

Teórico 9/05/07

Dr. Ricardo Rodulfo

Mi propósito es ir circunscribiendo cada vez más algunas cuestiones ligadas al cómo del trabajo clínico cotidiano, lo cual obliga ir introduciendo muchos conceptos sobre la marcha. La idea es que lo vamos viendo en este espacio lo vayan entretejiendo con la bibliografía.

En relación a la bibliografía, para el primer parcial de “Realidad y juego” es importante que trabajen los capítulos que Winicott dedica al juego y a lo transicional y a un capítulo que se llama “La experiencia cultural”. En relación al libro de Marisa Rodulfo, los dos últimos capítulos son dos historiales bastante desarrollados, donde se puede ir apreciando el trabajo con los dibujos que se hace en un tratamiento; además hay dos capítulos sobre la interpretación, que junto con el primer capítulo, serían cinco capítulos que deben tenerlos trabajados para el primer parcial. DE mi libro “Dibujo fuera del papel”, los primeros cinco capítulos entrarían para el parcial. Allí hay mucho material clínico trabajado, en una perspectiva distinta a lo quiero hacer acá del cómo se trabaja. Desarrollo todo lo que tiene que ver con escrituras tempranas, trabajado como caricia ligado al concepto de pictograma de Piera Alaugnier.

Nosotros estuvimos apoyándonos en un eje que es el deseo de ser grande. Desde ese eje empezamos a ubicar ciertas cosas, sobre todo estuvimos acentuando el valor clínico y diagnóstico que tiene la consideración de ese eje. Esto tiene que ver con un trabajo mío de llevar adelante una propuesta que Winicott dejó abierta: pensar primero las cosas desde la salud, partir de la salud. Metodológicamente esto se operacionaliza en los primeros encuentros con chicos y su problemática. Presto mucho atención y trato de detectar qué es lo anda bien en ese chico, en qué nivel se podría decir que él está creciendo y produciendo, qué aspecto uno puede ver en que lo creativo, lo lúdico esta vivo. Desde allí, es distinto situar aquello que no anda bien. Es muy diferente esa actitud clínica, que la actitud que empieza por el lado de ¿qué diagnóstico tiene?, encerrando en una categorización prematura e insuficiente. Porque nunca debemos olvidar que nuestras construcciones conceptuales son ficciones. No existe el neurótico, el autista. Son ficciones teóricas, son útiles, si se las usa con cuidado, son peligrosas si las usa de un modo reductor. Nadie es ese personaje, esa entidad ficticia, no existe en la realidad, se trata de una ficción teórica. Una ficción no quiere decir que sea falso, sino algo que es una construcción discursiva. Como si yo dijera: el ciudadano, el consumidor, son ficciones en que no existe alguien ahí como tal.

Voy a traer un material, llevando adelante este principio de sopesar lo que anda bien, sopesar los potenciales de salud o de creatividad o de deseo de ser grande. La consulta es por un adolescente, ya avanzada la adolescencia –más cerca de lo veinte que de los diez-. El historial es frondoso: ya ha sido internado una vez por un intento de suicidio, la consulta es por un nuevo intento de suicidio muy serio porque tardan una semana en sacarlo. Aparece con una destructividad muy importante: es bastante cocainómano, además de consumir mucho alcohol. ES aislado, con una propensión a la desconfianza, lo que le dificulta mucho las relaciones sociales. Lo social es muy caótico en su vida, lo que hace muy difícil

