

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Materia: Clínica de Niños y Adolescentes

Titular: Prof. Marisa Punta Rodulfo

Teórico del Miércoles 16/09/2009 – VERSION NO CORREGIDA

Docente a cargo: Dr. Carlos Tkach

Buenos días, mi nombre es Carlos Tkach, soy Profesor Adjunto de la materia. Van a tener conmigo, con esta, tres clases. Luego va a retomar la otra Profesora Adjunta que se llama Adriana Franco. Voy a trabajar con ustedes los temas de la unidad 3, 4, 5 y 6. Voy a trabajar los temas sin desarrollar la bibliografía puntualmente. Voy a hacer referencias a la bibliografía que tienen. La idea es ayudarlos a entender la bibliografía y a desarrollar los temas, ya que para eso son las clases. Los textos ustedes los pueden leer, ¿está claro? Si van leyendo van a tener más elementos para seguir lo que trabajemos de los textos.

La unidad 3, tiene entre otros temas la iniciación de tratamiento, los tiempos de tratamiento, los criterios para la indicación del tratamiento, los tipos de tratamientos, las consultas, tratamientos cortos. Cómo se indica un tratamiento, con qué criterios, en qué consiste el primer trabajo que tenemos que hacer con los padres, porque la indicación obviamente se la van a hacer a los padres. Son ellos quienes tienen la responsabilidad de seguir la indicación que demos o no. La cuestión de la indicación no puede ser ni debería ser meramente una orden, es algo que hay que trabajar con los padres porque sostener una psicoterapia, corta o larga, requiere el compromiso de los padres, para mantener el trabajo que vamos a hacer. Y eso es parte del trabajo que tenemos que realizar no solo en el final sino en el curso de las entrevistas.

Lo que les voy a transmitir es el resultado de mis años de experiencia, que tiene por supuesto la lectura y los conocimientos, pero que también implica una articulación entre distintas perspectivas que ha habido en la historia de la clínica con niños. No les voy a transmitir una perspectiva que corresponda a una escuela definida en particular. Creo que los distintos desarrollos de la historia de la clínica con niños permiten hoy tener elementos clínicos de distintas escuelas, de distintos desarrollos teóricos que son útiles hoy en día, y que convergen en una clínica que podemos llamar contemporánea.

Ha habido muchas maneras de pensar este problema del inicio de un tratamiento, de la indicación, de qué hacer con los padres. Son distintas modalidades de pensar. Esto

tiene ciertos problemas teóricos porque hay referencias conceptuales muy distintas. Pero a la hora de enfrentar la clínica lo más importante es que dispongamos de la mayor cantidad de perspectivas teórico-clínicas para entender qué le pasa a un niño. Porque ninguna perspectiva teórico-clínica abarca todas las manifestaciones posibles de lo que le sucede a un niño. Y además, no es lo menos importante, tener una mayor variedad de recursos clínicos para enfrentar distintas situaciones. Distintas situaciones psicopatológicas, pero también distintas situaciones clínicas, es decir, no sólo tipos de sintomatología como modos de sufrimiento de un niño y su familia sino también tipos de recursos psicoterapéuticos que podemos tener a la mano para dar las condiciones, por eso podemos tener más de uno o varios que se adecuen mejor al caso, a la situación o al momento.

Por supuesto que esto podemos decirlo después de muchos años, como ya les dije, de muchas experiencias clínicas que han demostrado tanto sus alcances como sus límites. Para tomar algo de la historia de la clínica con niños y de la historia psicoanalítica de la clínica con niños en la Argentina, por ejemplo, la teoría kleniana, ustedes deben saber que el origen del Psicoanálisis con niños en nuestro país tuvo que ver fundamentalmente con la concepción de Melanie Klein durante muchos años. Si bien no es una posición que yo sostenga hoy en día, puede decirse que algunos de los conceptos de Melanie Klein siguen vigentes. Pero también es cierto que hay muchas experiencias de seguir los lineamientos klenianos que han mostrado cierta ineficacia por su inoportunidad, por su fracaso. Esto viene al caso porque originalmente, bueno Melanie Klein es una de las primeras psicoanalistas de niños, el criterio general que se tenía seguía criterios del Psicoanálisis de adultos en el siguiente sentido: para todo niño que sufría de sintomatologías (Melanie Klein tiene su manera de entender la sintomatología distinta inclusive a Freud), cualquier niño con algún tipo de trastorno, de sufrimiento, de síntoma, la indicación estándar era el método psicoanalítico, postulado por Freud, es decir un Psicoanálisis intensivo, profundo y largo. Era el único método que se había inventado, no había muchas más ideas a esta altura. Entonces si un niño sufría, el método era atender al niño a solas, individualmente.

