

## ***Clínica de niños y adolescentes***

**Teórico 2 – 7/4/08’ –**

**Profesor Carlos Tkach**

Buenas noches. Para retomar la clase pasada voy a dar unos datos históricos. Esto es para que ubiquen el contexto en el que escribe cada autor y como van desarrollándose las distintas teorías. Melanie Klein vivió entre 1882 y 1960. Abraham, que como les dije fue quien impulsó a Melanie Klein a dedicarse al psicoanálisis de niños, vivió entre 1877 y 1925. Esto es importante para entender la obra de Abraham, él muere antes de que Freud escriba “*Inhibición, síntoma y angustia*” y ese es un texto de un viraje muy importante en la teoría freudiana. Entonces, las fases de la libido que sistematiza Abraham –las fases de la libido freudianas - y la manera en que fueron divulgadas, no tienen, desde esta perspectiva, la angustia de castración con el valor que va a tener con Freud a partir de 1926, no cuentan con el valor de la resignificación en el caso de las neurosis en especial.

Hug Hellmuth, la autora vienesa que les mencioné la clase pasada, vivió entre 1871 y 1924, una persona en la que Freud tenía mucha confianza. Anna Freud vivió entre 1895 y 1982. Winnicott entre 1896 y 1961. François Doltó entre 1908 y 1988. Les dije que había sido discípula de Sophie Morgenstern, que vivió entre 1875 y 1940, esta mujer se suicida cuando los nazis entran en París, cuando derrotan a Francia en al Segunda Guerra Mundial. Calculen ustedes que Lacan empieza sus seminarios en 1953 y desde allí, van a estar conectadas con él Doltó y Maud Mannoni, de quien no tengo la fecha de nacimiento, murió hace unos 10 años. Y simultáneamente, en Francia, desde la década del 50’, se comienza a desarrollar otro psicoanálisis de niños de impronta freudiana, no lacaniano y muy criticado por Lacan, cuyos representantes más importantes fueron Lebovici y Diatkine.

Estas serían las fuentes más importantes de las líneas en psicoanálisis de niños. Por supuesto, a partir de Anna Freud, surgen una cantidad de autores

que son vieneses, europeos, que emigran a Estados Unidos e instalan lo que va a ser la Psicología del Yo en los Estados Unidos. Ellos inician toda una escuela de psicoanálisis de niños, en donde hay una serie de autores muy relevantes, algunos traducidos, otros no, que ya habían empezado a trabajar en la década del 40' y continuaron. Les he dado entonces los puntos de partida.

El psicoanálisis de niños lacaniano empieza con Doltó y Mannoni. Ellas fueron las primeras en iniciar el psicoanálisis de niños a partir de Lacan. Pero quiero decirles que cuando esto empieza, en Francia mismo ya hay una historia del psicoanálisis de niños previa y comienza una línea freudiana, que hasta hoy en día tiene vigencia, cuyos desarrollos más importantes comienzan de la década del 50'. Lebovici y Diatkine fallecieron a fines del siglo pasado. Pero los desarrollos de esta línea continúan en la actualidad.

Winnicott es paralelo al desarrollo de Melanie Klein y pasa a ser conocido, a tomar la relevancia que tiene hoy, recién en los últimos diez años de su vida. Era un psicoanalista que no tenía demasiada difusión fuera de Francia. En la Argentina se lo comienza a conocer en los finales de los 60'. Les muestro la simultaneidad de ideas que van apareciendo y que explica aquello de la Babel psicoanalítica a la que me referí la vez pasada. Mucho de lo que es historia del psicoanálisis de niños se ha hecho en los últimos treinta años. Hay trabajos de Hug Hellmuth que se tradujeron recién entre los 50'-60', si mal no recuerdo. O sea que fueron recuperados. Una de las transformaciones importantes que sufre el psicoanálisis es con la guerra. De tener su origen en alemán pasa a tener su centro en la lengua inglesa y la lengua inglesa pasa a ser la predominante. Una de las luchas latentes que ha habido en psicoanálisis, entre el psicoanálisis inglés y el francés, es la lucha de poder entre las lenguas de lo que otrora fueron imperios.

André Green, que es un psicoanalista contemporáneo, lo conoce a Winnicott en el año 65' aproximadamente. André Green es un autor contemporáneo y muy productivo. Es freudiano fue formado en psicoanálisis francés y además tiene formación psiquiátrica. Les dije que los psicoanalistas

franceses tenían una tradición psiquiátrica muy importante. Cuando él lo conoce a Winnicott en un congreso cuenta que no podía creer haber visto a un psicoanalista así. Todo lo distinto a lo que podía ser un psicoanalista, fue una gran sorpresa para él. Y le abrió a este autor la perspectiva del psicoanálisis inglés, sobre todo del mismo Winnicott y Bion, en particular, que incorpora a la teoría psicoanalítica francesa.

