

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA
MATERIA: Clínica de Niños y Adolescentes
TITULAR: Prof. Marisa Punta Rodulfo
TEÓRICO: 4/04/2011
DOCENTE A CARGO: Prof. Adjunto Carlos Eduardo Tkach

Buenas noches. Voy a continuar con temas de la unidad 1. La bibliografía que corresponde a la unidad 1 y que vamos a recorrer en esta clase es la de Julio Moreno; Marisa Rodulfo; los artículos de Ricardo Rodulfo de “El Psicoanálisis de nuevo”; las clases de Carlos Tkach, quien les habla, del 1º cuatrimestre que están colgadas en la página. Como les dije la clase pasada, yo no voy a desarrollar directamente los textos, sino que voy a articularles los temas de la unidad.

Alumna: El artículo de Marisa Rodulfo, yo lo busqué en la página de la cátedra y no lo encontré.

Bueno, lo voy a informar a la cátedra y te contesto la próxima clase.

Dos cosas. Una, en estas próximas semanas vamos a colgar en la página de la cátedra qué textos de la bibliografía corresponden a los teóricos. Van a aparecer puntuados. Hay una versión del año pasado, pero tiene modificaciones, así que en las próximas semanas, lo van a poder consultar en la página. Segundo, me informó la Jefa de trabajos prácticos, que hubo muy pocas inscripciones en los prácticos de hospital, en las prácticas institucionales. No sabemos a qué se debe, pero insistimos en recomendarles que lo hagan, porque sino van a desaprovechar una oportunidad de estar en contacto con instituciones clínicas y con la clínica misma, y con cuestiones de la clínica en el ámbito institucional, que les va a resultar de mucho provecho. No lo dejen pasar. No le resten valor porque sea optativo.

Cada una de las escuelas de psicoanálisis que hoy existen ha hecho un dibujo, una construcción de lo que es un niño. No de lo que es “el niño”, como un absoluto, porque el niño es más de lo que ha dicho el psicoanálisis. Pero cada escuela ha hecho un dibujo preferente del niño que teoriza, y que además esa concepción de niño está relacionada con cómo se concibe la cura. Hay una neta relación en cómo se piensa al niño y todo el proceso de la cura. El niño que describe Freud, es el niño que construye a partir de los tratamientos de

adultos. Esto se teoriza en *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, donde aparece dibujado un niño, el de la perversión polimorfa, que además es el que después encuentra Freud, en el caso Juanito. El niño Juanito con una fobia, está pensado en los términos de los Tres Ensayos, más los síntomas, más la sintomatología. A partir del niño que está dibujado en *tres ensayos*, se van a tomar los elementos con los que se va a tratar a Juanito, más la sintomatología. Pero por debajo de la sintomatología de Juanito, están las cuestiones de la sexualidad infantil que Freud descubre en el niño mismo. Porque la sexualidad infantil es del niño. Está la sexualidad infantil en el adulto, y que justamente eso es lo que hace a la represión y constitución del inconsciente, lo que tienen que ver con la sexualidad infantil; y en el niño real asistiríamos clínicamente –eso diría Silvia Bleichmar-, a la constitución de lo reprimido de la sexualidad infantil. El niño perverso polimorfo, es el niño de las pulsiones parciales. Perversas porque no tienen como finalidad más que las satisfacciones parciales, de las zonas erógenas. Polimorfas porque son de distintas formas, provenientes de variadas zonas y no están sintetizadas en una sola. La que tiene prioridad después es la de la genitalidad o, aun así hasta cierto punto, la idea del falo que da lugar, si no a una síntesis, por lo menos a una simbolización. Ese niño, clásico, se asemeja a una especie de querubín libidinoso que quiere satisfacer todas sus pulsiones parciales. Así, excitado, que quiere ver, tocar, saber, curiosear, enterarse, franelear. Ese es el primer dibujo del niño en psicoanálisis que, como sabrán, por una determinación cultural, tiene que renunciar a esas satisfacciones. Los juegos infantiles evidencian esta cuestión. Es el niño más clásico que pintó el psicoanálisis. Pero no es el último niño que aparece dibujado en Freud, en rigor. Este último dibujo del niño es el que ha sido transmitido, con claros puntos de referencia para cualquier consideración de las figuras del niño en psicoanálisis, aunque no lo especifica como en *tres ensayos*. Es el dibujo que aparece descrito a partir de 1930 y que Freud, en varios lugares, como consecuencia de la segunda tópica, y porque además incluye la nueva teoría de las pulsiones, y el más allá del principio de placer, empieza a pensar a la primera infancia como insuficiente para dar cuenta de ese niño con la teoría sexual, de la perversión polimorfa. Esto es por lo siguiente: la importancia concedida por Freud a las pulsiones de muerte, a las pulsiones destructivas, a Tánatos, abren un nuevo campo de problematización