Eso es lo que Winnicott va a llamar un Psicoanálisis con todas las de la ley. Winnicott es uno de los primeros autores, no el único pero es uno de los primeros, que empieza a hablar de modos de trabajo psicoanalítico con los niños que él dice no son Psicoanálisis con todas las de la ley. Empieza a encontrar alternativas. Las tiene que encontrar porque las necesita, ya que está trabajando en un hospital. Se recibe en un hospital porque era pediatra, y se estaba formando en Psicoanálisis. Recibe muchos

pacientes que no llegaban a los psicoanalistas comunes. Una de las ventajas de Winnicott es que tuvo acceso a una casuística a la que un psicoanalista formado inicialmente no tenía acceso, lo cual permitió extender los conocimientos del Psicoanálisis al área de la pediatría y la medicina. Entonces siempre estaba con una cantidad de casos, síntomas y problemas que requerían modos de intervención que había que inventar, por razones algunas psicopatológicas de la sintomatología en cuestión. Con un niño pequeño estaba involucrada la madre claramente, pero además porque las condiciones objetivas del trabajo en un hospital limitaban la posibilidad de un Psicoanálisis con todas las de la ley. Era imposible analizar en profundidad a cada niño, además eran niños más pequeños, había una cantidad de problemas. Eso lo obligo a inventar, a re-inventar el método freudiano aplicado no solo a niños. Ya la aplicación del método freudiano a niños es una verdadera reinvención, es una verdadera modificación, más encontrar la forma adecuada de trabajar con niños más pequeños con otros síntomas que los clásicamente neuróticos. No se si saben que uno de los primeros trabajos que escribe Winnicott tiene que ver con un paciente que tiene problemas respiratorios. Son las primeras cuestiones que el aborda. Esos ya no son síntomas neuróticos clásicos que son los primeros que estudia Freud. Para abordar eso tiene que reinventar y es uno de los primeros. Eso da origen a algo que Winnicott lo dice en términos amplios, desde el punto de vista de lo que hace un analista. El dice que hay muchas cosas que hace un psicoanalista que no es Psicoanálisis, pero que solo un psicoanalista puede hacer. Cuando el se refiere a muchas cosas que no es Psicoanálisis esta diciendo que no es el Psicoanálisis en el sentido, como el mismo dice, de todas las de la ley. Con todas las de la ley es un trabajo en profundidad, regular. Cuando el dice que no es Psicoanálisis pero solo un psicoanalista puede hacerlo tiene algo de paradójal porque ¿que otra cosa que Psicoanálisis va a hacer un psicoanalista? En todo caso no será exactamente lo mismo pero sin duda que va a ser un Psicoanálisis.

Otra denominación que tiene este tipo de trabajo que no es con todas las de la ley, es lo que el va a llamar la famosa psicoterapia psicoanalítica. Winnicott no es un autor que haya pensado que entre la psicoterapia psicoanalítica y el Psicoanálisis con todas las de la ley habría una oposición de principios. El pensaba que la diferencia en última instancia entre psicoterapia y Psicoanálisis se restringe, queda restringida, a si el que hace la psicoterapia tiene formación psicoanalítica o no. Es decir, si el que tiene formación psicoanalítica hace psicoterapia, lo que hace no va a ser otra cosa que Psicoanálisis. Winnicott era de dar respuestas paradójales, y sostener contradicciones que no se podían resolver. Digo esto porque nuestro campo de trabajo con los niños implica una variedad de recursos técnicos inevitable, que ya forman parte de un acervo común en la clínica con

niños que salen del Psicoanálisis con todas las de la ley. Sin ir mas lejos, y ahí vamos a uno de los temas, ver a los padres, ocuparse de los padres, implica en la historia, no para ustedes hoy porque están formados en otra generación, pero en algún momento en el trabajo con niños la introducción de los padres en los dispositivos de atención de niños, implica un cambio de paradigma en como se pensaba a los niños. La posición de Melanie Klein era tener con los padres entrevistas para obtener información y punto. Si los padres demandaban se les respondía lo mínimo posible. Si tenían problemas con el niño, no era algo de la experiencia de los padres de lo que un psicoanalista de niños se iba a ocupar. Melanie Klein pensaba que los conflictos que un niño tendría con sus padres, que tendría el niño con sus padres y los padres con el niño, se resolverían mediante el análisis del niño. Ella apostaba a que aliviando la neurosis del niño se aliviaría el conflicto que el niño les plantearía a sus padres. No van a pensar que es una idea trasnochada, en muchas situaciones clínicas puede ser el modo adecuado de pensar. Hay muchos niños que por su propia neurosis, por sus propios síntomas, generan conflictos con los padres, y lo que los va a aliviar es el trabajo con ellos. Pero indudablemente esto no es en toda la clínica, hay muchas situaciones en las que los padres están involucrados sin ninguna duda y hay que poder trabajar con ellos también. Melanie Klein, por método, por su concepción, en todo caso mandaba a los padres a analizar. Un kleniano mandaba a todos los padres a analizar, no los analizaba el sino que los mandaba a analizar. No es que no tenían respuesta, sino que no había una respuesta que integrara en el trabajo clínico a padres e hijos. Entre otras razones, fundamentalmente porque no había teoría que pueda pensar pensar padres e hijos en algo común. Teóricamente para poder trabajar con eso clínicamente. Era algo así como si se pensara el trabajo por el inconsciente de cada uno de a uno. En cambio, tomar el caso familiar implica tomar el inconsciente de los tres, de lo que los une, de lo que tiene cada uno, del lazo, para eso se requiere de teorización y de recursos técnicos para trabajar con varios inconscientes simultáneos o algo inconsciente común.

Sin duda que en la historia del Psicoanálisis con niños la aparición de Lacan, y de Winnicott antes, introducen el otro del niño, los otros del niño. Eso amplía la comprensión clínica, no solo la psicopatológica. Amplia la concepción del niño y provee ideas para pensar modos de abordaje de la situación que comparten el niño y sus padres. El pensar al niño es introducir a los padres en nuestros dispositivos. Ya en las entrevistas con los padres pensar psicoanalíticamente, no como una mera consulta médica donde los padres nos dan datos del niño y nosotros tomamos información, sino considerados como los gestores de nuestro paciente. Aquellos que encarnan las figuras que ha constituido este

niño, y que tienen que ver con su historia y con sus síntomas. Incluirlos hace que esa entrevista sea algo más que el relato de lo que el niño no nos puede dar. Es difícil que un chico nos pueda contar cosas históricas que nos van a ordenar lo que es su vida.

