

Teórico N°5

Miércoles 13-09-17

Prof. Carlos Tkach

SÍNTOMAS DE ANGUSTIA EN LOS NIÑOS

Buenos días, hoy vamos desarrollar el tema de los síntomas de angustia en los niños y la neurosis de angustia. Neurosis de angustia es una noción freudiana muy temprana que Freud mantuvo hasta el final como parte de las neurosis actuales, y define a las neurosis actuales como diferentes de las psiconeurosis. Si por algo se caracterizan las neurosis actuales es que los síntomas no conducen a ningún pasado representacional, es decir, no son el retorno de representaciones reprimidas como es el caso de las psiconeurosis. Los síntomas de las psiconeurosis son el retorno de lo reprimido, es un retorno desfigurado, es decir, simbolizado que aparece en los síntomas. Las neurosis actuales es un cuadro que Freud ubicó, lo diferenció, no se ocupó prácticamente de eso y quedó ahí latente, dejando varias referencias entre ellas una en la que dice algo así como *“espero que en el futuro otros se ocupen de este tema, yo no he tenido tiempo”*.

La característica de las neurosis actuales es que expresan una problemática actual del sujeto, por ejemplo en las neurosis actuales de la época de Freud, consideraba que se trataba una insuficiente satisfacción de la vida genital como causa, una falta de satisfacción que no se resolvía y de la que no se era consciente y la solución era que se trataba de normalizar la vida sexual pero no había nada que psicoanalizar, porque los síntomas no tenían un sentido reprimido que había que levantar, *“no son reductibles por la psicoterapia”* dice Freud.

A lo largo de la historia esta neurosis fue estudiada, re-estudiada, los famosos ataques de pánico contemporáneos que hace ya tiempo que están clasificados son una forma de los síntomas de la neurosis de angustia, es un tema importante de mis estudios e investigaciones porque mi tesis de doctorado tiene que ver con relacionar la sintomatología de los niños con la neurosis de angustia y como organización previa de lo que va a ser la

neurosis infantil en los niños. Es decir que en los niños hay síntomas de angustia o neurosis de angustia como un momento estructurante de la subjetividad. Pero ahora lo que vamos a ver, es qué son clínicamente los síntomas de angustia, porque esto es psicopatología no es ni metapsicología ni estructuración subjetiva, los están relacionados los temas, pero hoy puntualmente quiero darles datos clínicos para que identifiquen los síntomas de angustia.

Denominar síntoma de angustia es ya decir que son síntomas diferentes de los síntomas psiconeuróticos (obsesiones-histerias-fobias). La idea de que hay síntomas de angustia es una idea de Freud, inclusive a la fobia la llamaba un síntoma de angustia-fobia, ciertas fobias consistían en una forma de síntoma de angustia, ¿por qué? Porque en la fobia la angustia es manifiesta, esta en la superficie, en un objeto-situación o persona, mientras que en los síntomas histéricos o en los síntomas obsesivos o psicósomáticos inclusive, la angustia no está manifiesta en el síntoma. El síntoma de conversión no es angustia, es una alteración como dolor de cabeza, panza, parálisis. Que un niño tenga síntomas conversivos no implica que además pueda tener angustia, pero no está en el síntoma, acompaña a los síntomas, de suerte que el síntoma central es la conversión. Lo mismo en la neurosis obsesiva el síntoma de las compulsiones a hacer cosas o pensar cosas, trae angustia, pero no es lo primordial mientras que sí lo es lo compulsivo.

En la teoría general de la neurosis de Freud, los síntomas en general, pero particularmente en los neuróticos son modos de resolver estados de angustia: en las neurosis, la angustia de castración, por eso yo he insistido en las primeras clases de esta materia con sensibilizarlos para visibilizar la importancia de *las angustias*, de la que no hay una sola forma, sino un espectro de la cual la angustia de castración es una de ellas y además que en toda la sintomatología lo que está detrás por decirlo así es la angustia, y su manera de resolverlas son los síntomas en sus distintas formas y en sentido amplio.

Freud habla de síntomas de angustia donde lo primordial es la manifestación de angustia, ¿de qué sufre el paciente? De manifestaciones de angustia de distintos modos y en la infancia es uno de los modos de la sintomatología de los niños, sobre todo en la primera infancia. No es que toda la sintomatología infantil de la primera infancia sea de angustia,

eso es algo que se presenta primordialmente en algunos niños, hay síntomas graves que tienen los niños como por ejemplo retraso en el habla, un tipo de problemática en el desarrollo y no tiene la angustia manifiesta, en este caso el síntoma es un retraso del habla. Sabemos que síntomas tempranos del desarrollo son expresión de angustia mas arcaica en los que sin embargo en el síntoma no se ve. Pero hay casos donde la angustia esta en primer plano. Yo quiero sensibilizarlos con esto, porque es uno de las modalidades de los síntomas que se presentan en los niños, a veces la angustia es manifiesta, a veces latente y a veces no está, esto es lo interesante; potencialmente si lo está pero la sintomatología por ejemplo dejar de hablar, son modos de evitar un sufrimiento mayor y la angustia no se torna manifiesta.

Diferenciamos angustia de síntoma de angustia. La angustia es parte de la vida en primer lugar, y es parte de lo normal angustiarse, podría decir que nada de angustia no es lo más saludable - es más saludable la capacidad de tolerar la angustia - demasiada angustia tampoco porque no se puede vivir.

Vamos a tener una jornada antes de fin de año, organizada por esta materia, Clínica de Niños y Adolescentes y la carrera de especialización que tiene que ver con la clínica de niños y que tiene que ver con Prevención y Asistencia en Infancia y el tema de la jornada es Salud y Enfermedad: "La salud en juego", y voy a presentar un trabajo sobre el concepto de salud y enfermedad en psicoanálisis que me parece importante para nuestro trabajo clínico.

Un concepto de salud del psicoanálisis no es la inexistencia de angustia, pero un niño que no tenga nada de angustia es llamativo, demasiada angustia también porque se ve la angustia y el sufrimiento, desde el punto de vista de la salud en psicoanálisis o de qué se puede esperar de un trabajo psicoanalítico tanto en niños como adolescentes y en adultos es la capacidad de tolerar cierto grado de angustia, de manejarse con la angustia, lo voy a decir en términos existenciales, de poder arreglarse con las inevitables incertidumbre de la vida.

