

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA
MATERIA: Clínica de Niños y Adolescentes
TITULAR: Prof. Marisa Punta Rodolfo
TEÓRICO: 30/03/2011
DOCENTE A CARGO: Prof. Adjunta Adriana Franco

Griselda Splivalo: hola a todos antes que comience Adriana con el seminario que recordarles que ya pueden anotarse en las prácticas optativas de la materia, entre ellas contamos con el servicio de preadolescencia del hospital Ricardo Gutiérrez, ahí van a presenciar la admisión de pacientes de 9 a 13 años; también en el mismo hospital pueden optar por el práctico a cargo de la Lic. Mónica Rodríguez donde van a trabajar sobre materiales clínicos de niños, en el servicio de 0 a 5 años y de la admisión de pacientes del mismo servicio. En el Tobar García hay un práctico muy interesante sobre medicina legal a cargo de Miguel Santarelli. También pueden optar por el hospital Garrahan en el práctico a cargo de Claudio Steckler donde participaran de la supervisión del equipo de la sala de juegos del hospital, así como también van a poder conocer como es esa interesante modalidad de trabajo. En el hospital Ramos Mejía, en el área programática van a presenciar las supervisiones de varios equipos de trabajo, con temáticas de discapacidad e interdisciplina, esta es una comisión que se estrena este cuatrimestre muy interesante a cargo de la Lic. Marcela Rotzein. También pueden optar por participar de las supervisiones del equipo de orientación escolar para la integración de niños a la educación escolar a cargo de la Lic. Claudia Levin. Otro de los prácticos que pueden optar esta a cargo de la Adjunta de la cátedra Lic. Alicia Lo Giúdice, quien trabaja con toda la temática de identidad y derechos humanos, en la fundación de abuelas de plaza de mayo. También esta la práctica sobre interconsulta pediátrica en Hospitales generales de niños, a cargo de las Lic. Daniela Muiña y Lic. Susana Lado. Y por ultimo otro práctico también en el hospital Garrahan donde podrán participar de las actividades de la sala de juegos y presenciar una admisión de pacientes del servicio de Salud mental. Traten de anotarse y aprovechar estos prácticos que con mucho esfuerzo construimos todos los que trabajamos en la cátedra. Cualquier duda pueden enviar un correo

electrónico a Luciana Tallone, que es quien va a hacer el difícil trabajo de coordinar sus preferencias para que todos puedan participar de esta actividad. Bueno los dejo con Adriana Franco.

Adriana Franco: Buenos días mi nombre es Adriana Franco, soy profesora adjunta de esta materia y estoy a cargo de los seminarios en esta banda horaria, aunque también vamos a contar con la presencia, algunos miércoles, de la profesora titular la Dra. Marisa Rodulfo y el otro profesor adjunto Carlos Tkach. La tercera profesora adjunta es Alicia Lo Giúdice, quien tiene a cargo el taller en el Centro de Atención por el Derecho a la identidad de Abuelas de Plaza de Mayo. Alicia Lo Giúdice hace años esta trabajando con Abuelas, estuvo en la restitución y tratamiento de muchos chicos restituidos. El taller va a ser sobre derechos humanos y se realizará en el centro por la identidad. Estaba escuchando las ofertas que Griselda Splívalo les hacia de prácticas en instituciones y me parece que con la pregunta de alguno de ustedes vale que me centre un poco en la historia de esta cátedra y por que es optativa. Nosotros estamos en la facultad como cátedra desde el 84´ entramos cuando empezó la democracia, antes nos era imposible entrar. Fue muy emocionante en el 84´ poder volver a nuestra facultad, de la cual habían desaparecido muchos compañeros, y muchos otros se tuvieron que ir para no correr la misma suerte. Estábamos en la Universidad del Salvador, que nos abrió las puertas desde el 80´ hasta el 84´, la profesora Marisa Rodulfo era la profesora titular de Psicoapatología infante juvenil, Alicia Lo Giúdice y yo entre otros eramos docente de esa cátedra. En el 84´ entramos a Clínica de niños y adolescentes, para ese entonces las tres clínicas: Psicoterapias breves, clínica de adultos y clínica de niños eran optativas. Por que todas las materias del ciclo de especialización eran optativas. Entonces los alumnos podían elegir todas las materias de una especialización u optar por una de cada especialización. O sea las tres clínicas tenían el mismo estatuto. En el 85 nuestra materia fue anual, fue nuestro año de gloria por que era en ese entonces obligatoria y anual, ustedes saben que trabajamos sobre las especificidades de la clínica de niños y de adolescentes, cada una de éstas seria una materia, es imposible abarcar la especificidad de la clínica con niños y con adolescentes en un solo cuatrimestre

