del lado de Winnicott; el Otro simbólico y las figuras de la madre y el padre en sus funciones simbólicas. Eso tienen que pensarlo como un cambio de paradigma en la concepción del sujeto y del inconciente mismo, la aparición de estas ideas. Se requiere teoría para pensar encuentros con más de un sujeto, con la madre y con el niño, o con la madre sola. Los kleinianos tenían una dificultad muy importante al atender niños, en la mejor de las situaciones desde el punto de vista clínico, se producía transferencia de la madre con el analista, porque es la madre y eso es un efecto de estructura, puede pensarse así. El fenómeno automático de la transferencia de los padres con el analista del niño es un hecho de estructura mismo, eso se puede pensar así. Pero los kleinianos tenían el problema teórico y clínico porque no concebían sostener esto. Les parecía inadecuado sostener momentos analíticos con la madre porque no era el

tratamiento de la madre, sino del niño, pero se generaban demandas espontáneas de los padres al analista, porque habiendo un analista con un niño se producen inevitablemente efectos de demanda “¿qué le pasa? ayúdeme con esto ¿cómo le pongo límites? ¿por qué le ocurre esto? ¿qué hice yo para causarle o para merecer esto?”. Y estos efectos de demanda que se producen espontáneamente, el método kleiniano no podía sino rechazarlo. El hecho de introducirlo, de aceptarlo como una demanda, intentar responder a ella generaba un problema porque había que pensar con qué teoría y con qué alcance se puede pensar que se analiza, que se interviene analíticamente con la madre como madre y un niño en otra escena.

Si el inconciente es de cada uno, y esta es la concepción kleiniana, solamente entonces se puede analizar inconciente por inconciente, de a uno. Si el método que es psicoanálisis estándar, en el sentido de tratamiento largo la madre lo único que podía hacer era tratamiento largo para ella con otro analista, pero no había teoría para pensar el interjuego psíquico entre dos sujetos, madre-hijo.

Esto para ustedes no es ninguna novedad, pero en algún momento, a partir de los años cincuenta, en la historia de la clínica con niños, fue una novedad y fue una novedad para psicoanalistas que se formaron en esas ideas se toparon con la aparición de otras ideas que además les servía para ampliar sus recursos de la clínica. Seguramente ustedes ya están formados por ideas que permiten pensar el inconciente como algo más amplio que algo individual en la cabeza de cada uno, que seguramente lo es, pero además forma parte de un discurso que toma a más de un sujeto. Entonces si el inconciente no está solo en la cabeza, está en el discurso, está en el hablar eso permite reunir madre, padre, hijo y escuchar la situación como algo común y al mismo tiempo diferenciando los sujetos que participan. Entonces ustedes ya al recibir estas ideas seguramente sean más fáciles de aceptar, porque han cambiado los paradigmas en el psicoanálisis, pero en algún momento desató inconvenientes.

Pero de todas maneras sigue siendo un problema cómo evaluar, cómo mensurar el tipo de método que se aplica en psicoanálisis. Por ejemplo en la entrevistas con padres ya les venía señalando que si es la demanda de los padres por el tratamiento del niño y queremos que esa demanda genere, trabaje, ya nos abre un campo clínico, particular, esa es una opción. Si además en el curso del trabajo analítico quiero tener una entrevista de la díada madre-hijo. La autoras que empezaron a hacer eso fueron Manonni y Doltó. Empezaron haciendo este tipo de prácticas en Francia y eso le genera acceso a dimensiones de lo real del niño y de la realidad de la madre, del lazo donde podía intervenir. Eso ya implicó una extensión de análisis individual. Porque además no era un análisis de los dos todo el tratamiento. Pueden ser intervenciones de exploración, de ver lo que pasa, de indicar o desarmar alguna cuestión compleja

que haya, eso ya es una extensión del tratamiento psicoterapéutico del método estándar.

Si además hay entrevistas de trabajo con los padres porque sus problemas como padres intervienen en el lazo con el niño en sus dificultades eso ya es otro tipo de extensión. En una época se lo llamaba y todavía se lo llama, se le dice “entrevistas de orientación a padres”. Pero cuando se quiere hacer orientación y mantenerse en los cánones psicoanalíticos, es decir que no es que dictamos recetas de cómo ser padre o madre, pero se toma esa problemática, eso implica un modo particular de pensar este trabajo distinto de lo que es un análisis individual.

