

NOlínica de niños y adolescentes

Teórico 3 – 14/4/08' –

Profesor Carlos Tkach

Buenas noches. Voy a retomar la cuestión de los padres y su relación con el sufrimiento del niño. Para continuar con la clase anterior.

Les había presentado el segundo de esos tipos o situaciones clínicas. Son tipologías clínicas que tienen el valor de cierta conceptualización que está a mitad de camino entre conceptos, por decir así, metapsicológicos generales, o teóricos generales, y la pura situación singular del caso por caso. En psicoanálisis, uno de los problemas que tenemos, no sólo en el trabajo con niños, es que nos encontramos con la singularidad única de cada caso y esa es una de las particularidades fundamentales del método analítico y de la clínica psicoanalítica. Se trata de eso único de cada caso cuya indagación es lo que hace progresar, en investigación, en la cura, etcétera. Después hay conceptos generales, metapsicológicos, teóricos, que son de una universalidad muy grande, que no nos explican ni cada caso, ni todos. Por ejemplo, complejo de Edipo, castración, las tópicas freudianas, etcétera. Entre esos dos niveles hay, para algunos autores, implícita o explícitamente, niveles de conceptualización que podríamos llamar de tipologías clínicas.

A mi me resulta útil la idea de hablar de tipologías clínicas, o de tipos clínicos. Les estoy dando en este caso algunas de las tipologías clínicas del modo de presentación de los padres de acuerdo al registro del sufrimiento del niño o al sufrimiento en ellos por el niño. Ese es el nivel que tienen estos conceptos, no es la teoría de los padres en relación al deseo del niño, el deseo de la madre, el nombre del padre, etcétera. No es una conceptualización de esa naturaleza. Tampoco es algo descriptivo.

Entonces, hay algunas generalidades que se repiten, que permiten orientarnos en la clínica. Pero no es que con esto tengamos todo, en absoluto, pero hay generalidades que se repiten, como ocurre también en la dimensión clínica de cada caso singular con cada niño. Ya lo vamos a ver cuando veamos el juego y otras cuestiones. También respecto a esto último habrá cosas que se

podrán decir, que no son de un nivel de universalidad grande, ni tampoco dan cuenta de un sólo caso que sería único.

Estamos en las entrevistas preliminares, en lo que se llama el diagnóstico preliminar, el estudio preliminar, el diagnóstico en el sentido de investigación diagnóstica preliminar. Ya les dije que siempre tiene un carácter provisorio, pero da un panorama previo para ver qué conducción le vamos a dar a aquello con lo que nos enfrentamos. Les hablé de que los padres pueden sufrir por que los problemas del niño podrían ser del orden de la herida narcisística, que era distinto a la primera posición que expliqué anteriormente. Les dije también que en este nivel, cuando el narcisismo de los padres estaba comprometido o involucrado en el síntoma, por su reacción, puede decirse, ante ciertos síntomas del niño o ciertas dificultades, contribuyen a fijar un síntoma. Es decir, justamente a veces por estar implicados narcisísticamente, un síntoma que no necesariamente estaba destinado a ser un síntoma fijo, se instala como tal. En ese nivel podría darse la situación clínica de tener que trabajar con los padres, tal vez, no siempre esto es seguro, pero nos encontramos en la línea de pensar que entre el síntoma del niño y el universo parental podría haber conexiones que merecieran intervención por ese camino. De ninguna manera esto es una generalidad en la clínica con niños, no se trata de que “todo síntoma de un niño es síntoma de los padres”, esa es una generalización un poco extrema que resulta abusiva. Pensar que en todo problema que tiene un niño su cuestión radica en la escena de los padres y que allí encontraríamos las causas, es un extremo que no compartimos en los enfoques clínicos, por lo menos como idea universal. En algunos casos esta incidencia es mayor, pero para nada es el todo de la clínica con niños, justamente uno de los problemas a definir en nuestro trabajo es, con muchos conceptos, en cada caso ver dónde ponemos el acento, teniendo en cuenta las complejidades determinantes que están en juego.

Les decía la vez pasada que el síntoma de un niño tiene entidad por derecho propio, con algunos parámetros que vamos a revisar luego.

Otro de las tipologías que se presenta es la ausencia de sufrimiento. Que no haya sufrimiento en los padres. Que no haya sufrimiento en los padres puede ser también por más de una razón, por lo menos tomemos dos. Es decir, los padres vienen a la consulta, supónganse, porque el sufrimiento está en la

escuela, lo mandan de la escuela a consultar. Y los padres no tienen sufrimiento por lo que le pasa al niño, entonces vienen a cumplir, digamos, cumplen con la creencia en la autoridad de la escuela, el médico, o quien les dice que el niño debe consultar. Esto es un problema clínico que implica ya una forma de pensar cómo encarar ese encuentro con los padres. Creo que ya se los dije la vez pasada, puede ser que no sufran por que no han registrado una cantidad de cuestiones que pasan con el niño, entonces nuestro trabajo es empezar por ahí. Es empezar a intervenir con ellos para hacerles registrar dónde hay problemas en el niño. Estas intervenciones pueden dar origen a un movimiento distinto al posicionamiento que tenían al principio.