Eso que se llama la consulta por los padres ya implica una modificación en el pensar en qué consiste ese encuentro desde el Psicoanálisis. Por ejemplo, son entrevistas iniciales si, de un paciente que son los padres no. Son entrevistas iniciales de unos adultos que nos vienen a hablar de un tercero que no está allí. Eso forma parte de la historia del niño, lo quieran o no lo quieran, lo puedan reconocer o no, de la historia de los problemas del niño. Se sientan más involucrados o menos involucrados, pero forma parte de eso. Y además forma parte en un sentido importante del padecimiento que el niño tiene. Ese padecimiento los toca de alguna manera, en mucho o en poco, o les perturba, pero eso es parte de la situación. Pueden estar más o menos involucrados subjetivamente. Pueden haber jugado un papel más o menos determinante en la formación de los síntomas que tiene el niño. Sin duda han jugado un papel determinante en la constitución del niño como sujeto, no solo de sus síntomas, no solo de sus problemas.

Ese encuentro que demandan, que es una forma de demanda, ya que los padres vienen a pedirnos ayuda para el niño, instala particularidades. Vale la pena que les diga que el proceso inicial incluye ese trabajo con los padres de investigación de los problemas del niño, y que en su final permite concluir en alguna indicación, es tan importante. Es tan importante desde el punto de vista clínico, no solo en el sentido de poder ubicar la problemática principal o predominante con la que vamos a empezar a trabajar, y tener una especie de diagnóstico provisorio que nos de algunos parámetros de por lo menos los elementos centrales que están en primer plano, no solo para eso. Sino para, en el trabajo con ellos, instalar las condiciones de lo que después vamos a poder hacer. Es decir, necesitamos que ellos no sean meramente espectadores pasivos del protagonista-niño. Tenemos que constituirlos en protagonistas del problema aunque el que tiene los síntomas sea el niño. Dejamos que ellos participen, que nos ayuden a entender lo que pasa. Y además tenemos que generar las condiciones para que el trabajo ese se pueda hacer, para que la investigación se pueda hacer. Las condiciones de una transferencia positiva con los padres que los ponga a trabajar junto con nosotros para entender que le pasa al niño. Una transferencia positiva no en el sentido estrictamente psicoanalítico, sino en el sentido más global de un buen rapport para un trabajo en conjunto. Pero también de transferencia positiva porque tenemos que ir instalando en los padres la posibilidad de

pensar un saber posible que hay que descubrirlo, hay que descifrarlo, etcétera, sobre lo que ha pasado con el niño y lo que ha pasado con la historia familiar.

Es tan importante porque si esto no se desarrolla adecuadamente, en varias dimensiones, puede fracasar la posibilidad de un trabajo con un niño en ese mismo proceso. Eso depende, por supuesto, del tipo de familia, de padres, con que nos encontremos. Hay de todo, hay padres que ya vienen preparados a hablar de que el niño va a ser tratado, hacemos solo ese trabajo y ya la difusión que tiene la clínica psicoanalítica en nuestro país permite que algunas cosas se nos faciliten, y no obstante tenemos que hacer ese trabajo igual. Pero en algunos otros casos enfrentamos situaciones de demandas que no están encarnadas por los padres, están encarnadas por situaciones objetivas como la escuela, la medicina. Los padres vienen a cumplir, digamos en principio con la mejor buena voluntad, y nosotros tenemos que instalar en ellos en qué consiste nuestro trabajo que no es igual que el del médico. Sigue existiendo mucha población que no sabe a qué nos dedicamos y qué hacemos. Entonces tenemos que generar esas condiciones, no pensar que están dadas, porque de eso depende la investigación y el entender inicial.

Alumna: Cuando vos decís de trabajar con los padres, ¿es en paralelo de trabajar con los chicos?

Yo estoy hablando en principio del trabajo inicial de investigación. Son las entrevistas iniciales que se puedan tener para lograr una conclusión. De allí pueden surgir algunas indicaciones clínicas, algunas indicaciones de tratamiento. Una puede ser indicar un tratamiento para el niño. Pero hay otros recursos que amplían las posibilidades. Se ha visto ampliado el tipo de trabajo que hacemos, por ejemplo el trabajar con los padres. En algunos casos es parte de la indicación, además de trabajar con el niño o no. Se puede trabajar un periodo con los padres como única indicación, o como paralelo con el trabajo con el niño. O se trabaja con los padres durante un periodo y nada más, o hacerlo espaciado, también se puede combinar. O el trabajo solo con uno de la pareja parental, con la madre sola, con el padre solo. Otra opción es trabajar con la madre y el niño, como un momento del trabajo analítico, como un momento o una línea de intervención.