Les cuento esto para que vean cómo en los últimos años ha habido una cierta interpenetración de ideas que se han ido influenciando recíprocamente, simultáneamente a escuelas que mantienen una fidelidad estricta a sus propuestas. También les dije que en la Argentina hubo una combinación particular que es propio de nuestro país.

Terminé la clase pasada hablando de los niños del psicoanálisis. Había hablado del niño kleiniano y algo del de Anna Freud. Les decía la importancia que había tenido Anna Freud en la difusión y extensión del psicoanálisis y es cierto que hay un cambio de acento en su perspectiva, en cierta perspectiva de su obra. Debemos ser justos con esta autora, no hay que tomarse a la ligera cuatro o cinco cosas que dijo Lacan al pasar, que la defenestró y eso tuvo consecuencias acá en la Argentina. Es una obra compleja, seria y dedicada. Sus intereses fueron, no estrictamente educativos como se dice a la ligera, sino de transmisión y extensión del psicoanálisis de niños y de una creencia en el progreso del sujeto o de la persona. Es cierto que hay un recentramiento en la teoría del yo, criticable, sin duda, porque hace del yo y la adaptación lo que va a ser el eje del desarrollo y eso es un punto de vista objetable, siempre influido por variables culturales e ideológicas.

Su perspectiva más ampliamente desarrollada, se encuentra en un texto célebre de ella que se llamó "*Normalidad y patología en la niñez*", donde resume estudios de muchos años. Cuando estudia la normalidad, esta se vuelve una especie de parámetro para comparar la patología. Termina haciendo eso, en lugar de la perspectiva que Freud siempre tuvo, que es al revés. En Freud la patología ilustraba algo que se llamaba normalidad, de lo cual nunca se podía dar cuenta en forma estricta, ¿qué es normalidad desde el

punto de vista psicoanalítico? No es que no se pueda decir nada, pero ¿qué es salud desde el punto de vista analítico? ¿Qué es normal? Es siempre problemática esta cuestión. Freud siempre fue muy cauto en definir eso y más bien la patología le ilustraba los procesos normales que en un sujeto “normal” estaban articulados y no cristalizados. Porque estamos todos compuestos de la misma pasta, la psicopatología lo que nos muestra es la acentuación de determinados procesos psíquicos que producen sufrimiento, pero todos tenemos un poco de todo.

Bueno, la perspectiva de Anna Freud, entonces, termina haciendo una inversión, la normalidad es el patrón de medida de la patología del niño. Y eso siempre empieza a traer problemas, porque empiezan actuar conceptos de lo que se espera de un niño a cierta edad, pero no porque eso no sea importante en la clínica. Eso es importante en la clínica, tener una cierta idea de lo que es un niño, su sufrimiento y qué se puede ir esperando y qué no. Eso hay que saberlo, pero que eso sea la pauta definitiva se vuelve siempre un tema complicado. Estoy haciendo todo lo contrario que desdeñar los conocimientos producidos por la teoría del desarrollo de Anna Freud, eso importa, porque dentro de ciertos límites hay cosas esperables, más allá empieza a haber problemas. Y la infancia es una etapa donde hay ciertos procesos que son constitutivos, que si no se dan en cierto tiempo, después se complica que se den, porque pasó el tiempo en que ciertos procesos podían operar. Eso es importante en la infancia cuya no estructuración deviene una estructuración patológica y no es que se puede retomar como si el sujeto estuviese congelado y lo retomamos después a los 8 años como si tuviera 3. No, ya se ha cerrado algo de la estructuración tempranamente y eso traerá patologías más graves.

Desde este punto de vista, más que con el desarrollo, el trabajo en la clínica de niños tiene como cuestión la constitución del niño como sujeto. Los tiempos de esa constitución son cronológicos, por eso insisto con la importancia también de las conceptualizaciones del desarrollo, pero también son tiempos de estructuración psíquica y en ese sentido no son solamente cronológicos, son también lógicos, son formas de organizarse, formas en que

se va a armando el psiquismo. Aquí tenemos una articulación que hay que mantener. Eso hace que nuestras intervenciones, sobre todo en los primeros años de vida, sin duda en la primera infancia, pero en la segunda infancia también, estemos interviniendo sobre el mismo proceso de estructuración. Estamos interviniendo sobre el mismo proceso y, seguramente, algo de la sintomatología con que nos encontramos tenga que ver con ese proceso de estructuración que no está pudiendo ser resuelto por el niño en ese momento. La historia de la enfermedad de un niño puede ser muy corta o puede ser inclusive larga, aún teniendo en cuenta los parámetros de la infancia. No es lo mismo la eclosión de una fobia que se puede atender ni bien aparece, que esa fobia atendida tres años después. Porque tres años después, la historia de la fobia, para tomar el ejemplo con el que empezó el psicoanálisis de niños, que es la fobia de Juanito, esta misma fobia tres años después ya no es fobia. Si siguió siendo fobia, por decir así, con la misma intensidad, estamos ante procesos más graves y, como dejó de ser fobia, se transformó en una sucesión de instalación de inhibiciones muy importantes para protegerse de la angustia. Entonces, nos encontramos con un niño que empezó siendo fóbico a los cinco años, no muy llamativo quizás, no como Juanito cuya fobia llamativa, pero cuando la tenemos a los ocho años, ya la fobia está oculta y transformada, detrás de las inhibiciones por las que nos vienen a consultar. Inhibiciones sociales, inhibiciones en cuanto al aprendizaje, etcétera, como consecuencia de las restricciones psíquicas instaladas al desarrollo de la angustia.