Pero podría ser que haya un sufrimiento pero estamos ante padres que lo único que quieren es desembarazarse de su responsabilidad parental y entonces nos traen al niño para que resolvamos un problema con el cual no se sienten absolutamente nada implicados. Descubrimos que han renunciado a sus responsabilidades parentales, a sus funciones y que ellos suponen por ejemplo que los problemas son de otro orden, de origen orgánico, del mundo exterior, etcétera y lo único que esperan, sin sufrimiento, es que “les arreglemos” al niño. Entonces, no hay sufrimiento identificados con la situación del niño, pero hay sufrimiento por el niño que tienen. Digamos, no sufren por él, pero sufren por tener un niño al que no soportan. Porque la renuncia de los padres, lo digo en general, a responsabilizarse de un hijo, tiene como consecuencia los problemas por los que nos vienen a consultar, ¿Se dan cuenta la paradoja que se presenta? Esas condiciones que enfrentamos son seguramente una respuesta del niño por sentir el desinterés por parte de los padres. Esta es una de las situaciones clínicas más complejas. En relación a los padres tiene la siguiente complicación. Si no detectamos esta dimensión y la misma es predominante en la pareja parental, asumir tratar al niño, en estas condiciones, asumir tomarlo en tratamiento es ya darles una respuesta a los padres en el siguiente sentido. Nos vamos a hacer cargo de la esperanza de los padres de que el niño salga adelante, en más o en menos tiempo. Pero en la medida en que la situación anómala familiar persiste como una fuente permanente de traumatismo, o de alteración de la vida psíquica del niño, lo que nosotros podamos hacer es casi nada trabajando una o dos veces por semana contra una estructura en la que el niño vive, cuando el agente patógeno está en estas

condiciones familiares. Entonces, asumir iniciar un tratamiento es ya una respuesta, es decirles “si, yo puedo, tratando al niño, resolver esto” y los padres se enajenan de la responsabilidad que tienen y en ese sentido, ayudamos a ese extrañamiento en el que ya están involucrados, con lo cual les confirmamos que ellos no tienen nada que ver y que uno les va a devolver otro niño del que tenían. Como eso no ocurre, por que es imposible eso en estos casos, al poco tiempo el fracaso tiene las horas contadas de nuestro lado, porque el niño va a seguir con esos problemas, puede mejorar un tiempo por algún efecto de sugestión inicial –a veces esto ocurre-, pero al tiempo el niño vuelve a la carga, porque las condiciones continúan igual que antes y eso determina el fracaso de lo que podría ser solamente una prueba psicoterapéutica. Entonces les confirmamos a los padres que nuestro método fracasa, que el niño necesita una buena reeducación o algo que está más allá de lo que ofrece la psicoterapia analítica y todo porque no estábamos en las condiciones necesarias para poder instalar un trabajo analítico.

Alumna: ¿en realidad no se lo puede tratar?

Son situaciones clínicas en las que hay que pensar “ojo con tomar a un niño en tratamiento”, tomar la situación clínica, pero entender que no están dadas las condiciones transferenciales que necesitamos para trabajar con el niño. En todo caso hay que dar con algún otro tipo de estrategia, por ejemplo, una estrategia que vaya a poniendo el acento sobre las cuestiones familiares que están en juego ahí. Y no asumir nosotros con la responsabilidad de intentar con la psicoterapia sacar adelante un niño, cuando no podemos hacerlo cuando se presentan todas estas condiciones. En cambio en una fobia, con más o menos registro de los padres, o con mayor o menor compromiso narcisístico de los padres, en una fobia infantil, supónganse de las más comunes, la cuestión parental se vuelve menos importante porque el síntoma ya es una formación intrapsíquica que ya está operando en el niño y no es reactiva a una situación familiar anómala, entonces el método se aplica mucho más razonablemente en este caso, que cuando el niño responde a agentes traumáticos que persisten, no es que ocurrieron y dejaron secuelas o síntomas, si no que son permanentes. Por ejemplo, violencia conyugal, desavenencias

conyugales, desorganización en la vida familiar, anomalías, estas son situaciones en las que hay que pensar muy bien cómo se abordan.

Que no haya absolutamente sufrimiento por parte de los padres puede implicar dos opuestos. O que al niño no lo registran como un sujeto autónomo, es decir, que no es reconocido como otro, por una especie de desestimación, este es el peor de los casos. En el mejor, el no registro del sufrimiento del niño, o el no sufrimiento por el niño, puede ser porque haya un estado de fusión psíquica de los padres, o de alguno de los padres, con el niño, es decir que forma parte, por decir así, de ellos mismos, entonces, la dificultad de discriminarlo de ellos mismos. Pero no por negarlo ni desestimarlo, si no por fusión.