regularizar cosas tales como horarios de sesiones, tiene que tener un acompañante mucho tiempo. Encima hay una carga genética preocupante, porque un familiar muy próximo se suicidó cuando el paciente era pequeño. Este suicidio dejó una marca muy profunda en él, además él crece en un medio familiar donde hay mucha patología. El caso no es mío directo, es el caso de otra colega. Con este panorama, uno dice esto es tétrico, la invitación es a decir: “estructura psicótica, queda encerrado ahí, ya está”. En principio es difícil ver si se puede armar un tratamiento con este paciente. Es posible hacerlo, porque hay familiares que respaldan el tratamiento y además hay otro personaje que es importante destacar, del cual me voy a ocupar. El cuadro es tan negativo, que el psiquiatra, al que se consulta por la medicación –que es indispensable-, lo ve como un candidato a internaciones y como alguien que puede evolucionar muy mal crónicamente. En fin, todo es muy pesimista. Seguramente el desenlace de esta situación, hubiera sido muy distinto si la analista no hubiese tenido la sutileza y el cuidado de rescatar dos capacidades que este paciente tenía preservadas, sobre las que uno podía apoyarse frente a tantas dificultades. Había tenido muchos tratamientos fracasados, desórdenes en la medicación que se auto administraba el paciente... En fin... todo mal. La analista rescata dos capacidades. Una es un gran talento del paciente para la música. Ese talento es lo único que él trae como alguna cosa que ha producido. Él compone música, aunque tiene poco estudio académico. Alcanzó a formar un grupo musical dentro del campo del rock, que luego se desmembró, entre otras cosas por sus dificultades de relación. Habían hecho algunas grabaciones. Es así que la analista tiene una buena idea: como ella no conoce de música, le pide al paciente sus grabaciones y para luego hacer que las escuche gente que sí conoce de música con la pregunta ¿te parece que esta persona tiene talento o es simplemente un mamarracho adolescente? La respuesta de dos o tres personas a las que la analista consulta, es que ven mucho talento, sorprendiéndose al saber que es un chico muy joven y con poca formación musical. El segundo punto es que este paciente parece haber preservado cierta capacidad de amar, de enamorarse, de tener una relación íntima. Si bien sus relaciones sociales tienden a ser desastrosas, él tiene una pareja hace bastante tiempo –para su edad-. Esta pareja es la que influye mucho en la consulta, lo acompaña y lo sostiene. El punto es que él puede mantener una relación amorosa. La analista parte de estas posibilidades del paciente. Aprovecha eso para trabajar con la chica ciertas funciones que puede tener de buen acompañante alguien que está próximo a una persona enferma. Además esta chica se ha analizado, con lo cual tiene más contacto afectivo con estas cosas. En el tratamiento, la analista apuesta mucho a que él le haga lugar –porque él era muy discontinuo- a sus cualidades musicales, que se pueda agarrar de ellas, que las pueda sostener, que no las pierda en ese mar de patología y que pueda reorganizarse subjetivamente desde ese lugar. Por supuesto, esto junto con el análisis de muchos comportamientos, historias, tradiciones y actuaciones patológicas.

Entonces, la analista no sólo se ocupa de la psicopatología y de la farmacología de este paciente, también se ocupa de que este paciente vaya a una institución musical de formación seria y que pueda sostener una formación académica. Para esto ya han pasado dos años, y estamos con una persona de más de veinte. Lo

cierto es que el pronóstico tan sombrío se va matizando poco a poco. El paciente empieza a poder procesar mucho de su enfermedad, de su violencia destructiva, de su abatimiento melancólico que era muy grande, de su fatalismo. El paciente empieza a destacarse en el medio que está, pese a que se lleva muy mal con los profesores y que tiende a armar teorías conspirativas, paranoides. La institución en la que está se da mucho lugar a la improvisación y a la composición y no sólo al aprendizaje, por lo que él se destaca mucho en lo que compone. Vuelve a armar un grupo musical, ahora enriquecido por su formación (sabe de melodía, de contrapunto, de historia musical) y todo esto se vuelca en el género que le interesa cultivar. El paciente va saliendo a flote de una manera sorprendente.

Ahora bien, esto no hubiera sucedido, si se hubiera partido desde un diagnóstico, de un etiquetamiento, y que no se ocupara para nada de lo en el paciente estaba bien. La gente no es global ni homogénea. Este tratamiento anduvo mejor, de muchos tratamientos que nos encontramos con dificultades mucho menores, pero hay menos de dónde agarrarse. Digámoslo así: es un chico muy loco, pero muy talentoso y muy creativo y tiene capacidad de amar. Esa capacidad de amar también funciona para que desarrolle una buena transferencia. SE puede agarrar mucho de su tratamiento, antes él no había tenido buenos encuentros. No digo buenos terapeutas, digo buenos encuentros. Los terapeutas pueden ser buenos, pero eso no garantiza buenos encuentros. Ésta vez él tiene un encuentro del cual puede agarrarse, lo que implica sesiones telefónicas, sesiones extras, sesiones a pedido, un curso de tratamiento muy flexible que hay que hacer, intervenciones muy directivas del analista (“A tal lugar no vas” porque a ese lugar lo que él va a buscar es cocaína).