Si además hay modos de intervención psicoterapéutica dentro de lo que se llama tratamientos cortos o distintas razones que ustedes van a trabajar en instituciones van a encontrarse con situaciones clínicas donde se pueda hacer un poco en poco tiempo por distintas condiciones objetivas.

Los métodos, las técnicas, a lo largo de los años se han tenido que afinar para estar a la altura de ciertas demandas. Seguramente que no se puede lograr lo mismo en corto tiempo que en tratamiento largo. Le debemos a Winnicott a través de su trabajo en el hospital. Winnicott trabajaba en el hospital como pediatra, luego como psicoanalista y consultor psiquiátrico. Pudo realizar así el descubrimiento de situaciones clínicas que los psicoanalistas originalmente no podían descubrir. O sea que estar en un hospital le permitió acceder a una casuística de problemas y perturbaciones en los niños que hoy son lo que se atienden en Argentina en cualquier servicio, en cualquier institución clínica y en los consultorios. Pero además lo obligó a afinar los dispositivos técnicos terapéuticos para poder estar a la altura de ese tipo de situaciones clínicas y de demandas. (Ahora ustedes van a tener que leer ‘la consulta terapéutica’). Winnicott fue un autor que amplió el criterio de lo que era el tratamiento psicoterapéutico y dijo por un lado tenemos cosas que se daban en un “análisis con todas las de la ley” como dice él. Un “análisis con todas las de la ley” era tener un niño con una frecuencia importante, semanal y larga. “Pero cuando no puedo hacer eso hago otra cosa, cuando es necesario hacer eso a veces es mejor hacer otra cosa y no eso”, al punto que llega a pensar que para ciertas situaciones clínicas como casos agudos, dice Winnicott, a veces es mejor abordarlos, para obtener una cura rápida, a veces es mejor una cura rápida que un tratamiento largo aunque el analista prefiera lo otro. Por decir así, que la consulta terapéutica, la cuestión de lo terapéutico en algunos casos, es lo que puede estar en primer lugar.

La cuestión de lo terapéutico del trabajo con niños sin duda que está en primer plano. Si el psicoanálisis dejara de ser una psicoterapia, no como las demás, quedaría muy poco del psicoanálisis. Pero sin duda que es más que una psicoterapia, que una

psicoterapia común, y es más que la búsqueda de lo terapéutico, la cura no es solo la cura de los síntomas. Pero en niños, en el trabajo con niños, es bueno que lo sepan, estamos sujetos a demandas terapéuticas que podemos responder o no pero la situación de demandas terapéuticas es una presión mayor que tenemos que resolver en la clínica fundamentalmente por la vía de los padres. A veces es posible, a veces no, obviamente que a veces esto coincide con que nosotros podamos trabajar tranquilamente, por lo cual les cuesta entender el tiempo que llevan estas problemáticas y además los síntomas se agravan y además se complican. Entre otras cosas, por eso una buena transferencia con los padres, el trabajo con ellos, permite sostener los momentos difíciles y que entiendan algo de lo que sucede cuando están ausentes porque los padres no están cuando estamos con el niño. Van a ver que es todo un acto, un resultado de las primeras entrevistas que los padres confíen en nosotros para dejarnos el niño a solas ya que no saben lo que podemos hacer con él, qué les podemos decir, de qué le podemos hablar. Este es un acto de confianza por parte de los padres.

En alguno de los casos los padres van a esperar el momento en que alguien se ocupe de los niños y tenerlos a ellos desocupados, a veces es así. Pero muchas veces no es tan así, a pesar de que tienen una duda tiene que confiar en quien le va a dar la ayuda, porque nos dejan el niño, y eso implica un cambio en el posicionamiento de los padres al aceptar que otros pueden ayudarlos. Por ahí el cambio ya viene dado desde el principio, pero por ahí lo producimos en las entrevistas iniciales.