Todas estas formas provienen de distintas fuentes, de experiencias clínicas, e implican modificaciones y adaptaciones de lo que es el trabajo analítico. No en su núcleo fuerte, pero sí en los modos de aplicarlo. Requiere la aplicación clínica de flexibilidad, ductilidad, y el uso de formar de poner a trabajar el pensar. Eso hace a parte de nuestra

formación, y que nos permite disponer de más recursos para más situaciones clínicas. Si el niño se quiere quedar con la mamá, que esto es algo de todos los días. ¿Cómo tomamos esa situación? Si pensamos que la intervención de la mamá conviene o no conviene. Son todas decisiones a tomar que no son caprichosas, siguen ciertos criterios que vamos a ir teniendo. Hacen de nuestra clínica algo muy distinto a la clínica individual de un niño e incluso en algunos casos de un adolescente con el cual los padres tengan poca participación. Pero claramente de toda la clínica de adultos. Esta es una de las particularidades de nuestra clínica. Ya lo es el psicoanálisis de un niño a solas, eso es ya con parámetros específicos, nuevos, en los que me voy a detener cuando hablemos del juego y del trabajo con el niño. Todo este cúmulo de cosas que les voy diciendo que hacen a lo previo, son centrales y son parte también de esta especificidad.

Varios planos se juegan en estas entrevistas iniciales de los padres. Es importante, quiero señalarles, que hay que convertir esos encuentros en encuentros de trabajo de los padres, y de nosotros con ellos poniéndolos a trabajar, a partir del motivo de consulta y la demanda en cuestión. Y tenemos que generar un clima de trabajo, distendido, tranquilo, donde lo que proponemos es que nosotros dirigimos la entrevista, por supuesto, ya que tenemos idea de lo que queremos ir a buscar, pero tiene que implicar también el permitirles a los padres que desplieguen lo mas libremente todo lo que tienen para decir. O sea que es una entrevista que tiene aspectos donde hay cosas que vamos a ir a averiguar, a preguntar, y aspectos en los que los vamos a dejar que digan lo que tengan para decir. Por supuesto, el clima de asociación libre posible hay que mantenerlo. No asociación libre en el sentido de decir todo lo que piensan porque como método ideal es imposible, pero si que ni bien hay direcciones asociativas aprovecharlas porque salimos del discurso ordenado y podemos convertir ese encuentro en el descubrimiento de algo inesperado. Hay que favorecerlo, hay que preguntar sobre lo que no se nos esta diciendo. Escuchar lo que no se nos dice, o lo que se dice entre líneas. Las cosas no se nos dan a cielo abierto, tenemos que trabajar para obtener la mayor cantidad de información y material y leer entre líneas los momentos que se evitan, que se oscurecen, o se bloquean, etcétera. Del transcurso de esas entrevistas tenemos que obtener algo. Hay que entender de qué sufre ese niño. Y no solo la historia del niño y sus problemas, su enfermedad o sus síntomas, sino ir armando y construyendo la historia subjetiva, la historia del sujeto. Nada de lo que les estoy diciendo se da por capítulos, ahora primero los datos, después la historia clínica, ahora la historia de la enfermedad, ¿me entienden? El trabajo nos va llevando en cierta dirección, y nosotros tenemos los conceptos o las pautas.

La historia del sujeto nos lleva a la historia mítica. Marisa Rodulfo les debe haber hablado del mito individual, del mito familiar. Eso es parte de lo que indagamos, averiguamos, preguntamos, y escuchamos mas allá de lo que nos dicen, para hacernos un panorama del mito que se ha armado. Entre otras cosas lo que Silvia Bleichmar, una autora argentina muy importante, llamaba la estructura edípica de partida. La estructura parental pero como lugar de partida del niño desde la gestación del niño. No como estructura definitoria de lo que va a ser el niño como sujeto, sino como la estructura parental en términos de la madre, en términos del padre, y el lugar del niño en esa trama, como un heredero de las cartas de partida en la historia del niño. Además está la historia del niño, la historia de lo que le ha ocurrido, las vicisitudes que ha tenido él y su familia. Todo eso son elementos que nos tienen que ayudar a entender quién es ese niño y por qué sufre, y qué hipótesis podemos hacer del por qué. No las vamos a agotar en ese periodo de consulta, pero es un momento de indagación al que hay que sacarle el máximo provecho. Es muy frecuente, en la mayoría de los casos, les hablo de mi experiencia de muchos años en hospitales y consultorio, que los padres vienen a esa primera consulta en general, como todo paciente que llega a una primera consulta, con una expectativa importante.

Winnicott, nos habla de la consulta terapéutica, que es un dispositivo que él inventa. Es una de las variantes del dispositivo de trabajo clínico, que es muy valioso y muy interesante. Él dice que el paciente viene a la primera entrevista con una expectativa muy grande. Entonces trata de estar a la altura, por decir así, de esa expectativa. Y sacarle el máximo provecho a esa primera entrevista. Él lo dice para este dispositivo que tiene particularidades en la que ahora yo no voy a entrar, pero lo importante es que todo paciente viene a una primera entrevista con una expectativa significativa. Y es importante sacarle el máximo provecho, no porque no vamos a tener otras oportunidades. En la consulta terapéutica estrictamente hablando, Winnicott señala que puede no haber una segunda oportunidad. Sacar el máximo provecho a la primera entrevista es fundamental para instalar el proceso que vamos a realizar. Entonces nuestra posición no puede ser meramente pasiva, de tomar datos y de interrogar, y que los padres sean fuente de información.