Freud no tomó la angustia desde el punto de vista existencial, mientras Freud estaba desarrollando sus teorías Heidegger escribe una de sus obras más importantes que se llamó

“*Ser y tiempo*” donde hace referencias a la angustia, pero a la angustia existencial. Otro que se refirió a la angustia existencial fue un filósofo del siglo XIX que se llamó Kierkegaard, pero en Freud no hay referencias, mientras que otros autores posteriores a Freud entre ellos Lacan, tomaron la angustia desde el punto de vista freudiano y también desde el punto de vista existencial. ¿Qué quiere decir desde el punto de vista existencial? Es una explicación complementaria de la que da el psicoanálisis, la que describí la clase anterior: el estado de alerta de preparación para el peligro, la situación traumática como lo temido, pero lo podemos leer existencialmente porque el estado de angustia es un momento donde el sujeto queda desprendido, suspendido de su existencia, el sujeto pierde las referencias donde estaba ubicado y tenía seguridad y entonces el futuro se vuelve incierto, amenazador de la posición en la que está el sujeto en su vida. Esto en ciertos momentos tiene beneficios para un sujeto porque es saludable preguntarse por lo que se quiere, por lo que no se quiere, es decir despegarse del vivir cotidiano. La angustia nos despega de lo cotidiano, por supuesto que puede pasar como meramente un problema clínico, pero desde el punto de vista existencial implica que un sujeto se pregunte sobre su vida y empiece a sentir el peligro de perder lo que tiene y eso implica una inquietud, generándose preguntas sobre la propia existencia: lo que se tuvo, lo que no se tuvo, lo que se quiere tener, lo que se perdió. Por eso hay aspectos existenciales que son importantísimos el psicoanálisis y que le debemos a Lacan haber influido y sensibilizado y eso ha dado trabajo inclusive a no lacanianos.

¿Qué quiero decir con la capacidad de soportar cierto grado de angustia? Capacidad de soportar incertidumbres, vamos a decirlo en términos banales: soportar las incertidumbres que la vida tiene inevitablemente, pues si queremos certezas para cada paso que damos en la vida, podemos creer que existen y tenerlas, pero la vida nos da topetazos y las cosas cambian y cambian y nos sacuden. A los niños también les pasa eso, con menos conciencia, pero les pasa, ellos tienen una seguridad que arman porque la familia les da una contención, pero esa vivencia de protección contra estados de angustia que van teniendo gracias a un entorno que lo ayuda a tramitar, pero como dice Winnicott - aun en el mejor de los entornos, en las mejores familias y en las más saludables el niño tiene angustias que

son parte de la vida- por mas seguridad y contención que le den los padres, el niño tiene que arreglárselas con las angustias inevitables que son parte de la vida. Pero además existen acontecimientos en la vida de los niños que sacuden y los enfrenta con incertidumbres fuertes, por ejemplo, los papas se separan; atendí un paciente de cinco años que tuvo papá y mamá unidos, hoy en día ya no es fuera de lo común, es ocurre con más frecuencia que hay papás que desaparecen al año, dos o tres o que se separaron y están presentes, el modelo familiar ha cambiado mucho; pero supongamos en un niño que tiene mamá y papá, mas o menos una versión unificada de esto y se separan a los cinco años y los niños sienten que se les viene abajo el mundo porque el universo era el sol y la luna: papá y mamá y de golpe es como que se separaron el sol y la luna, cambió el cielo y eso le genera al niño un montón de incertidumbres porque lo que pensaba unido y que nunca se iba a romper de golpe se rompe. Yo atendí un chico hace muchos años que me dijo “cuando mi papá se separaron fue lo peor que me pasó en la vida” tenía 6 años y para él era lo peor que le pasó en la vida; hay otros a los que les pasaron cosas mucho peores como castigos, abandonos, pero para él que eso se rompa fue lo peor que le pasó en su vida. Tenía una capacidad de pensar en la vida, casi filosóficamente, siendo un niño entonces empieza a pensar en la vida y se da cuenta que en la vida no todo es obtenido para siempre, que hay cosas que no duran.

Juanito es el ejemplo paradigmático del niño filosófico, cuando los niños se ponen filosóficos es el momento de las preguntas: ¿por qué esto, por qué lo otro? ¿De dónde viene esto? Que son preguntas cognitivas, pero sobre todo existenciales, el niño quiere saber de dónde vino, qué es el mundo, qué es un padre y una madre, hay entornos que no favorecen que el niño pregunte y si el niño pregunta una vez nadie le respondió entonces dejan de hacerlo, pero en entornos donde hay relaciones intersubjetivas saludables entre padres e hijos esa pregunta implica un contexto que lo ayuda a pensar y desarrollar. Juanito era un niño así, entonces se pone filosófico, el neurótico es el que se pone filosófico además de sufrirlo con síntomas se pone a hacer preguntas acerca de la vida: ¿qué es la vida? ¿Hacia dónde voy? ¿Qué es lo que quiero? La pregunta sobre el deseo. En cambio las angustias mas arcaicas no tienen tanto pensamiento, no generan preguntas, por eso la clínica de la neurosis desde la referencia lacaniana es una clínica de la pregunta, mientras que la clínica

que no es de la neurosis no es una clínica de la pregunta, es clínica de otra cosa, no hay tantas preguntas, más bien respuestas, sufrimientos y dificultades para tolerar preguntas, porque las angustias ponen en juego la propia existencia, el propio ser que es lo que está en amenaza lo digo en términos amplios de: aniquilación, desaparición, entonces no tiene tiempo para andar preguntándose por muchas cosas, está preocupado por sobrevivir. Hegel tiene una frase muy famosa en la que dice que “el búho de la filosofía inicia su vuelo en el atardecer” es decir, en la mañana no hay filosofía, hay que trabajar, construir, hacer el día. Acá sería un equivalente: alguien está preocupado por sobrevivir, no tiene tiempo y si puede sobrevivir y funcionar entonces tendrá tiempo para hacerse preguntas. Si alguien está preocupado porque no tiene trabajo, vive en condiciones terribles, el estado le promete algo que no le da no tiene tiempo para hacerse tantas preguntas, la angustia es de supervivencia hay muy poco margen para eso. Los pacientes no neuróticos luchan por sobrevivir a las amenazas de destrucción que padecen desde su interior atormentado de modo que la clínica de la pregunta se halla muy distante.