Entonces dice Winnicott en algunas situaciones terapéuticas agudas a veces una solución terapéutica rápida es mejor, sí es cierto, existen en la clínica, pero no me voy a extender ahora porque entraríamos en cuestiones psicopatológicas y esta es una materia clínica pero habría situaciones clínicas donde podríamos decir que para determinada situación el enfoque, el abordaje clínico sería apuntar a que este sufrimiento disminuya, y el análisis será para otro momento, pero eso es lo que podemos hacer por un niño en este campo. Pero esa intervención también es psicoanalítica. Y en otros casos puede estar contraindicado, y además puede ser inoperante. Hay ciertas situaciones que aunque quisiésemos resolverlas pronto no podríamos. O sea que hay algo de esos síntomas agudos, como dice Winnicott, permiten trabajarse con esa urgencia y suponer que con la solución de esa urgencia sería suficiente. Hay ciertas reacciones de la sintomatología infantil que permiten pensar eso.

Pero también hay otras situaciones clínicas, sin duda hay muchas y muy serias, donde el síntoma no es movible con estos métodos, que no dependen del método, dependen de la situación clínica. Hay situaciones clínicas en los niños que indican un historia de

síntomas con mucho sufrimiento, con muchas inhibiciones, con mucha compulsión a la repetición que la única forma de abordarlo es a través de un trabajo largo, sostenido y que la indicación es este tratamiento largo, en el sentido más clásico.

Les decía que había varios planos en el encuentro con los padres. Los voy a citar sin decir que haya alguno más importante que otro, pero sin duda corresponden a elementos que se juegan en estos encuentros.

Podemos empezar por la demanda de los padres, el modo que tiene esa demanda, este es un tema. El modo en que demandan.

Otro elemento es que tienen que poder darnos datos, elementos de lo que llamaríamos la historia de acontecimientos. También en todo eso vamos teniendo otra dimensión de la historia que es lo que Silvia Bleichmar, una autora argentina que lamentablemente falleció hace unos pocos años. Habla de la historia de la historia-acontecial diferenciándola de la historia-relato, los padres relatando y comprometidos ellos en tanto autores del relato.

Hay otra dimensión tal vez un poco más estructural que es la posición de los padres con respecto al niño, es decir la posición inconsciente respecto del hijo, cómo ha sido deseado en la historia mítica de los padres, seguramente Marisa les habló las vez pasada del mito familiar. El mito que se ha armado nos permite ubicar estos elementos estructurales y el posicionamiento del niño en el universo simbólico.

Después tenemos que aunar en la historia los datos, porque estos son planos, la historia de la enfermedad, de los síntomas, y la historia traumática del niño, los elementos que podemos ubicar como traumáticos, que en la historia nos puedan explicar algo del sufrimiento que tienen.

Habría otro plano más que es la reacción del padre a los síntomas del niño. Este es un elemento que también tiene mucha importancia. No solo está el sufrimiento del niño ya producido sino que está también cómo los padres reaccionan a los síntomas, qué capacidad de contención, entendimiento, qué contraactitud genera en los padres los síntomas del niño. Esto se explica por la posición inconsciente de los padres frente al niño, pero también por otros elementos más que es la capacidad de entender cuál es la dificultad de un niño o aquello que pone en juego los síntomas del niño en el inconsciente parental. No les estoy hablando sobre qué participación ha tenido el psiquismo de los padres o la subjetividad en la constitución del hijo o en sus síntomas, no estoy hablando de eso, estoy hablando de una vez ya producidos los síntomas, cómo se las arreglan los padres y responden a ellos y esto forma parte de la historia de los síntomas.

No es lo mismo que los padres no registren el estado de angustia en el niño a que se preocupen y los sigan, entonces cuando vienen a consultar sabemos que ya vienen

registrando algo hace rato, a que vengan a la consulta porque el niño está en la escuela desconectado, no escucha nada y no sabe qué pasa, y cuánto hace que pasa esto? Supongan que dos años. Entonces, haciendo trabajo de exploración, indagación nos vamos enterando que hace cinco empezaron algunos problemitas. Los padres, supónganse que no lo pudieron soportar y “acallaron a gritos” la angustia del niño y lo enmudecieron y eso tuvo una derivación en la escuela ya que está callado y no se entiende por qué. Esto tiene varias explicaciones. Lo de “acallar a gritos” no es mío, lo dice Freud en Juanito. Juanito tuvo la suerte de que como sus padres lo criaron con libertad para manifestar su subjetividad y las cuestiones de la sexualidad eso permitió, dice Freud, que Juanito mostrara su neurosis a “cielo abierto”. Y eso es lo que le permitió llamar la atención sobre los procesos difíciles que estaba atravesando, en lugar de que la neurosis sea acallada a gritos por la educación. Y cuando una neurosis es acallada a gritos por la educación uno de los riesgos es una alteración importante del carácter. El destino puede ser una alteración patológica, importante o seria del carácter.