Les estoy diciendo cosas de cómo se piensa la clínica contemporánea en muchos aspectos. No solo el paciente es un proveedor de información y nosotros tomamos datos. Nuestra actividad tiene que consistir en hacerlo trabajar, en hacerlo pensar. En introducir elementos que ayuden a que despliegue lo que está queriendo decir y no lo puede especificar. Quiere decir que es un trabajo en conjunto el que hacemos con ellos, para

que pueda ser lo mas productivo, para darnos mas material, para pensar ellos lo que todavía no habían pensado del niño. No es para nada infrecuente que en una de estas entrevistas los padres piensen lo que nunca pensaron de su hijo. No siempre ocurre así, pero hay momentos fructíferos en los que repiensen algo que nunca habían pensado, con lo cual ya hay efectos en las primeras entrevistas. Ya hay efectos de ubicarse respecto del niño de otra manera. Eso no es que resuelve el caso, de ninguna manera, pero ayuda a empezar a entenderlo y los padres pasan a ocupar otra posición. Porque los padres no son solamente el testimonio, no son testigos del niño, son parte involucrada. Por un lado nos va a dar material de importancia, y por otro lado están involucrados en cómo nos cuentan la historia. Entonces nos interesan en tanto sujetos que han tenido que ver en la constitución del niño como sujeto. El niño del que nos hablan, además de ser un niño real al que todavía no conocimos, es también un niño que ha crecido en la subjetividad de los padres, en su narcisismo y en su propia historia edípica. Eso es parte de las cosas que tenemos que averiguar.

Como ustedes ven, desde esta perspectiva, el papel de los padres suena altamente comprometido. Pero no es menos importante recolectar elementos de la historia del niño que implican acontecimientos, datos, cuando empezó un problema, cuando terminó, cómo es la vida familiar, cuando aconteció tal situación que fue traumática, por ejemplo cuando la mamá empezó un trabajo y eso cambio la familia. Se trata de elementos históricos que tenemos que ir escuchando, de lo que nos cuentan en general, porque por ahí nos lo dicen sin que se lo preguntemos. Y sino ir a buscarlos para tener el panorama de datos de lo que antes se llamaba, en el trabajo con niños, la historia evolutiva. El problema de la historia evolutiva es que se estudia al niño como si fuera un sujeto aislado con una serie de procesos. Sin que hagamos una historia evolutiva lo que nos interesa es saber sobre el niño y lo que le pasó. Cómo fue atravesando lo que llamaríamos en otros términos las etapas de su constitución subjetiva, con qué síntomas, con qué dificultades. Y ahí hay indudablemente una cantidad de elementos, que llamamos datos, que tenemos que recolectar, y ese es otro aspecto. No es solamente ver la implicación subjetiva del niño con sus padres, sino también la historia. Conocer la historia implica tener una serie de datos. Eso seria lo que podemos llamar la historia de los acontecimientos. Pero también esta en lo que los padres nos relatan lo que seria la historia de datos, es decir, que al relatarlo arman la historia del niño. Además tenemos su posicionamiento respecto del sufrimiento del niño, no menos importante. Por un lado, si los problemas que tiene el niño llegan a constituir un aspecto de su propia demanda, por decir así. Lo digo de esta manera, si es que están implicados o vienen porque lo dijo la maestra y no tienen más

remedio que cumplirlo. Si estamos en una situación así de que los padres vienen a cumplir tenemos que trabajar para instalar la posibilidad de demanda, la interrogación de ellos. Y ayudarlos a que empiecen a pensar lo que no habían pensado hasta ahora. Eso es parte de nuestro trabajo. Tenemos que tener en claro en qué lugar están los padres porque es parte de lo que tenemos que testear y tratar de instalar en estas entrevistas. Y si lo instalamos o no lo instalamos va a hacer que de eso dependa lo que podamos hacer con el niño.

Tengan en cuenta que para poder sostener el tratamiento de un niño, un trabajo psicoterapéutico, es fundamental haber conquistado, logrado, instalado, una transferencia positiva de los padres. Transferencia positiva de los padres que no quiere decir necesariamente transferencia analítica con el analista del niño. Quiere decir transferencia positiva de los padres para el análisis del niño, es decir, con la capacidad analítica del analista para el niño. Nos tienen que poder ceder a su hijo para que lo analicemos. Eso implica algo que Winnicott llamaba, en otros términos, confianza. Tienen que tener confianza en que lo que vamos a hacer con su niño es algo que lo va a ayudar, y además con el método que estamos aplicando. Entonces si el método que estamos aplicando lo conocen poco, hay que ponerlo en acto en algunas dosis en el trabajo con ellos. Los hace entrar en la dinámica en qué consiste nuestra manera de pensar y de trabajar, que no es la de remedios, que no es la de recetas. Se trata de hacer trabajar el inconsciente. Eso requiere ser instalado. Si eso no está es difícil que podamos obtener un trabajo analítico con un niño. Por eso es una de las primeras condiciones que necesitamos lograr para que un trabajo pueda iniciarse pero además mantenerse. Eso requiere que con los padres a veces tengamos que jugar un papel explicativo, mostrarles de donde sacamos las ideas, para introducirlos en nuestra manera de pensar. Transmitirles por qué el niño tiene tales y tales problemas implica un trabajo explicativo, no porque les demos clases, sino que tomando los elementos de la historia los vayamos introduciendo a una disciplina a la que no se tiene acceso fácilmente. No trabajamos solo con los padres, trabajamos junto con ellos.

Alumna: Contrariamente a lo que dice Freud en “Consejos al medico”, que no hay que hacer una acción pedagógica, en este caso con los padres, ¿si estaría indicada en un sentido explicativo?