La importancia de este caso es para mostrar las aristas que tiene un trabajo. Los padres a veces vienen preconceptualizados de que la consulta es por las dificultades del niño. Entonces nos hablan mucho de las dificultades, pero poco del niño. Los padres vienen con la predisposición a que lo vamos a querer escuchar es sobre enfermedad. (Algo así como que si uno va al dermatólogo, es porque por lo menos algo le pica) Hay preguntas muy sencillas que descolocan y sorprenden a los padres y que tienen mucho valor clínico. Por ejemplo: ¿Ustedes lo ven feliz? ¿Ustedes dirían que está contento? ¿o verlo contento es rarísimo? Esa es una pregunta que abre muchas cuestiones. La pregunta por los estados de alegría. Esto puede descolocar y recolocar a los padres. Esto los puede llevar a hablar de otras cosas o por primera vez ponerse a pensar en eso. Porque a lo mejor trataron de cuidar lo mejor posible a su hijo y lo quieren, pero nunca se han preguntado eso, y sí se han preguntado por qué no se saca buenas notas, o por qué tiene miedos, o por qué es tan difícil convivir con él. Preguntas como ¿Es feliz, le gusta vivir? ¿Hay cosas que disfruta hacer? Este es un enfoque, partiendo –como dice Winnicott- desde la salud. Yo insisto mucho en postergar lo más posible el vocabulario psicopatológico, no obstante en determinado momento podemos usarlo. En otro contexto, Jorge Luis Borges decía que para percibir las cosas había que deshabituarse la mirada. Si yo no deshabitué la mirada, no veo nada nuevo, veo siempre lo mismo. Si yo tengo la mirada habituada a ciertos esquemas, es muy difícil que vea otra cosa. Los esquemas gobiernan mi mirada, mi escucha, eso me bloquea cualquier nueva percepción. También nos pasa eso, cuando nos traen al chico muy sobre diagnosticado, porque hay varios

diagnósticos: pedagógico, neurológico, psicológico, familiar. Esa maraña tiene el peligro de hacernos inclinar a cerrar la cuestión, abrocharla con un término. Si yo me habitúo a ver algo así, no voy a poder ver nada nuevo aunque sea evidente. Borges decía que si yo tengo habituada la mirada a ver animales normales, no voy a poder ver nunca un unicornio, porque el unicornio es un ser anómalo. Esto es muy clínico, porque el beneficio del trabajo clínico que pueda hacer, depende de que yo pueda ver cosas nuevas, distintas, cosas en las que nadie ha reparado. Esto también vale para el pensamiento teórico. En el caso que estaba exponiendo, ninguno de los profesionales que había intervenido le habían prestado atención a lo que el chico hacía con la música. Porque ellos se tenían que ocupar de los síntomas, de los pasajes al acto, o tenían que ver qué medicación darle...

Uno de los terrenos en que el deseo de ser grande se pone en juego, se despliega, se ejecuta, se vuelve operación, es en las tentativas de curación. Este es un concepto muy temprano de Freud. El deseo de ser grande, cuando hay dificultades o cuando hay patologías, va a movilizar espontáneamente tentativas de curación. No hay enfermedad o dificultad que no ponga en marcha tentativas de curación. Cuando un chico tiene miedo a la noche y se pasa a la cama de los padres, esa es su tentativa de curación. Lo que pasa que la tentativa de curación, es espontánea, no es la curación y la tentativa de curación a veces puede generar más complicaciones patológicas. La tentativa de curación puede ser peor que la enfermedad originaria. A veces robar puede ser una tentativa de curación, o mentir, las más diversas cosas. Yo siempre voy a estar en primera instancia relacionado con las tentativas de curación. No me encuentro directamente con una enfermedad, yo me encuentro con el cuadro complejo dado por el entrecruzamiento de distintas tentativas de curación. Distintas porque también están las tentativas de curación que hace la familia en relación al chico (malas o buenas, más o menos desacertadas) Por ejemplo, para que no se pase a la cama, se va a dormir con él uno de sus padres, y se queda dormido, y entonces uno de los padres empieza a dormir en el cuarto del chico. ES una tentativa de curación, pero a la vez pone el acento en qué pasa con la intimidad y la sexualidad de la pareja, qué pasa con que los padres se sometan de esta manera. Uno ve las complicaciones que derivan de las tentativas de curación, pero siempre están en juego. A veces son maniobras muy complicadas y a veces son acciones simples. Otra tentativa de curación puede ser comer cada vez que estoy ansioso.