teórica que hasta hoy puede seguir discutiéndose y reflexionándose porque abre esta cuestión compleja de qué es una pulsión de muerte. Es importante conceptualizar esas pulsiones destructivas y autodestructivas. Es más Freud postula en *Más allá del principio de placer*, que la pulsión de muerte es un tiempo de toda pulsión. La dimensión pulsional no ligada, la dimensión de las pulsiones inconcientes, este más allá del principio de placer presente en el origen de la pulsión. Todo el niño dibujado como perverso polimorfo no sería más que una mirada de la cuestión. El niño no se reduciría, no alcanzaría a sintetizarse en el niño de *tres ensayos*. Las pulsiones destructivas, y esto es pensado por Melanie Klein, abren una cuestión fundamental que es que en las pulsiones inconcientes están Eros y Tánatos, y ahí hay una lucha. Pero además, las pulsiones destructivas no sólo son destructivas, sino autodestructivas. Hay un tiempo *auto* sobre sí, de toda pulsión, así lo va a plantear Laplanche. Ese tiempo *auto* permite entender aquello en lo que Melanie Klein insistió bastante, que además se basa en algunas teorizaciones freudianas, y que es que las propias pulsiones de muerte atormentan al niño. El niño padece la destrucción interna o autodestrucción. Y justamente es lo que lleva a la proyección o deflexión inicial de la pulsión de muerte sobre el mundo externo para poder dominarlo. Pero la proyección no se agota indudablemente, porque las pulsiones son endógenas en la concepción de este Freud de *Más allá del principio de placer*. Entonces el tiempo libidinal de la evolución es la vivencia autodestructiva y heterodestructiva. Frente a las pulsiones del niño perverso polimorfo, su aspiración es satisfacerlas en términos del principio de placer. En cambio, en esta otra concepción aparece un niño que está atormentado por las pulsiones, y no que nada en el principio de placer ni en la búsqueda de satisfacciones que luego se reprimiría. Eso sería un más acá del principio de placer. Quiero que noten que estas dimensiones no agotan la una a la otra. No es que una tiene más veracidad que la otra, sino que son dimensiones que van a estar presentes en cada niño y va a depender, en última instancia, de la proporción de los elementos ligados y los no ligados en el psiquismo del niño. En función del caso va a haber una dimensión, mayor o menor, no ligada en términos inconcientes que va a insistir, es decir que va a insistir esta dimensión destructiva de lo pulsional. Y en otros niños, por ejemplo

como en Juanito, podríamos decir que los elementos ligados predominan sobre los no ligados.

Freud se refiere a esto por ejemplo cuando dice que “debemos atribuirle carácter traumático a las vivencias sexuales infantiles”. Y ya no lo dice como una excepción, como en la primera teoría del trauma, como un accidente, sino que en la segunda conceptualización piensa a la idea del trauma como estructural. Entonces las vivencias infantiles tienen carácter traumático *per se*, y no como un accidente. Este tiempo de las vivencias infantiles tiene carácter traumático por la presencia de lo no ligado, que modifica el psiquismo, la vida psíquica del niño, y que nos lleva al más allá del principio de placer, y a las pulsiones de destrucción. Ya no es el niño que vive en el paraíso, en los paraísos infantiles, sino que vive el infierno de las pulsiones. No sólo las pulsiones de destrucción, sino que las propias pulsiones sexuales tienen una violencia en su propia constitución. Hay una violencia pulsional, Freud hablaba de eso, que genera traumatismo. Hay una violencia en la propia excitación de Eros. El principio de placer, en todo caso, es un estado psíquico a conseguir. Pero en rigor, es un estado de ligazón donde el psiquismo del niño se va constituyendo. Esto permite entender qué es lo que quiso explicar Melanie Klein cuando insistía –y en esto reside su concepción pulsional para pensar la cura- en la importancia de la pulsión de muerte, porque el niño padece sus propias pulsiones destructivas y se culpa por esa destructividad. Melanie Klein toma este aspecto de Freud, lo profundiza en la infancia y nos describe a un niño que ya no es el de los *tres ensayos*, el perverso polimorfo, sino que es un niño que vive en el infierno, y que él mismo es el infierno. Por lo tanto, curarlo implica ayudarlo a elaborar, o hacer conciente las culpas inconcientes que siente frente a estas pulsiones destructivas.