Los síntomas de angustia tienen ciertas formas manifiestas, voy a empezar a mostrarles las que da Freud, esto después se amplía, aquí la angustia es manifiesta pero aun así hay síntomas donde la angustia no es manifiesta, sino que hay equivalentes de la angustia. Es decir que está la angustia manifiesta o hay equivalentes del ataque de angustia. Por ejemplo, un síntoma de angustia es la *irritabilidad*: alguien que está con una sobrecarga de estimulación y no soporta más estímulos, un quantum de excitación que no soporta. Alguien está irritable cuando tiene veinte cosas en la cabeza y no soporta que alguien se le acerca y le pida una más, es lo que conocen en la vida cotidiana como esas personas que están irritables y con mil cosas y entonces tratan mal a todo el mundo, que están siempre enojados y sobrepasados, ese es un irritable que cualquier cosa que viene explota. La irritabilidad desde el punto de vista de psíquico implica un monto de energía que no se puede tramitar. Los síntomas desde el punto de vista psíquico implican un monto de excitación que no se puede tramitar esa es la hipótesis psicopatología: un plus de excitación que no logra tramitación alguna. La definición de excitación, pulsión y angustia es muy cercana en la obra de Freud.

Les quería en principio hacer la diferencia entre angustia y síntoma de angustia: la angustia es parte de la vida, pero hay momentos en que la angustia se vuelve algo repetido, insistente, fijado como modo de sufrimiento, en ese caso la angustia dejó de ser la normal de la existencia pasa a ser un modo permanente de sufrir, con filosofía o no, ahí si podemos hablar de síntomas de angustia, es importante esa diferencia. Pueden que nos consulten niños porque están en estados de angustia, supónganse las fobias tempranas de la infancia: miedo a la noche, miedo a estar a solas, las fobias tempranas o regulares de los niños pequeños como las denomina Freud y las fobias universales como las denomina también Ricardo Rodulfo.

El psicoanálisis de niños empezó con ese tipo de síntomas, pero las fobias tempranas no son las mismas que la fobia de Juanito. Las fobias tempranas son fobias distintas a las de Juanito porque la fobia de Juanito ya es psiconeurótica y las fobias tempranas tienen más que ver con las neurosis actuales, con la neurosis de angustia. Entonces que un chico tenga un poco de angustia, nos obliga a ver si estamos frente a algo con fijación, o algo más bien transitorio y que no constituye todavía una entidad psicopatológica fija y repetida pero a veces esa angustia se vuelve síntoma de angustia porque, en el caso de la primera infancia, porque el medio no alcanza a ayudar a tramitar. Es fundamental la relación entre el medio y las angustias de la primera infancia.

Entonces cuando hay síntomas de angustia con qué nos encontramos: con irritabilidad, hay chicos que están irritables pero se ven como formas del carácter, del modo de ser, muchas veces no es el motivo de consulta pero si un rasgo que describen los padres. Otra aclaración conceptual más: los síntomas de angustia pueden venir acompañando otros síntomas, nunca es pura una formación sintomática en un sujeto y menos en un niño. Puede haber síntomas neuróticos, pero además hay síntomas de angustia, no sólo angustia en general, tampoco es pura la cuestión de la sintomatología de angustia y de neurosis de angustia y al revés, por ejemplo un niño con síntomas obsesivos que pueden ser predominantes, tampoco es puro porque hay otros aspectos del sujeto que no están en dominancia ni en primer plano, es decir que la pureza no existe pero psicopatológicamente nos sirve para identificar un modo de sufrimiento regular y permanente.

La expectativa angustiada, para Freud es el síntoma nuclear de la neurosis de angustia actual. Yo estoy juntando en esta descripción síntomas de angustia y síntomas de neurosis de angustia porque hay síntoma de angustia independientemente de que haya neurosis de angustia, de que exista una neurosis de angustia, eso también se los aclaro. Hay ciertas fobias, por ejemplo las fobias tempranas de los niños pequeños, no son psiconeuroticas, la oscuridad no remite a un significado inconsciente reprimido, remite directamente en Freud a la ausencia de la madre, el niño está angustiado porque añora la presencia de la madre, de la madre que está, no es un niño con carencia de madre. En la oscuridad lo que le falta es la madre, es una insatisfacción porque quiere más mimitos de la madre y como no los tiene eso se vuelve angustia a la oscuridad. Detrás de la angustia a la oscuridad hay un deseo de satisfacción frustrado, una insatisfacción de la presencia materna que se transforma en angustia.

Más profundamente y partir de la segunda teoría de la angustia, la ausencia de la madre se transforma en miedo a ser atacado por la madre o por una figura indefinida, en realidad en eso que está manifiesto después lo va a desarrollar Melanie Klein es que en realidad la falta de la madre, la ausencia de satisfacción de la madre que se vuelve un vacío que se presentifica en la noche y que además existencialmente el niño siente que su ser se desaparece a oscuras y a solas consigo mismo, con la oscuridad y su interior como momento de desprendimiento y separación del otro, porque el ser del niño esta alienado a la presencia del otro, la ausencia del otro lo confronta no sólo con el agujero de no ser sino de la ausencia el otro que confirma en acto su existencia. ¿Por qué angustia? Primero porque hay un vacío imaginario, la percepción de la madre, pero además hay sufrimiento porque el amor a la madre se transforma en enojo, odio por la ausencia, lo que hay es agresividad, un odio que retorna como temor a ser atacado. Esto lo va a desarrollar Melanie Klein, que la ausencia de la madre no es sólo ausencia es ausencia de la presencia de la madre buena, pero la angustia es presencia de la madre mala que ataca. O sea la ausencia de la madre representada, genera odio, una agresión, sensación de aniquilamiento que es presencia de una madre que ataca, Melanie Klein va a decir que la presencia de la madre que ataca en realidad es la vuelta del odio que siente el niño porque la madre no está. Sin embargo

ciertas fobias son necesarias para el desarrollo, porque que un niño tenga un fobia a algo acotado le permite desarrollar su vida sin invasión de la angustia ¿entienden? en cambio si la angustia está expandida el niño vive así permanentemente y ahí empieza a tener otras consecuencias, es decir que la fobia es funcional también, por eso no hay que psicopatologizarla apresuradamente. Si un niño viene con fobia yo tengo que ver el estado de salud mental general de su vida, si tiene satisfacción por vivir, si pensar, jugar aprender es satisfactorio, si tiene una fobia el tema es que no le impida vivir porque hay síntomas que son necesarios para poder vivir. Por ejemplo a un niño una fobia le permite tener condensado en un lugar el odio hacia la madre que también quiere, sin tener que vivir con una ambivalencia constante, permitiéndole amarla reprimiendo el odio de lo que no le gusta, es un arreglo consigo mismo. Ahora si la madre real es mala, agresiva, incontrolada, eso ya no va a dar fobia simple va a dar otras cosas. Todos los síntomas pueden ser agudos, crónicos o transitorios y hay además equivalentes del ataque de angustia. Aprovecho para decirles, antes de avanzar con los equivalentes del ataque de angustia, que tanto en el DSM IV como en la Clasificación Francesa aparecen ubicados algunos cuadros donde la angustia esta en primer plano y quiero que lo tengan presente por ejemplo:

-En el autismo no hay angustia, el autismo es la retracción cuando el autismo fracasa hay ataques de angustia terror.