A lo que iba, es que en un trabajo diagnóstico la tentativas de curación es una dimensión que tengo que evaluar. Después de haber visto al chico o al adolescente y su familia, ¿qué puedo evaluar de las tentativas de curación que se han puesto en marcha?, ¿qué me dicen esas tentativas de curación de los recursos psíquicos de la familia y del chico? En uno de los casos clínicos del libro de Marisa Rodolfo, presenta un caso de masturbación compulsiva en una nena, donde la masturbación compulsiva no era el síntoma primario de la enfermedad, sino una tentativa de curación. La tentativa de curación por vía de calmarse masturbándose, había ido empantanando a la niña en una masturbación compulsiva incontrolable por ella misma, se daba tanto en lo íntimo como en lo público, con las dificultades que esto acarrea. Sin contar el daño que esto implica para un chico, tener sólo un recurso disponible para situaciones de ansiedad.

Desde allí empiezo a evaluar ¿qué recursos pone en marcha la familia como tentativas de curación? Por ejemplo represión de la masturbación, lucha frontal contra la masturbación. Esa es una tentativa de curación, pero que sospechamos que no va a aportar mucho a una verdadera salida no patológica de la situación. Entonces, tener cierto panorama de cuáles han sido las tentativas de curación de un paciente y su familia y su escuela es una dimensión muy importante a evaluar. Estas tentativas a veces pueden ayudar, además de que es importante que las haya, puesto que dan cuenta que el psiquismo está siempre activo. La curación no espera una terapia clarificada para operar, el psiquismo está siempre activo, lo cual está en continuidad con los procesos biológicos. Biológicamente esto también es así, cuando ingresa un agente patógeno al organismo, empieza una tentativa de curación. LA tentativa de curación en sí puede generar muchas complicaciones secundarias, pudiendo generar junto con los agentes patógenos primarios una enfermedad más compleja.

Entonces, debemos evaluar qué tentativas de curación se han puesto en juego y con qué resultados. A veces hay tentativas de curación más afortunadas que otras. Supongamos, en un momento en una determinada situación dado los padres cambian a su hijo de escuela. Esto tiene que ver con una tentativa de curación, que no soluciona todos los problemas, pero que es parcialmente acertada. La escuela nueva –su política, su ambiente- es más acorde, tiene más que ver con ese chico, que la escuela que la mandaban antes. Por ejemplo es una escuela que censura menos la movilidad espontánea o la inquietud de los niños, en un chico que era muy ansioso e inquieto. La primer escuela exige que el chico esté varias horas sentado. Allí la familia, puso en marcha esa tentativa de curación, quizás con más expectativa que la que se podía tener, pensando que la solución iba a estar en el cambio de escuela. EL cambio de escuela no fue la solución, pero lo cierto es que fue una buena medida, porque el chico dejó de tener un permanente frente de lucha con la escuela y sus medidas disciplinarias. En un ambiente más relajado, con otro tipo de disciplina y con otra visión menos sedentaria del niño, el chico pudo descomprimir ciertas cosas. La tentativa de curación no fue la solución, pero iba por buen camino. Los padres renunciaron al niño ideal que tenían en mente, al niño ideal que ellos deseaban haber tenido, y pudieron aceptar una escuela más potable para el chico que en verdad tenían.