pero bueno es lo que tenemos, ese año fue maravilloso por que pudimos hacer unas pasantías en el hospital Tobar García y en el Evita de Lanús. Y después en el 87 se decidió achicar la curricula que en ese entonces era de 36 o 37 materias a 28 por eso muchas de las materias que eran obligatorias tenían que ser optativas. Y por cuestiones absolutamente políticas, y no académicas, se decidió que clínica de adultos y psicoterapias breves quedaran en la curricula obligatoria y clínica de niños pasó a ser optativa. Eso significó muchas cosas; entre ellas, la más grave, que un alumno de esta facultad pueda egresar y atender niños sin haber visto nunca una materia especifica de clínica con niños. Es muy claro el lugar y la importancia que se le da a los niños, “los chicos no entienden tanto” y si el profesional no esta muy especializado en el tema no interesa. Con ese modelo pasamos de tener 700 alumnos a tener 40, al abrirse las opcionales e incluir un idioma como opcional; nuestra materia no era fácil, tenía mucha bibliografía, en ese entonces teníamos mucha mas bibliografía de la que tenemos ahora, así la mayoría egresaba sin formación y por ende, después nos llamaban, a los docentes de clínica de niños para supervisar y dar cursos en los servicios hospitalarios por que los residentes y concurrentes “hacían aguas” por todos lados, debido a esta poca formación, sumado a que tampoco había mucha formación en clínica con niños extrauniversitaria. Con los años fuimos viendo que el numero de alumnos que optaban por nuestra materia fue ampliándose en forma llamativa, y es un placer por que sabemos que todos ustedes están aquí por que nos eligieron, no están cursando por obligación, y pudiendo elegir por un montón de materias optaron esta, seguramente por referencias, por que les interesa el trabajo o por que saben que la especificidad de las clínica con niños no solo sirve para trabajar con niños; un analista de adultos por lo general no atiende niños en su consultorio. En cambio un analista de niños y adolescentes circula por diferentes pacientes: adultos, adolescentes y niños. Lo que aprendemos de la clínica con niños y de la constitución subjetiva, nos sirve para toda la clínica psicoanalítica. No solamente para el trabajo especifico. Esto es un brevísimo resumen de por que la nuestra es una materia optativa. Y esto apunta a lo que decía Griselda Splivalo, la práctica hospitalaria hasta hace tres o cuatro años era

obligatoria y nosotros teníamos 6 horas obligatorias de cursada en la semana. 2 de teóricos, 2 de prácticos y 2 de prácticos en hospital.

A partir de entonces nos informaron que por ser optativa no podíamos tener una practica clínica, porque las optativas tienen 4 horas. Lo cual es una aberración absoluta por que no se puede pensar en una materia que es precisamente clínica sin pasar por lo menos por una mínima experiencia de contacto directo con la clínica. Es por eso que sostuvimos el equipo y las practicas institucionales, nos "bancamos" (por decir un termino que utilizan ustedes) que no tengamos renta durante mucho tiempo para todos los docentes por que no es reconocido nuestros prácticos en hospital como horas de cátedra, por lo tanto los docentes que estaban cubriendo los espacios no tenían renta y eran ad-honorem, contamos con un grupo de docentes muy valioso, y eso no les importó, en algunos casos ni siquiera el nombramiento ad-honorem, con tal de seguir sosteniendo el espacio. Seria muy poco ético sostener una materia como clínica de niños sin práctica en instituciones. Es por eso que nuestras prácticas son optativas, pero nuestra sugerencia es que traten, son solo 8 clases en todo el cuatrimestre, de anotarse en alguna de las instituciones, también por que contamos con prácticas, gracias a Griselda Splivalo que se mueve mucho, contamos con practicas en las 4 instituciones de niños mas importantes de la Argentina, y bien diría que de algunos países de Latinoamérica también. Que son el Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez, el Tobar García (el único neuropsiquiatrico infantil), Prof. Juan P. Garrahan y el conocido como "casa cuna" Dr. Pedro de Elizalde. Además del privilegio de contar con el Centro de Atención por el Derecho a la identidad Abuelas de Plaza de Mayo y un trabajo que hacemos hace varios años, también ad-honorem, en la cátedra, es un proyecto de extensión, que trabaja junto con educación especial del gobierno de la ciudad. Sosteniendo un proyecto que realmente es novedoso debido a que en educación nunca se realizaron tratamientos, lo que se hace es diagnostico y después se deriva. Nosotros veíamos, cuando supervisábamos los equipos de diagnostico, en los gabinetes centrales que había muchos chicos que necesitaban tratamiento que no iban a los hospitales o si iban tenían meses y meses de lista de espera, y no llegaban, o vivían cerca del gabinete y no tenían

