

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MATERIA: Clínica de Niños y Adolescentes

TITULAR: Prof. Marisa Punta Rodulfo

TEÓRICO: Lunes 5/4/2010

DOCENTE A CARGO: Prof. Adjunto Carlos Eduardo Tkach

Buenas noches. Mi nombre es Carlos Tkach. Voy a dar yo las siguientes tres clases. Luego va a dar otras tres clases la profesora Adriana Franco. Luego yo voy a volver a dar dos clases, luego va a venir ella a dar otras dos. Y luego quedan dos clases más finales que también nos vamos a intercalar.

Voy a comenzar, voy a trabajar temas de la unidad dos, tres y cuatro. Estoy al tanto de lo que vieron con la profesora Marisa Rodulfo. Así el tema con el que vamos a introducirlos es la consulta por un niño, lo que sería el inicio del trabajo clínico un con niños.

Para conocerlos un poco, por lo menos qué materias han hecho: clínica de adultos ¿quiénes han cursado? (alumnos levantan la mano) Las psicoanalíticas, además de la obligatoria, ¿quién hizo inglesa? ¿francesa?

Bien, introducirlos en cuestiones de la clínica de niños hoy, lo que sería la actualidad del trabajo con niños se imaginarán o ya sabrán o habrán escuchado seguramente que, como consecuencia de cien años de psicoanálisis, si consideramos, como se suele considerar, el primer análisis de un niño que fue el de Juanito, tenemos ya de psicoanálisis de niños prácticamente cien años. Han habido muchas corrientes, muchas escuelas, como las que ya conocen en la clínica psicoanalítica en general. Y se han desarrollado muchos modos de pensar el análisis de niños y la clínica de niños en sus aspectos más amplios. Ha habido mucho recorrido hecho con sus aciertos, sus alcances y también, por qué no, con sus limitaciones. De modo que es bueno que sepan, por lo menos para empezar, que creo que es muy difícil hoy en día adscribir, pensando desde la clínica, en particular, adscribir a un modelo único en el sentido de decir que esta es la única manera definida de cómo entender y tratar a un niño, sus padres y todo lo que implica el trabajo analítico.

Si bien cualquier autor contemporáneo, cualquier analista contemporáneo, tenga sus preferencias teórico-clínicas - sin dudas las tenemos porque si no tenemos algunos rumbos conceptuales, algunas ideas no sabríamos cómo abordar cuestiones tan complejas - pero es muy difícil decir que en los modos de aproximarse al trabajo con

los padres, con los niños, etc no estén presentes, los que trabajamos hoy, esto ya desde hace muchos años varias vertientes teórico-clínicas. En nuestra práctica cotidiana abrevamos y nos servimos de muchas fuentes, vertientes teórico-clínicas que, a la hora de abordar un caso, se nos vuelven necesarias, útiles, de las que no podríamos prescindir.

La clínica con niños se ha ido modificando a lo largo de tantos años influida por varios factores. Unos fueron los conceptuales y las referencias conceptuales que se tomaron a partir de eso. Otras fueron la experiencia clínica, la experiencia inmediata que los analistas iban haciendo y el tipo de pacientes que empezaban a recibir y a los que debían dar respuestas, en los comienzos, con cierta urgencia, en los comienzos del análisis de niños, es decir, presionados por tener que validar el método o el trabajo con el niño, ese fue otro factor que incidió en ciertos rumbos que se tomaron, y por otro lado, y relacionado con esto último, la progresiva ampliación del tipo de casos que se atendían y que los analistas comenzaban a registrar.

Del mismo modo que el psicoanálisis originalmente freudiano, el de Freud, se basa y se construye, al menos la matriz más original, a partir de los pacientes neuróticos, de lo que Freud va a llamar después la neurosis de transferencia, y eso da como la matriz básica de lo que fue el psicoanálisis, y durante muchos años, y luego, con el correr de los años la teoría y la práctica se fue modificando como consecuencia de la extensión por lo menos teórica, en Freud, a la problemática de la psicosis no solo ya de la perversión, la progresiva extensión a pacientes más complicados, es decir, no los neuróticos clásicos, sino pacientes que presentaban al método analítico una cantidad de problemáticas distintas a las del neurótico clásico. Bueno, eso fue derivando en modificaciones de los modos de abordaje, de la manera de pensar.

En la clínica con niños ha ocurrido algo parecido. Y si los primeros niños que se atendieron eran los hijos, como ustedes deben saber, los hijos de los psicoanalistas o de los simpatizantes del psicoanálisis, o de los pacientes adultos, esos fueron los primeros niños que se comienzan a atender, a medida que el método, digamos que los profesionales van tomando espacio en la vida social (en hospitales, en clínicas y en distintos ámbitos) va abriendo a la investigación psicoanalítica (no importa las escuelas en este punto) se van abriendo los psicoanalistas y conociendo problemáticas que no estaban previamente, ni imaginar, ni siquiera esbozar.

Me gusta contar que Anna Freud en el año 56' cuenta (Anna Freud es una de las primeras psicoanalistas que comenzó a trabajar con niños junto con Melanie Klein como ustedes deben saber. Comienza a trabajar en las década de los años 20') ella cuenta en el año 56', después de la guerra, ya viviendo en Londres, ya con un recorrido, que fue una gran sorpresa para los psicoanalistas de niños, cuando

podieron comenzar a trabajar en clínicas y en instituciones públicas, fue una gran sorpresa encontrarse con que los casos que recibía no tenían nada que ver o no eran explicables con los modelos freudianos de la fobia de Juanito y la fobia del Hombre de los Lobos. Es decir, el modelo de la neurosis, aún de la neurosis grave, sin entrar en detalles, como la del Hombre de los Lobos (actualmente se discute si era una neurosis o no, en el año 56´ acababa de comenzar esa problematización, fue una gran sorpresa encontrarse con que desde el modelo conceptual de dos tipos de fobias no podían entender la cantidad de problemas y demandas con las que venían a la consulta.