El niño de Melanie Klein, no del todo el de Freud, en todo caso del último de Freud... Bueno, lo es y no lo es porque hay que destacar de Melanie Klein sus propias ideas, pero les muestro en qué dimensión de Freud está basado. Klein toma de Freud sus conceptualizaciones de las vivencias infantiles entendidas en función de la violencia pulsional. Es decir que las pulsiones mismas darían el carácter traumático. En rigor, el concepto de trauma no está en Melanie Klein. En su obra, este concepto desaparece. Yo nunca lo encontré y revisé casi toda su obra. Pero en un trabajo que leí hace unos años, de un

colega que se tomó el trabajo que yo no tuve el tiempo de tomarme, señala que el concepto de trauma está ausente en sus textos, no está ni perdido por ahí. El concepto desaparece y esto es importante tenerlo presente con Freud, porque podríamos decir que el concepto de lo traumático en Freud queda circunscrito a esta violencia de la pulsión como un trauma endógeno, del mismo modo en el que lo piensa Melanie Klein. La importancia de recuperar, me parece, el carácter traumático de las pulsiones, es con Freud no sólo hablar de su carácter endógeno, sino pensarlo para que esto endógeno haga par, por decir así, con las vivencias sexuales del niño. Me interesa más una lectura de lo traumático que sea interno/externo, que puramente endógena como es en el caso de Melanie Klein. En Melanie Klein, no se si ustedes saben algo, pero el desarrollo del niño, de las pulsiones en adelante, es absolutamente endógeno y la constitución psíquica es inmanente a si misma. Mientras que con Freud, hay oscilaciones entre lo inmanente y lo que tiene que ver con el otro, punto que van a tomar fundamentalmente Lacan y Winnicott, que papel juega el otro para pensar el psiquismo. En Freud, no está del todo perdida la referencia al otro. Las vivencias infantiles tienen que ver con algo efectivamente vivido, no solamente con la inmanencia pulsional. Esto para la clínica es fundamental. Eso explica entre otras cosas también la visión del inconciente. Melanie Klein, para la producción de la cura, no tiene para nada en cuenta el papel de los padres, en la conducción de la cura ni en la visión que se tiene el niño, ni tampoco los padres están incluidos en ningún tipo de dispositivo. Sí tiene en cuenta a los padres en términos reales, pero lo que le pasaba al niño no tiene nada que ver con los padres. En todo caso los padres fortalecían lo que estaba en el niño. Les estoy dando los comienzos del psicoanálisis de niños, en la visión kleiniana. Ustedes ya han sido formados en otros parámetros de las escuelas psicoanalíticas, como es por ejemplo la presencia del otro, otro maternal, con Lacan el Otro Simbólico que son concepciones que reubican términos fundamentales del psicoanálisis y reconceptualizan la cura.

Por razones históricas se conocían pocas cosas en ese momento, y tanto en Freud como Melanie Klein, pioneros en el campo de la clínica de niños, la cuestión del otro, si bien era supuesta, en la concepción teórica del inconciente y de la cura misma no era tomada con tanta importancia. Freud tiene muchas consideraciones sobre la familia de Juanito, pero no hay ninguna

indicación de atención de los padres o de que se los debiera incluir. Los tiene en cuenta porque como resultado de las experiencias que ha tenido Juanito con sus padres, se van armando sus propias fantasías. Esta referencia a las vivencias del niño con sus propios padres, desaparece en Melanie Klein, salvo alguna referencia general. Pero en la conducción de la cura ella lee el inconsciente del niño expresado en el juego como una conflictiva absolutamente endógena, de lo que pasaba en el inconsciente de ese niño. No es que no tuviera en cuenta lo que la realidad externa pudiera tener que ver, sino que la manera de interpretarlo y a lo que conducía la cura era a lo verdaderamente endógeno del inconsciente pulsional del propio niño.

Con Winnicott y con Lacan aparece el paradigma del otro, distintos otros o distintas dimensiones del otro, podríamos decir. Pero en Winnicott podemos ver algunas cosas que se ligan a que él estaba en un hospital y le tocaba atender a niños muy pequeños; es el primer autor que ve niños pequeños en un hospital. El primero que tiene acceso a atender niños en un lugar a donde concurren por problemas médicos. Porque al pediatra van cuando tienen problemas médicos, no van al psicoanalista. El tiene acceso a una dimensión de la infancia, y a una dimensión de la demanda, de motivos de consulta, a la que nadie tuvo acceso durante los primeros 40 años del Siglo XX. Ni Melanie Klein ni Anna Freud tuvieron acceso a la esta dimensión de la clínica en general antes de 1945. Posteriormente aparecen otros autores, como algunos franceses como Doltó o Sophie Morgestein, que trabajaban en hospitales porque tenían una formación médica y tenían posibilidades de acceso a las dimensiones institucionales. Pero Melanie Klein y Anna Freud no, y es recién después de la Segunda Guerra que se abren en las clínicas la presencia de psicoanalistas. Y esta experiencia Winnicott sí la tiene. Esto le permite teorizar a partir de la madre, porque la tenía en la escena y la veía con bebés de 1 año, 2 años, un niño de 3 años, y eso pasa a influenciar su modo de teorizar. Entonces Winnicott teoriza un niño distinto a los anteriores. Una dimensión que toma es la de un niño que se desarrolla, que crece, que va con una idea de desarrollo progresivo, de crecimiento. En Anna Freud también hay un niño del desarrollo, o inclusive podríamos decir, del niño sano. Esa es una aspiración que tuvo Anna Freud, de teorizar al niño sano, el niño del desarrollo normal. Su libro más importante que se llama *normalidad y patología en la niñez* que es de