Por supuesto, el sufrimiento cuando está presentado, cuando se plantea en el ambiente, muchas veces es el punto de partida de la consulta. Muchas veces el sufrimiento está claramente planteado en la escuela, o en las instituciones donde los niños están y son las que denuncian algún problema o lo registran. Esto también puede ser por las peores o por las mejores razones. Ciertos sistemas escolares denuncian sufrimiento porque tienen esquemas muy rígidos o exigentes de pedagogía o en la estructura escolar en general.

Alumna: ¿el sufrimiento de quién, del niño?

No, un niño que no se adapta a un sistema escolar muy rígido, hace sufrir a la estructura escolar, entonces sufre el ambiente. Por eso digo, puede sufrir por las mejores o por las peores razones. Por las peores, sería porque se espera de los niños algo muy estandarizado y hay poca flexibilidad en ciertas estructuras educativas en atender a las variaciones individuales, entonces, el ambiente sufre queriendo modelar bajo ciertas pautas estrictas. También puede sufrir, denunciar y poner en evidencia algo que a la familia le pasa desapercibido. Esto pasa sobre todo en el caso de los docentes que trabajan en jardín de infantes y preescolar, que tienen una sensibilidad particular y están muy bien formados y son agentes de salud en el sentido que detectan ciertas cuestiones en niños pequeños. Terminan haciendo entonces un trabajo de prevención porque anticipan dificultades que un niño puede tener.

Bueno, hasta aquí algunos posicionamientos generales.

¿Qué tipo de entrevista es la que se hace con los padres en estos estudios? ¿Qué buscamos ahí, qué se busca? En primer lugar, es muy importante tener en cuenta lo siguiente. El eje de la entrevista, el objeto, la finalidad de la entrevista es el niño, que además está ausente. De lo que se tratan esas entrevistas es de entender el problema del niño por el que nos consultan. En este sentido, es una entrevista con los padres, una o dos, no importa, de relevamiento del motivo de consulta y, si se puede, del síntoma o los síntomas que el niño tiene. No es una primera sesión con los padres, ni es una primera sesión de tratamiento, ni es una entrevista de los padres como sujetos. Damos por supuesto que los padres son sujetos, pero ahí están como padres y, en todo caso, escucharemos los sujetos más allá de lo que nos dicen, obviamente. Pero el eje es el niño, entender un tercero que además está ausente y es un sujeto que se vuelve el objeto de quien nos hablan en el discurso de los padres.

Alumna: *¿siempre tiene que estar ausente?*

No. No siempre no tiene que estar o tiene que estar. En general hay una especie de regla, por decir así que para hablar de un niño de cita a los padres, o a la madre, o a los que lo cuidan, sin la presencia del niño para que no escuche lo que se va a decir de él y poder ocuparnos de los que dicen los padres. Eso es lo que sería el trabajo en condiciones ideales. Pero muchas veces los padres no tienen con quién dejar al niño, lo traen igual a pesar de que nos escucharon quieren traerlo. Entonces nos vemos embarcados en una entrevista con los padres, o con alguno de ellos, y con el niño, entonces muchas veces nos las tenemos que arreglar con cómo se presenta esa primera entrevista y el niño está ahí. Eso no es para nada una entrevista a menos, o menos entrevista que la otra, al contrario, a mi me resultan de lo más interesantes esas ocasiones, porque tengo la posibilidad de escuchar con la madre y el niño juntos los problemas que él tiene y lo hago participar al niño. No hacemos como que no está, asumo que esa entrevista es con el niño presente y me permite, tenga la edad que tenga, en la medida que se va desarrollando la entrevista, hablar con la madre y hablar con el niño, hablo con ambos. Entonces el niño puede confirmar, no confirmar, enterarse de lo que no

está enterado, de porqué está ahí. Son entrevistas muy ricas y, en algunos casos, lo hago en el segundo encuentro luego de conocer a los padres y cuando conozco al niño. Es decir que puedo decidir hacerlo. También se puede decidir hacer la primera entrevista con los padres a solas y si no se puede en la primera se hace la segunda o más adelante. O sea que estas cosas se combinan en distintos momentos, lo que importa es que armemos situaciones clínicas donde la cuestión del sufrimiento del niño y sus problemas ponga a trabajar material psíquico. Trabaje quiere decir, asocien, haya relatos, producciones y avancemos en entender de qué se trata el problema. Por supuesto, si viene el niño a la entrevista le daremos algunas cosas para dibujar, mientras estamos hablando. No se arma un encuentro del mismo tipo del que vamos a tener después a solas con el niño, pero le damos algunas cosas para que él se exprese lúdicamente, pero hablamos con todos. Y lo que nos parece que es para verlo a solas con los padres, lo veremos o lo hablaremos en otro momento. Ahí, con el niño y los padres, tenemos también ocasión de ver cierto nivel de interacción, del lazo, de cómo se juega la dinámica del lazo parental en vivo y en directo. Quiero decir, por ejemplo, si los padres se ponen a hablar de cosas que pueden a uno sorprender, supónganse “él es adoptado, pero no lo sabe” y el nene está ahí, cosa que a veces ocurre. Entonces, esa no necesariamente una situación violenta, porque eso que estamos viendo nosotros ahí es lo que pasa todos los días. O sea, no es que la propiciamos nosotros, estamos viendo algo que pasa siempre, entonces, ya sabemos cómo suceden algunas cosas para empezar a trabajarlas. Hay que sacarse de encima los *clisés* técnicos, estandarizados y saber hacer producir con lo que hay.