Esto hoy no es ninguna novedad, hoy, hoy no es novedad porque estamos a más de 50 años de cuando lo dijo Anna Freud, pero me interesa para que tengan una dimensión de que nuestra disciplina a pesar de tanta agua recorrida y de tantas polémicas, es realmente joven todavía. Y estos cien años no han son sólo de afinar el método conceptualmente o de polemizar sino de seguir descubriendo, inclusive, cuestiones básicas de la constitución psíquica de un niño y del tipo de sintomatología y del status que tiene la sintomatología, y de los modos de ir abordándola.

La consulta por un niño, cómo se la piensa hoy, digamos que actualmente disponemos de modelos mucho más complejos, de hipótesis también mucho más complejas para pensar. Nada va más en contra de un trabajo productivo en nuestro campo que tener hipótesis o modelos conceptuales simples. Nos parece que es mucho más útil para la formación y para el trabajo con los pacientes tener nociones de lo que es la complejidad, es decir...cuando digo complejidad quiero decir que el niño y sus síntomas, y sus lazos con la estructura familiar, no pueden explicarse mediante una línea de determinación única que tenga sus fuentes o en la pulsión de muerte o en el falo y la castración, o en la agresividad o en el narcisismo, sino que hay que tener presente que hay varias líneas conceptuales que hacen a la subjetividad y que en cada caso algunas de estas líneas podrá ser predominante sobre la otra pero no hay algo así como líneas de determinación simples, o el significante del nombre del padre, etc. Podríamos decir que es otra manera de llamar a la sobredeterminación, pero creo que va más allá de la sobredeterminación. Es la idea de complejidad en el sentido de articulación de distintas dimensiones, de diferentes factores, en distintos modos de combinación que en cada caso tendremos que ver de qué modos se nos presentan.

Entonces les decía que pensar hoy la consulta con los padres, la consulta por un niño que, inicialmente, la tenemos con los padres (cuando digo los padres estoy usando obviamente términos genéricos, puede estar la madre sola o el padre solo, digamos algún familiar del niño a cargo de quien esté el niño o a cargo de quiénes está) ya la pensamos teniendo como hipótesis que, entre los síntomas o los problemas del niño por el que nos vienen a consultar, y las figuras parentales y la historia, alguna relación

va a haber...alguna relación, algún vínculo que podremos establecer que podrá tener que ver más directamente o menos directamente con aquello que le pasa al niño.

Esto que es una idea que seguramente no les estoy diciendo ninguna novedad, esto es parte ya del saber común de hace muchos años. Pero este no fue un saber del que se disponía en el origen del psicoanálisis de niños. Ni Anna Freud que pensaba muy distinto a Melanie Klein, teniendo un poco en cuenta a los padres de la realidad, usaba una hipótesis de esta naturaleza, que entre la historia de los padres y el psiquismo de los padres, y los síntomas del niño podía establecerse alguna interrelación que nos de alguna hipótesis explicativa para entender cómo ayudar al niño. Esto fue el resultado de nuevas ideas, de nuevos pensamientos que surgieron posteriormente.

Básicamente puede decirse que los que introducen esta perspectiva, básicamente proviene de dos autores, implica la aparición de un paradigma donde los "otros" del niño tienen que ver con el niño que vemos clínicamente. Los "otros" del niño, se puede decir, figuras parentales. Esto no es algo que los psicoanalistas no supieran, se podrán imaginar. Todos los psicoanalistas sabían que había padres y en todos los autores hay algunas reflexiones acerca de los padres, en todos lados. El problema es que se pudiese contar a partir de estas ideas con algunas hipótesis para pensar al niño y para actuar clínicamente.

Por ejemplo Freud pensaba, para que tengan esta referencia, Freud pensaba, esto lo dice en el caso de la joven homosexual con algunas dificultades que se le habían presentado con esa paciente que para poder hacer un análisis de alguien, se requiere que el sujeto en cuestión sea libre e independiente, desde el punto de vista de los padres y económicamente. Digamos, él apostaba que las mejores condiciones para hacer un análisis, se requería de un sujeto que tuviera una independencia ya lograda. Porque la presencia e influencia de padres aún en adolescentes como era la joven homosexual ya contaminaba la posibilidad de Freud de analizarla con toda la libertad. Esto ya era un problema para analizar niños. Con esa condición ya tendríamos algunos condicionamientos para analizar niños. Sin duda que es así. Analizar niños tiene a los padres como un condicionamiento, a partir de lo cual no decimos que no se los puede analizar, de lo cual deducimos que los vamos a tratar incluyendo esos condicionamientos, vamos a decirlo así.

Los autores que introdujeron algún modelo conceptual para introducir esto en la clínica y en el modo de pensar el niño, fueron, de los más conocidos, uno fue Winnicott que introduce la función maternal, la función materna, los cuidados del niño, sin los cuales no se puede pensar en un niño, pero esto como una variable a ser usada en el trabajo clínico. Pensar al niño con su otro, con los cuidados maternos, permite entender los síntomas, permite entender cómo intervenir, etc. Bueno ahí aparece podríamos decir,

inclusive un nuevo paradigma, la aparición de un paradigma distinto, nuevo para pensar el inconciente del niño o el psiquismo infantil. Es decir, el "otro" como concepto pero que tome el lugar de paradigma, que no existían en las otras conceptualizaciones. No es que no existía la noción de padres, vuelvo a insistir, no existía la noción de "otro" como un paradigma conceptual en tanto real y simbólico para pensar al sujeto.

Por supuesto que Freud tenía claro esto en su proyecto del año 95' porque habla del otro inolvidable, se lo puede leer en Freud y eso ha permitido que autores posteriores encuentren la noción de "otro" en el mismo Freud, es así. Hay lecturas que demuestran eso pero no se define como tal. Y el otro autor que va a ser muy importante en la historia del psicoanálisis es el de Lacan, con la noción de Otro, que ustedes deben saber, situándolo en el orden simbólico, en el lenguaje, es decir pensar al Otro antes de pensar al sujeto en sí mismo, antes que haya sujeto, antes que el que va a ser un sujeto, antes preexiste, por decirlo de alguna manera, el Otro como condición de posibilidad de su constitución.