ella. Entonces la normalidad se vuelve un patrón para medir la salud del niño, y esto tiene consecuencias clínicas. En Melanie Klein hay un acento en el niño enfermo, el niño enfermo de las pulsiones, por eso en la concepción kleiniana, todos los niños deberían ser analizados. Esto está dicho, porque por la violencia pulsional enferma y se necesitaría un psicoanálisis para poder prepararse para la vida. Anna Freud tiene una visión, en correlación con otras cuestiones, que es del niño que se desarrolla y pone más acento en la salud. Ella arma un modelo de normalidad con el que quiere contribuir al psicoanálisis de la sociedad, y fue muy criticada por eso sobre todo por Lacan, porque quiso contribuir a la psicología evolutiva con los conocimientos psicoanalíticos. Se trata de ese niño que se desarrolla progresivamente, que tiene un yo que cada vez tiene más dominio de sí, y se incorpora a la realidad y la vida social. No sin desconocer que hay tropiezos en el camino, pero la evolución de un yo que se desarrolla progresivamente es lo puesto en primer plano. Más allá de las críticas que recibió del campo del psicoanálisis francés y también del kleiniano, sin duda su conceptualización muestra una faceta del niño que la vamos a ver en la clínica, porque los niños que no aprenden, que no se desarrollan, que no hacen más a menos el promedio de lo que hacen los demás niños, van a aparecer rápidamente como motivo de consulta. Ésta es una noción que en la clínica es fundamental tener en cuenta. Hay niños que vienen con trastornos tempranos del yo graves, que sin ser psicóticos, su constitución yoica parece comprometida y se ve que salen de ciertos parámetros. No tomamos cabalmente el concepto de normalidad, sobre todo a esta altura, pero hay algo que se espera del niño y eso con todas las consideraciones críticas a los conceptos estandarizados, lo tenemos que tener presente. Porque no se puede ser psicoanalista de niños sin saber qué se espera del niño a cada edad más o menos, sin tener en mente algunas cuestiones de pediatría y de psicología del desarrollo, aunque ese no sea el eje de nuestra teorización. Eso aparece en autores como Winnicott, que va a dialogar con médicos, con neurólogos, con especialistas en educación, con especialistas en otros temas de la infancia, y esos discursos son discursos con los que nuestro trabajo tiene un intercambio muchas veces frecuente, y para dedicarse a esta profesión tenemos que saber de qué hablan esos discursos. Tenemos que tener los conocimientos de los otros discursos, para hacernos entender.

En Winnicott también está el niño del desarrollo. El niño que se desarrolla y se constituye como persona. O sea que es una dimensión del niño que importa en tanto que es uno de los parámetros para decidir el estado de salud del niño, en qué etapa está su maduración. Luego hay otra dimensión en su concepción del niño que es fundamental. El niño winnicotiano además de que en su conceptualización está en relación con sus pulsiones, es decir que es un niño que tiene que enfrentarse a esas pulsiones, también tiene que enfrentarse al mundo externo. La realidad externa es el medio ambiente, la madre y lo que Winnicott llama medio ambiente. El niño que dibuja Winnicott es muy original, porque no se explica desde la determinación pulsional solamente, como es el caso de Melanie Klein y podría ser incluso el caso Freud en cierto nivel, si sólo tomamos su primera tónica. Pero el niño de Winnicott tampoco se explica por patrones de desarrollo de adaptación a la realidad. Está la realidad del ambiente, la realidad de la madre, el niño y sus pulsiones, pero hay una zona que Winnicott va a denominar, siguiendo al psicoanálisis, como ego o el self, que es lo que los franceses denominan sujeto o lo que la psicología del yo denomina yo. El self es una notación del inglés, y él postula el ser del niño. Y ese self no se va a producir ni desde las determinaciones externas ni desde determinaciones endógenas, porque va a tener una visión del niño, podríamos decir hoy del sujeto - aunque Winnicott no hable de sujeto - en la que su propia espontaneidad como ser, su propia originalidad, va a tener espacio para manifestarse. Y tal va a ser este espacio para manifestarse, que la enfermedad podría ser incluso la falsedad del self. El concepto de falso self es de Winnicott. Habría falso self y self verdadero, y esto quiere decir que ya cambiamos los parámetros porque ya no hablamos de desarrollo ni de las pulsiones ni de represión. Winnicott habla de self verdadero y self falso, y pasamos a una noción de verdad, falsedad y autenticidad. Estamos en otro registro del sujeto, en la propia creatividad del niño para definir su propia originalidad de ser único en la existencia. Esta noción de creatividad es fundamental en Winnicott. No es sólo un sujeto determinado, sino que además de las determinaciones hay una zona de libre expresión del sujeto. Más allá de las determinaciones hay algo insondable, como en ciertas conceptualizaciones de Lacan, en las que hay algo insondable de la decisión del ser o del sujeto, más allá de las determinaciones endógenas o exógenas. Eso también tiene consecuencias en la cura, porque si