para viajar al hospital entonces no iban. Entonces con el aval de Educación Especial, organizamos un equipo de atención formado con colegas jóvenes formados en nuestras materias y en nuestros posgrados, como pasantía de práctica clínica en los gabinetes. Actualmente continúa solo en el de Chivilcoy. Las supervisiones de esas prácticas las lleva a cabo en este momento Graciela Manrique y Claudia Levin y las tienen también ustedes como taller optativo. Tienen muchas opciones para poder engancharse en algún horario, si alguno no puede nos presentara el motivo, tendrá un tutor grupal y trabajará sobre un material clínico. + Nuestra materia cuenta entonces con estas tres instancias tiene un cronograma y bibliografía específica para cada una. En las prácticas institucionales la bibliografía específica se las dan los ayudantes por que tiene que ver con la especificidad de cada uno de los talleres o instituciones. Ustedes van a ver en la pagina de la cátedra, toda la información, van a poder entrar al cronograma de prácticos en facultad, una instancia nueva que se llama Borradores de la Clínica que es un recorrido por las diferentes unidades temáticas y diferentes autores redactada por la profesora titular la Dra. Marisa Rodolfo. También los teóricos de otros años que vamos desgrabado con la ayuda de los ayudantes y co-ayudantes, que hacen un trabajo enorme desgrabando las clases, lo que les va a servir de bibliografía y para la lectura. Nunca nos repetimos exactamente, en todos los cuatrimestres no damos exactamente lo mismo. Lo vamos cruzando con distintos autores y diferentes materiales clínicos. Seria muy aburrido tener que repetir exactamente lo mismo. En realidad, dicen, que no se pueden volver a los estados iniciales, o sea que uno no puede repetir lo mismo, salvo en patologías muy graves; por que en ese año que paso estuvo atravesado por otras lecturas, se supone (no se quedó petrificado en lo que ya sabía). Tuvo otros pacientes, otros materiales clínicos, que nos presentaron otras preguntas, otros interrogantes, entonces, utilizando el concepto de “teorización flotante”, de Piera Aulagnier quien transformó el concepto de asociación libre y atención flotante de Freud, que implica que la escucha no es absolutamente libre sino que esta atravesada por nuestra experiencia, los autores que hemos leído, las teorías que nos han impactado y por los nuevos pacientes que hemos escuchado e

interrogantes que nos plantean. Por lo tanto, no escuchamos ingenuamente sino con esta base de teorización flotante. Cuando uno escucha al paciente, no está pensando: “ah, esto es de Melanie Klein” “esto es de Freud” sino que uno “escucha”, esta palabra la tomó en el sentido metafórico, con todo lo que estudió, las experiencias que tuvo y los textos que lo atravesaron funcionan como fondo, hace que en el presente podamos tomar decisiones a intervenir con esos pacientes, utilizando a veces una teoría y a veces otra, de acuerdo a lo que ese paciente necesita. Por ende uno de los principios de esta cátedra es: no alinearse bajo la cabeza de un único pensador, que tiene la verdad, una única teoría y todo lo demás no sirve. Nosotros pensamos que hay mucha gente inteligente que pensó cosas muy diferentes. Y no podemos ser tan soberbios de suponer que ya lo sabemos todo, incluso de lo que no sabemos pero nos dijeron que era malo y por lo tanto no lo tenemos que ni siquiera leer. Nosotros no consideramos que haya alguna teoría tabú, que no podamos leer, en todo caso es importante ser muy lector y saber mucho de todo lo que podamos, y de todo eso apropiarnos de lo que nos sirve. Que no es ser ecléctico, es tomar posición. Obviamente que vamos a sentirnos más cómodos, sentir que nos podemos identificar con alguna teoría más que con otra, con un autor más que con otro. Esto tiene que ver con nuestra propia práctica como pacientes, con los textos que nos atraviesan, nuestro estilo personal, nuestra transferencia.