Bien, esto en la clínica ya es un elemento que... más allá que alguien sea mas o menos lacaniano, le guste más Lacan o menos, etc...esto ya forma parte de paradigmas compartidos dentro de un campo psicoanalítico más o menos interinfluenciado. Por supuesto que las diferencias están, no estoy diciendo que no las haya, pero hay ciertas cuestiones que hacen que difícilmente no se tengan en cuenta. Se las puede conceptualizar de distinta manera y poner más énfasis o menos. Es decir, algunos van a considerar que el síntoma del niño tiene directa relación con cuestiones que están marcadas en la estructura parental, que la causación es directa, por ejemplo. Otros van a pensar que no, que esta causación, esta influencia es más bien un campo abierto de posibilidades que decantarán en el niño de acuerdo a ciertas alternativas que no pueden anticiparse previamente. Es decir, unos van a poner más acento en la determinación única de la estructura parental, esto es así, versiones lacanianas se han planteado así. Otros van a señalar que los padres, digamos, la influencia parental está más bien mediada, que tiene que ver con la historia, con momentos de la estructuración del niño. Es decir, que no está todo, por decir así, ya contenido en las condiciones estructurales de partida de la estructura parental pero que sin duda no se las puede dejar de tener en cuenta, la subjetividad del niño no se constituye desde una inmanencia que surge puramente de forma endógena. Es decir, el psiquismo del niño se constituye en la lazo con los otros, pero, en qué medida ese lazo o esos lazo que además se van complejizando, tienen que ver con el malestar por el que nos consultan es un interrogante clínico que se va contestando durante el trabajo de las consultas iniciales. Porque eso no es solo una discusión teórica en

absoluto, es una idea que va a, de acuerdo a como la precisemos, va a orientar nuestra práctica. Podremos tener acciones a cumplir a partir de ahí. Esta es una de las cuestiones que no podremos dejar de tener en cuenta.

Si creemos que esto se da en un proceso, y donde los padres van formando parte de algo que se estructura en el niño, entonces, las mediaciones entre el niño como sujeto y la incidencia de los padres, existen. Justamente hay mediaciones y no hay causalidades directas, y además está el niño, en tanto sujeto que se está constituyendo y su psiquismo se va armando y su inconsciente se va instaurando, se va produciendo un sujeto que en tanto tal no sólo es efecto sino que a su vez es causa, no sólo es efecto de los padres sino que a su vez es producto de los efectos intrapsíquicas de su propia constitución a medida que se va desarrollando, pero además es causa de los padres, es un elemento que no sólo está determinado por los padres sino que además él determina o va suscitando como agente disposiciones parentales.

En términos generales, es muy difícil decidir a priori, salvo que sea estudiando cada caso, en qué condiciones, el tipo de dispositivo que vamos a implementar para un caso en particular. Las consultas iniciales, entre otras cosas, tienen esa finalidad. Entender de qué sufre el niño que nos traen y en el final, en el final como conclusión de un proceso, el proceso de una consulta inicial podemos llamarlo un pequeño proceso, que no puede ser ni muy largo ni muy corto, tiene que servirnos para tener una especie de panorama inicial de ante qué problemas estamos en el niño, la historia de esos problemas. Es decir, desde cuándo a un niño le pasa lo que le pasa, qué relación podemos ir estableciendo entre las perturbaciones que tiene y algunos elementos de la historia, conocer qué tipo de niño es, quién es, qué lugar ocupa en la familia, en su relación con los hermanos, qué vínculos tiene con sus padres. Les estoy dando varios ítems que sin convertirse esto en un cuestionario, el trabajo con los padres, el abordaje con los padres inicial, que no es ni un dispositivo analítico en el sentido de una sesión de análisis, obviamente, pero tampoco es una entrevista médica o psiquiátrica, en el sentido de una anamnesis dirigida que tenemos que llenar. Implica un campo clínico especial, que es bueno que lo tengan presente, que tiene muchas particularidades, es decir, los padres vienen a hablarnos de alguien que no está, pero que forma parte de su estructura familiar y de su propio ser. Entonces nos hablan de alguien que no está, que tiene que ver con ellos y que muchas veces sin saber lo que le pasa al niño algo tiene que ver con ellos y ellos no lo saben, y nosotros tenemos que poder establecer un marco de diálogo e intercambio donde no sólo nos den información sino que sea un modelo donde nosotros junto con ellos les ofrezcamos un espacio de ponerse a pensar las primeras hipótesis, ideas sobre qué puede ser que le

esté pasando a un niño. O sea que es un campo clínico bastante particular, donde tenemos que hacer preguntas directas, en otro momento dejaremos hablar libremente y no guiarlos, pedir asociaciones, en esos momentos esperar lo que surja casi como asociación libre, es decir, que surja un discurso y dejar que el diálogo nos lleve a donde nos lleve, pero al mismo tiempo tener un rumbo porque hay cosas que tenemos que ir aclarando, tenemos que ir entendiendo. Bien esas son en parte algunas de las particularidades de este campo clínico, y los padres no son sólo testigos del niño del que nos hablan, son también parte interesada, en su manera de verlo, de lo que ha ocurrido. Entonces su relato del niño y la historia, ya es un relato que de ninguna manera es objetivo, ni se pretende que lo sea, tendrá algo de objetividad y tiene también mucho de subjetividad, y una mezcla de ambas cosas. Es decir, los padres, lo que nos relatan ya está sesgado por su propia participación en la historia. Esto no quiere decir que necesariamente nos mientan, aunque estas cosas ocurren, sino que están influenciadas por su propia subjetividad. Entonces se nos vuelve decisivo tener en cuenta esto como una variable e invitarlos a participar de esta reflexión o de esta indagación porque si algo les podemos transmitir en esas consultas en acto y a veces explícitamente, es nuestro modo de ir pensando, el modo psicoanalítico de pensar qué le pasa al niño por el que nos vienen a consultar.