yo tengo una concepción en la que todo lo que le pasa al niño tiene que ver con las determinaciones internas o externas, voy a reducir mi concepción del sujeto a que tengo a esas determinaciones. Pero si yo tengo en cuenta que el sujeto esta más allá de esas determinaciones, o hay un espacio en el que algo hace con esas determinaciones, no porque tenga una libertad absoluta, eso no existe, pero sí un margen de libertad, al hablar del niño en la clínica podemos tener en cuenta que es el ser el que puede establecer su propio campo de estar más allá o más acá de esas determinaciones. Por lo tanto, la conducción de la cura va a estar marcado por esta idea. Ninguna de estas dimensiones es mejor que a otra. No estoy diciendo que alguna de estas dimensiones del niño sea más explicativa que la otra. Explican cosas distintas, dimensiones distintas. Y en distintos momentos de una cura va a ser importante tenerlas a todas en cuenta. Ricardo Rodulfo, en uno de los textos que tienen que leer, señala una concepción de niño, que Winnicott justamente puso de relieve en la cuestión del ser. Esta concepción es que todo ser tiene un punto en el que debe mantenerse incomunicable. Hablando del ser o del self, el sí mismo, la traducción sería esa, habría una zona comunicable del self y una zona incomunicable, que necesita mantener siempre incomunicada. Es una zona necesaria de mantener y que sería siempre incomunicable, y una dimensión que hay que preservar. Se podría decir que la interpretación kleiniana, su modo de intervención arrasa con esas zonas, con ese deseo de incomunicabilidad. Esta idea de Winnicott sería distinta de una interpretación kleiniana que interpreta todo y sistemáticamente, por lo que no queda ningún registro de más allá de lo que las palabras del psicoanálisis pueden interpretar. Ésta necesidad de preservar lo verdadero del sujeto es fundamental. Lacan también hablaba de la dimensión del sujeto más allá de las palabras. Es fundamental una conducción de la cura con una zona a preservar, y a tenerla como una dimensión del propio niño.

Alumna: ¿Con esto se refiere a no interpretar de más, a no hacer interpretaciones “tiradas de los pelos”?

Esa podría ser una de las consecuencias, no interpretar tirando de los pelos. No queda una regla absoluta sobre esto. Yo creo que hay situaciones clínicas donde hay que interpretar mucho, y hay situaciones clínicas donde hay que interpretar poco y preservar al sujeto, por eso no haría una generalización,

pero en algún nivel podría querer decir tener medida del tipo de interpretación que se realiza. Porque hay casos clínicos con un niño donde hay momentos en los que hay que interpretar mucho porque es la única manera de abordar cuestiones muy difíciles, y en otros no, hay que poder preservarlos. Sin duda es como reacción a la concepción de Melanie Klein, entre otras, que prendió tanto la concepción de Winnicott y la del primer Lacan en Argentina. Fueron tan fuertes estas ideas porque el psicoanálisis kleiniano estaba sobresaturado de interpretaciones sistemáticas, permanentes, y de todo. Entonces aparecieron concepciones clínicas para el psicoanálisis de niños donde había otra manera de pensar la cura. Winnicott es el autor que dice “si no entiendo al momento de interpretar ya voy a encontrar tiempo para hacerlo”. Es el que pone de relieve la importancia de que el niño descubra por sí mismo las cosas y no que yo se las revele. Se trata del propio tiempo de elaboración del propio niño, y no del esclarecimiento externo por parte del analista. No porque toda la cura debe situarse del lado del propio descubrimiento del niño, tampoco es esa la idea. Hay momentos en una cura en los que hay que esperar a que el niño descubra por sí mismo, y hay momentos en los que si no se lo decimos nosotros, eso no lo va a descubrir. No es sólo ayudarlo a que lo descubra por sí mismo, que es un aspecto fundamental, pero con sólo eso a veces no alcanza.

Alumna: ¿Esta zona incomunicable de la que Winnicott habla, es incomunicable porque no se puede alcanzar con la palabra?