No solo trabajamos el tiempo de la constitución subjetiva, sino que además está cómo los padres van resolviendo cierta dificultad del niño con su constitución subjetiva y cuando son síntomas que tiene el propio niño. Esto es parte de la complejidad que tiene este trabajo.

Entonces este es otro plano. Hay autores franceses que hablan de eso, contraactitud de los padres a los síntomas y perturbaciones del niño.

Y fundamentalmente en todo esto del mito familiar, de la historia de los padres y del inconciente parental debemos deducir quién es el niño, no sólo la enfermedad o los síntomas, sino alguna idea se quién es el niño que tenemos ante nosotros.

Como ustedes ven oscilamos entre elementos propiamente psicopatológicos, historia, datos y las subjetividades en juego y el niño como subjetividad con la que nos vamos a tener que ver. Porque el niño que viene a tratarse viene porque algo no anda muy bien, pero lo que no anda en la vida de un niño tiene resonancias en los padres y en muchos campos de la vida social, no anda para el médico, no anda para la escuela, para los padres. Digamos que hay muchos campos que van a denunciar que en el niño algo no anda. En esta red va a estar también nuestra acción, estamos tomados en ese campo. Por supuesto que en este campo vamos a tener que mantener nuestra especificidad pero no podemos desconocer que todos estos campos límites en la vida de un niño nos van a hacer de importancia. Si el niño tiene una enfermedad biológica importante, bueno tendremos que escuchar muy bien lo que nos diga el médico, si tiene problemas en el aprendizaje tendremos que saber muy bien qué es lo que nos dice la escuela, si tiene problemas del lenguaje hay interconsultas que realizar.

Tenemos una responsabilidad clínica cuando recibimos un niño. Si bien lo específico nuestro es lo que estamos tratando de delinear tenemos una responsabilidad clínica de ver que otras áreas de la vida de un niño estén cubiertas o hacer las consultas pertinentes si no se han hecho, y si se han hecho tener relación con los otros profesionales, es parte de nuestro trabajo.

Como ustedes ven, todo esto es con los padres, son distintos planos del análisis. Pero no se imaginen que cada una de estas dimensiones sería un capítulo que empieza y se termina. Está por decir así, todo junto en un entrevista donde nos vamos enterando del niño, de aquello de lo que se trata. A medida que vamos indagando, que vamos, por decir así, deslindando estos planos, como resultado de toda la indagación. No tenemos un manual, tenemos intenciones teóricas-clínicas que nos guían para ir pensando todas estas cuestiones.

Pero lo más importante es que las primeras conjeturas de un estudio inicial, primeras en el sentido que son con las que concluimos un estudio inicial las tenemos recién después de ver al niño. Es decir, habiendo visto al niño y con lo que hemos ido discriminando, mensurando de las hipótesis que nos hacemos con los padres, recién después de ver al niño, con los síntomas iniciales, no solo con los síntomas, sino cómo se nos presenta el niño en los primeros encuentros, después del diálogo con él, entendiendo quién es ese niño a cada momento, ahí se nos va a iluminar la historia que hemos escuchado.

Es muy importante esto, porque esto no es al revés, desde la historia parental se define la posición del niño. La historia parental, el mito sí es importante, no puede pensarse sin eso. Pero eso toma luz a partir de conocer el funcionamiento psíquico de ese niño, los significados más importantes, sus fantasías, su modo de simbolizar, de contarnos lo que les pasa, etc.

Es decir que una vez que tenemos clara la estructuración psíquica del niño se nos ilumina lo que nos han dicho los padres, no al revés. Lo que pasa que en la secuencia atendemos primero a los padres, y es imposible al ver a los padres no formar hipótesis y después que vemos al niño las usamos, las ponemos entre paréntesis y vemos qué hipótesis nos hacen tener niño. Entonces tenemos un trabajo que tiene toda esta complejidad.