Nada es más perjudicial, creo, para el trabajo clínico que las entrevistas con los padres sean la caricatura de un psicoanalista callado, frío, distante y no participativo que sólo pregunta toma nota y acumula información para al final de algunas entrevistas dar alguna síntesis de lo que le pasa al niño de un modo que parece como si lo sacara de la galera o sin transmitirle a los padres de dónde salen las hipótesis. Nada es más perjudicial para el trabajo clínico que un estilo de esa naturaleza aún como cuando con los padres no tengamos mucho trabajo que hacer y la indicación sea trabajar con el niño. No hay mejor manera que transmitirle, yo creo que en cualquier ámbito clínico de nuestro trabajo pero estoy hablando en el de los padres, transmitir en acto el modo de pensamiento que tenemos para, en acto, mostrarles a los pacientes con los que trabajamos de qué manera estamos juntando distintos elementos que por ahí están separados pero que en algún momento se nos hace clara alguna idea que no podemos develar. Es decir, todo lo contrario de que nuestra aportación de un saber nuevo descubierto en el diálogo con ellos, o un desciframiento o una construcción es como sacada mágicamente de la galera como dije antes. No hay nada más productivo para el trabajo clínico que acompañar al paciente, y que aunque tengamos hipótesis que por supuesto siempre y en muchos casos vamos a estar mucho más adelantados que los pacientes, muchas veces vamos a estar más retrasados, depende, pero que estemos más adelantados es muy importante poder seguir el hilo del saber del propio

paciente o de los propios padres pero ir mostrando de qué manera pensamos que por ejemplo, si el niño, supónganse, tuvo un periodo que dormía mucho y estuvo inapetente y después...supónganse esto ocurrió antes de las razones por las cuales nos consultan ahora, supónganse que nos consultan porque está enojado en la escuela, está muy refunfuñón y se pelea con todos en la escuela, un motivo de consulta, y perturba su vida escolar. Tal vez cuando los padres nos cuenten y nos digan, por ejemplo, que hace un año tuvo una época en que comía poco, jugaba menos y los padres no le dieron importancia y nosotros pensar que ahí algo se empezó a gestar y quedó mudo, mostrarles, indicarles que probablemente ese chiquito en aquel momento tal vez estaba pasando por un momento de tristeza o de depresión y que por ahí lo que vino después como enojo podría tener alguna relación como pasar de una punta a la otra y que ellos lo tomaron como algo que no tuvo importancia, mostrarles de qué manera seguimos los hechos, lo que nos dicen, las perturbaciones, es decir, cómo escuchamos elementos de la historia, cómo escuchamos el comportamiento del niño, cómo lo leemos, es decir, transmitir un modo que sea metabolizable por los padres las distintas fuentes de donde vamos tomando nuestras ideas.

Esto es fundamental porque no solo tenemos que entender y entonces tenemos que hacer hipótesis, etc. Sino porque necesitamos que los padres se conviertan en colaboradores del trabajo que vamos a hacer con el paciente, con el niño. Entonces no solo trabajamos con los padres, sino que trabajamos junto con ellos. Por supuesto, demás está decir, es necesario estar atentos a todo lo que pueda ser de nuestro lado como clínicos y con nuestra propia historia y nuestro propio inconsciente, a cualquier signo que nos haga ubicar a los padres en el lugar de los culpables o de quienes hay que liberar al hijo. Es decir, cualquier idea que aliente ubicar a los padres como victimizantes del niño víctima es algo que conspira contra el trabajo analítico.

Francoise Doltó decía, hablando de este punto, ella pensaba que para ser psicoanalistas de niños primero había que ser psicoanalista de adultos y lo fundamentaba en la siguiente idea. Ella decía "me he cansado de ver o de escuchar a los psicoanalistas que dicen 'esta madre es insoportable!, a estos padres no los soporto!" y ella decía que eso muestra una profunda falta de análisis personal, entre muchas cosas, pero una dificultad profunda de comprensión de qué lugar están los padres, como si todo se redujera a una buena madre o a una mala madre. No sería esa sino una teoría de un neurótico ahora psicoanalista, vestido de psicoanalista, que los padres son los malos, los chicos son los buenos...

Lo que no implica desconocer las profundas incidencias que tiene la patología de los padres o las dificultades de los padres pero siempre tenemos que pensar

este...cuando decimos los padres, esto lo señalaba muy bien Silvia Bleichmar - cuando decimos los padres ya es la apresurada utilización del significante padre o del significante madre, que lo son, ya puede jugar un papel resistencial, esto lo agrego yo a partir de mi experiencia, en el sentido de que imaginariamente constituyen entidades consistentes en sí mismas - y nos pasamos por alto que estamos ante una mujer y un hombre con su propio inconciente, estamos frente a sujetos sexuados y divididos por su propio inconciente, con su propia historia y con sus propias dificultades que vienen a ser mamá y papá de este niño. Pero cuando trabajamos con ellos condensamos en la imagen de padre, madre, ya nos produce un cortocircuito en lo que tenemos que leer y escuchar.

No importa qué teoría tengamos pero decir padre y madre tiene pregnancia, condensamos en eso algo que es, de ninguna manera es el ser de los sujetos que tenemos, y justamente algo de lo que podemos contribuir es escuchar a sujetos con su propio inconciente, con su propia historia y sus propios síntomas, incluso en relación con el niño por el que nos vienen a consultar.

Son muchas las dimensiones presentes en esto que es la primera consulta. Se pueden imaginar que en algunas consultas se pueden concluir algunos elementos centrales y nada más, no se puede pretender obtener de esas consultas un diagnóstico exhaustivo del caso. Pero sí por lo menos alcanzar a tener alguna idea de que el sufrimiento principal, la sintomatología principal del niño. Por decir así lo que está en primer plano, lo que hayamos podido conjeturar hasta ese momento, lo que predomina de ese sufrimiento y de sus síntomas, el tipo de síntomas que tiene, si están más del lado de una fobia, de una inhibición, de algo que tiene que ver con el pasaje al acto o el acting, o es algo que tiene que ver con el cuerpo, algo psicossomático, decíamos de qué orden, de ciertas categorías que usamos para ubicar las predominancias sintomáticas - pueden ser varias y combinadas obviamente - establecer si esa sintomatología, la predominante tiene ya un grado de autonomía en el psiquismo del niño, es decir, que es el resultado de fuerzas intrapsíquicas que forman ya parte del propio sujeto, aunque sea niño. Esto último, para decirlo al revés, que la sintomatología ya tiene su propia autonomía en el psiquismo del niño y no es el resultado de interacciones patógenas o enfermantes o distorsionantes o de carencia en relación al medio. Ya, por decir así, el medio no predomina en el sufrimiento que el niño padece.