En rigor, no se puede acceder a ella. Se trata de algo que por la palabra no se llega a atrapar. Lo real, si quieren, en otros términos, porque Winnicott no habla de eso. Lo real del sujeto, que no se puede atrapar. Pero además de que no se puede atrapar, no hay que abordarla, esa es la cuestión. Esa dimensión de lo comunicable y lo incomunicable es clínicamente muy útil, porque no sólo se trata de qué comunicar sino en qué tiempo, porque lo no comunicable en un análisis se va volviendo comunicable, aunque hay un núcleo que será incomunicable por sí mismo. Si ustedes toman la transferencia por ejemplo, sería un progresivo comunicable a base de lo incomunicable, a partir de la confianza que va teniendo el paciente con el analista. Es un progresivo convertir lo incomunicable en comunicable. La transferencia positiva freudiana es, en términos de Winnicott, esta confianza en el otro, que progresa en todo el proceso analítico. Por eso yo diría, si comenzamos una cura priorizando lo

incomunicable, no se si estamos bien encaminados porque entonces la cura no progresa. Si yo lo preservó demasiado el niño no puede hacer una transferencia donde se sienta entendido por otro, y sentirse entendido por otro es fundamental como primer paso del alivio del sufrimiento. En ese sentido un niño, como cualquier paciente, necesita alguien que lo entienda. En eso no quiere mantenerse incomunicado. Más bien comunica la necesidad de alguien que sea receptor de su comunicabilidad. Eso comunicable es un resultado del proceso y es una hipótesis que hay que tenerla siempre, como un precepto técnico. Porque si no hubiera deseo de comunicabilidad no habría desarrollo analítico, no habría proceso.

La concepción lacaniana, básicamente con Doltó y Mannoni, que son las primeras autoras que producen el psicoanálisis de niños con la versión de Lacan, introducen como ustedes saben, el Otro representado en las figuras parentales. El niño dibujado por Lacan, por el primer Lacan, desde esa perspectiva, es un niño sujetado a la estructura parental; sujeto sujetado. Y sujetado a la ley del Otro. Ya no a las determinaciones pulsionales, sino a la ley del Otro. Y el Otro, el inconciente en la concepción de Lacan, tiene las leyes del lenguaje, las leyes edípicas. Entonces el niño es leído como sujetado a esas determinaciones estructurales, y además a la legalidad. Para Freud también había legalidad del inconciente. Para Freud, como ustedes saben, hay un inconciente reprimido, el inconciente de la segunda tópica. Y como el inconciente está en el Otro en la concepción de Lacan, el Inconciente es el discurso del Otro, el Otro encarnado en los padres, el inconciente del niño se conformaría en función del discurso de los padres. Éste es una especie de andarivel al que se llega. Y eso abriría una visión ineludible en el trabajo con niños en la actualidad, porque el niño que se fue dibujando en esta concepción es un niño que puede inscribirse en el mito familiar, que es uno de los temas de la materia. Es decir que el nacimiento del sujeto niño es del Otro y esa conceptualización se puede hacer a partir de la obra de Lacan, aunque no seamos lacanianos necesariamente. Pero a partir de Lacan, podemos concebir al niño como lo que el Otro siembra en él, deposita en él, marca en él. No habría niño si no hay algo de eso, porque es a partir del ambiente, pero también a partir de esas marcas. Esa identificación abre el dibujo del niño. Es el niño que tiene tal apellido, o el nombre del abuelo o del padre, o que esta

ubicado en una serie familiar. Eso nos amplía la dimensión clínica, entendiendo al niño como sujeto de esa estructura. El problema de esta concepción es reducir al niño como sujeto de esa estructura a una víctima. La concepción del niño víctima de la estructura es peligrosa como construcción para nuestro campo. Hacer del niño la víctima es una simplificación, por lo menos en el campo de la neurosis. Como ustedes saben que el niño es víctima de los padres y los padres del niño es una teoría neurótica. Es por eso que el neurótico va a analizarse, “si no fuera por mis padres, yo sería mejor, divino, fantástico”. Y se trata de una teoría de los padres neuróticos cuando se presentan culpabilizándose por lo que le provocan al niño. De padres psicoanalizados. Los padres no psicoanalizados, le echan la culpa al niño o no tienen ninguna explicación. En todo caso, los padres, como diría Silvia Bleichmar, son sujetos de inconciente, y en cada padre hay que ver un sujeto, con su propio inconciente. Y lo que se ha desplegado en el niño será para investigar, pero no hay que culpabilizar, no hay que hablar ni de víctimas ni de victimarios. Ni siquiera el niño es una víctima. Si bien es efecto de lo que los padres han puesto en él, el niño también hace con su síntoma a los padres. Melanie Klein pensaba, y esto es una indicación clínica, que cuando el niño tiene conflictos con los padres, la cura del niño que consiste en mejorar sus síntomas, y eso va a mejorar la relación con sus padres. Lo que quería decir es que los problemas del niño con sus padres tienen su origen en los síntomas del niño y aliviando ese síntoma se va a aliviar la relación con los padres. Yo quiero decirles, a partir de mi experiencia como psicoanalista, que eso es una parte de la verdad en cierta proporción de los casos, las dificultades de los padres, o familiares, se originan en la sintomatología del niño. Pero eso no es la totalidad de la clínica de niños, porque en muchos casos los padres contribuyen a ese síntoma, con lo que autores franceses llaman contractitudes de los padres frente a los síntomas de ese niño, y ahí tenemos casos mucho más complicados. Por eso es que en nuestro trabajo tenemos que trabajar con los padres y trabajar con el niño.