Justamente la idea es que no sigamos a una única cabeza, que endiosamos y consideramos que su texto es palabra santa. Entonces todo lo que no dijo esta persona es herejía, no es psicoanálisis.

Esto resulta un insulto grave, “ah eso no es psicoanálisis entonces no existe” “no es serio no es una verdad”. Nosotros como clínicos, como psicoanalistas que trabajamos con niños y adolescentes, tenemos que ejercitar lo que un psicoanalista llamado Guy Rosolato denominó: “psicoanálisis transgresivo”. Con niños y adolescentes sino no habría posibilidad de hacer psicoanálisis. Transgresivo: ¿de qué? ¿Qué les parece que transgrede el psicoanálisis con niños? El trabajar con niños desde una posición psicoanalítica psicoterapéutica,

desde el cuerpo teórico del psicoanálisis, ¿qué puede ser transgresivo? Lo que se les ocurre no piensen en algo espectacular.

A: tener en cuenta otros puntos de vista.

Adriana Franco: otros puntos de vista, ¿en que?

A: En psicoanálisis, respecto al psicoanálisis tradicional para adultos, que no va a ser el mismo con niños o adolescentes.

Adriana Franco: Freud, ¿qué dijo del análisis de niños? Se acuerdan de Juanito, ¿lo leyeron?

A: es el análisis de un niño a través de lo que el padre le decía a Freud.

Adriana Franco: el material de Juanito no fue inicialmente un intento de Freud de analizarlo. Sino que estaba tratando de confirmar su teoría acerca de la conflictiva edípica y de la sexualidad infantil. Freud plantea que el psicoanálisis con niños no es posible debido a que el niño está aun con una transferencia muy fuerte hacia los padres y es solo a través de ellos que se puede llegar al niño, por que este no va a confiar en alguien que no conoce. Ya desde el comienzo entonces estamos transgrediendo una norma o una ley impuesta por el "maestro" del psicoanálisis. Ya hablar de psicoanálisis de niños es ser transgresivo, todo esto se vincula con los escritos técnicos de Freud. La otra cuestión es la abstinencia. Freud plantea que el psicoanálisis es la cura por la palabra y se trata de hacer consciente lo inconsciente, por lo tanto el paciente tiene que tener un psiquismo constituido, clivado entre sistemas consciente, preconsciente e inconsciente.

En la clínica nos encontramos con muchos niños que no hablan, que hablan mal, o que pueden hablar pero no tienen ganas y hacen otras cosas, dibujan, juegan, modelan, corren proponen cosas; si nosotros pensamos que para hacer psicoanálisis tenemos que acostar al niño en el diván y decirle que nos cuente acerca de su padecimiento. Lo primero que se me ocurre es que ahí no habría ningún niño seguramente, o tendríamos un niño muy patológico, adoctrinado, sometido, y poco subjetivado por que, justamente, el niño necesita actuar. Lo espontáneo del niño es el movimiento, la acción acompañado de fantasías, palabras y creaciones, o sea lo que denominamos jugar. Decirle a un niño que se quede quieto, como lo planteaba Freud sin pasaje a la acción., esta tenía mala