- Hay una neurosis que ubican estos autores que lo llaman *Tastorno neurótico con predominancia ansiosa* donde predomina la angustia: estados ansiosos, ansiedad generalizada, pánicos o equivalentes de la angustia. O sea que hay una neurosis donde lo que predomina es la angustia, pareciéndose bastante a la neurosis de angustia, pero después hay también trastornos neuróticos con predominancia histérica donde los síntomas son los corporales, ¿entienden? En el primer caso la angustia está presente en primer plano,.

-En otro lugar donde está presente dentro de la Clasificación Francesa es en lo que se llama *Trastornos reactivos*, que no es lo mismo que neurosis, psicosis ni cuadros límites, los trastornos reactivos son patologías donde se identifica una causa precisa y reciente,

como por ejemplo: se muere la madre, la madre lo abandona, un accidente y el niño hace un síntoma reactivo, además el niño puede tener una estructura neurótica o estado límite, pero se agrega un síntoma que tiene que ver con un momento preciso. Algunos son depresivos y otros son el *síndrome de estrés post-traumático*, que es el síntoma de angustia traumática y ahí aparece focalizado un modo del ataque de angustia. Es como la angustia de guerra, traumática de Freud, porque justamente los síntomas de la neurosis traumática son posteriores, o sea, ya volvió la persona de la guerra y sigue con angustia.

- En otro lugar donde aparece en la Clasificación Francesa es en Trastornos de la conducta, uno de ellos es *Trastornos por angustia de separación*, que es un modo en que se presenta los síntomas de angustia por la separación. Hay otro cuadro que es el de fobias escolares que es un cuadro de fobia muy particular, el niño tiene miedo de ir a la escuela. Son fobias muy graves, no son fobias comunes, yo he atendido niños con fobias escolares en varias oportunidades y he compartido los problemas que presentan con colegas y son complejísticas y muy difíciles de tratar y de evolución muy incierta, no es una fobia común es rara. Yo he atendido a un chico varios años, un púber y era muy grave, son chicos muy inteligentes, pero entrar a la escuela está cargada de todo lo que ustedes quieran, lo hemos analizado del derecho y del revés y mejoraba y después volvía a tener los síntomas y lo hemos relacionado con todo e incluso tenía medicación, o sea que es una angustia traumática muy compleja. Se los digo porque eso existe, para que no tomen una fobia escolar como un caso en el que el niño no puede ir a la escuela de chiquito, porque en estos casos realmente no pueden ir a la escuela nunca, es un gran ataque de angustia. Entonces no la confundan con la fobia de Juanito.

- En otro lugar donde aparece la angustia es alguno de los síntomas transitorios que se llaman *Variaciones de lo normal* pueden ser variaciones del desarrollo, son distintas cosas, pero están dentro de la normalidad. Son además manifestaciones que no se pueden clasificar en los otros cuadros, es muy importante que tengan en cuenta esto para no tomar cualquier motivo de consulta por un cuadro psicopatológico instalado, puede ser una variación de lo normal, eso no quiere decir que no necesite un tratamiento quizás más corto y en un trabajo con los padres, pero tener en claro que es un momento, una variación que

puede mejorar. Yo atendí un niño, cuando era mucho más joven, los primeros casos la verdad que no tenía estos conceptos, atendí un chico que empezaba un tratamiento suponiendo que iba a durar un año aproximadamente y a los dos meses el papá me dice que no van a continuar y yo creyendo que había sido un mal psicoanalista, que era un fracaso le digo “pero qué, ¿está peor?” no, está mucho mejor!!, lo expresaban como que estaba demasiado mejor, entonces se interrumpió el tratamiento no porque hice mal mi trabajo, sino porque yo sin saberlo había sido muy eficaz y el pibe había mejorado demasiado, que era para el papá demasiado, no lo sé pero seguramente estaban resueltos los miedos que tenía y las inhibiciones. El chico recuperó el placer de vivir, la alegría de vivir y no tiene sentido que continuara el tratamiento, eso seguramente era una variación de lo normal, el chico necesito un tiempo de trabajo pero temporal, no era algo instalado y psicopatológico. Dentro de las variaciones de lo normal hay angustias, rituales y miedos. Esto para ubicarles a qué me refiero.

- En el DSM también está ubicada, lo llaman ansiedad en vez de angustia.

Volviendo a los *equivalentes de los ataques de angustia*, Freud da una cantidad de síntomas que son todos corporales, la mayoría son corporales han sido estudiado por varios autores, pero son equivalentes somáticos del ataque de angustia, no de la angustia, sino del ataque es decir de la angustia intensa. Por ejemplo:

-Síntomas respiratorios: Las corrientes psicósomáticas, sobre todo la francesa freudianas, redescubren a principios de los años 90 el artículo de Freud de 1984 sobre la neurosis de angustia para pensar la psicósomática, porque los síntomas psicósomáticos tampoco son síntomas neuróticos, no son retorno de lo reprimido, no son simbólicos, son lo real del cuerpo y lo real del cuerpo puede ser funcional o lesional. El síntoma somático implica que hay lesión del soma, es enigmático, muy enigmático porque vivencias psíquicas dolorosas, no simbolizados, muy inconscientes producen una lesión en el soma. Es cierto que puede haber una predisposición biológica pero el origen psicógeno es claro, y después hay alteraciones funcionales que también son psicósomáticas y muchos síntomas psicósomáticos empiezan como alteraciones funcionales y con la repetición se convierten

en lesionales. Por ejemplo: disnea, crisis de asma, accesos de tos , hipo, bostezo, crisis disfonías o afónicas, si bien no es el motivo de consulta por el que vienen, aparecen en tratamiento chicos con disfonías intensas que están a la vista y uno descubre que tienen que ver con equivalentes de ataque de angustia, a veces es porque grita mucho o porque hay una tensión muscular en los músculos comprometidos en la producción de la voz, no descargada, que se vuelve una disfonía. Los bostezos también, tengo un paciente púber que atiende desde este año que llega a la sesión medio cansado y empieza a bostezar, por supuesto tengo que hablarle de su bostezo, él se siente que está cansado pero tiene un ataque de bostezo rarísimo que me cuesta sacarlo de ahí y entenderlo además. Yo le pregunto si está cansado porque recién sale del colegio o porque viene acá o todo el día y él me dice que todo el día está cansado, ó sea que hay algo que va más allá.