Vamos a ir introduciendo hoy el papel que juega la estructura parental, la madre, el medio ambiente y las distintas maneras en que se ha conceptualizado. Lo otro del niño, porque de acuerdo a eso –padre, madre, familia, contexto, situación psicosocial- se verá qué puede, o de qué modos puede acompañar, favorecer o sostener ciertos procesos en el propio niño, ¿qué papel juega el medio? Ha habido una tensión en psicoanálisis con respecto a esto. A partir de Winnicott básicamente –yo se los decía ya la vez pasada - y después con Lacan, aparece el Otro, los otros, como un nuevo paradigma para pensar el niño, el sujeto. Winnicott daba charlas por radio,

también en la época de la guerra, haciendo consultas para padres y hay un libro publicado sobre ellas. Repito una frase famosa de él que dice que no hay bebés sin sus madres. Esto, que hoy es una obviedad, decirlo en el contexto del psicoanálisis kleiniano era una verdadera novedad. Decir que no hay bebé sin madre era por ese entonces una novedad. Winnicott, no recuerdo si ya se los dije, se basa en una cita al pie de página de Freud de 1911, en el artículo sobre los dos principios del funcionamiento psíquico, en que habla de los cuidados maternos, y Winnicott convierte esto en un parámetro clínico y teórico. Porque la clínica con la que Winnicott comienza a trabajar tiene que ver con niños que no son Juanitos, ni hijos de gente culta ligada al psicoanálisis, ni hijos de amigos psicoanalistas, ni hijos de psicoanalistas. Él está en un hospital donde viene “Mrs. Rose” para decir “doña Rosa” en Inglaterra. Empieza entonces a ver problemas distintos para los que necesita otros parámetros con que había estudiado Freud a Juanito.

El niño de Winnicott, el niño que dibuja Winnicott en su teorización, es un niño, desde la lectura que hace Ricardo Rodulfo, más allá de su ser de hijo. Y por eso aparece el valor de un concepto que es muy importante en Winnicott. El niño más allá de hijo.

*Alumna: ¿a diferencia de Freud?*

Se podría decir a diferencia de Freud. Pero a diferencia de Freud cuando conceptualiza, porque cuando trata a Juanito se ve que piensa en un niño más allá de su ser hijo, piensa en un sujeto independiente. Cuando se hace una teorización el niño parece quedar reducido a un solo producto edípico. En las digresiones que hace Freud en el caso Juanito no se le escapa en ningún momento la autonomía del niño, que está pensando por sí sólo.

Es un niño que sobre la base de las determinaciones, o sobre el factor, o determinaciones, se podría decir del medio ambiente, Winnicott va a destacar siempre el papel autónomo del niño, inclusive para crear su sintomatología. No hay en Winnicott una relación directa entre el medio ambiental y los síntomas,

contra lo que a veces se cree. Él lo aclara explícitamente, es una precondition necesaria. Lo da como una especie de paradoja, a las cuales era muy afín. El niño necesita de una ambiente favorable para poder ser y hacer sus elecciones sintomáticas, por supuesto, cuanto más pequeño es, menor la disponibilidad de recursos que tienen, sin duda, pero aún en ese caso deja abierto un margen, por así decir, de su propia elección, entre comillas esto de “su propia elección”. Pero un concepto que le va a servir a Winnicott, en la línea, ya no de la patología, si no de la salud, es el de creatividad. El niño que nos va a dibujar Winnicott es un niño con capacidad creativa. Tal es así que su manera de entender el juego, ya en los procesos transicionales, en los primeros fenómenos transicionales, a los seis, siete, ocho meses, cuando se instala una primera noción de objeto, ya le otorga a eso una paradoja en relación a la madre. El tiene la ilusión de que inventa el objeto, que lo crea. Por supuesto, si la madre no le da el objeto, él no lo puede inventar, pero para poder inventarlo necesita que la madre se lo de. Esta es una paradoja, ni del todo lo inventa, ni del todo se lo da la madre, él tiene que poder tener la ilusión omnipotente de que lo ha inventado. Esa ilusión de omnipotencia es constitutiva de una primera matriz del sujeto. Esto es homólogo, para usar una palabra un poco afinada epistemológicamente, para ver cómo cruzar teorías, es homólogo al tiempo del estadio del espejo de Lacan, leído de otra manera, sin ninguna duda, pero como un tiempo de constitución de una matriz primaria, que para Lacan es por identificación a una imagen. En Winnicott es distinto, pero cuando él tiene que hablar del papel del espejo de la madre en el desarrollo del niño –esto está en “*Realidad y Juego*” - cita a Lacan y se basa en el estadio del espejo de Lacan, es bueno que lo sepan y lean ese artículo, que es muy lindo. El niño se ve reflejado en el rostro de la madre, la madre funciona como espejo, es una manera distinta de pensar la constitución del sí mismo, porque Winnicott habla en esos términos, el yo o el sí mismo, o la persona, el concepto de sujeto es un concepto francés, que viene de Descartes. En Inglaterra, en inglés, van a encontrar al lado del concepto de inconsciente el del *self* y en la psicología del yo el *ego*, son distintas maneras de definir lo que cada teoría denomina