Winnicott decía, para hablar de los niños psiconeuróticos, para hablar de la psiconeurosis, que es también por donde empezó el psicoanálisis de niños, analizando niños neuróticos o niños con síntomas neuróticos, Winnicott decía que, el niño neurótico ya es suficientemente grande para tener sus propios problemas, ya tiene una

edad, que él situaba alrededor de los cinco años aproximadamente, ya es lo suficientemente grande para tener sus propios problemas. Esto, en un modo sencillo, como le gustaba hablar a Winnicott, quiere decir que la fobia, como la de Juanito, ya ya es el resultado de la represión y el retorno de lo reprimido, hay en juego mecanismos de defensas, conflictos de ambivalencia con el padre, la madre, etc. y de fuerzas que ya están en su interior constituidas y tienen su propia dinámica. Y entonces, ayudarlo a Juanito con su fobia ya no requeriría en principio, por lo menos por la fobia, no sería necesario tener que hacer ninguna operación con los padres. Puede servirme para entender la fobia de Juanito todo lo que yo sepa de los padres y qué lugar ha tenido el padre para la madre, qué lugar tienen el padre y la madre, todas esas variables van a formar parte de mi saber, pero para ayudar al niño con la fobia, por decir así, puedo prescindir, digamos en principio podría prescindir de alguna acción terapéutica con los padres. Digo “en principio” para decirlo en términos puros, conceptuales, en la clínica las cosas nunca son puras y siempre tenemos un poco de intersección de ambas cosas. Pero tener claro como idea que para la sintomatología neurótica o un predominio de sintomatología neurótica es impositivo de acción de trabajo con el niño, es posiblemente la mejor indicación por lo menos, no digamos que sea la única, es una idea que puede surgir de definir a qué legalidad obedecen los sufrimientos, los síntomas y las perturbaciones que tiene un niño.

Esto es mucho más claro en niños a partir del final de la primera infancia y durante la segunda infancia. En la primera infancia, es decir, los primeros años hasta los cinco, seis años se vuelve un campo por lo menos predominantemente en la clínica con niños, se vuelve un campo donde establecer esta distinción se vuelve mucho más problemática, como consecuencia de lo cual la presencia de los padres, la incidencia parental en las sintomatologías por las que nos consultan es mucho más fuerte y obliga, ha obligado a muchas formas de pensar a inventar dispositivos que permitan trabajar con los padres, con cada uno de los padres, con los padres y el niño, con alguno de ellos y el niño. Es decir, ha llevado a inventar dispositivos donde la cuestión del lazo parental este circunscripta en la clínica y podamos trabajar sobre esos aspectos, con los padres a solas por supuesto también. Es decir, como una necesidad de incluirlos en el trabajo que podamos hacer. Esto no quiere decir, esto que digo es a grandes rasgos, esto no quiere decir que en niños pequeños no existan experiencias, como todos las hemos tenido es que podemos trabajar con un niño a solas porque es perfectamente posible que el tipo de problemática que tiene un nene chiquitito de tres, cuatro años, si la relación con nosotros es transferencialmente positiva y buena, podemos trabajar y al revés que en casos de niños latentes o más grandes la incidencia parental nos obliga a hacer un tipo de trabajo en el que tengamos que

incluir a los padres, pero lo que sí es seguro es que hay predominio de estas dos vertientes.

Este campo tiene además otra dificultad más, otra variable, que es que además no solo nuestra indicación terapéutica porque de lo que estoy hablándoles es de criterios de indicación, de criterios de indicación para un tratamiento analítico, no depende solo de nuestra precisión conceptual, depende además de otra variable que es el modo en que la transferencia de los padres y del niño se instale con nosotros. Ahí hay un trayecto que tiene que ver con lo propiamente singular del encuentro de un terapeuta, de un analista con esos padres, ese niño y de qué modo ese encuentro comienza a ser territorio a recorrer. Podemos tener conceptualmente muchas cosas muy claras pero el tiempo transferencial requiere que tomemos los rumbos que el caso nos permite. Se los voy a traer como ejemplo, un caso que nos traen los padres, y que nosotros podemos tener muy claro desde el principio, en las primeras entrevistas que su participación en los síntomas del niño es muy importante y vamos a tener que trabajar con ellos, pero los padres están a mil kilómetros de distancia de esta idea, y vienen creyendo que lo que le pasa al niño es por lo que sea, pero nosotros tenemos esa convicción - también decía Françoise Dolto que por supuesto no se le puede decir a los padres en la primera entrevista "el hijo es síntoma de ustedes" ella hablando del hijo síntoma ese caso, que aclaro que no es para nada un absoluto en nuestra manera de entender la clínica con niños. Pero aún esos casos que también existen, no se les puede decir eso, los padres no tienen la menor idea de eso, si es que esa es una idea posible, pero aún sabiendo eso tendremos que entrar, por el lugar más débil, esa es la puerta más débil que la clínica nos permite para nuestra labor, y es hacernos cargo en principio del niño para instalar una situación transferencial que nos permita después ir a buscar lo que nos parece más importante. La vía de entrada en este campo clínico es central y fundamental para que sea un comienzo del trabajo que podamos hacer o se nos cierren las puertas por un mal acercamiento, porque nos equivoquemos o entendamos mal cuáles son los puntos o lugares por los que hay que entrar y comenzar el trabajo.

En ese sentido lo que es un estudio preliminar, si bien se arriban a algunas conclusiones como les decía antes, que hay que tenerlas, también tiene un punto de partida, y entonces es algo que recién se inicia y aunque vaya a ser un proceso corto, es recién el comienzo. Entonces la pretensión de exhaustividad y de aceleración va contra el tiempo que tenemos que poder saber esperar que los padres vaya teniendo.

Otra variable presente en la consulta por el niño.

Alumna: puedo hacer una pregunta?