Mannoni y Doltó, cuando comienzan a trabajar en la clínica con niños hacen este tipo de trabajo de entrada, influidas por las ideas de Lacan, hacen este tipo de trabajo de entrada y con casos bastante graves, no con fobias como el caso Juanito, sino con situaciones graves, y empiezan a trabajar con la díada madre e hijo analíticamente. No son las únicas en hacerlo, pero inauguraron toda una línea.

Bueno, les decía que se trata de, con el niño o sin el niño, entender el problema, los síntomas, la historia del problema. La historia del síntoma que tiene un niño es importante fecharla, si es hace seis meses, hace un mes, o

hace cuatro años que tiene este problema. Es cierto que en el tiempo de la infancia todo es corto, pero eso no quiere decir que ciertos síntomas o tengan historia. Y ya esa historia, que en la infancia pueden ser tres años, en nueve es un tercio, lo cual es bastante. Y esa historia no es sólo un dato cronológico, es que, desde que empezaron los síntomas hacia el tiempo que pasó, por decir así, la organización psicopatológica o las consecuencias de ciertas dificultades sintomáticas, se agravan, se complican y es distinto tomarlas tempranamente. Cuando Freud habla de Juanito hace una observación muy pertinente. Dice que el historial de Juanito es muy corto e inmediatamente pasa a coincidir con la historia del tratamiento. ¿Porqué? Porque al poco tiempo que los síntomas de Juanito comienzan lo van a ver a Freud. O sea, la historia de la enfermedad de Juanito es corta y enseguida coincide con la historia del tratamiento. Y Freud aclara que eso que aparece en el tratamiento obedece a algo que ya estaba, que se había armado ya en el niño y se despliega como algo que estaba preparado ya en Juanito y lo que se despliega –dice Freud- no es una neoproducción debida al tratamiento, si no algo original, algo nuevo como tal.

Alumna: Digamos que el análisis va al mismo tiempo...

Al desarrollo de la fobia. La eclosión es anterior a que empiece la historia del tratamiento. Pero ni bien comienza, en poco tiempo, lo van a ver a Freud, por distintas razones. Ustedes saben que el papá de Juanito era asistente de las reuniones de los miércoles, era simpatizante del psicoanálisis, etcétera. Además los primeros psicoanalistas a instancias de Freud estaban buscando niños para observar cómo se desarrollaban, para ver si se confirmaban las teorías freudianas de la sexualidad. Freud había sido analista de la mamá de Juanito. Y hay una biografía, una historia del psicoanálisis, que cuenta que a los tres años Freud le había regalado al niño un caballo.

Alumna: No. ¿En serio?

Son cosas que se van descubriendo a partir de nuevas investigaciones históricas.

Cuando Freud dice que se asiste ahí al proceso patológico, por decir así, en bruto, está comparando con la cura de adultos. Porque en la cura de adultos, aunque sea en una paciente como Dora, de 18, 19 ó 20 años, los síntomas ya tienen tres, cuatro, cinco años. Entonces, la historia de la enfermedad es anterior al comienzo de la historia del tratamiento. Y el tratamiento va a neoproducir la enfermedad –Freud ya lo tiene claro esto en 1909 -, lo que después va a ser la neurosis de transferencia, es decir, la repetición en transferencia. Como ven, él ya tenía idea de que el tratamiento producía algo, volvía a producir la enfermedad. Este no es el caso de Juanito dice Freud.

En los niños, no en todos, pero en el caso Juanito por ejemplo, asistimos al desarrollo de la enfermedad, por decir así, la acompañamos e intervenimos ahí, en su desarrollo mismo. También es cierto que hay niños que vienen con fobias de hace años, entonces, empezaron con eso a los cuatro o cinco y vienen a vernos a los ocho o nueve. Después de tres años la fobia difícilmente esté igual, ya tiene agregados muchos mecanismos defensivos secundarios, alteración del carácter, etcétera. Esto lo señala Freud, creo que se los comenté la primer clase, en la Epicrisis del caso dice que la libertad con que lo habían criado hizo que su neurosis se muestre a cielo abierto, y dice que si no se lo hubiese tratado hubiese terminado en una alteración patológica de carácter. ¿Por qué?, porque la fobia como tal, con todas las restricciones que tenía la fobia de Juanito, si no se la trataba, si no se la escuchaba, cada vez iba a instalar más medidas defensivas para evitar la angustia. Como la fobia vuelve a producir angustia, no es que la cancela como en los síntomas histéricos o los obsesivos, cada vez hay más restricciones, más inhibiciones, más aversiones y cuando lo vemos en tres o cuatro años tenemos instalada una constelación psíquica muy diferente.