Me encargo de mostrarles todas estas dimensiones para que vean la complejidad de la cuestión que es irreductible a una ecuación o a una fórmula simple sino que tenemos que tener en cuenta varias variables. Lo que sí tenemos que hacer, a medida que atravesamos este proceso, es tener en cuenta qué es lo más importante, qué es lo que privilegiamos en el momento actual y qué es lo que se vuelve secundario. Y lo que privilegiamos en el momento actual tenemos una conjetura, que es provisional, es un

diagnóstico provisional, no es un diagnóstico exhaustivo, no podría serlo, pero tenemos un panorama que nos permite decir qué tipo de patología es la predominante y que tipo de intervenciones terapéuticas son las que tenemos que utilizar. Y todo lo demás, el tratamiento analítico que consiste en una investigación de estar hipótesis se podría ver si se podría ajustarse, modificarse, reconfirmarse y complejizarse. Esto para decirles que no trabajamos a ciegas, sino con unas ideas que están siempre, que son provisorias, pero que son luces que van iluminando para saber por donde vamos o dónde estamos. Pero no sólo porque nosotros tengamos la linterna, sino que es un trabajo que vamos realizando con los padres y con el niño.

Es muy importante, algo que también parte de la clínica contemporánea, poder tener en cuenta todas estas dimensiones en relación a los padres, esta es una. Otra es algo que seguramente habrán leído los textos de la profesora titular, y es que concebimos el trabajo clínico como algo mucho más activo en esta participación del paciente y de los padres. El trabajo es algo que hacemos en conjunto y cada uno tiene algo que hacer. Digamos, yo no puedo hacer el trabajo de los padres y ni los padres el mío, pero yo puedo hacer cosas para que los padres trabajen y ellos tienen que hacer cosas para que yo pueda trabajar, si no me ayudan a entender yo no puedo entender. Requerimos esa colaboración. Ese es un modo, en que si se da, dicho en términos un poco más conceptuales, que es un modo de la transferencia, que la demanda de los padres trabaje, que no nos tiren un acertijo que nosotros tenemos que resolver con cuatro claves.

Todos estos planos que yo les señalé no nos los van a dar a cielo abierto. Todos estos elementos nos los van a decir entre líneas. Vamos a deducirlo por lo que nos dicen, por lo que nos dicen de menos, por lo que omiten, por lo que nos dicen en el tropiezo, por lo que vamos a poder descubrir en una sucesión y repetición. Vamos a favorecer las disgresiones, no hacemos un cuestionario cerrado y entonces en lo que aparece como una asociación lateral, si la dejamos emerger, puede aparecer algo inesperado. De suerte que estas entrevistas no sean, que ninguna manera es para desmerecerlo, solo una recolección de datos que el analista hace de una fuente de datos que son los padres. Es un poquito de trabajo donde lo padres tienen que mover su visión sobre el niño, darle alguna vuelta, que permita colocarlos desde su posición de queja a otra y que pueda mantenerse.

Esto sirve para los síntomas, para el sufrimiento del niño, sirve para la ayuda que tengamos que hacer, que entiendan. Y como ven todo eso se hace con hipótesis y conjeturas que se van haciendo siempre después. Todo lo que podamos decir de la historia es una construcción que hacemos en la situación clínica que se arma porque por suerte no pudimos seguir el caso desde atrás hacia delante, sin construcciones

que tienen verosimilitud que nos ayudan a ir viendo por qué ese niño tiene lo que tiene y por qué le pasa lo que le pasa.

Respecto de los padres, la modalidad de la demanda, suelo decir que la posición ideal que esperamos clínicamente y la que permitiría sostener un proceso es que frente al síntoma del niño, los padres que concurren a la consulta en una posición que yo la definiría así, identificándose con el sufrimiento del niño y con su situación, no con el niño, sino con el sufrimiento del niño.

La identificación con el sufrimiento del niño ¿qué quiere decir? “pobre hijo, qué mal le está yendo” por decir así, ponerse en el lugar del otro. Si eso se da, uno cuenta con las condiciones para iniciar un trabajo.

Es clásico decir que los niños no manifiestan sufrimiento, no porque no lo tengan sino porque no lo manifiestan, salvo en dos situaciones clínicas muy particulares, ciertas fobias y crisis de angustia aguda. Acostumbro a contar siempre esto porque me parece que es bueno que lo sepan. En las demás situaciones clínicas los niños, en general, tienden a ocultar los síntomas que tienen o padecimientos que tienen. Nuestro trabajo consiste en instalar ese registro, a veces es más rápido y otras más lento. Entonces que el sufrimiento lo registren los padres es lo que permite sostener las consultas iniciales porque si en el niño no está planteado son ellos los que inicialmente van a pedir la consulta. Entonces cómo está indicado que está ese sufrimiento es fundamental, esta es una.