Sí, como no...

Alumna: ¿cómo sería si tomamos al niño y vemos que el problema está en los padres?

Yo no dije exactamente que tomo al niño, sino que entro por el niño, es distinto tomar al niño, es cierto, es pertinente tu pregunta, porque tomar al niño ya implica una decisión, una decisión clínica. Es decir, yo escuché a una familia y cuando yo digo "lo voy a empezar a tratar a fulanito", sí, ahí ya tomé al niño y eso implica ya alguna conclusión. En ese caso es muy probable, si hay una incidencia muy importante como la que estaba señalando, de los padres, es muy probable o lo más probable que al asumir que voy a atender al niño dé por bajada la cortina de poder introducir después a los padres. Para mí la estrategia sería otra en esa situación. Justamente no tomar al niño y prolongar el estudio, prolongar el estudio quiere decir trabajar, todo lo que les estoy describiendo es desde la primer entrevista con los padres, es que desde el comienzo ya estamos trabajando, no es que esperamos ni siquiera el final de la primera entrevista para empezar a dar ideas de por dónde nos parece que vienen las cosas aunque no las tenemos cerradas, vamos construyendo mientras vamos escuchando. Entonces seguir viendo al niño en este caso, y alternativamente a los padres sin cerrar, es una manera de ir haciendo trabajar más hipótesis para terminar de entender. En cuyo caso, entonces no es que tomamos al niño pero por lo menos seguimos en un campo donde todavía queremos seguir entendiendo cosas que no nos cierran, y entonces todavía no tomamos a nadie y los seguimos tomando a todos, que es distinto de tomar al niño.

Sí, justamente habrá situaciones clínicas donde hasta estaría contraindicado tomar al niño. Situaciones familiares donde la dimensión traumática, donde el maltrato, por ejemplo, es una situación traumatizante para el niño permanente y constante y donde la posición de los padres frente al problema del niño es de ningún sufrimiento por lo que le pasa al niño, (hay padres que vienen de esta posición, no sufren por lo que le pasa al niño y más bien el niño es una especie de molestia) y nos lo vienen a traer para que nosotros se lo devolvamos siendo otro y así sacarse la responsabilidad del problema. En una situación así es contraindicado, hay que anticiparla porque en esos casos estamos destinados a fracasar, y además estamos destinados, está destinado a fracasar nuestro método también con ellos, porque ese tipo de familias luego dicen "sí, yo lo atendí pero el psicólogo o el psicoanalista o fui a varios, y no mejora"...pero por qué? Porque tomar al niño implica implícitamente que yo me hago cargo de la curación de un niño. Cuando yo tomo un niño y digo "voy a empezar a ver a fulanito" después

de haberlo conocido, si yo le digo a los padres "hay que tratarlo, necesita tratamiento, trabajaré con ustedes un poco pero lo voy a atender a él", ya eso es una promesa y una esperanza que se instala a partir de que me hago cargo del tratamiento. Es cierto que no puedo predecir exactamente lo que va a ocurrir, pero está claro de que si lo tomo es porque tengo la expectativa de que voy a poder hacer algo con el niño, sino no tiene sentido de que yo me haga cargo del tratamiento.

Eso vale para un adulto y para un adolescente. No importa las vicisitudes y las dificultades que encuentre en el camino pero si tomo al paciente es porque creo que voy a poder aliviarlo, mejorarlo, sacarlo adelante. Después, tendré más o menos dificultades pero esa es mi convicción.

Bien, si yo inicio formalmente el trabajo con el niño, les estoy diciendo a los padres que me hago cargo de un problema que ustedes no pueden resolver. En el caso de un Juanito sería el ejemplo. Ellos no pueden solucionar la fobia de ese niño, yo sí voy a poder ayudarlo a solucionarla porque tengo los elementos, tengo la experiencia, los conocimientos, sé cómo puedo arreglármelas. No está en manos de ellos solucionar la fobia, está en manos de ellos traerlo, colaborar, contarme cómo va el niño y tenerme al tanto de otros factores de la vida del niño, de la vida familiar del niño que sean...que se agreguen como problemática, pero yo me voy a hacer cargo de curar la fobia y es así.

Entonces en un caso como este otro, dando ese mensaje, aunque sea implícito, en un caso donde, supónganse las dificultades que tenga ese chico tiene que ver con una vida familiar muy complicada, ayuda a desresponsabilizar a los padres, sería implícitamente o explícitamente decirles que el problema es del niño y enajenarlos de cualquier lazos que tengan que ver con los problemas del niño que vamos a atender. En ese caso, es realmente una contraindicación atender sólo al niño. Ahí habría que instrumentar otro tipo de abordaje, realmente trabajar con toda la familia, trabajando todos juntos pero no hacerse cargo, no firmar que vamos a poder arreglárnoslas tratando solamente al niño.

Por supuesto, necesitamos tener claros los ejemplos de contraindicación de análisis y en los casos más graves para poder ejercer nuestro método, y saber ante que configuraciones psíquicas y familiares estamos.

Además de las hipótesis históricas del lugar de la madre, del padre, del lugar que tiene el niño en el narcisismo de los padres, de qué lugar tiene el niño en la historia de los padres con sus propios padres, son distintas variables, digo que además de la historia del niño con sus padres y los acontecimientos que hayan ocupado el lugar de algún factor traumático en el armado de sus síntomas y de sus perturbaciones además de esto que como ustedes ven son hipótesis de nivel conceptual bastante amplio, grande

- el lugar en el narcisismo de la madre, el lugar del niño en el inconciente, la historia familiar, los mitos familiares que como ustedes ven son hipótesis de alto nivel conceptual. Insisto, además de eso hay cuestiones inmediatas que son fundamentales en el abordaje de los padres. Estas hipótesis, sobre todo estas variables, que son muy necesarias para entender a un niño, son una primera aproximación. Como les decía antes, no las vamos a decantar todas en la primera consulta. Como disponemos y tenemos muchos conocimientos y, como les decía, podemos hacer algunas buenas hipótesis, pero en realidad con hipótesis para trabajar a lo largo de un proceso. Aunque sea con el niño, aunque sea con los padres. Pero hay cuestiones clínicas inmediatas que tienen mucha importancia, y me gusta enseñárselas a las jóvenes generaciones y que consisten en lo siguiente, en entender en qué posición vienen los padres respecto del sufrimiento del niño. Esto ya no es qué papel han jugado los padres en términos inconcientes, en el discurso familiar, la posición de la madre, etc. y que eso sea un hecho que tenga que ver con el síntoma del niño.