Así que allí, hay todo un rico panorama, donde las tentativas de curación del chico y de la familia, nos ponen en contacto con fantasías básicas de ese chico y de esa familia. Por supuesto que estas tentativas, exceden mucho cualquier planificación deliberada, se ponen en marcha espontáneamente, no necesitan ser concientes, pueden volverse en parte concientes, pero puede que no. A veces en una familia hay una teoría muy racional de la enfermedad de un chico, y de cómo habría que curarlo, pero en realidad después nos encontramos con una teoría que nada tiene de racional, una teoría muy fantasmática, donde la idea de enfermedad y de curación es otra. A veces los padres usan fantasmáticamente etiquetas racionalmente científicas. Por ejemplo, hace poco veía a un adolescente que se le diagnosticó –algo que actualmente se sobre diagnostica- ADD (déficit atencional con hiperquinesia). El diagnóstico parecía, realmente, muy errado, porque este chico sólo tenía dificultades de atención cuando se trataba de situaciones académicas y no de otras situaciones (podía ver tranquilamente una película de

dos horas, pero no así estar una hora haciendo cuentas). El déficit atencional no es selectivo, por lo que el diagnóstico era malo. El diagnóstico de ADD se descartó, pero el padre en el fondo lo había conservado. En las entrevistas con los padres, pudimos descubrir que en realidad el padre que su hijo tenía un déficit, para lo cual necesitaba una medicación específica –la ritalina- y que eso era todo. El contenido era racional, pero en realidad, allí había un fantasma de una especie de dificultad biológica insuperable, de algo que no tendría cura y menos cura aún con una vía psicoterapéutica. El padre siempre acompañaba a la madre en las consultas, pero lo que se descubre era que desconfiaba de todo, no creía y no tenía esperanzas de que sirviera para algo una psicoterapia para este chico. Lo cual tenía toda una serie de efectos. Con esto acuestas, podemos ingresar en zonas de trabajo más focalizadas.

Con los chicos se trabaja con sus juegos, cuando los hay, con sus dibujos, cuando los hay, con sus conversaciones, cuando las hay, o con todo eso junto, si lo hay, y también podemos encontrarnos con ninguna de estas cosas, teniendo que ver cómo le encontramos la vuelta a la situación. Esa es una proposición verdadera, con un chico tengo que saber leer juegos, dibujos, relatos verbales, tengo que poder tener un código de lectura de sus acciones. Pero esas proposiciones son demasiado generales, cuando me acerco más, la situación se vuelve más caleidoscópica. ¿En qué modos produce y de qué modo trae el chico lo que trae? Yo puedo tener cuatro chicos con comportamientos fóbicos o con comportamientos obsesivos, pero cada uno de esos chicos trae, trabaja, está en sesión de modos muy diferentes, requiriendo estrategias de trabajo, respuestas muy diferentes. A veces un chico me trae sus cuestiones más o menos frontalmente. Frontalmente no quiere decir conscientemente, quiere decir con cierta intencionalidad o bien faltar esa intencionalidad pero el chico trae espontáneamente su cuestión. Cuando yo les mostré, el chiquito que se dibuja en esa silla tan alta, esa silla y ese escritorio tan grandes y ese cuerpito tan pequeño, tan poco en armonía, a punto de caerse. Silla y escritorio que le quedan grande, el chico parece que está por caerse. Es un material, donde un chico produce un material, que nos conduce más o menos frontalmente a dificultades y fantasías de él, más bien fantasías de él que tienen que ver con sus dificultades. La fantasía “me queda grande” .

Cuando vemos un chico por primera vez, que con ciertas modificaciones también es válido para los adolescentes, le decimos: “Sabes que me vinieron a ver tus padres, me hablaron de vos, ¿sabes por qué estás acá? ¿sabes por qué quieren que yo te vea?”. Luego –lo más sumariamente posible- le aclaro al chico, de acuerdo a su edad, qué soy: que yo trabajo con los chicos, no como el pediatra de él, no doy medicamentos, no los reviso, me ocupo de lo que les pasa a los chicos, de lo que los pone mal o bien, contentos o tristes, tranquilos o nerviosos. Porque a veces los padres lo han orientado al chico en esa dirección, y otras veces le han dicho cosas incomprensibles o distorsionadas o nada. También le pueden decir al chico lo siguiente: “vas a ir a jugar con un señor que es amigo de mamá y papá”. Esta sería una visión desprofesionalizada y familiar de la situación. O también pueden decirle ciertas cosas nada claras, que no le permita al chico distinguir qué es ir al médico, qué es ir a la escuela, qué es ir a una situación de psicología clínica. Entonces por las dudas, estas cosas se dicen en un primer encuentro con