Si, primero contesto que si. Pero no es lo último que dijo Freud sobre la cuestión explicativa y la terapia psicoanalítica. Lo que dijo en “Consejos al medico”, lo dijo allí y

está claro. El método psicoanalítico no puede ser educar. Pero tiene algunos desarrollos donde llega a decir que el análisis es una post educación. No porque él sea un educador, sino que hay efectos del análisis que implican una nueva manera de prepararnos para la vida. El mismo Freud usaba de cierta transmisión de saber para generar las preguntas por el inconsciente. Hay un modo de uso del saber para generar el deseo de saber, para sentir el deseo de saber. Un señalamiento explicativo genera una idea que nunca se había pensado. Es amplia la manera de usar esto que se dice educación. Por lo general decir educación y Psicoanálisis parece una especie de pecado capital. Pero para nada podemos decir que la clínica no tenga alguno de estos elementos.

Tenemos que estar preparados en todo este proceso a recibir las transferencias, lo que Mannoni llamaba transferencias múltiples. Un psicoanalista argentino, ya fallecido, que se llamó Diego García Reinoso, también hablaba de las transferencias múltiples. Es decir que el analista del niño no solo tiene la transferencia del niño, tiene la de los padres, tiene la de la madre y la del padre. Hay que estar preparado para recibir y para sostener esas transferencias. Si estamos disponibles para los padres es por el solo hecho de que hemos trabajado con los padres de esta manera, como los voy introduciendo, ya genera que nos podamos constituir en objeto de transferencia. ¿Esto que quiere decir? En objetos de demanda. Los padres pueden venir a preguntarnos “¿cómo hacemos con eso?”, “no puedo resolver este problema con el niño”, “¿hasta donde va a seguir este problema?”, “ayúdeme a entenderlo”, o “tengo peleas todos los días con él”. Ya el ser objetos de demanda es una constatación de que la transferencia está instalada, entonces ¿cómo manejar esa transferencia? Trabajar con ella es parte de nuestro trabajo. Mas allá de cómo podamos resolverlas, entenderlas, mas educativamente, menos, interviniendo, se abre todo un campo que abarca las distintas escenas que les dije, como la madre del niño, los padres, la madre y el padre a solas. Distintas formas en que vamos a trabajar con el niño. Para tomarlo en términos amplios, se abre un campo donde hacemos intervenciones analíticas pero no hacemos un proceso diagnóstico en el sentido de un paciente regular.

En el proceso analítico de un niño tal vez las intervenciones que podamos hacer con los padres, a lo largo del tratamiento de un niño, aunque sean pocas, en si mismas constituyen un microproceso. Pueden constituir un microproceso. Es decir que entre el grupo de entrevistas que hemos tenido, donde hemos hecho o podido hacer intervenciones analíticas, salteadamente, hago la diferencia del tratamiento. Yo creo que no está impedido en un campo transferencial de esta naturaleza, no está impedido que podamos hacer intervenciones analíticas. Es decir, que estemos impedidos de hacerlo

porque los padres no sean nuestros pacientes. Mucho más cuando tenemos demanda, porque si hay demanda es porque tenemos transferencia. Tenemos intervenciones, lo cual es distinto de lo que hacemos en un proceso de psicoterapia con un niño. No es menos proceso con un niño, puede ser mas largo o mas corto, no depende de eso que haya habido Psicoanálisis con niños. Pero aun con los padres, aunque sea por decir salteado, en la medida en que pueda haber demanda y se vaya trabajando, enhebrando, paralelamente al trabajo con el niño eso constituye un proceso también. Aunque sea micro respecto de, como decía Freud, de la trama psíquica de la madre con el niño. El proceso analítico, cualquier proceso analítico, no se analiza todo, y todo junto y de una vez, y todo al mismo tiempo. Freud lo que decía, con mucho criterio, es que los contenidos del inconsciente van entrando en la situación analítica por piezas. Ciertas piezas de la cuestión de la madre con el niño, de los padres, pueden ser algo que va entrando. No toda la subjetividad padre-madre, sujetos hombre y mujer que están en el padre y la madre, sino alguna dimensión que sea relativa al niño que estamos atendiendo. Esto es lo que diferencia este tipo de intervenciones conceptualmente de lo que es el análisis de los padres, un Psicoanálisis individual de los padres. Esta es la pregunta, si uno tiene entrevistas seguidas, ¿es el análisis paralelo de la madre, o de los padres? No, no lo es, porque todo ese trabajo tiene que ser siempre relativo a lo que tiene que ver con el niño, a la fantasmática de la madre con el niño, a la identificación, al rasgo del síntoma del niño que tiene que ver con la madre, etcétera. Es un modo de trabajo que no es el estándar, pero que es clave de nuestra clínica.

Sin decírselos yo he usado para hablar de las distintas intervenciones, de lo que hacemos con los padres, de la investigación, a distintas referencias teóricas. Hay cosas de Lacan, hay cosas que no son de Lacan, otras de Melanie Klein, hay cosas freudianas, hay cosas de Winnicott fundamentalmente. La ventaja de los elementos de la concepción contemporánea es que podemos servirnos y poder pensar esos encuentros en distintos planos que complejizen, tener más elementos para ubicar en que consiste lo que pasa con el niño.