A lo que me estoy refiriendo ahora es a, una vez instalado un síntoma, una vez que el niño tiene tales y tales problemas, en qué posición vienen los padres a la consulta por el niño. Ya está la dificultad del niño, ya está ahí, en esa situación ya instalada, cómo reaccionan, responden, los padres con esas dificultades y en qué posición subjetiva respecto de lo que le pasa al niño vienen a la consulta. Pueden venir, como les decía antes, absolutamente desresponsabilizados “tengo un niño que no sé de dónde salió, y no lo puedo criar”. Es decir, qué nivel de sufrimiento hay en los padres respecto del padecimiento del niño. Y si damos una vuelta más, cómo se conducen, cómo reaccionan, cómo repercute en ellos la dificultad que el niño tiene, una vez que ya está instalada, cómo pueden contribuir a agravarla o aliviarla. Por ejemplo, un niño fóbico, con una madre tan fóbica como él seguramente son una bomba de tiempo desde el punto de vista de la angustia. Pero un niño fóbico con una madre que puede calmarlo no le va a curar la fobia pero va a estar en condiciones de no agravársela. Un niño, si se pone agresivo y violento, en una madre que no puede soportar la agresividad de su hijo, el odio, y es retaliativa, va a armar un lazo, a partir de esa conducta sintomática del niño, complejo que va a viciarse, y entonces además de la agresividad del niño tendremos el tipo de respuesta que la madre tiene por cómo significa ella si el niño le demuestra agresividad. Puede llegar a sentir que ella es una mala madre y entonces todo lo que hace el niño se lo devuelve con agresión.

Digamos que hay repercusiones de la sintomatología de un niño que afecta el inconciente de los padres y a su posición. Esta es una variable con las que hay que vérselas porque de eso depende el grado, digamos, de contención familiar o de factor

de agravamiento que juega el lazo parental, a partir también de sus propias reacciones inconscientes-

Lo mejor que podemos esperar clínicamente, es que los padres se identifiquen con el sufrimiento del niño y con su malestar. Es decir que si su hijo o su hija sufren de una cierta cosa lo mejor que podemos esperar de actitud, de disposición a ayudarlos, de disposición transferencial por nuestro trabajo, es que sufran por lo que sufre él, que sufran por él como alguien distinto de ellos mismos. Eso es lo que se puede llamar con el estado del niño, con su posición, esto es lo mejor que podemos esperar, mejor que esto no podemos esperar. Es decir, padres que para ellos su hijo es un ser distinto de ellos, que tiene un padecer y ellos quieren ayudarlo a que lo resuelvan. Quiere decir que pueden ponerse en el lugar del sufrimiento del niño.

No crean que eso es lo que ocurre siempre. Los padres pueden sufrir no porque se identifican con el dolor de su niño que tiene una fobia, sino que sufren porque la fobia del niño no los deje ir a ningún lado, porque siempre está con miedo y entonces hay que ocuparse de él, entonces a la madre no la deja atender a los otros chicos, atender su trabajo de la casa porque es un chiquito muy demandante. Pueden sufrir no porque se identifiquen con él sino por las consecuencias que les trae el malestar del niño, si le va mal en la escuela sufren porque es un niño que no rinde lo que se esperaba, eso da mucho trabajo. Esto sí genera sufrimiento, pero no es un sufrimiento por él, por ejemplo el niño no cumple los ideales parentales del narcisismo, de lo que se pretendía de él. Sería un sufrimiento por ellos mismos. Entonces hay sufrimiento porque el niño no es lo que el narcisismo de los padres tenía asignado para él. Entonces tenemos sufrimiento pero por decepción, así el niño tiene además de sus dificultades la decepción de sus padres y eso puede producir un agravamiento de lo que ya tiene como algo que no domina.

Alumna: también puede pasar que los padres digan a mi también me pasaba lo mismo, eso puede provocar más conflicto?

Decir eso puede implicar que podrían identificarse con ese padecer del niño. O al contrario reaccionar inconscientemente como sus propios padres lo hicieron con él aunque no sea consciente de ello.

El padre que diga a mi también me pasaba eso podría consultar o no. Hay situaciones donde otros modos de llegada es por ejemplo, porque no sufren los padres sino que sufre el ambiente, en la escuela indican que el niño tiene problemas y que lo lleven a atender, entonces ya no son los padres los que tiene el problema sino lo tiene el ambiente y los padres hacen la consulta porque en tal lugar el niño no puede seguir así. Entonces ya no es demanda propia de los padres sino que es demanda de otros

de la que puede surgir o no una demanda de los padres, es importante que lo tengan en cuenta, pero no necesariamente la demanda que es exterior a los padres no puede devenir una demanda propia de los padres, puede llegar a convertirse en propia a través de nuestro trabajo con ellos. Pero supongamos que llegan en esa condición y los padres pueden decir "a mi me pasaba lo mismo" y eso puede ser a favor de una indagación o en contra. Decir eso puede servir para que se convierta en una llave, porque eso no está abierto todavía, puede ser una llave para que se acerquen a entender eso igual que tiene su hijo o sea el lugar de cierre, por decir así, una especie de cerrazón, como "a mi me pasó también y sobreviví, entonces lo de él no tiene importancia" o sea que la misma respuesta podría implicar una cosa o para la otra.

Alumna: ¿y cómo se hace cuando notamos que los padres se acusan uno al otro?

Cuando los padres se acusan, lo primero que hay que tener en cuenta es que están pensando en ellos y no están pensando en el niño, porque es más importante encontrar al culpable que ayudarlo al niño con los problemas que tiene, o sea que hay que escucharlo así. Digamos si los padres en una primera entrevista, lo que aparece en ese primer plano es el conflicto entre ellos, uno se preguntaría el niño dónde está. Porque lo que prima es lo que se miran el uno al otro y se odian, están en una situación tan difícil y el niño está absolutamente perdido, y ese es el primer dato a constatar.