En el artículo de Ricardo Rodolfo van a encontrar una concepción de niño que tiene importancia para nuestra práctica. Por ejemplo, convertir al niño en hijo o reducirlo al lugar de pequeño Edipo, lo cual podría decirse por ejemplo, en el caso de Juanito, en el que él es un pequeño Edipo y además

esta reducido a la noción de hijo. En Winnicott la noción de hijo o de pequeño Edipo, se desdibuja y aparece el ser del niño como deseante y la originalidad en cuanto ser. No es que no esté la dimensión de hijo, pero no queda reducido a eso. El mismo Winnicott en el año '62, Winnicott se murió en 1971, en el año '62, después de la muerte de Melanie Klein, se sintió con toda la libertad de decir lo que pensaba. Siempre lo dijo, pero escribió textos muy iluminadores desde los '60 en adelante. Winnicott dice en un trabajo "no obstante la importancia que tiene el trabajo familiar, y todo lo que sabemos ahora sobre el papel de la familia y los otros grupo a los que pertenece un niño, eso no debería hacernos olvidar el hecho de que casi siempre, cuando un niño presenta síntomas, es él el que sufre y que la mejor manera de aliviar el sufrimiento es mediante el trabajo realizado con el niño mismo". Dice Winnicott, Que fue un precursor de la importancia de la madre, el padre, el papel de los padres en el desarrollo, etcétera. El tema es que una vez que el niño tiene sus síntomas ya son del niño mismo, y este aspecto no debe ser descuidado. Existe una proporción de la casuística en la clínica infantil donde sin duda la atención de los padres es prioritaria, insustituible, pero eso no es toda la clínica de niños. Como también lo indica Freud para la clínica de niños, no hay que trabajar sólo con el niño. Existen casos, como él mismo lo reconoce, en los que modificar algo en el ambiente es suficiente, porque se observa que en familias con ciertos niveles de salud psíquica, una modificación en el ambiente es suficiente para la curación terapéutica. Winnicott es un autor que como tiene en cuenta al ambiente y al estado de salud del niño y de la familia, a diferencia de la concepción kleiniana, va a plantear que el tratamiento del niño es no necesario absolutamente. Si hay condiciones psíquicas en el ambiente, en la familia, y el síntoma del niño no es de extrema gravedad, esta intervención en pequeñas operaciones con la familia hará el trabajo. Es un autor que a diferencia de Melanie Klein, no va a analizar al niño *per se* porque se lo trajeron a la consulta. Ahí aparece algo distinto para pensar el dispositivo de intervención en el niño y en los padres, dónde se pueden formar otros modos de intervención que pueden ser suficientes para aliviar un sufrimiento, por lo menos en los casos donde eso es posible. Es cierto que hay dificultades contemporáneas, del siglo XXI, en las funciones parentales como consecuencia de muchas cuestiones que no voy a abordar ahora, como la muerte de Dios, la

muerte del padre, la infantilización universal, etcétera. Hay por muchas otras cuestiones una especie de caída de las funciones parentales, de la función del padre y de la función de la madre. Eso tiene muchos aspectos que se ven en la consulta contemporánea. O sea que no contamos estructuralmente en muchas consultas contemporáneas con un medio ambiente saludable donde puedan hacer el trabajo con el niño, motivo por el cual más problemáticas para resolver con él. Ésta es una dimensión que no podemos olvidar, porque encontramos padres y madres jóvenes que no saben qué es un niño. O que piensan en un niño que es adulto o que piensan que un niño puede hacer lo que se le da gana porque es un niño. Caída la imagen de la paternidad, hay una especie de desorientación sobre qué es ser padre. Es cierto que ha cambiado mucho la imagen del padre del Siglo XIX, no hay duda de eso, pero sabemos que la función paterna no consiste en tomar al niño como si fuera un adulto. Todos estos autores que estamos viendo sirven para pensar estas cuestiones contemporáneas, como les decía la vez pasada.

Al recibir al niño por primera vez en la consulta, una de las cuestiones que se vuelve fundamental para tener en cuenta es la cuestión de los padres. Introducir la cuestión parental en la clínica abre distintas dimensiones, no abre sólo una. Una de ellas es la del mito familiar, y qué posición tiene el niño en este mito, en el en el deseo de la madre. Ésta es una dimensión más estructural, podríamos decir. Es una dimensión que no podemos desconocer, y que además no se puede describir en una sola consulta, sino que es un trabajo de todo el tratamiento. Pero hay otra que está muy ligada a la clínica, al manejo clínico de la primera consulta y que es también fenoménica, por oposición a la que denominamos estructural, que se trata de en qué posición se nos acercan los padres respecto al sufrimiento del niño, es decir, cómo se sitúan frente al sufrimiento del niño, a su padecimiento y si sufren frente a él, de qué modo lo hacen. Si no tenemos padres que sufren, no tenemos ninguna consulta posible para poder trabajar. Puede sufrir la mamá, puede sufrir el papá, el niño, todos juntos, o el hermanito porque el niño en cuestión, supongan que lo trata mal. Si no hay sufrimiento en algún lado, no hay consulta. Pero aun sufriendo el niño no necesariamente se queja del síntoma y lo dice. Porque no todos los niños, en realidad la mayoría de ellos, manifiestan el sufrimiento. Y entonces lo traen, porque sufren otros por el niño, por ejemplo, porque sufren los papás. Y del