psicoanalíticamente al sujeto humano, para decirlo ahora en términos generales.

Entonces, la cuestión de la creatividad es fundamental para entender al niño y, además, para entender la terapia en un niño. La cuestión de su juego como una zona de su propia creación. Ahora, no hay que hacer de esto ningún paraíso, cuando hablamos de juego en Winnicott van a ver que es una zona siempre amenazada e inestable y nunca constituye un todo, pero era la apuesta de Winnicott en lo que él consideraba que era la salud, que era la creatividad, que no es la creación. No hay que confundir la idea de creatividad con la idea de creación artística, no tiene nada que ver. Se puede ser muy creativo y no tener ningún talento para la creación artística. Y se puede ser un creador artístico y no tener creatividad en la vida. A veces coincide, pero creatividad es una noción un poco distinta. Ya que me introduje en esto les comento que es un concepto que tiene un valor clínico muy importante. Winnicott no hizo metapsicología, decía que no la entendía mucho, que no era para él, no le gustaban mucho esos conceptos. Yo creo que lo hacía a propósito, como un tipo de posicionamiento. Pero este es un concepto que es muy útil para oponerlo al de compulsión de repetición. Porque, ¿cuál es la salida de la compulsión de repetición mortífera? además de la reelaboración y de la interpretación y de la construcción una y otra vez.

Alumna: *La diferencia...*

Bueno, está bien, eso es muy lindo dicho así, pero ¿qué es la diferencia?, porque en rigor, cada búsqueda y repetición de lo mismo tiene un margen diferente, nunca es la misma, aunque predomine el impulso a encontrar lo igual. Entonces, ¿cuál sería la diferencia?

Alumna: *Yo lo pienso en relación a la creatividad, a lo propio del sujeto que puede hacer de ese destino de lo igual algo diferente.*

Exactamente. Sí, está bien, dicho así está bien. Esa sería la alternativa terapéutica, se podría decir en términos más amplios. Freud la nombraba como compulsión a la repetición, está el goce mortífero, la pulsión de muerte, la autodestrucción, etcétera. Son núcleos duros, no es que se ofrece la creatividad y todo sale. Si fuera así nosotros no tendríamos trabajo y los talleres de creatividad estarían llenos de gente, pero no es el caso. O sea, esto es un aspecto que se trabaja en la transferencia muy lentamente y para producir sobre montos importantes de compulsión de repetición mortífera, se trata de producir pequeñas diferencias que abran campos transformadores, porque la creatividad lo que permite es recrear un sujeto, volverlo a inventar, aunque sea un poco. No estoy diciendo que alguien sale transformado, siendo absolutamente otro de un análisis, pero algunas transformaciones se esperan. Bueno, la creatividad es una de las salidas que tiene consecuencias clínicas para el niño, pero además para pensar las intervenciones, de eso tenemos que hacernos cargo los que conducimos las terapias. Porque no es que esperamos que el niño descubra la creatividad por sí sólo, tiene que descubrirla, pero si no estamos nosotros ahí para despertarla en la ocasión propicia todo pasa como si fuera lo mismo.

Para abordar ahora el niño lacaniano, digamos en particular el de la primera época, el que surge de los primeros seminarios de Lacan, de los que François Doltó y Maud Mannoni han hecho sus escritos, y el que más se divulgó, es un niño sujetado a la estructura parental, algo así como un sujeto sujetado a la estructura de la madre. Sujetado a la estructura parental su posición y sintomatología era el reflejo de esa sujeción, acá sujeto en el sentido no de autónomo, si no de sujetado a otro. Se hizo hincapié en la insistencia del Otro, el orden simbólico preexistente, los deseos parentales, el deseo de la madre preexistiendo al niño y en que el mundo del símbolo le preexiste y eso es así, sin duda, la historia del niño empezó mucho antes que él. Y esto implicó para el psicoanálisis de niños una apertura muy importante para comprender un caso, en especial casos graves. Si ustedes siguen las casuísticas que presentan Mannoni y Doltó, van a ver que son autoras que trabajan e