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, taquicardia, dolores pre-cordiales. Winnicott tiene trabajos sobre problemas cardíacos en la infancia, ustedes saben que en la emergencia del ataque de angustia el cuerpo reacciona, la falta de respiración es un síntoma de angustia, pero si se vuelve disnea lo tenemos como síntoma. La aceleración del ritmo cardíaco también se genera por angustia, si eso se fija se vuelve una afección cardíaca. Una paciente que empecé a atender yo hace más de un año adulta, tiene estos síntomas desde siempre, desde después de la primera infancia y se ha analizado mucho pero esto le quedó como un resto insoluble de su infancia que permanece todas las noches y a veces en algunos momentos.

Una aclaración, todos los síntomas somáticos se caracterizan por algo muy importante que da una pista para pensar la sintomatología en general, cuando el síntoma del que se trata es *la expectativa angustiada*, el estado de preparación cuando hay peligro, el paciente es consciente de que está con un peligro que lo amenaza: interno, imaginario, lo que quieren. En el ataque de angustia puede estar consciente también con representaciones como la muerte o miedo a volverse loco; en ciertas fobias hay también representaciones, no es un estado muy soportable estar consciente de la angustia todo el tiempo. Porque la angustia es difusa, flotante, porque el estado de angustia puede ser inespecífico, es miedo de

volverse loco, de estar en peligro, esto conmueve la vivencia existencial de un sujeto, de su existencia, para decirlo fenomenológicamente.

Pero el equivalente somático del ataque de angustia, no de la angustia, sino del ataque, los síntomas en el cuerpo, somáticos, ganan en precisión somática, lo que pierden de carga ansiosa y de conciencia. La precisión somática, gana en fijación somática, en la disnea, pero pierde la carga ansiosa, que desaparece, y desaparece el registro psíquico de estar angustiado por eso el paciente tiene disnea y no lo relaciona con algo de sí, lo pone todo en el cuerpo. En los niños es muy común, en adultos también, por eso puede ser la antesala de un síntoma psicossomático. El psicossomático, niño, adolescente o adulto, tiene problemas psicossomáticos, y ni sabe que tiene angustia. Es decir hay un proceso psíquico ahí, que no ha sido simbolizado. No pasa por representaciones. Inclusive se puede decir que lo que vive, no se ha vuelto psíquico, en sentido estricto se podría decir eso, hay algo pulsional y doloroso, también de angustia que no se ha vuelto psíquico, falta la psiquización, la mentalización dicen otros autores. El psicossomático es eso, y no crean que esto es algo banal. Yo atendí muchos chicos problemas de asma de muchos años y la angustia no estaba presente, estaba la reacción ante ciertas situaciones, y entonces había que pesquisar el momento que estaba viviendo para ver por qué surgía la crisis, a ver qué impacto subjetivo le había producido, que había sido escindido. Porque en el psicossomático hay un mecanismo casi psicótico, hay una renegación de algo que los afecta, y ahí el cuerpo responde. Entonces cuando lo que era angustia, se vuelve precisión somática, perdemos la angustia y perdemos la conciencia de que él está implicado en lo que le pasa, o que él es consciente de algo en sí. Entonces el estado subjetivo se libera de eso, y se libera a un costo alto.

Pueden ocurrir *síntomas digestivos*. Muchas de las consultas de los niños a los pediatras, son por dolores o problemas somáticos; para estas consultas no nos vienen a ver a nosotros. El nene tiene problemas cardíacos, tiene tos, tiene problemas respiratorios y van al pediatra, y éste último lo manda a un especialista, neumonólogo. Algunos pediatras, que están influidos por la psicología, por el psicoanálisis, indican también que nos consulten. Síntomas digestivos tales como espasmos, crisis de náuseas, de vómitos, diarreas. Es decir

que pueden ser muy insoportables, pero pierden precisión registro psíquico. Mientras que cuando hay angustia, los chicos en crisis de angustia, pueden decir con mucha precisión “tengo miedo a esto” y con mucho susto, tienen las peores fantasías, a veces no son muy inconfesables porque ya confesarlas les implica susto. Pero cuando el síntoma está en el cuerpo, desapareció el sujeto angustiado, el sujeto que le pasa algo con su existencia o consigo mismo.

Luego se pueden señalar *síntomas musculares*, crisis de temblores, crisis dolorosas. A veces en una consulta pasan desapercibidas estas cosas, porque nos focalizamos en otra cosa, pero muchas veces es un cortejo que viene acompañado, no es lo primordial pero síntomas de esta naturaleza, que son equivalentes del ataque de angustia, y que yo propongo llamarlos *síntomas de angustia*. Aunque la angustia no sea manifiesta, hay que precisar que son equivalentes.

Subrayo esta precisión, en estos casos se trata de los síntomas de angustia y de la angustia como síntoma, a diferencia de los síntomas psiconeuróticos.

También *síntomas sensitivos*, hiperestesias, crisis de picazón, sudores grandes. Tengo un adolescente que tiene un sudor hace años y es indomeñable, y él también es indomeñable en ligar sus estados angustiosos, estados emocionales en general porque cuando digo angustia me refiero a un espectro de angustia, con ese sudor. Él ha probado con todo, y sigue con el sudor, y yo le digo que “esto tiene que ver con su vida, sigámoslo pensando porque tiene que ver”. Yo quiero apostar a que vea que eso tiene que ver con reacciones de él, porque tiene que ver con angustia fuerte y con síntomas obsesivos, él sufre mucho por esto. Tiene un sudor profuso además de síntomas compulsivos muy importantes. Bueno, también les dije temblores, crisis vertiginosas, las sensaciones de vértigo, esto ya lo describió Freud, y mareos.

Además hay *equivalentes comportamentales*, que son *síntomas de angustia*. De estos equivalentes comportamentales no ha hablado Freud, pero si otros autores, porque uno de los problemas en nuestro trabajo con niños, es que mucha de la sintomatología viene del lado de los comportamientos, de las acciones. En muchos motivos de consulta, se ubica que

la dificultad de un niño está en el comportamiento, en la conducta del niño, no es algo inmediatamente psíquico, no puede, tiene inhibiciones, tiene compulsiones como actuaciones, se da en forma de actings o de pasajes al acto. Los llamados trastornos de conducta, que puede ser una bolsa de gatos, puede ser un modo de mostrar un equivalente comportamental de la angustia.