Alumna: Claro, está muy consolidada...

Se consolidan las defensas. Entonces, ahí sí en el curso del tratamiento se produce lo que Freud denomina en ese momento una neoproducción de la enfermedad. Hay que ir deshojando las defensas para que aparezcan los núcleos de la enfermedad. Por eso digo, esto no es para todos los niños, eso

de la coincidencia de la historia del tratamiento con la enfermedad, en algunos casos ya tenemos algo muy organizado y ya se han cerrado ciertos procesos psicopatológicos.

¿Porqué hice esta digresión?, bueno porque una de las cosas que tenemos que tener en cuenta es la historia de la enfermedad y de los demás problemas del niño.

Ahora, desde el punto de vista de la conducción de estas entrevistas, desde el punto de vista técnico, es importante decir algunas cosas más. No es una entrevista de una sesión psicoanalítica. No les proponemos a los padres la regla de la asociación libre. Más bien se trata de preguntar “¿en qué los puedo ayudar?, ¿porqué están acá? ¿Qué problemas tienen?”, ya sabemos que vienen por un niño, entonces “¿Qué le pasa al niño?”. En ese sentido es una entrevista que tiene una serie de pautas de elementos que tenemos que averiguar. Sobre esas pautas hacemos que los padres hablen y damos lugar a que asocien libremente y esperamos todas las digresiones en que se pueda, por decir sí, encaminar. Es decir, que les hacemos preguntas abiertas, menos abiertas, pero dejamos que se expresen. Ese es el sentido de convertir la entrevista en algo entre abierto y cerrado.

Alumna: *Semiabierta...*

Digamos semiabierta. Pero a veces puede ser cerrada, porque si me están contando, por ejemplo, una época muy compleja, entre los cuatro y seis años del niño, donde hubieron muertes, mudanzas y situaciones traumáticas, uno tiene que pedir detalles: “¿Primero qué fue, la muerte del abuelito o que se mudaron?, ¿después qué fue?”, etcétera. Ahí cerramos y tomamos nota para entender. Después volvemos a abrir o podemos preguntar cómo vivieron tal o cual situación y la volvemos a abrir y después la volvemos a cerrar. Hay que tener una especie de ductilidad investigativa. Tenemos que entender todos los pasos de la historia. Entonces, no es una entrevista totalmente abierta donde dejamos que los padres se pongan a hablar de cualquier cosa, por decir así, o si hablan de cualquier cosa será un dato también significativo, pero tampoco es una anamnesis médica, en el sentido de un interrogatorio donde le pediríamos que nos llenen un cuestionario. Se trata en todo caso de hacer una anamnesis

asociativa. Nos importa algo que Silvia Bleichmar llamaba “la historia acontecencial”, es decir, la historia de acontecimientos, y nos importa también la historia como relato. Cabalgamos entre esos dos elementos, porque asistimos a un relato, no tenemos un testimonio objetivo de los datos que los padres nos dan. Hay algo objetivo y algo subjetivo, entonces, contamos con los elementos acontecenciales, que nos importan para armar cómo llegó este niño a armarse de esa manera, y tenemos el punto de vista del relato de los padres, ya marcado por su propia subjetividad, que nos permite leer entre líneas cómo están implicados en aquello que nos cuentan. Algunas cosas nos la dirán explícitamente, otras las leeremos entre líneas, otras nos llamarán la atención por la omisión, otras por los lapsus, otras por las asociaciones a que dan lugar una pregunta. En ese sentido, vamos más allá de la información que nos dan, evidente y concreta.

Alumna: Si los padres no asisten juntos, ¿se hacen entrevistas por separado?

Bueno, puede ser que estén separados ellos y no quieran asistir juntos, es una razón. Sí, se toman entrevistas por separado.

Alumna: ¿Si alguno de los padres no quiere participar o no está de acuerdo, se lo atiende igual al chico?