instituciones públicas, del mismo modo que Winnicott, aunque Winnicott es el pionero en eso. Y recibían pacientes graves, recibían niños psicóticos, con carencias maternas graves, y este es el tipo de pacientes con los que Mannoni empieza su práctica. Para este tipo de pacientes graves, con historias traumáticas y para la psicosis - en ese momento se hablaba de psicosis por carencias maternas, por el defecto de carencias ambientales - la perspectiva que abre Lacan, desde el punto de vista teórico es abrir un continente de ideas nuevas. Y es un verdadero descubrimiento pensar que el niño que vemos en la consulta, la historia de su desarrollo como ser está sostenida por sujetos encarnados que han, por decir así, sembrado en él sus deseos, sus dificultades, sus conflictos, sus pasiones, sus odios, etcétera. Y el niño algo con eso tiene que hacer. Esto amplía la perspectiva clínica para poder pensar, cuando recibimos a un niño, cuáles son los puntos de partida que han gestado a este sujeto. No la gestación biológica, sino la gestación del deseo, la gestación simbólica. Esto abre indudablemente un continente importante de ideas y fue muy fructífero en especial con las psicosis y de los casos graves, en el trabajo de Mannoni y de Doltó. Ellas trabajaban con las madres y los niños simultáneamente, como les dije la clase pasada, una clínica nada estandarizada comparada con la clínica kleiniana. Inclusive muy diferente a la clínica que manejaba Anna Freud, que tenía patrones más estándares.

Pero esto derivó en una cierta desestimación de la propia sintomatología del niño, para cargar las tintas sobre la determinación de la estructura parental. Esto ha dado una especie de tensión en la clínica psicoanalítica entre los que ponen más el acento en la estructura parental y los que lo ponen más en la cuestión singular del niño y su sintomatología. Históricamente esto tiene explicación, porque Melanie Klein no tenía conceptos para trabajar eso. Pero con la influencia de nuevas ideas la discusión vuelve a hacerse y se empieza a ver que la cosa no es de una manera absoluta, ni totalmente de otra, hay grados relativos de determinación e indeterminación, de determinación y azar, de experiencias determinantes y factores accidentales, para entender cómo se

estructura una sintomatología infantil. Hay tanto de una cosa como de la otra, y en cada caso hay que ir viendo qué factor va predominando y definirlo.

Las cuestiones son para abordarlas con un pensamiento complejo, más que para unidades simples de determinación. Las ideas de pensamiento complejo me parecen más interesantes que reducir todo a unidades elementales.

*Alumno: Cuando Lacan habla de estructura, en el pasaje que habla de complejo Edipo, de la estructura, habla del medio ambiente y digamos que él tampoco está totalmente en contra de las teorías ambientalistas, dice que hay un poco de cada cosa. Y habla de estructura en otro plano, un poco más amplio que sólo la estructura parental y (no se escucha)...*

Bueno, con Lacan pasa lo mismo que con Freud. Alguien extrae una cita para hacerlo decir una cosa y otro saca otra para hacerlo decir otra. Creo que hay elementos en Lacan que dan pie a lo que yo digo y pueden encontrarse citas en Lacan que dan pie lo contrario de lo que yo digo. Yo mismo podría hacer la defensa de una u otra cosa con el mismo Lacan. Pero es cierto que él no hace un esquematismo de eso. Si se lee cómo trabaja con el caso Juanito, él va jugando con los distintos elementos.

Lo que ocurre o una de las cosas que ocurre en este campo, es la siguiente. Entender al niño, estar a solas con un niño y entenderlo en una sesión, y digo una sesión sin ningún estándar rígido: juguetes, hablar con el niño, ver qué le pasa y qué nos puede decir, puede ser muy complicado, puede crear mucha confusión, no entender qué está pasando. Entenderse con un niño, para alguien que ya pertenece lado del mundo adulto, no es fácil. Melanie Klein decía que el juego del niño es un caleidoscópico cuadro a menudo sin sentido. Ella que terminó constituyendo una forma de pensar las sesiones, o lo que produce el niño, casi desde una simbología donde todo tiene explicación. Pero reconoce que estar frente al juego del niño es a menudo un caleidoscopio sin sentido. Hay que soportar el sinsentido. Si algo nos desafía en el hecho

atender un niño es soportar el sinsentido hasta que algunos abrochamientos vayamos armando. No se puede decir de todos los niños eso, ni de todos, ni en los mismos siempre. Pero en muchos momentos estamos en situaciones en donde se nos hace difícil entender cuáles son los ejes más importantes del caso. Entonces, la respuesta frente a ese impacto de estar con niños y seguir su lógica lleva, con mucha frecuencia, a querer encontrar una explicación rápida, pronta, a todo y ponerle nombre a todo rápidamente. Sea con la simbología Kleiniana o sea aplicando los conceptos a todo para tener claridad rápidamente frente a la dificultad de ir pensando un proceso que se va encadenando y al que hay que darle tiempo.