modo en que sufran, lo que estoy diciendo es algo que es absolutamente clínico y que no se pueden desconocer en las consultas con los padres, determinará qué tipo de consulta hacen por el niño. Es decir que según la posición que tienen con el sufrimiento de ese niño es que van a facilitar o no el tratamiento. Por ejemplo, si los padres sufren por el padecer del niño, se identifican con el sufrimiento del niño o con su situación, por empatía, es decir, que pueden colocarse en el lugar del niño, y entender que la fobia que tiene, pobrecito la pasa mal, vamos a ayudarlo, voy a ver a un profesional que lo pueda atender". Esa posición es la del papá de Juanito, que hay muchos como él, pero lo tomo como paradigma, porque como dice Lacan es un buen padre porque lo lleva con Freud. Eso es lo mejor que podemos esperar de los padres para poder hacer un trabajo. Que los padres se identifiquen con el sufrimiento del niño, que confíen en nosotros y que nos confíen al niño para que lo ayudemos. Pero no siempre nos encontramos con esto, porque a veces los padres sufren pero no sufren por el niño, sufren narcicísticamente, algo así como que qué hicieron ellos para merecer a este niño que es medio torpe, que no logra los éxitos que sus padres querrían. El sufrimiento es aquí narcicístico, no por el niño como un ser independiente. Eso lo van a ver en la consulta. Esta situación permite que trabajemos con el niño, pero ese sufrimiento hace que necesitemos también trabajar con los padres, porque si bien nos habilita a trabajar con el niño, que además tiene sus propios problemas, pero además de esto el problema es que sus padres lo miran con un dejo de insatisfacción por la imagen de sí mismos que el niño les devuelve. Entonces esta situación se trata de en qué modo tienen los padres los ideales narcicísticos y en qué medida el niño viene a cumplirlos o no. Entonces tenemos sufrimiento, pero narcicístico, y esas son cuestiones que en la primera consulta vamos a tener que manejar. Por eso hay que trabajar desde el comienzo historizando algo de la investigación en la historia del niño. Ya ubicamos la posición clínica respecto del sufrimiento por el niño y además tenemos la estructura. Después tenemos una tercera dimensión que se desarrolla a medida que vamos conociendo al niño y a su problema, que se refiere a los modos de relación que tienen los padres con ese niño, a cómo son los lazos en la familia y cómo se relacionan con él, es decir, cómo son los lazos descriptivamente. Yo les estoy dando explicaciones conceptuales para las primeras consultas con los padres. No

existe un capítulo respecto del síntoma o del mito familiar, sino que todo eso lo vamos construyendo a medida que los padres nos van contando de qué se tratan las cosas, y ahí podemos decir, esto tiene que ver con el mito, esto tiene que ver con el narcisismo de los padres, esto tiene que ver con cómo lo tratan. Por ahí tenemos una madre muy neurótica que no soporta la angustia del niño o las dificultades y explota porque se llena de angustia y entonces ahí tenemos una dimensión en la que algunos síntomas del niño en la interacción potencian el lazo con el niño. O podemos ver si en lo familiar lo tienen en cuenta, si le dan lo que necesita. Si quiero ser un poquito más fino, al hablar de los padres también vamos a pensar en el inconsciente de ellos, y vamos a hacer hipótesis que nos van a dar la pista sobre estructuras. De ahí parte el mito familiar, de acuerdo al inconsciente parental, qué padre tuvo el papá, qué padre tuvo la mamá, qué historia familiar tuvieron los padres. Con este material comenzamos a hacer hipótesis sobre el mito familiar. Es decir, qué lugar vivieron ellos como hijos para pensar en qué lugar están ellos como padres. Y además, los padres nos cuentan la historia del niño y la historia de los síntomas, y ahí vamos a conocer la historia de las vicisitudes vivenciales y traumáticas que ha atravesado, para poder historizar cómo se armó el niño y cómo se armó el desarrollo de ese síntoma. Quiere decir que son dimensiones distintas. Y hay una más que es la última que es de qué niño nos hablan, qué relato arman de él. Al hablar de la realidad del niño nos relatan también su propia visión o sus propias representaciones inconscientes del niño. Cuando conocemos al niño, podríamos ver cuánto se acerca o se aleja del relato que hacen los padres.

Bueno, hasta aquí por hoy. Sigo la próxima vez.