La posición de los padres respecto del síntoma del niño es una cuestión singular que me importa destacar. Cuando digo la posición de los padres respecto al síntoma no estoy hablando de lo que decía antes de que papel han jugado los padres en la gestación del síntoma, o de la dificultad del niño. No estoy hablando de eso. Ahora me estoy refiriendo a en qué posición se ubican los padres respecto de las dificultades que el niño ya tiene. Que es la posición con la que vienen a la consulta. Eso es un tema clínico también en si mismo. Como los niños no manifiestan sufrimiento, salvo en situaciones muy específicas,

el sufrimiento está del lado de los padres. Son ellos los que se hacen cargo del padecer del niño y de la demanda. Por lo menos en general los niños no manifiestan, no quiere decir que no sufran, quiere decir que no llevan la voz cantante de sus problemas. Un niño puede tener ciertos problemas de aprendizaje en la escuela y no decir tengo un problema. El problema que tiene es que la maestra le pone incompleto, la madre se enoja porque no hace la tarea, es decir que el problema es del mundo externo pero el no tiene un problema como tal. Tiene el problema de ir a la escuela, no la aguanta más y quisiera irse a jugar y que no lo obliguen a hacer la tarea. Esto es parte de la clínica con niños, ¿cómo hacer para que el niño considere un problema como lo que es para el mundo externo? El encantado, como les dije, de volver a jugar, no tener que ponerse a escribir y a cumplir un régimen con la estrictez y legalidad que antes no cumplía. Freud decía que antes de entrar a la vida escolar era difícil ubicar para el niño una tarea en la vida, y realmente es así en términos por lo menos bastante estrictos. Porque realmente la entrada en la vida escolar es la primer tarea en la vida que tiene un niño. Antes tiene otro tipo de tareas. Cuando la mamá le pide que controle los esfínteres tiene una tarea, pero no es en la vida, es con el cuerpo, es con la familia. La primera tarea en la vida es la escuela. Y por eso es el comienzo de muchas cuestiones sintomáticas y dificultades en los niños, porque pierden o tienen que dar un salto para el cual algunos están preparados y otros no. Ahí aparecen muchos síntomas. Es una época de la vida, no es la única, que instaura o puede dar lugar a una cantidad de dificultades por el trabajo psíquico que le exige a un niño y por ahí no esta a la altura o lo rechaza simplemente, no está dispuesto a aceptarlo.

Alumna: Puede ser que tenga que ver con que ya no es el único, es uno mas entre tantos.

Entre otras cosas esa es una. La mejor posición que podemos esperar para atender a un niño de los padres frente al síntoma, es que puedan identificarse con el sufrimiento del niño. Es decir que sufran poniéndose en el lugar del niño. El niño, digamos, no puede dormir de noche porque tiene miedo, bueno, la madre puede decir “pobrecito, ¿qué le pasará?”, se identifica, se pone en el lugar de él. No viene hinchada, molesta, enojada, porque no la deja dormir, que eso también está indudablemente. Es poco lo que duerme, está cansada, tiene que ir a trabajar, tiene otros niños, y eso ocurre. Sino que puede a pesar de eso, frente al niño con una fobia a la noche, puede decir que está pasando algo y no simplemente contra reaccionar porque le trastorna la vida, o decir que es un capricho. Esa es la posibilidad de ubicarse identificándose con el sufrimiento del niño. Si

eso está tenemos las mejores condiciones para que se inicie y se pueda sostener un trabajo psíquico, un trabajo analítico. Esta es la condición ideal, no siempre se nos presenta así. En otras ocasiones los padres sufren por los problemas que tiene el niño, pero no porque se colocan en su lugar, sino porque no saben de su propio lugar. Por decir así, un niño que llora a la noche es un miedoso que no puede estar solo y que les trastorna la existencia porque hubieran querido un chico más independiente, por ejemplo. Entonces el sufrimiento de la mamá o el papá es sufrimiento pero es narcisístico, no porque le hincha a la noche, además, sino porque el niño debería ser más fuerte, o lo ven de cierta manera, entonces el sufrimiento es narcisístico. Es porque el niño no se ha colocado en el lugar de ellos, lo digo así para que se entienda. Hay sufrimiento narcisístico porque el niño no sale a imagen y semejanza del ideal. Esto es parte de las situaciones críticas de las que debemos enfrentar.

Esto sin duda nos llevaría ya en el trabajo inicial a pensar que sobre ese elemento hay algún trabajo que hacer con los padres, con su propio narcisismo, y con qué ojos están viendo al niño y qué esperan de él. Por ahí con sus contra actitudes al respecto del síntoma del niño, generan una implantación del síntoma más difícil de levantar. Tiene consecuencias el modo en que los padres puedan escuchar los síntomas de un niño. Va a formar parte de cómo se arme la estructura psicopatológica e inclusive de carácter del niño. No desestimen para nada este dato, pasa a formar parte de la historia de los problemas del niño cuando lo vemos. Porque cuando los recibimos muchas veces los niños empezaron con sus problemas hace poco. Juanito es un caso donde Freud comienza a verlo al poco tiempo. Pero hay casos de niños que los vemos con historias que tienen dos y tres años de síntomas. Y sobre esos síntomas se ha agregado lo que el medio familiar ha hecho con eso, y lo que el niño ha hecho con eso que ha hecho el medio familiar. Con lo cual recibimos lo que en un principio era una cosa, la recibimos ya con superposiciones psíquicas muy importantes, que hacen a la dificultad del caso que vamos a enfrentar. Lo que era una fobia en el comienzo, tres años después es una inhibición instalada. Instalada en áreas de la vida de un niño, y entonces la consulta es por la inhibición, no fue por la fobia. Uno de los capítulos que tienen que leer para este punto trata de un caso de Marisa Rodulfo que muestra una inhibición ya instalada, que se ve cómo la va desarmando. Ella señala una fobia también. La fobia está a la luz porque la angustia está a la luz, está a cielo abierto. Pero cuando tenemos la inhibición, para desarmar las inhibiciones se requiere un trabajo mucho más arduo, mucho más complejo. Y eso forma parte de lo que los padres han podido hacer, y no han podido hacer otra cosa, y el niño también.