Arminda Aberastury, en uno de sus últimos trabajos que habla sobre la supervisión en niños, dice que a diferencia de la supervisión de adultos, la supervisión de analistas de niños tiene el siguiente problema. En el caso de los adultos que trabajan con adultos hay una cierta suposición de que nos entendemos con el paciente adulto porque compartimos por lo menos el lenguaje. Por ahí no entendemos nada, pero tenemos un supuesto de simetría, de persona a persona, para poder pensar la asimetría del dispositivo analítico. Además el profesional adulto ha tenido o está teniendo la experiencia de ser él también paciente, entonces eso le sirve para pensar cómo abordar a sus pacientes. Esto es así, es parte de nuestra formación el propio análisis y distintos análisis a lo largo de la vida, además de ayudarnos en la vida, nos forma como analista porque nos amplía en recursos y formas de pensar y posicionarnos frente a nuestros pacientes.

Pero en el caso de los niños, al estar frente a un niño, no tenemos la experiencia de haber sido niños tratados. Y en el caso de haber sido tratados, por ejemplo, en la latencia, se recuerda sólo un poco. Entonces, ponerse en el lugar del niño es difícil. Freud decía que es muy difícil para el médico lograr una empatía con la vida anímica infantil, lo dice en *“El hombre de los lobos”*. Tal vez podríamos decir que hablaba como hombre, es cierto, ¿desde una cierta posición, él siempre dijo: “no puedo hacer si no de padre en la transferencia”. Por eso el psicoanálisis de niños fue siempre un territorio más

propicio a las mujeres, fue un territorio ocupado más por mujeres analistas. A Winnicott no le pasa eso, se lo ve trabajando con una soltura y una intuición y espontaneidad realmente sorprendente. Pero la faceta que muestra Freud puede aparecer en cualquier analista. Hasta a una madre le cuesta entender a veces qué quiere su bebé.

Querría terminar con esta idea de Lacan, que es una transmisión que se produjo y tuvo sus efectos. Las cosas no están pensadas hoy del mismo modo. Una autora Argentina que ya les he nombrado, Silvia Bleichmar – van a tener que leer algo sobre ella, sobre padres e hijos - ofrece una visión de base freudiana que propone una alternativa distinta en vez de tener que pensar que es o desde un lado o desde otro. Una teoría mucho más basada en la clínica y la experiencia, porque los que venimos después tenemos el desafío de repensar las cosas, pero tenemos también la suerte de pensar sobre los hombros de los que han pensado antes. Hay una metáfora que decía que un enano subido a los hombros de un gigante ve más lejos que el gigante. Nosotros, subidos a autores tan importantes podemos ver más lejos, pero con esa particularidad. Bien, Silvia Bleichmar aporta una visión alternativa para repensar esos problemas.

Vamos a introducir la cuestión de los padres. La clínica de niños empieza, sea en un hospital, sea en algún servicio privado, sea en el consultorio, por algún adulto que lo trae. En general la madre, pero puede ser la tía, la abuela, etcétera. Salvo los niños que están en asilos, en alguna institución, instituciones del estado como el anteriormente denominado Consejo del Menor y la Familia, donde los padres ya han perdido la patria potestad, o han desaparecido - son niños con los que tengo ocasión de trabajar o supervisar - ahí es el equipo de profesionales quienes acuden, la asistente social, los psicólogos, etcétera, adultos que remedan o se ocupan de la función parental. Pero, por lo general, alguien trae al niño a la consulta y muchas veces por derivación del pediatra, de la escuela, etcétera. Las entradas de los niños a la consulta son muy variadas, no siguen para nada el modelo clásico del

adulto neurótico, o no neurótico, de clase media, que sabe mas o menos dónde buscar ciertas ayudas y elije.

Con el niño en general, salvo excepciones, alguien llama la atención de que algo pasa. Los padres recogen esa indicación y el tema es cómo se trabaja desde un inicio a partir de qué posición están los padres con respecto a ese llamado de atención. Ese es el primer punto de partida. Ahora bien, que por ejemplo la escuela haya dicho que el niño tiene problemas no debería implicar de por sí ninguna afirmación apresurada. En la consulta nos vamos a enterar si los padres vienen solamente por hacer los deberes que les manda la escuela o vienen verdaderamente preocupados por lo que le puede estar pasando al niño. O puede ser el inicio de un trabajo para ocuparse de algo que estaba latente y que a partir de ese llamado de atención recurren a buscar ayuda. O sea, quién les indique la consulta es un elemento a tener en cuenta, la cuestión es qué se hace con eso. Entonces, nuestras primeras entrevistas con los padres, las que se llamarían preliminares, tienen el valor de ser eso, entrevistas de un trabajo preliminar. Es ya un trabajo, no es una tarea burocrática para ocuparnos luego del niño, es parte ya de un inicio del trabajo. Primera cuestión. A lo que apuntarán entonces esas primeras entrevistas es a entender qué le pasa al niño. Por supuesto que lo que nos pueden dar esas entrevistas iniciales es un panorama con algunos ejes centrales generales y lo que podríamos denominar un diagnóstico provisorio.