¿Para qué sirven todos estos equivalentes? Son modos defensivos, ahí se ve una mínima defensa, porque la angustia insoportable se vuelve al cuerpo y es defensiva, porque el sujeto se libera de la angustia, es defensa frente a esas vivencias de angustia o de ataque de angustia, entonces se va al cuerpo o se va al comportamiento, van en el mismo sentido. Es decir se va al comportamiento, algo que lo enajena de sí mismo, no lo molesta, está en acto. O también tenemos la inquietud. Uno de los síntomas que Freud da es la irritabilidad, que es también un modo de la hiperactividad. Un chico hiperactivo, se ve en ese comportamiento, un modo de dominar la angustia, por eso un chiquito hiperkinético no puede parar de moverse porque si lo hiciese, caería en estados de angustia. Él no sabe que está angustiado, lo que siente es que no puede detenerse, pero detrás de ese impulso de no parar de moverse hay una angustia que está tratando de dominar, por eso es defensiva, es defensiva en acto, espontánea, que todos los sujetos hacen para arreglarse con estados muy difíciles y muy insoportables.

Todo el campo de las inhibiciones tempranas en la infancia forman parte también pueden formar parte de los equivalentes comportamentales de la angustia. Las inhibiciones pueden ser con o sin registro psíquico. Yo insisto en esto de con o sin registro psíquico porque en el niño una de las dificultades que tenemos en nuestro trabajo psicoterapéutico es logra el registro psíquico, al niño le pasan cosas, sufren pero no tienen conciencia del sufrimiento. Algo que he insistido mucho cuando daba clases en Clínica de niños y adolescentes, cuando tenemos una consulta es ver si el niño tiene registro de que sufre o no, y el sufrimiento del niño es manifiesto únicamente en los ataques de angustia, y en ciertas fobias. El niño es consciente del sufrimiento, después en todo lo demás síntomas sufren los padres, pero él no sufre, sufre la hermanita, la mamá o el papá que no lo soporta, sufren por él, pero él no sufre, por eso es un problema clínico cómo trabajar con el niño cuando no tiene registro de

su sufrimiento, hay un registro inconsciente, pero no tiene un registro consciente. En cambio un niño que tiene angustia dice “tengo miedo” “no sé qué me pasa”, “no puedo estar sentado” “pienso que mi mamá se va a morir”, o sea tiene una cantidad de representaciones de muerte o de locura que parecen fóbricas, pero son de angustia. Pero después viene porque no aprende y ahí se acabó la angustia. No puede aprender, la angustia estuvo en algún momento, hay una vivencia de impotencia, puede ser angustia de castración o angustia más arcaica, pero lo que le pasa es que no aprende o no puede escribir no puede leer, o no entiende, hay un rechazo a lo que el aprendizaje le exige, a lo que el aprendizaje le exige del trabajo psíquico.

La escuela implica para el niño un desafío de trabajo psíquico, que nunca antes ha tenido. Hay niños que entran en la escuela ya con deseo de saber, y aprender y con un trabajo psíquico ya instalado. En cambio, hay otros niños en los que ese trabajo todavía no se ha instalado, entonces entran en la escuela y tienen que empezar a hacer un trabajo psíquico que nunca habían hecho; un trabajo psíquico de aprender, o sea no hay deseo, hay más ganas de seguir jugando, entonces no aprenden. Ese síntoma de no aprender está en el comportamiento, es un rechazo a aprender, que aparece como inhibición, que en realidad es una barrera porque el esfuerzo que tiene que hacer lo somete a una angustia de impotencia, no sabe qué hacer con algo que rechaza al mismo tiempo que no está libidinizado. Es un conjunto de vivencias y situaciones articuladas. Son los chicos que dicen, cuando están en primer grado y tienen un montón de problemas y que yo les pregunto ¿y vos extrañas el jardín? Y me responden “siiiiiiii”, les cambia la cara. Y después les pregunto ¿y por qué te gustaba? “yyyy, porque era más lindo, podía jugar, ahora...”, y ahora tienen que trabajar podemos decir, añoran el jardín, quieren seguir siendo chiquitos; en realidad están enfrentados a un trabajo que le exige un esfuerzo nuevo, y todavía no están preparados, entonces el trabajo es de renunciar a las satisfacciones pulsionales del juego y encontrar satisfacciones pulsionales en el investimento psíquico del aprender, el investimento cognitivo. Tiene que estar investido el pensar, el trabajo psíquico. Porque para poder aprender, el pensar tiene que estar investido libidinalmente, y a veces vemos que eso está más investido o menos, no sólo lo representacional imaginario, el pensar simbólico

como lo exige el trabajo escolar. Bueno por todo esto señalo los equivalentes comportamentales, inhibiciones, acting out y pasajes al acto, y les hablé de los trastorno de conducta.

Un equivalente psíquico del ataque de angustia es el *terror nocturno*. El terror nocturno no es una fobia, es un gran ataque de angustia, los chicos se despiertan en un estado alucinado, semiconsciente, en un estado de terror que es un sueño de pánico que tienen, el verdadero terror nocturno. Todos los chicos pueden tener sueños de terror, y se despiertan mal, esto pasa y es común. Pero el terror como síntoma es repetido, constante y los niños se despiertan en un estado obnubilado, en un estado de agitación, el verdadero ataque de angustia, es impresionante cuando relatan esto los padres. Es el *pavor nocturno del niño pequeño*. Freud ya lo comenta en el artículo de neurosis de angustia, allí él ya habla de pavor nocturno de los niños, les estoy hablando de 1894. Yo nunca vi de cerca uno porque siempre me lo cuentan.

Luego tenemos *trastornos exacerbados y violentos del carácter*, que son en el comportamiento: alteraciones, estados de descontento, cóleras, crisis de nervios. Muchas rabietas de los chicos tienen que ver con eso. Yo tengo un paciente que tiene ataques de cólera absolutamente inesperados, pero que pueden ser bastante repetidos, se ofende por algo con los hermanos, con la mamá o con el papá, y tira todo al demonio no quiere ir a la escuela, empieza a decir de todo estando con los padres en cualquier parte, y es un verdadero ataque de cólera y les dice las peores cosas, al padre le dice “ojalá te mueras, amén”, amén significa que así sea, son religiosos. Entonces le dice las cosas más terribles, por supuesto al mismo tiempo los quiere, cuando está tranquilo es una dulzura pero de golpe tiene esos ataques, yo todavía no vi ninguno en el consultorio, estoy esperando que algo pase en el consultorio para conocerlo, siempre me lo cuentan, es muy inquieto, muy vivo pero a los padres los vuelve locos y no saben qué hacer con él porque es incalmable en ese momento, es capaz de arruinar un programa familiar, un viaje, es inmanejable, tiene un ataque de odio, de cólera, pero uno diría detrás de la cólera hay angustia, es un equivalente de la angustia y ese equivalente ya es defensivo porque evita sentir angustia. A diferencia del estado de angustia ya que el que padece es él, entonces este ataque es un modo de

proyectar, de evacuar lo que siente de insoportable, mientras que en el estado de angustia ya no son los otros, es él el que no soporta algo, que puede ser angustia de aniquilamiento, de impotencia, o porque es el más chiquito de la familia, o porque tiene problemas con el hermano mayor, entonces por ahí se siente el olvidado de la casa, lo que sea. Bueno hay mucho para analizar con él, pero les quiero contar el síntoma porque por eso vino a consulta, y esto se da en la familia, no en la escuela, sucede en el contexto familiar dentro y fuera de la casa que tiene permanentemente esto y no es fácil ir indagándolo, por suerte dibuja, juega, entonces voy encontrando cosas a medida que me las va mostrando, pero él no tiene conciencia. Ante una frustración o una situación displacentera con sus hermanos.