Pero también puede tener que ver y no estoy hablando sobre qué habrán tenido que ver los padres en el síntoma, cuando digo síntomas me refiero a las perturbaciones, trastornos en términos amplios, no soy específico en este momento, no es que, y esto ya es un abuso pero qué papeles se han jugado en la posición parental en el síntoma del niño. Estoy hablando de cómo ese síntoma se presenta en un niño cuando llega a la consulta. Insisto con esto porque una de las cosas que les estoy diciendo puede arruinar el inicio de un trabajo en el primer mes de consulta si no sabemos detectar todas estas dificultades.

Tal vez podría parecer que el inicio es lo más sencillo porque realmente lo más complejo va a ser todo el proceso psicoterapéutico con el niño. Pero esto que puede ser movimientos de partida, de comienzo, de apertura, si no los hacemos bien podemos arruinar las posibilidades de un tratamiento, porque están en juego una cantidad de variables inconscientes que tenemos que tener en cuenta.

Es distinto el caso en que el sufrimiento de los padres, que también sufren, pero que no sufren porque se colocan en el lugar del niño, sino que sufren porque implica una herida narcisista. Es decir, el niño fracasa y los padres lo sienten como su propio fracaso porque no es el niño que cumple el ideal de los padres. Entonces tenemos

sufrimiento, pero tenemos sufrimiento narcisístico y es que no se colocan en el lugar del niño.

En estos casos pueden establecerse sin duda algunos lazos entre la sintomatología del niño y el narcisismo parental. Porque seguramente algo de la estructura parental seguramente tiene que ver con el sostenimiento del síntoma del niño, porque así vemos cómo repercute en el narcisismo de alguno de los padres. Podríamos pensar que en ese caso que el niño le devuelve a la mamá o al papá un golpe en el talón de Aquiles, en su punto débil, les presentifica su castración.

Entonces ahí sí, hay alguna cuestión para pensar y es un tema clínico importante, porque si no desarmamos esto, no de una vez, esto será a lo largo del trabajo, el padre no puede ver al niño como diferente a lo que espera del niño.

La otra posibilidad, también es que los padres sufran pero porque estas configuraciones clínicas son ideas que permiten orientarse desde el comienzo del trabajo clínico, es que estemos frente a padres que sufren pero que narcisísticamente no es que se colocan en el lugar del niño sino porque no soportan los síntomas del niño. Estamos ante posiciones parentales que han renunciado a la responsabilidad de ser padres. Esto es parte de una historia que tenemos que recoger con los padres, cómo han vivido su responsabilidad. Y esto sin duda que es un tema para el sujeto padre y el sujeto madre, y es parte de la historia del niño, este es un tema clínico que hay que destrabar, sin duda.

Pero a veces nos encontramos con situaciones en que los padres, su posicionamiento es desresponsabilizarse con todo lo que tenga que ver con el niño. Esto toma formas crudas o toma formas más sutiles que tenemos que descubrir. Entonces la consulta es un niño que se porta mal y nos los traen para que nosotros arreglemos. Y los síntomas de ese niño son una respuesta a la falta de deseo o al rechazo, lo podemos denominar de distintas maneras, o a la imposibilidad que se puedan hacer cargo, una imposibilidad que toma forma de una impotencia, que eso al menos ya es más sintomático. Pero en otros casos hay directa renuncia y no hay un no quiero y no puedo, hay un no quiero y tenemos que estar preparados. Entonces la demanda es que hagamos lo que no se ha podido hacer en la estructura. En todo caso, al comienzo hay que tener bien cuenta qué es lo que se está jugando porque cuando hay mucha patología en la vida familiar, muchos traumatismos en la vida familiar son situaciones clínicas en que es desaconsejable tomar al niño en tratamiento, porque es muy poco lo que podemos hacer y además estamos destinados a fracasar y entonces podemos favorecer la enajenación de los padres de cuál es su responsabilidad.

La próxima terminamos con el punto tres del programa y avanzamos con la unidad cuatro.