Si algunos de los padres son quiere participar... bueno, se plantean otros problemas ahí, que no son de fácil resolución. Hoy la patria potestad está compartida, entonces, la madre tiene derecho a tomar una decisión. Por lo menos esperamos que el padre no se oponga, si no da el aval, que por lo menos no se oponga. Si se opone, bueno, ahí tendremos que pensar el problema, o la madre tendría que pensarlo. Habría que esperar que se pongan de acuerdo, a veces no ocurre. En un caso que vi el año pasado, que al final no se pudo iniciar, el padre quería poner en tratamiento a un chiquito y la madre daba vueltas, no quería. Él insistía y no tenía el poder porque los chicos no vivían con él, estaban en un divorcio muy complicado, pesado y muy difícil. Era un chico al que yo vi con muchos síntomas de angustia y que realmente él

pedía tratamiento, pero la madre no quería saber nada y el padre, como no vivían con él, no podía hacerse cargo del tratamiento. Quedaba en manos de la madre por cuestiones cotidianas de organización familiar, entonces, esto impedía que el chico se trate y no se trató en ese momento.

Sí, es uno de los casos que se puede presentar y hay resultados variables. Bueno, estas son complicaciones. En líneas generales sabemos que si no contamos con una transferencia positiva de los padres mínima, no tenemos las condiciones necesarias para trabajar. Porque la desconfianza de los padres, que es una manera de decir “transferencia negativa”, conspira contra la transferencia positiva del niño. La resistencia de los padres, en general, termina teniendo efectos sobre la transferencia con el niño.

Volviendo a la cuestión de la historia relato y la historia acontecimental, esta discriminación tiene un valor suplementario. Van a ver también algunas consideraciones interesantes y que tienen que estudiar para este punto en el texto de la profesora Marisa Rodulfo “La Clínica del niño y su interior”.

Alumna: ¿sobre lo de la historia acontecimental?

Eso lo dice Silvia Bleichmar. Pero sobre este punto de la cuestión de los padres y de las condiciones iniciales para empezar el trabajo con un niño, tienen que leer —está en la bibliografía— la introducción y la primera parte del texto de Marisa Rodulfo “La Clínica del niño y su interior”. Hay consideraciones, puntuaciones sobre esta cuestión.

Lo que les quería decir era que estos distintos niveles en la cuestión de la historia, hacen, por otra parte, al tipo de método que ponemos en marcha. ¿Por qué?, porque al tomar la historia como relato, es decir, sujetos que nos relatan, el diálogo con los padres no se vuelve una especie de alguien que interroga y otro que responde, es cierto que yo tomo material, pregunto e indago, pero mi indagación la pongo a trabajar junto con los padres. O sea, es una indagación que no es que me ofrece material en bruto y yo sobre eso hago hipótesis, que es parte del caso. Si no que además los hacemos trabajar a ellos, como padres de la misma manera que en el procedimiento analítico con un paciente. Es decir, no sólo yo escucho y después les vengo con la verdad, si no que someto mis conjeturas a el trabajo del sujeto-paciente. En este caso el

sujeto son los padres sobre el niño. Entonces, nuestro trabajo es mucho más activo. Sobre esto van a ver varias consideraciones que hace Marisa Rodulfo, que me parecen totalmente pertinentes, sobre una posición activa del analista, aunque paciente. Activa no quiere decir activista, pero, por lo menos, pone en cuestión la clásica posición estándar pasiva de la posición analítica. Una posición activa, no “hiperactiva”, activa en el sentido de disponibilidad, de actuar para motorizar un proceso, de recepción atenta al material, de intervención. De intervención sobre lo que los padres van diciendo, para entablar una dialéctica en el trabajo con ellos. Esto de la posición activa no vale sólo para el trabajo con los padres, vale también para todo el trabajo con el niño y su tratamiento. Con esto se trata de sacudir algunos conceptos, como la abstinencia o la neutralidad, conceptos que permitieron una idea de cierta pasividad del analista, hasta diría de la apariencia de cierto desinterés por la problemática terapéutica o de sufrimiento que tiene el paciente. Esto no quiere decir que esté promoviendo el *furor curandis*, ni mucho menos el “*furor analizandis*”. La neutralidad y la abstinencia es en todo caso una manera de recibir el material, de no contaminarlo, pero no de no estar interesado clínicamente en hacer que el proceso funcione. Y eso es parte de nuestro trabajo, es parte de nuestro trabajo tirar una buena hipótesis para que los padres piensen, porque ellos solos no van a generar esa hipótesis. Es nuestro trabajo intervenir haciéndolos relacionar y pensar problemas que pueden ser nuestras hipótesis y juntos ir sacando algunas conclusiones de qué puede estar pasando con el niño. En ese sentido, no sólo trabajamos *con* los padres, trabajamos *junto* con ellos. Es decir, nos tienen que ayudar a entender a un niño, hay que transmitirles esto “necesito que me ayuden a entender al niño, yo adivino no soy”. Hay que hacerlos pensar. Con cuatro cosas que ellos nos digan, nosotros no podemos rompernos la cabeza como si fuéramos magos o adivinos para encontrar la quinta esencia de algo. Ellos nos tienen que ayudar a que entendamos.

Alumno: *¿podría dar algún ejemplo?*

¿De qué?