La situación clínica del estudio preliminar y de nuestro trabajo clínico no es sólo un lugar donde escuchamos relatos, asociaciones, historias, etc., no es solo eso sino además es un espacio donde vemos en acción el modo de ser de los padres, el modo del lazo que tienen. Es decir, no solo desciframos lo que nos dicen, construimos, etc. sino que además vemos en acto muchas cosas que nos dicen mucho más de lo actual, lo que está ocurriendo y lo que nos pueden decir con sus relatos. Entonces en esa pelea nos dicen mucho más que el contenido de la pelea...en si los padres pueden contarnos la historia del niño o no nos la pueden contar, porque se acuerdan o no se acuerdan. Eso nos dice mucho más que el contenido de lo que nos digan. Que tengan desdibujado si esto pasó primero, después, etc. Digamos hay cosas que a veces puede dar la impresión de que la entrevista tiene un contenido que es lo que se dice, sí eso es parte del trabajo, pero cómo lo dicen, el modo en que interactúan entre ellos, en que interactúan con nosotros. El modo en que los vemos cuando traen al niño, cuando los tenemos que ver a veces con él, con el niño, etc. nos dice tanto o más que aquello que nos cuentan como relato. Eso es parte de nuestro trabajo. Por supuesto, no son cosas que se puedan poner en evidencia rápidamente, pero algunas

tal vez sí. Si hay padres que se están peleando yo perfectamente podría decir en una entrevista que tal vez esto es lo que pasa en la vida del niño, ustedes están peleándose entre ustedes y él está perdido porque nadie lo mira a él, eso podría decirse en una entrevista. Y es ya un tipo de intervención.

Alumna: por ahí ni se llegan a pelear. Puede ser que la mamá piense de una manera y el padre no le de importancia, pero no llegan a pelearse...

Eso es parte también de las cosas que tenemos que recoger de la información, qué teoría tienen los padres de lo que le pasa al niño. Los padres tienen alguna teoría conciente o inconciente de lo que le pasa, y eso es parte de lo que vamos a tener que tomar, por lo menos tienen alguna. Lo interesante no es sólo aquello con lo que vienen armado, sino qué posibilidades (este es otro de los parámetros a evaluar) qué posibilidades de cambios hay en la estructura familiar, en la estructura parental y en el psiquismo del niño. Es decir, qué capacidad tienen los padres de escuchar ideas distintas de las que tenían hasta ese momento. Es decir, si es que están con nosotros es porque vienen a demandar algo a otro alguna idea que ellos ya no tienen, está claro eso, necesitan de otro. La consulta implica eso, demandan algo, implicados o no, abiertos a pensar de otra manera o no. Eso ya los pone en una cierta posición frente a la castración, podemos decir "hay situaciones con nuestro hijo que no hemos podido resolver, necesito la ayuda del terapeuta" ese paso ya implica la posibilidad de consultar. Pero a veces ese paso se da y se hace a regañadientes, se hace sin dar efectivamente, es decir, sin estar dispuestos a escuchar alguna versión distinta de la versión que ya tienen. Eso es parte de nuestro testeo de qué flexibilidad tienen para escuchar el comienzo de una versión un poco modificada de aquella con la que vienen. Eso lo detectamos también en las primeras entrevistas, en la medida en que ofrecemos alguna hipótesis "esto podrá tener que ver con esto, esto con lo otro, pensaron alguna vez que..." son modos interrogativos de ir haciéndolos trabajar y podemos ver qué disponibilidad hay a un cambio porque bueno, para eso vienen, o deberían... La incidencia de nuestro cambio es justamente a través y sobre los modos de pensar, de los modos de representar, en los modos de actuar. O sea que, si ya tenemos un límite en estos primeros diálogos, esto ya podría ser un indicio de las limitaciones que tendremos que enfrentar.

Por eso les decía antes que transmitir en acto nuestro modo de pensar, a medida que los temas van apareciendo, y en la medida en que podemos ir haciendo hipótesis, pequeñas construcciones, hilar algunas ideas. Ir transmitiéndoselas para que el propio espacio de intercambio se convierta en un espacio ya de transformación y de reflexión

o de un pensar distinto de aquel con el que vinieron a la consulta, que en acto se vuelva. Lo que sí ocurre es que nos vamos a encontrar con figuras parentales donde hay más campo para hacerlo y entrevistas donde todo eso está muy cerrado y intentemos por donde lo hagamos tendremos que conformarnos con una especie de entrevista pobre y pero es muy importante que yo les transmita esto. Lo que pase en esas entrevistas, como lo que pase con el niño, y lo que pase con cualquier paciente, depende en una medida de nuestro modo de acción en intervención. No hay un campo objetivo al que nosotros llegamos y se nos despliega como si fuéramos observadores que abrimos una caja negra y vemos lo que sale. Nuestro papel como agentes, como personas, como profesionales con nuestra escucha es un factor tan importante como el de los padres para lo que se produzca en esas entrevistas. Entonces lo que ocurra depende también de cómo nosotros nos manejemos, escuchemos, el tacto que tengamos, o la decisión que tengamos, o sea que eso forma parte también de lo que va a ocurrir. Formamos parte de ese campo, esto es muy importante que lo tengan en cuenta. El campo no se nos despliega ante nosotros como si estuviésemos afuera. El campo va a desplegar un producto que va a tener que ver con lo que potencialmente está ahí y lo que nosotros podamos despertar o comenzar a despertar abrir o hacer desplegar, está claro?

Esta es una actitud clínica que yo quisiera transmitirles, no solo para los padres sino para cualquier paciente. Lo que pase en una consulta depende de nuestra acción. Eso no quiere decir una posición activista, sí activa, quiere decir saber medir el peso que tiene nuestra acción, porque eso es lo que le pone rumbo a lo que está ocurriendo ahí, en ese sentido conducimos una entrevista.

Seguimos la próxima. Buenas noches.