Entender de qué sufre primordialmente, entender la relación entre el motivo de conducta y los síntomas, que no necesariamente siempre coinciden, lo que ven los padres y lo que podemos recoger del niño, el niño que nos dibujan los padres y lo que podamos entender de él en las sesiones preliminares que tendríamos con el propio niño. Entender elementos de la historia –ya ampliaremos este punto- y tener un panorama siempre sujeto a revisión una vez que, supongamos, iniciamos una terapéutica. Es importante tener en cuenta todos estos puntos para saber dónde vamos a acentuar, en qué ejes nos vamos a detener para iniciar una cura, si es que hay que iniciarla. Si en tres meses aparece otra historia, aparece otra corriente, por decir así,

que antes no estaba, haremos los virajes clínicos que sean necesarios. En ese sentido estamos situados en la clínica con niños igual que en el trabajo con adultos, empezamos y lo que va surgiendo, lo que se produce son novedades que nos obligan a revisar hipótesis previas que íbamos teniendo.

Ahora, es muy importante que el trabajo con los padres sea un intercambio donde las hipótesis que se comiencen a barajar sean producto de un trabajo, por decir así, entre nosotros y los padres. No es que los padres nos transmiten información y nosotros hacemos las hipótesis y aplicamos la teoría. Es verdad, los padres nos tienen que dar información y nos tienen que dar datos de la historia, pero también nos hacen un relato, una historia-relato. Silvia Bleichmar hacía esta distinción. Diferenciaba la historia acontecimental y la historia relato. Oscilamos entre ambos elementos, necesitamos saber a qué edad el niño tuvo, supónganse, el primer ataque de asma. Eso necesitamos saberlo, como así también los elementos de la historia familiar de ese momento y qué ocurrió después.

Si leen el caso Juanito y el Hombre de los Lobos, pero más en el caso Juanito, van a ver cómo Freud reconstruye cada momento de la historia, antes después, a los tres años, a los tres y medio, a los cuatro y pico... eso lo necesitamos. Además, los padres ya forman parte de nuestro campo clínico, no son sólo un mero accidente que tuvo el niño de tener esos padres. Desde esta perspectiva no situamos hoy en la clínica. Y como forman parte de nuestro campo clínico para pensar la subjetividad, entonces, su manera de contarnos los hechos está teñida de un punto de vista en donde se hallan implicados en la historia. Tenemos entonces que tomar elementos y al mismo tiempo leer entre líneas qué se está jugando en esa historia. El eje de estas entrevistas siempre tiene que ser el niño. Por decir así, es el niño el motivo de la consulta, sus problemas, su historia, y las repercusiones que esto ha tenido en los padres. Esto lo subrayo en especial para que no se confunda una manera de pensar la clínica, que es lo que queremos transmitirles, y el creer que al entrevistar a los padres estamos analizando a los padres. Es cierto que por esta vía vamos a saber muchas cosas de los padres y vamos a entender su implicación y hasta

por ahí hablemos directamente con ellos, pero siempre el punto de partida es el niño. De ahí llegamos a los padres, pero no al revés.

Para empezar, antes de construir lo que serían hipótesis sobre la relación de la sintomatología entre padres y niños, el modo de acercamiento de los padres a la situación clínica ya es un dato que puede ser diagnóstico, pero además ese hecho nos brinda un panorama de las condiciones que tendremos para intervenir. Es tan importante tender claro cuestiones como el funcionamiento psíquico del niño, las determinaciones parentales, la historia del síntoma, el sufrimiento del niño, la sintomatología del niño, es tan importante todo esto como entender la posición transferencial -lo digo en términos generales- en que están los padres para que podamos operar, porque sino todo ese saber no nos sirve para nada. Entonces, la posición en que están los padres frente a nuestra intervención es algo que hay que evaluar de comienzo y si no están dadas saber muy bien sobre dónde estamos pisando. Si no están dadas no quiere decir que no se van a dar, quiere decir que habrá que hacer cosas para que esas condiciones se constituyan. Los movimientos de apertura a los que se refiere la Prof. Marisa Rodulfo tienen que ver con esto, en uno de los textos de la bibliografía obligatoria de la materia.

*Alumna: La disponibilidad de los padres...*

La disponibilidad de los padres para entender el problema del niño.

*Alumna: ¿El acercamiento de los padres a la consulta ya es un elemento diagnóstico?*

Yo diría que sí, no digo un elemento absoluto, pero va a ser un elemento.