Freud decía esto, hablando de Juanito, voy a tomar una referencia autorizada. Hablando de la fobia de Juanito, él dice Juanito tuvo la suerte de ser criado por padres que lo criaron con mucha libertad, y eso permitió que se expresara con mucha libertad en las cuestiones de la sexualidad. Pero además permitió que la fobia surgiera a cielo abierto, con lo cual que los padres tengan a los niños con liberalidad no implica que vaya a prever la neurosis. Lo que va a permitir es que la neurosis se muestre a cielo abierto y eso ayuda para que la neurosis sea llamativa y no oculta. Hay muchas neurosis que tienen sintomatología que es llamativa. Freud dice que hay neurosis infantiles que son llamativas, y hay estado neuróticos que son mudos, y eso es lo más grave. Son chicos asintomáticos, que parece que no tienen ningún problema y tienen muchos más del que llama más la atención. Entonces Freud dice que el padre lo llevo a atender muy tempranamente y eso permitió que la fobia sea analizable, en lugar de que la acallara a gritos por la educación. Lo cual hubiese devenido una alteración permanente de carácter. Es decir que si el niño no hubiera tenido la posibilidad de que los padres lo lleven a Freud, esa fobia hubiese devenido en una alteración permanente de carácter. Una inhibición instalada es una inhibición permanente. Entonces el niño se convierte en un niño que está siempre encerrado, que ya no le gusta salir mucho a la calle, que se mueve poco, que se arma una vida protegida, porque ya es una alteración de carácter, ya no es un síntoma. Un síntoma es algo que trastorna la vida del propio niño, es más fuerte que él. Esto porque en la infancia no solo se está armando la estructura psíquica, la subjetividad, sino que, entre otras cosas, también se están formando los rasgos de carácter. Ha sido poco estudiado por el Psicoanálisis con niños, pero es un elemento que vale la pena tener en cuenta. Esto es para que vean que un síntoma tiene una historia inicialmente y luego deviene otra cosa. La educación la acalla a gritos, no porque los padres sean mejores ni peores, es porque reaccionan como pueden. Preguntas hasta acá.

Alumna: (no se escucha)

Si, es verdad, no es la única. Otra es que no los padres no tengan el menor registro de lo que le pasa al niño y además no sufren. Los padres no sufren y pueden no sufrir. Es decir, vienen a la consulta porque alguien les dijo que hay un problema, pero ellos ni sufren ni registran que el niño tiene un problema. Eso puede ser por las mejores razones o por las peores. Por las peores razones es porque no registran al niño como un ser independiente. Allí estamos ante un caso grave porque el niño no es concebido como un ser autónomo distinto de la subjetividad de los padres, del fantasma de los padres. Está

como un objeto fantasmático de los padres, entonces no se lo distingue como sujeto. Por las mejores razones de que los padres no sufran puede ser porque haya una identificación con el niño tan importante que lo que para el medio es un trastorno o un problema para el padre es: “soy así”, “yo también era tímido”, “yo también me hacia pis”, “yo también en la escuela tenía problemas”, ¿entienden? Es una desestimación del problema pero estamos en una situación más favorable porque hay una identificación con el niño, está reconocido en su individualidad y no es un objeto indiscriminado.

Y hay una más que también es muy interesante, de padres que sufren pero no porque sufre el niño, y no porque sufren ellos porque el niño no les salió como querían, sino porque es algo así: “¿Qué he hecho yo para merecer esto?”. Son padres que lo único que quieren es que los hijos se críen solos y no tener ninguna responsabilidad. Eso es parte de intervenciones clínicas que pueden llegar a nuestro consultorio. Son los casos en que los analistas tenemos que tener mucha precaución de tomar. Más bien de no tomar y trabajar con ese caso familiar porque instalar, en nuestras manos, el tratamiento de una situación de esa naturaleza es hacernos cargo de que le vamos a devolver un niño que no les traiga problemas, cuando ellos comparten el problema. Y vamos a fallar seguro. Entonces la falla va a quedar de nuestro lado, porque el síntoma va a volver ya que además es una respuesta a esta actitud parental. El fracaso queda de nuestro lado y no del lado de los padres. En esos casos es muy importante tener en cuenta esas configuraciones.

Como ustedes ven son varias las variantes de los planos con que nos enfrenta esta clínica. Todos los parámetros que yo les doy, que obedecen a distintas fuentes clínicas y teóricas configuran elementos contemporáneos que hacen que nuestro trabajo pueda ser más rico, y además a la larga es fructífero para más situaciones clínicas. No solo para una, no solo para el padre que viene con el niño en ese momento. Nuestro trabajo es arduo y no es ideal. No todos los casos son como Juanito y no todos los niños son Juanito. Hasta la próxima.-