prensa en el psicoanálisis tradicional. Estaba catalogada de “acting out” y era desechable. ¿Qué les decía Freud a sus pacientes? “diga lo que se le ocurra”, no les permitía movimiento, no les permitía nada que tuviera que ver con la acción, menos se le ocurría que una analista pudiera hacer otra cosa más que interpretar con la palabra. No imagino a Freud sentado en el piso jugando como lo haría Winnicott con sus pacientes; esto es por que no estaba dentro de sus posibilidades culturales y sociales de la época, el pensar un niño activo, con su propia subjetividad, con sus propias cuestiones, con sus propios conflictos y la posibilidad de pasar por situaciones de stress pero no de la manera que la hace el adulto. Pensar en la clínica con niños es absolutamente transgresivo, y pensar una clínica específica de la adolescencia era impensable en aquella época debido a que no existía la adolescencia, como categoría. Se pasaba de la niñez a la adultez, Dora tenía 18 años, hoy en día si yo trabajara con una paciente como Dora jamás interpretaría como lo hacía Freud, debido a que él le interpretaba como si fuera una paciente adulta neurótica. Y Dora estaba aún en todo el trabajo de búsqueda de un adolescente de su propia identidad, de la identidad sexual, de la búsqueda de quien es, a donde quiere y que es lo que le gusta. El fracaso del análisis de Dora tiene que ver con que era una adolescente, atendida y pensada como una adulta, como la mayoría de las jóvenes de aquella época que se casaban a los 15 o 16 años, pasando de la niñez a la adultez a través de un rito de iniciación, el matrimonio.

Volviendo a la clínica con niños, solo plantearla como posible es transgresivo a una línea, a una normativa, es transgredir lo que dijo Freud.

Todos los autores que dejaron huella en la historia del psicoanálisis fueron en su momento transgresivos, por que sino serian repetidores de la misma teoría; uno no recordaría un libro que dice lo mismo que dice un autor, sino al que pueda aportar algo nuevo diferente.

Klein fue una psicoanalista muy transgresiva, por que rompió con el maestro en cuanto a la técnica pero no en cuanto al cuerpo teórico, según ella la clínica con niños es posible pero para ello tuvo que cambiar cosas muy importantes, por ejemplo que el niño nacía con un psiquismo ya constituido. Que tenía un yo muy

arcaico, vio que pasaban cosas antes de la conflictiva edípica. Entonces que hace: necesito dar cuenta de las cosas que le pasaban a un niño antes de los 4 o 5 años, inventa el Edipo temprano. Lo que teorizó Freud existe pero a los 6 meses, ella observaba la presencia de un súper yo sádico temprano y es por ello que supone también un Edipo Temprano. Necesitaba encontrar la forma de teorizar sobre lo que observaba en los niños, incluso en sus propios hijos. Sus primeros pacientes eran un hijo, o una vecinita, estos análisis no terminaron muy bien. Melanie Klein sufrió grandes pérdidas y golpes en la vida. Quizás por estas experiencias teoriza sobre la agresión, la culpa y la reparación, ese fue el circuito que ella establece. Piensa en un niño que ya desde el nacimiento es un niño patológico; Klein considera un niño que parte de una posición que denomina esquizo-paranoide, con defensas y pulsiones psicóticas pero benignas, en tanto, que para ella es un momento de constitución de la subjetividad. En la posición esquizo-paranoide, la relación del bebé es con objetos parciales, el niño disocia los objetos en buenos y malos, por tanto sufre de ansiedad persecutoria, por lo tanto las defensas tienen que ser tan extremas como la ansiedad, debido a que el niño en ese momento se mueve en una oposición de tener todo ya o nada que es la muerte. La madre es una madre que le da todo cuando él lo necesita, es la madre un pecho “bueno” o falla y la madre es un “pecho malo”. Parte de disociar el objeto madre en un objeto parcial que ella llama pecho “bueno” y “malo”. Luego vendrá la posición depresiva donde el niño se da cuenta, de que agredió a su objeto bueno, cuando puede integrar en un solo objeto lo bueno y lo malo, pulsión amorosa y la pulsión odianante, entonces se inaugura un circuito donde la agresión al objeto de amor produce culpa, si las pulsiones tanáticas no dominan a las pulsiones libidinales, entonces el niño puede reparar al objeto, e introyecta un objeto bueno reparado. Esto es una síntesis, yo diría excesiva, de la teoría de Klein, que da para más de un seminario, pero ella parte de este niño con estas fantasías, y que el desarrollo con suerte lo va a neurotizarse, por lo tanto entonces ella plantea que todos los niños necesitarían análisis, ella piensa el análisis como preventivo en este sentido. Todos pasamos con suerte por estas posiciones por lo tanto un análisis para niños sería entonces saludable.