Hay una clínica con bebés que tiene unos veinticinco, treinta años, en el año 1989 se hizo el primer Congreso de Psicopatología de Bebé, y a partir de entonces hay congresos, estudios en varias partes del mundo sobre la psicopatología del bebé, o sea que hay investigaciones sobre el bebé, sobre la relación madre e hijo con enfoque psicoanalítico, son investigaciones experimentales, que han nutrido una corriente del psicoanálisis y que se conoce mejor qué le pasa a un bebé tempranamente, cosas que se pueden observar, ver y anticipar. Hay una sintomatología del bebé que puede ser muy precoz no solo la del autismo, o de las que pueden tener que ver con la psicosis, hablo de problemáticas graves que se pueden instalar sin llegar a ser psicóticas pero que son la antesala de trastornos graves. Por supuesto un bebé tiene angustias también, que son angustias actuales, son angustias que tienen que ver con cómo el entorno se maneja con él. Si el niño tiene apoyo y sostén del entorno, de la familia, como dice Winnicott en el artículo que tienen que leer, éste queda protegido frente al trauma. La familia está todo el tiempo protegiendo al niño contra el trauma. La madre tiene una función para excitadora, tamiza los estímulos y vivencias que el niño tiene. O sea que para pensar el trauma en el niño, hay que pensar cómo ha funcionado el entorno, tamizando o no. Esto no significa que el entorno pueda tamizarlo todo, pero lo ayuda a tramitar cosas de afuera y cosas internas. Si el niño siente eco en el entorno, puede expresar lo que le pasa. Si no hay eco en el entorno, porque no es sostenido, el niño no encuentra apoyo para tratar su angustia, entonces esas experiencias no son transformadas, esto no lo ayuda y pueden entonces abandonarlo o descalificarlo. He visto en bebés y en relatos de

familias que juegan a asustar al bebé, gente con mente bastante limitada para no decirlo psicopatológicamente, o sea para ellos es lindo asustar un bebé, una especie de comicidad bastante arcaica y rudimentaria. O te dicen “está llorando, no es nada, ya se le va a pasar”, eso es muy común, entonces de ésta descalificación, el bebé no es consciente, pero siente que no tiene eco de su ser en otro, porque además su ser está sostenido en otro. Entonces ahí empiezan a aparecer lo que podemos llamar modos intensos o radicales de tratar la angustia arcaicas, las grandes escisiones, o los grandes clivajes, ¿qué hace el bebé? Se corta de la experiencia. Esto que digo lo estamos hablando para los bebés más pequeños, pero este es un modelo que después se va a mantener.

Entonces podemos decir que el niño se corta de la experiencia, se despega de tener experiencias para no tener el sufrimiento de la angustia de quedar en vacío. Puede ocurrir que renuncia a una parte de sí, o se pega al objeto: una especie de simbiosis. ¿qué angustias están de fondo acá? Por supuesto, estamos en la primera etapa de la vida, tenemos angustias de fragmentación, de desarmado de sí. Entonces para no sufrir, desarmarse, fragmentarse ese dolor, porque estas angustias arcaicas tienen que ver mucho con el dolor, el bebé empieza a no conectarse con otros, tiene una especie de falso self prematuro, o una falta de afectividad. Entonces uno ve un bebé a los ocho meses y ya ves cómo se conecta con los demás, como responde a los otros, qué curiosidad tiene sobre el mundo, qué respuestas afectivas puede tener. Un bebé que muestra indiferencia, es algo que se nota en los chicos con trastorno psicósomáticos temprano. Estos trastornos se pueden ver ya en la primera infancia, en los primeros dos, tres años, o pueden aparecer después del Edipo, muchos empiezan los primeros años. Algo que han descubierto los psicósomatistas franceses, que en chicos con síntomas somáticos por ejemplo eccemas en la piel o también en problemas asmáticos, que en el desarrollo subjetivo de esos chicos no ha operado la angustia del octavo mes, ¿y cómo se ve eso? Porque tienen una especie de relación con los otros sin diferenciar quienes son familiares de los que no lo son. Eso no es que “son muy dados”, uno descubre que en realidad hay una indiferencia, que son todos iguales, entonces no hay un verdadero lazo afectivo, sino que hay un lazo superficial, porque no hay una diferenciación en la relación con los otros, entonces es un modo defensivo, que

tiene que ver con el síntoma arcaico temprano que han tenido como lo es en la psicósomática.

Me consultaron hace una semana, por un nene que no habla, todavía no lo vi, pero me han dicho los padres que viene con un retraso en el habla, o sea habla pero poquito, viene lento el acceso al lenguaje, también caminó lento al año y medio, también que tiene una hermanita que es mayor, en el embarazo que se desarrolló normal, en un momento la madre va a un control, le encuentran subida la presión, y le dicen que tiene que ir al quirófano, así que va a cesárea y nace el bebé. Bueno para ésta madre este suceso fue traumático, por su característica de personalidad y además fue realmente inesperado, conmoviente para ella. Y como era prematuro y no tuvieron contacto con él de entrada ya sufrieron esa distancia, y ya finalizando la entrevista me dice al pasar que además tiene broncoespasmo, le pregunto desde cuando y responde desde que era bebé, y yo entonces tuve que resignificar todo con el broncoespasmo porque tengo algo ahí muy temprano donde ya es un síntoma efecto de la relación con la madre, la madre ni sabe que tuvo que ver, pero entonces ya a partir de los seis meses se empezaron a preocupar, empezaron a tener sustos porque empezó el síntoma somático.