Alumno: de esto, de las intervenciones ¿se trata solamente de indagar o se les da alguna recomendación o (no se escucha)

No. Es mucho más sencillo lo que estoy diciendo. Por ejemplo, me consultan por un chico y me cuentan que está cansado, que no juega que desde no sé qué, le empezó a ir mal en la escuela. Entonces yo, para empezar, pregunto: “¿estará triste este nene?, ¿pensaron si podía estar triste por algo?”. Yo ahí ya estoy jugando una moneda y esto puede ser a los diez minutos de entrevista. Y por ahí dicen: “No, nunca lo pensamos... pero a ver...”. Bueno, y no sé a dónde me lleva esto. ¿Me siguen? Supongamos, a los veinte minutos de la entrevista me cuentan, por ejemplo, que se murió la abuelita –les doy ejemplos así, no traje material preparado- y que fue cuando pasó tal cosa. Entonces ahí: “¿No tendrá relación esto con esto?, ¿nunca lo pensaron que esto podría tener que ver con esto? No lo sé, pero estamos pensándolo”.

Este es un establecimiento de conexiones que favorece la indagación. Es ponerle un nombre a algunas cosas de primer nivel, conectar, etcétera. Les transmitimos el espíritu del método con el que trabajamos, les transmitimos la manera en qué pensamos. No es que escuchamos solamente y al final del proceso les decimos lo que pasa: “es esto, esto y esto”. No, les mostramos de dónde lo vamos sacando, porque se lo vamos diciendo a medida que vamos trabajando. Entonces, cuando la entrevista termina, tengo que hacer una síntesis de lo que ya he ido entendiendo, por supuesto, contemplando lo nuevo que va surgiendo ahí, pero no es que yo “hablo”, por decir así, al final. Por lo cual, la situación se vuelve mucho más compartida, donde yo se que tengo una responsabilidad. Yo puedo pensar a distancia de ellos ciertas cuestiones e ir llevándolos a que repiensen lo que tenían entre manos y eso abre panoramas que no tenían contemplados. Con lo cual, hay un saldo de saber en la entrevista, que no necesariamente habla de la implicación de los padres. Primero, se trata de entender un poco más qué pasa con el niño, podría ser, como una de esas facetas, sí, la implicación de los padres.

Por ejemplo, una entrevista de la semana pasada de una nenita con masturbación, no compulsiva, pero insistente. Los padres consultan y me cuentan que hubo un episodio en que ella le dijo algo sexual al hermanito que

fue impactante para los padres. Después comentan en la entrevista que ellos vienen viendo una masturbación insistente, no fuera de casa, es decir, no en la escuela, sólo en casa. En esta nenita –lo digo muy resumidamente- hubo un objeto transicional que apareció cuando nació el hermanito, que duró bastante tiempo y del que no se desprendía, lo necesitaba para dormirse. Yo entonces pregunto: “¿y cuándo es la masturbación?”. “A la noche, antes de dormirse, o para dormirse en la siesta”. Por lo cual empiezo a pensar que puede ser una forma auto calmante, como lo era el uso de aquel trapito con el que se dormía, porque también usa la masturbación genital para dormirse. La madre cuenta que en la época del nacimiento del hermanito –son muy seguidos los nacimientos- ella pasa por la enfermedad y muerte de su propia mamá y dice algo así como: “Yo a esa época no la recuerdo muy bien porque estaba muy mal”. Entonces, ya sobre el final de la entrevista, le digo: “Podríamos pensar en que esa fue una época en que no tenías resto para darle a los chicos y eso puede haber afectado a...”. “Y, sí, puede ser”, dice y se fue pensando en eso. Ella tenía claro que había sufrido, tenía claro que había perdido a la mamá, tenía claro que había estado mal, pero no había establecido la conexión con la nena, que necesita un calmarse en cierto momento o cuando estaba sola, o cuando se iba a dormir. Esa fue una hipótesis que la implicaba directamente. Ahora, no me quedo sólo con eso, quiero ver más cosas, todavía no vi a la nena. Pero, es una entrevista que puede ayudar a entender el origen de una situación sintomática. Entonces, decirle eso es implicarla en cierto nivel, no le estoy diciendo que es la causa del síntoma, estoy explicando algo del origen. Es una forma de ir entendiendo de qué padece el niño, yo no estoy juzgando, pasó lo que pasó. No estoy juzgando si tuvo que haber estado más atenta mientras vivía el duelo de la madre, pasó lo que pasó. O sea, podemos llegar a vislumbrar ciertas implicaciones, pero también podemos, en principio, quedarnos en niveles más modestos, es sólo para ir pensando y esto va creciendo a medida que vamos entendiendo. Los padres consultan por esta nena por un comentario sexual que ella le hace al hermanito. Después indagando me voy enterando que ella está preocupada por la muerte, pregunta dónde está la abuela e insiste: “¿Y la abuela está viva?, ¿dónde están los muertos?, ¿qué estará haciendo ahora? Bueno, está toda esta cuestión del duelo y hay muchos más datos. Ahora, les invertí la preocupación a los padres,