Para eso observa al niño, y cuando lo hace se da cuenta que los niños no hablan solamente sino que juegan, entonces introduce como técnica para trabajar con niños el juego, como forma de expresar lo que en el adulto sería la asociación libre. Homologa asociación libre y juego. Y por lo tanto interpreta el juego, lo interpreta desde una simbólica ¿que quiere decir esto? Todo lo que el niño hace es interpretable pero todo lo que el adulto dice también, ella también trabajó con adultos. Todo es interpretado por el sentido, si el niño juega con una pistola o una espada, ella interpreta el símbolo fálico. Si juega con una cajita, con algo que pueda ser cóncavo es el órgano sexual femenino, entonces, ustedes pueden ver materiales de Klein y ella es mucho más inteligente de lo que aparece en esas interpretaciones, por que siempre es la mamá y el papá que chocan, fantasía originaria, y esto produce efecto, poner en palabras los fantasmas infantiles. Entonces interpreta también las fantasías sexuales infantiles; que en realidad son fantasías que uno encuentra en la clínica con niños pequeños. Por ejemplo que los nenes se tragan, aun teniendo toda la información de “quien soy”, de donde vengo, “de donde venimos”, es decir, todas las teorías absolutamente científicas acerca de cómo se engendran los niños y de donde vienen. Esto coexiste con las fantasías de los niños pequeños donde a los bebés la mamá se los tragó, en las que prima la oralidad en la sexualidad o el bebé es una caca (prima la analidad), o estas fantasías que descubrió Klein sobre el pis envenenado o el pis que pueda producir explosiones en la madre y matar a todos los bebés que tiene adentro de la panza. Este tipo de fantasías en los niños pequeños, en los que aún no ha producido efecto la represión, se ven, escuchan, o juegan,; las cacas envenenadas con las cuales puede explotar a su hermanito coexisten con todas las explicaciones científicas que le puedan dar a los niños.

En la actualidad, al menos los integrantes de esta cátedra no trabajamos como lo haría M. Klein o con las intervenciones de Klein. Es más si trabajáramos así los padres y los niños nos denunciarían por estar trastornados y atender niños por que nadie aceptaría que le digamos al nene: “esta es tu mamá y este tu papá y los trenes que chocan es el coito entre tus padres”. Siempre el mismo sentido. En ese entonces el respeto por la autoridad del médico era diferente, si lo decía el médico

o la doctora no se cuestionaba, es mas, un psicoanálisis, en aquella época, no podía tener menos de 5 o 6 sesiones semanales, aún con niños. Klein hacía incluso que se trasladara al chico de ciudad. Supongamos que ella estaba en Buenos Aires y el chico vivía en Misiones, la familia se tenía que trasladar a Buenos Aires para el tratamiento, sino una empleada, la niñera con el niño se instalaba en la ciudad y este iba todos los días a su sesión. Hoy sería imposible pensar en un psicoanálisis así y ni aún Winnicott, que tiene otra concepción, se formó en la escuela de Klein, pero se diferenció rápidamente de la posición Kleiniana lo aceptaría. Winnicott en el "Psicoanálisis de una niña pequeña<<The Piggie>>", plantea que un psicoanálisis es de todos los días, de una sesión diaria. Lo otro es psicoterapia que no está mal, que a veces hay chicos que necesitan esto otro o con una consulta terapéutica es suficiente ¿y por que no? Dice Winnicott. En realidad hay que sostener lo que el paciente pueda y necesite. Hoy en día nosotros pensamos que puede haber un psicoanálisis con dos sesiones semanales, e incluso con una sesión semanal.

¿Quién surge como otra de las pioneras de la clínica con niños? Aunque no fueron las primeras.

A: Anna Freud

Adriana Franco: si, Anna Freud. Ella fue analizada por su padre. Y terminó cuidando a su padre en la vejez, sin casarse. Una mujer muy inteligente que dijo cosas también muy interesantes. Se oponía radicalmente a Klein en cuanto a que la última decía que el niño podía entrar en transferencia con el psicoanalista y que había que intervenir rápidamente interpretando la transferencia negativa, pensaba que desde el inicio la transferencia con el niño era posible, sin interpretar esta transferencia no había posibilidad de análisis tanto en el niño como en el adulto. Con respecto a este tema Anna Freud, siguiendo lo que dice Freud, los niños aún están en transferencia con los padres y para poder trabajar con los niños es necesario poder hacer una alianza terapéutica con los padres, que sería como la parte sana la parte no enferma del yo del niño. A diferencia de Klein plantea que para poder entrar en análisis tiene que haber un tiempo de constitución de la