el chico. No siempre parece que el chico necesitaría que uno le dijera eso, porque muchas veces el chico lo pesca muy rápido, sin mucha necesidad de palabras. El chico se da cuenta que uno está ahí no en la posición tradicional en la que él espera encontrar al grande (“portate bien”, “no desordenes”). Cuando uno le pregunta al chico ¿por qué venís?, uno se encuentra con teorías del chico y de la familia, que a veces el chico reproduce más o menos fielmente de su enfermedad o dificultad. Distingamos enfermedad de dificultad, son cosas muy distintas. Nosotros no tenemos que pensar que el que viene está enfermo de algo, si así la persona que viene nos lo tiene que demostrar. Puede ser una dificultad de la vida, que requiere una intervención terapéutica. Entonces el chico, nos puede decir acerca del motivo de consulta, “porque me porto mal” y yo le digo “así que te portás mal, ¿por qué?” y allí se abren varias posibilidades. A veces ese “me porto mal” es sorprendente, porque no parece guardar ninguna relación con lo que los padres nos han dicho. Los padres no le han devuelto –con actitudes o palabras- al chico “te portaste mal, por eso te llevamos” -si bien a veces puede suceder esa amenaza con el psicoanalista-. Pero es la interpretación que hace el chico de lo que le pasa. Ahí tenemos que tener en cuenta que para un chico dificultad, enfermedad y ser malo son sinónimos, peligrosamente sinónimos. Porque el chico tiene la tendencia a interpretar una dificultad o algo que le pasa como que él es malo. Las categorías de bueno y malo, que tanto manejó Melanie Klein, son categorías muy instrumentales, muy básicas para un chico, tienen delimitaciones más caprichosas y más singulares que las que tiene en la vida adulta. Vemos esto en los usos que el chico hace cuando nos dice “sos malo, por tal cosa”. No es fácil descubrir cómo es la categoría bueno – malo, pero en general el chico lo tiende a distribuir rápidamente así, y a veces el medio familiar y escolar favorece eso. Pero hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos puede haber una gran proclividad del niño a sentir sus dificultades como que es malo: “me porto mal”. Esa ya es una teoría, “me traen para que me porte bien”. La teoría allí es que el terapeuta va a ser el corrector, va a intervenir como corrector para que alguien se porte bien. A continuación si uno le pregunta al chico: “decime, así que te portás mal, contame”. Estamos con un chico que hable. Entonces podemos encontrarnos con respuestas como la siguiente: “me porto mal, no sé por qué me porto mal”. Respuesta que tengo que evaluar si es evasiva o si es una respuesta más genuina y sincera que da cuenta de algo inconsciente para el chico. Otra respuesta puede ser: “por culpa de..., porque en la escuela me molestan”, una respuesta más proyectiva, en el sentido de que la culpa o la causa de por qué me porto mal reside en alguien externo, no tiene que ver con el chico, la culpa es de otro (hermano, compañero, o porque son injustos con él en la casa). Allí el chico me está dando una visión de qué dificultad tiene. Un adolescente nos puede decir que se porta mal porque no le interesa lo que dicen en la escuela, o porque no le quieren prestar el auto. En fin, las teorías pueden variar, pero es muy frecuente teorizaciones del tipo proyectivo.

También puede ocurrir que el chico no diga nada, pero puede ser un chico -de 4 o 5 años- con muchos trastornos de sueños más o menos característicos, pero que en él se están haciendo bastantes insistentes. Es difícil dormir una noche tranquilo en su casa. Entonces cuando yo le pregunto, él me dice “no sé, no sé”, pero se pone a hacer un dibujo. Dibuja un monstruo en el pizarrón. Yo le pregunto