Respecto del sufrimiento en el adulto que consulta está más claro, el adulto sufre y va y consulta. En el caso del niño es infrecuente que él manifieste su sufrimiento. No es lo más frecuente. Eso no quiere decir que un

niño no sufra, quiere decir que no lo manifiesta en forma explícita, salvo en crisis de angustia agudas y ciertas fobias. Estos son claros ejemplos clínicos de un niño que dice “sufro, quiero ayuda”. Ahí el niño manifiesta su sufrimiento, claramente pide ayuda y habla. Subrayo además habla de su sufrimiento como no lo hace en muchas otras situaciones clínicas. Pero salvo esas dos situaciones, que no son las que tenemos siempre en la clínica, el sufrimiento del niño aparece en otro lado, en principio en los padres. Entonces, el cómo esté ubicado el sufrimiento de los padres va a ser uno de los índices clínicos diagnósticos, pero de diagnóstico clínico, por eso digo, no necesariamente psicopatológico, de qué lugar tiene el sufrimiento en los padres. Hay diferentes casos, por eso voy a hacer una semiología de esto siguiendo las puntuaciones de un trabajo que van a tener que leer.

Que los padres sufran por el padecimiento del niño, o por las dificultades que tenga, que los padres sufran por las perturbaciones de su hijo, indica la capacidad de identificación de los padres al niño y a su situación.

*Alumna: sería como empatía...*

Sería una forma de la empatía. Que no necesariamente puede ser una empatía global, puede ser una empatía con aquello de lo que el niño sufre.

Bien, esto es lo mejor que podemos esperar, si esto está presente es lo mejor que podemos esperar. Con esta posición los padres van a estar en condiciones de colaborar con el trabajo que vamos a hacer, colaborar con el niño y sostener un proceso que tendremos y tendrán que llevar adelante. Mejor que esto no hay, pero esto aún puede tener dificultades. Esto implica las mejores condiciones para instalar con un analista una relación transferencial positiva, para empezar, y confiar —una expresión insistente en Winnicott—, que el analista despierte confiabilidad y brinde su disponibilidad. Porque si vienen a la consulta nos miran torcido, por decir así, y ante las primeras preguntas se encuentran reticentes, ya tenemos la desconfianza instalada y toda la dificultad

para empezar a trabajar. Podemos hacer todos los supuestos sobre si son respuestas defensivas, pero ya es un inconveniente para trabajar.

Entonces, lo mejor que podemos esperar es que los padres sufran a partir de su empatía con el niño. Y los padres pueden sufrir también no sólo por empatía con el niño. Muchas veces también sufren porque el padecer del niño es una herida narcisística en los padres. Es decir, que el niño les devuelve una imagen desvalorizada de sí. Entonces sufre, pero sufren narcisísticamente, no por empatía con el niño, si no por pensar “el niño no es lo que yo esperaba”, esto para la madre, para el padre, etcétera. Entonces los fracasos de los niños son sentidos por los padres como heridas narcisísticas y no como propias dificultades de alguien diferente de ellos. Sus perturbaciones son vividas como ofensas narcisísticas. Esto sobre todo ocurre cuando los conflictos que tiene el niño se ligan de alguna manera a conflictos de la infancia de los padres, de la propia historia de los padres. Este puente por la vía del síntoma o del narcisismo parental, hace que tengamos a favor que hay sufrimiento, pero como toca el narcisismo parental hace que además la reacción de los padres frente al síntoma sea un potenciador de los síntomas. Los padres reaccionan contraindentificándose negativamente provocando lo que algunos autores franceses denominan contraactitudes frente a los síntomas del niño, por sus propias dificultades y esto abre la puerta, por decir así, a que tengamos que pensar en estos casos en cierta ligazón entre los padres o entre alguno de los padres y el síntoma del niño.

Ninguno de estos tipos en relación a los padres que les estoy describiendo son puros, les estoy presentando líneas generales. La madre puede sufrir empáticamente por el niño y el padre puede vivirlo como una ofensa narcisística, o al revés, puede darse de muchas maneras. Entonces, cuando detectamos esta línea puede ser un campo para hacer una intervención en relación al modo de recepcionar el síntoma del niño por parte de los padres en la medida en que lo podamos conectar con su propia historia infantil y su propio narcisismo. Esto puede generar algún efecto esclarecedor y terapéutico. No necesariamente la solución del síntoma. En ciertos casos los ideales

narcisísticos de los padres estarían incidiendo en la decantación de un cierto síntoma y al retomarlo desde el niño para trabajarlo con los padres abriría la perspectiva de que un trabajo con los padres en relación a su reacción y respuesta, ante las dificultades del niño, que puedan ayudar a atemperar el sufrimiento agregado que esto tiene. No necesariamente a disolver el síntoma, porque el síntoma no es únicamente, no tiene la base de su estructuración en una trama simbólica, de la historia y de las significaciones parentales, un síntoma es también un modo fijo de respuesta pulsional y defensiva que está instalada, por la compulsión de repetición, del lado del niño y eso hace que el esclarecimiento simbólico pueda ser insuficiente. Si lo es, si el esclarecimiento simbólico es operatorio y es terapéutico rápidamente, es porque no estábamos ante un síntoma constituido subjetivamente en forma definitiva, con la implicación pulsional y defensiva que esto tiene.

Bueno, vamos a continuar la próxima, porque hay otras tipologías en relación al posicionamiento de los padres.

Buenas noches.