transferencia positiva, pensándolo en términos de seducción, ósea que el analista tiene que congraciarse con el niño como para que el niño se sienta cómodo, tranquilo, confiado y por lo tanto solo así puede empezar un análisis. Klein plantea un psiquismo constituido precariamente desde los inicios, Anna Freud piensa en un psiquismo en constitución, en el cual los padres aún cumplen un papel importante y por lo tanto nunca podría trabajar con un niño sin contar con los padres. Klein por que tiene que tiene que demostrar que la clínica con niños es posible, ¿Qué hace? Deja a los padres fuera. Tiene una primera entrevista informativa con los padres y no los ve nunca más. Salvo que los padres tengan algo importante para decir, a Klein le importan las fantasías inconscientes, trabaja con las fantasías inconscientes no con la conciencia del niño. Ella dice que en el niño se puede saltar directamente, interpretando la transferencia negativa, a sus fantasías inconscientes. Los padres se quedan afuera, y no cuestionan nada de todo esto. El psicoanálisis de Klein es un psicoanálisis que apunta a lo intrapsíquico, solamente pone atención en las fantasías inconscientes.

Anna Freud se hace otras preguntas, se pregunta si el niño puede hacer transferencia con el analista. Se diferencia de su padre pero no tanto, plantea que los padres si son importantes pero que si hay transferencia con el analista siempre y cuando se cumpla con esta indicación de instalar la transferencia positiva en las entrevistas iniciales como condición para poder trabajar.

Pero también se plantea otra cuestión que la diferencia de Klein, y es muy importante para nosotros: ¿todo niño necesita un análisis? ¿Ningún niño necesita análisis? ¿Cuándo y por que? ¿En que situaciones? ¿Cuándo podemos sugerir un análisis? ¿Cuándo otra cosa? Estas son preguntas validas para cualquier época, Anna Freud se ve muy poco en esta Facultad, y siempre desde la confrontación con Klein.

Yo les sugiero que lean y no se dejen llevar por lo que decimos nosotros o lo que dice un autor, que no lean a Freud desde lo que dice otro autor, de lo que Lacan dice de Freud. Que no lean a Anna Freud desde lo que un docente dice de ella desde Klein, que lean al autor y sacar sus propias posiciones. Se toman a los autores como referencia pero no como guías espirituales, únicos maestros. En los

parciales no nos repitan, piensen y saquen sus propias conclusiones y fundamenten desde la creatividad de cada uno atravesado por la lectura. Por supuesto que les vamos a preguntar sobre diferentes autores, pero no nos interesa que nos repitan. Esto les va a servir para toda la vida, después cuando terminen la carrera y tengan mas tiempo y no tengan que cumplir con parciales, exámenes y finales. Si les interesa la clínica con niños vayan a los autores, también a los pioneros, que realmente nos dijeron cosas muy importantes, que a lo mejor leen a algún autor actual y piensan que descubrió la pólvora, y en verdad sin darse cuenta a veces desde la “teorización flotante” dicen algo que planteó Anna Freud.

En esto Winnicott es nuestro, (como dice en un texto Ricardo Rodulfo de bibliografía obligatoria), acompañante permanente en el viaje de la experiencia de la clínica. Mas desacartonado que sus antecesores, con cierta capacidad de juego, como dice él conservando su niño, el niño que todos tenemos y que a veces aplastamos para que no salga. Se permitió la libertad de “jugar” con las dos, tomando las cosas que le servían de Klein y Anna Freud, y sacó sus propias conclusiones. Incluso dice en la introducción de “Realidad y juego”: no respeto ninguna teoría como única y seguramente algunos me enjuiciaran por plagio pero no es que copio, sino que de repente podemos llegar a pensamientos similares, y que seguramente alguna cosa copio pero ya la hice propia. Él tiene una teorización acerca del uso del objeto que es fundamental para la clínica, fundamental para la formación, que es justamente como nos dejamos atravesar por las distintas teorías, no las idolatramos, no son intocables, si hay un dogma es intocable no se puede pensar, no se puede cuestionar. Y que para poder apropiarnos de las teorías las tenemos que destruir, hacer uso del objeto es faltarle el respeto poder cuestionarlo. Poder deconstruir, como dice Derrida, no destruir y rotular de obtuso, obsoleto y no leerlo, sino cuestionarlo, ponerlo a jugar, en juego, y utilizar lo que nos sirve de eso. Nosotros como analistas somos objetos a ser usados, nuestras intervenciones tienen el objeto de que el paciente pueda tomar aquello que le sirve y generar algo nuevo en él. Un insight, un