Los estudiosos de la psicósomática dicen que la madre inconscientemente siente un rechazo del bebé, y este rechazo produce síntoma psicósomático, porque de alguna manera se transmite, y entonces la madre, hace una formación reactiva, y empieza a sobreproteger. Entonces en esta formación reactiva de sobreprotegerlo excesivamente, me dijeron los padres “somos muy sobreprotectores”, en ese exceso se transmite algo de la agresividad, pero es un modo de renegar del odio, del rechazo inconsciente insoportable. No es que no lo quieran sino toda la situación inesperada generó inconscientemente una ambivalencia profunda renegada y escindida. Y la madre no tuvo el mismo lazo con la hermanita fue todo mejor, porque la hermanita es un avión, todo lo contrario al varón. Est niño caminó al año y medio y habla bastante tarde, el síntoma psicósomático tiene que ver en esta historia del lazo primero, esto empezó ya en el armado subjetivo temprano de este nene, porque no caminaba porque era muy inseguro, los padres ven signos de inseguridad en él. Un chico que empieza a caminar, que hace cosas, ya puede mostrar seguridad o inseguridad, ¿Qué

quiere decir? Puede mostrar angustia o confianza de que el mundo puede o no atraparlo, que puede o no puede hacer lo que tiene que hacer. Y si está temeroso y piensa que no le va salir, y es inseguro de sí ¿Por qué es inseguro de sí? porque la imagen de sí, el sentimiento de sí, de sí mismo, está amenazado por fragmentaciones, pérdidas, de un desarmado de sí. En cambio un bebé que tiene un narcicismo de vida y de confianza en sí porque se siente amado, va al mundo con confianza, esto es vivencial; todo esto se puede ver y leer en bebés. Estamos en hora pero antes de cerrar ¿hay alguna pregunta, curiosidad?

Alumno: - Si, usted decía que esa cantidad de excitación, esa angustia, ¿cómo la podemos pensar? En Freud es ¿afecto, descarga de libido no ligada?

Profesor: - La angustia es una desligación, el que mejor trabaja esto es Laplanche, la angustia es una desligadura, y el efecto displacentero de la desligadura, más allá del placer. Porque es una desligadura que pone al sujeto no sólo en displacer, sino que lo pone más allá del principio del placer.

Alumna: - ¿Cómo un real o un goce?

Profesor: - Sí, claro porque la angustia es real, no hay nada más real que la angustia. Ahora lo del goce es raro, porque en el goce no hay angustia. En los goces compulsivos, lo que hay es satisfacción, la angustia está muy escondida. Hay angustia si no se cumplen las órdenes compulsivas. Hablemos de los goces, en el goce directo no está la angustia ahí, porque el goce tapa a la angustia, detrás del goce lo que hay es angustia. Digo de los goces patológicos, no de los goces pacíficos, no de los goces articulados al principio del placer. Hablamos de los goces patológicos. Un chico crece porque tiene goces pacíficos, Lacan habla también de goces pacíficos, son los goces de la vida, de disfrutar de los goces. Ahora el goce patológico que consume al sujeto está más allá del principio del placer, y es un modo de tapar la angustia, de angustias arcaicas.

Alumno: - La angustia es como el estar al borde del agujero, entonces antes de caer en el agujero viene la angustia, y el goce como recubriendo eso, ¿no?

Profesor: - De acuerdo. Ahora cuando yo digo, que detrás del síntoma está la angustia, no quiere decir que uno toma al síntoma, lo sacude y sale la angustia, ese es el trabajo analítico que en verdad tiene que realizarse, pensarse, simbolizarse, descomponerse, o sea el paciente tiene que poder pensarlo, y además lo que sí va a pasar en un tratamiento es que esas angustias van a aparecer porque si mejora van a aparecer, entonces el análisis tiene que ayudarlo a resolverlas. Es por ello que empeoran los pacientes cuando se los empieza a analizar, lo que Freud llamaba el empeoramiento inevitable durante el tratamiento, por ello los pacientes adultos pueden decir “pero yo estoy peor que antes”, sí, pero las cosas están más claras, si el análisis avanza.

Alumna: - ¿sin el contexto familiar que pueda acompañar esto, no hay una solución? ¿O sea sí o sí se trabaja con los padres?

Profesor: - Si, por supuesto. Este niño que no habla, yo voy a tener que trabajar mucho con los padres, obviamente, además de que trabaje con él. Pero tengo que ver cómo funcionan esos padres. Y con bebés por supuesto, uno trabaja con el niño y con los padres, va haciendo hincapié de acuerdo a lo que ve como dominante. Son casos en donde uno no puede decir que esta es la técnica, la receta, uno entra en la clínica va por el eslabón más débil, esto lo dice muy bien una autora contemporánea Emilce Dio Bleichmar, ella dice que entramos siempre por el eslabón más débil. Si queremos ir al eslabón más duro, vamos a fracasar, y los pacientes se van a ir porque no lo soportan. Entonces el eslabón más débil pueden ser los padres, el niño, ahí vamos piloteando, entonces lo vemos solo, a veces vemos a la mamá sola, vemos al nene con la mamá, en estos casos se va decidiendo sobre la marcha. En otros casos uno sabe que tiene un síntoma y que los padres... entonces lo atiende a él, uno tiene una rutina, pero acá algo tan abierto, un nene de tres años, tengo que hacer muchas cosas simultáneamente porque viene de varios lados el problema.

Alumna: - claro a veces las cosas pueden ir avanzando con el nene solo y sin necesidad de los padres....

Profesor: - Sí, a veces sí, otras veces no. Si uno puede pescar de qué sufre el chiquito... Bueno yo creo que les conté la vez pasada, tengo un pacientito que no puede hacer caca, que

retiene con miedo de hacer caca y entonces en el ascensor cuando subimos al consultorio me dice “háblame de la caca eh”, entonces ya trae esto, como yo le hablo de la caca porque lo ayuda a pensar qué es lo que le pasa con eso, el niño varias veces ha dicho esto, ya tengo la colaboración de él, y puedo ver con él qué le pasa intrapsíquicamente, qué le pasa que retiene, hay una satisfacción de retener y hay un susto a que la caca salga, tiene miedo él a caerse por el inodoro. Te quiero decir entonces que a veces intervengo con la madre y otras con él sobre lo que él vive y lo que él siente.

Alumna: - Claro, no porque sea tan pequeño uno no le va a decir lo que pasa...

Profesor: - No, de ninguna manera. Uno le puede decir “a mí me parece que lo que te pasa es esto”, pero le hablamos al niño no haciéndonos los niños, no es hacer el niño, no es eso, es hablarle como un sujeto, con las palabras de él, porque le hablamos a un niño, lo consideramos un sujeto, tampoco hablarle como un adulto porque no te va a entender. Bueno hasta acá llegamos.

Buen día.