por un detalle del dibujo “¿me parece que está oscuro?”, él me dice que es de noche. Yo le digo algo, que no es demasiado decisivo, pero es material: “entonces a la noche ¿vos dormís mal? Me contaron que vos dormís mal... Vos dormís mal porque tenés miedo, ¿hay monstruos?”. Él me dice que sí y me dibuja otros monstruos. Allí el chico me está trayendo frontalmente y rápidamente en las primeras entrevistas algo que yo no sé que es, hay un personaje nocturno que habrá que investigar. Este chico en la tercer entrevista hace algo que es interesante: dibuja en el pizarrón una tubería, dibuja a gran escala, subiéndose a una sillita para poder llegar a abarcar todo el pizarrón. Dibuja una tubería, una especie de maquinaria. Después me cuenta que es una máquina para matar monstruos. Se pasa varias entrevistas haciendo eso. Ahí uno puede pensar que para él ¿la curación estaría en que él y yo hagamos una máquina para hacer picadillo a sus monstruos y deshacerse de ellos? Permaneciendo en el plano de lo que trae el chico, que ya es una fantasía muy rica. El monstruo es un personaje que ya implica un trabajo sobre la realidad, sobre la percepción, la intervención de la fantasía, de la ficción, del mito. Es un personaje que luego habrá que ver cuántos matices tiene. Por lo pronto el monstruo implica un trabajo de interpretación, de ficción y de invención del chico, que no se reduce a un efecto de lo ambiental sobre él. En general los padres no le dicen a los chicos que hay monstruos, más bien les dicen que no existen. Lo cual es verdad y es mentira, no existe en un plano, pero en un plano de ficción sí que hay monstruos.

Entonces en este caso, el chico me muestra, con dibujos, su interpretación de lo que le pasa, que lo nocturno para él es amenazador.

Otra presentación puede ser todo lo contrario, puede ser, por ejemplo, que el chico y más aún el adolescente nos diga: “no sé por qué estoy acá”, “no sé, cosas de mis viejos, tendrían que venir ellos no yo”. O el chico puede manifestar que no sabe por qué está aquí, que no tiene ninguna dificultad, que no tiene ningún dolor, que no hay nada que quiera cambiar, que no hay nada que le moleste, que no le pasa nada. Esta es una actitud dominada por la negación, y la mayoría de las veces sabemos que el chico nos está mintiendo intencionalmente, porque sabemos que los padres le dijeron muy clarito por qué lo traían. Nos hace pensar en una primera actitud, donde predominaría una resistencia radical a toda situación de entrevista o de consulta. Y en esa primera negación, cero de material. No tenemos que dejarnos impresionar, porque esa actitud puede ceder muy rápidamente. Porque puede ocurrir, que la elaboración que el chico ha hecho es que lo traen porque es malo y que lo traen a un lugar en el cual se lo va a sancionar. Viene con una sensación de culpa, lo cual es muy frecuente. Entonces como la expectativa es ser castigado, esa actitud de negación es como decir “soy inocente”, como si estuviera frente a un juzgado. Al cabo de un rato, el chico se da cuenta solo, sin que nosotros tengamos que decirlo explícitamente, que no hay tal juicio ni tal castigo ni tal sanción. Se afloja rápidamente y la actitud negativa la depone. En cambio en otros casos, podemos ver que esa negación es menos circunstancial, menos ligada a un contexto, que es una pauta del chico en relación a las dificultades y cosas que le pasan. “A mi no me pasa nada, a mí no me duele nada”, por más duelos y dolores que haya. Eso ya es una dificultad mayor, se puede parecer más a una pauta patológica. Cuando mi modo de relacionarme con mis dificultades o sufrimientos o discapacidades mías es la

negación radical, la cuestión de cómo trabajar con esa negación es más seria. Esas mismas actitudes las puedo encontrar redobladas en la familia. A veces los padres vienen con una cobertura de preocupación, pero en realidad vienen porque la escuela los puso contra la pared: o consultan o consultan. Pero están convencidos que a su maravilloso hijo no le pasa nada y que son malevolencias de la escuela. Entonces tienen una actitud de colaboración fingida, pero en seguida vemos que creen que a su hijo no le pasa nada. Lo que puede llevar a un rápido abandono de la consulta. O bien si la escuela tiene poder sobre los padres –por ejemplo, no permitiendo que el niño continúe el año siguiente sin tratamiento-, puede ocurrir una actitud de adaptación a la norma escolar y terapéutica, pero sin verdadera colaboración. Una negación de las dificultades del niño, una minimización. En el chico podemos encontrar esto mismo. Sabemos por los relatos de los padres, que sufre mucho en ciertas situaciones, pero él minimiza esto. En este caso el acceso a materiales como los anteriores, donde el chico nos pone en seguida en contacto con sus fantasmas y sus teorías de enfermedad y curación, es muy diferente.