ellos venían con la cuestión de una nena perversa, hasta se imaginaban que había ahí algo de una seducción –no hay elementos para pensarlo, nada lo confirma por ahora-, y yo les invertí la cuestión, acá hay algo mucho más primario que toma la forma genital, toma ese valor autoerótico, autocalmante, pero no necesariamente porque haya una escena de seducción de alguien. Es una forma, esa masturbación, con la que ella se autocalma. Les cambio la perspectiva, porque ellos vienen pensando en que alguien puede estar abusando de ella, o aprovechándose y les cambio la perspectiva, para empezar.

¿Está claro a lo que me refiero? Bueno, hoy me van a quedar algunas cosas más.

Subiendo un nivel, por decir así, de teorización, tienen para leer un artículo de Silvia Bleichmar que se llama “*Del discurso parental a la especificidad sintomal en psicoanálisis de niños*”. Este es un artículo sobre un libro sobre el tema del trabajo con los padres. Ahí van a encontrar, además de un caso específico, unas ideas generales que nos importa que conozcan. Es una autora contemporánea, como ya les dije, fallecida hace muy poco, muy joven, estaba en plena producción. En este artículo aparece un modelo que conjuga elementos lacanianos, algunos elementos lacanianos, con elementos freudianos. Por eso se llama: “*Del discurso parental a la especificidad sintomal en psicoanálisis de niños*”. Primera cuestión que ya quiero dejar aclarada: yo creo, no tengo ninguna duda, en que hay una especificidad sintomática que está del lado de los niños, de sintomatología en términos generales. Contra los que los quiero advertir es contra reducir las problemáticas de los niños a que sean síntoma de los padres, por decirlo así. O sea, reducir el niño a ser síntoma de los padres. Esto ya lo habrán escuchado seguramente más de una vez y tiene el riesgo de pasarse por alto las particularidades del sufrimiento que tiene un niño. Primer cuestión. Pero también es un avance y una contribución importante en psicoanálisis el papel determinante -y hay que ver hasta qué grado y en qué medida- que juegan los padres en la constitución subjetiva de un niño. Esto nos da dos ejes del niño a pensar. La determinación del lado parental y lo que se estructura del lado del niño. Lo que se estructura del lado del niño tiene tiempos de estructuración lógica y cronológica, es decir, la estructuración del sujeto, en términos de aparato psíquico, en términos de

estructuración subjetiva, hay tiempos. Esto es lo que está del lado del niño y tiene sus tiempos, con lo cual está la historia. Cuando se habla del discurso parental, término que tiene origen lacaniano, se tiende a hablar de un concepto estructural, de carácter sincrónico, que puede perderse los tiempos históricos. Entonces, hablar del discurso parental corre el riesgo de reducir el discurso parental a una especie de estructura trascendente, donde ya las piezas están jugadas en el deseo de la madre, el nombre del padre y la posición del niño y entonces, ya en la estructura parental estaría jugado, por decir así, el destino del niño. En lo que avanza Silvia Bleichmar es justamente en este cruce entre dos modelos. Uno, el de Freud, de la constitución de la tópica psíquica. Es decir, la tópica freudiana, la primera y la segunda, es la tópica intrapsíquica del niño y eso tiene tiempos. Este es un modelo. El modelo del deseo parental, el deseo de la madre, el nombre del padre y la posición del niño, es un modelo distinto del modelo intrapsíquico, es un modelo que tiene en cuenta, si ustedes quieren, lo intersubjetivo o, incluso, transubjetivo, en donde se juega la intersubjetividad de los padres con el niño.

Alumna: *¿El modelo freudiano es el intrapsíquico?*

Sí. Cuando Lacan dice “El inconsciente es el discurso del Otro, el deseo es el deseo del Otro”, ya no está hablando del adentro de la cabeza de nadie, como hablaría Freud, por decirlo así. El modelo lacaniano no seguiría en este punto la tópica freudiana, es otra manera de pensar el inconsciente. No está en el adentro de la cabeza de nadie, estoy hablando en bruto a propósito, está en el discurso que está afuera, va y viene. Entonces, lo que hace Silvia Bleichmar acá es articular lo que viene del otro con lo que del otro se vuelve propio del niño. Porque no hay duda que las cartas de partida están en los deseos parentales, hablo de las cartas simbólicas repartidas y deseantes. El niño trae su trabajo, no es que no traiga nada. Trae su funcionamiento biológico, genético y su vitalidad propia. Es un cruce de dos modelos. Entonces, entender qué le pasa al niño puede ser un cruce de estos dos modelos. Hablaré un poco más de esto la vez que viene, pero se los anuncio, si lo leen, van a entender un poco más de qué se trata.

Buenas noches, gracias.