recuerdo de algo que le pasó o la creación de algo que nunca le había pasado, algo nuevo algo único.

Anna Freud además plantea la clínica desde un niño que es saludable, que tiene tendencia a desarrollarse saludablemente y que diversas circunstancias lo pueden enfermar. Esto es lo que toma también Winnicott, parte de un niño sano. Él también incluye el juego como acción, como jugar, no como actividad a interpretar en si misma. Sino como capacidad creativa del niño, espontanea. El jugar es lo que no se enseña ni se aprende. No se puede enseñar a jugar por que ahí estaríamos adocrinando, estaríamos aplastando lo mas subjetivo, propio y rico de una persona. Bueno esto fue un primer pantallazo de tres autores importante, en próximas clases vamos a detenernos mas en algunos y ver otros autores. En nuestro país tuvimos una pionera que fue Arminda Aberastury, se formó en el psicoanálisis Freudiano, pero en aquella época quien quería trabajar con niños tenía que ser Kleiniano (Anna Freud constituyó la escuela de Viena y Melanie Klein la escuela de Berlín en realidad ambas tuvieron que emigrar perseguidas por el nazismo. Si bien M. Klein es la representante de la escuela inglesa en realidad no era inglesa, Klein era alemana.

Por mas que uno ser analizara con alguien Freudiano o pensara de otra manera, si uno trabajaba con niños era con la caja de juegos de Klein. Pero en realidad n era la de Klein, nosotros trabajábamos con la caja de juegos que Arminda Aberastury, que fue la que introdujo a Klein en Argentina, armó y en esa caja, con la que empezamos a trabajar, teníamos que tener muchas cosas, teníamos que tener familias de todos los animales domésticos, salvajes, casitas, juguetes chicos y grandes, hay un libro de técnica, histórico, de Aberastury explicando todos los juegos que teníamos que saber: ajedrez, damas, etc. Todos los juegos que los chicos podían jugar el analista tenia que saberlos y tenerlos. Era una fortuna tener un consultorio para niños y además teníamos que tener una caja para cada uno, con los mismos materiales para todos. Por cuestiones económicas y teóricas, pero fundamentalmente porque empezamos a trabajar en hospitales que nos permitieron empezar a trabajar con niños desde el psicoanálisis. Y como la mayoría trabajaban ad-honorem era imposible sostener una caja de juego para

cada paciente, creativamente muchos colegas pedían a los padres que les trajeran una caja con el nombre y los juguetes que el nene quería, por lo general eran chicos humildes y no era mucho lo que aportaban, no se tenían las colecciones completas de animales domésticos, de granja, bloques. Hoy en día muy pocos analistas trabajan de esta manera. Aberastury a pesar de decirse absolutamente Kleiniana, introduce una modificación; una mujer muy inteligente. Ella descubrió que avanzaba mucho en los tratamientos de niños si mientras el niño era atendido por colegas, ella se sentaba en la sala de espera y empezaba a hablar con los padres, sin ponerse a hablar de nada en particular, ellos contaban cosas que después en las reuniones o asambleas con colegas les servía mucho para trabajar con el niño en el consultorio. Por ende si bien no trabajaba directamente con los padres, indirectamente escuchaba a los padres y lo aportaba a la clínica con niños. De esta manera se deconstruye, digamos, lo establecido como dogma en una persona que es inteligente y hace uso de su inteligencia y creatividad escuchando lo que no sabemos todavía, lo nuevo, no esperando encontrar lo que ya conocemos, lo que nos dicen los libros. Sino estar libres para escuchar y ver lo que nos propone la clínica.

Bueno, seguimos la próxima con estos autores y mas adelante vamos a comenzar con materiales clínicos.