



**Facultad de Psicología**

**Secretaría de Estudios de Posgrado**

**Maestría en Clínica Psicoanalítica con niños**

**Título de la Tesis:** Saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños

**Nombre y apellidos de la autora:** María Marcela Robaldo

**Titulación, nombre y apellidos del director:** Dr. Luciano Lutereau

**Correo electrónico:** [marcelarobaldo@gmail.com](mailto:marcelarobaldo@gmail.com)

RESUMEN .....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
PRIMERA PARTE .....	21
Capítulo 1: Construcción del problema: la pregunta por el sufrimiento humano .....	22
1.1    El sufrimiento en la cultura .....	24
1.2    El sufrimiento humano: sentidos aportados por la tradición judeo- cristiana.....	32
1.3    Respuesta de la mitología griega a la pregunta por el sufrimiento humano.....	37
1.4    El sufrimiento humano transformado en enfermedad .....	39
1.5    Conclusiones.....	45
Capítulo 2: El diagnóstico psicoanalítico no es un diagnóstico apresurado.....	47
2.1    El diagnóstico apresurado.....	48
2.2    Hacia un diagnóstico psicoanalítico en clínica con niños. Diferencias entre el diagnóstico psicoanalítico y el diagnóstico apresurado .....	51
2.2.1    La cuestión del diagnóstico en los albores del Psicoanálisis con niños .....	52
2.2.2    El diagnóstico psicopatológico. Vínculos entre el Psicoanálisis y la Psicopatología.....	55
2.2.3    El diagnóstico de la posición subjetiva.....	63
2.2.4    El diagnóstico de los trabajos psíquicos.....	66
2.2.5    El diagnóstico de los tiempos del sujeto .....	68
2.2.6    El diagnóstico en su dimensión metapsicológica .....	70
2.2.7    La hipótesis o conjetura clínica .....	71
2.3    Conclusiones:.....	72
Capítulo 3: Acerca del saber- hacer del analista con el diagnóstico.....	75
3.1    El saber- hacer del analista con el diagnóstico. Su diferencia con los saberes presentes en los procesos de medicalización y biomedicalización.....	76
3.2    Acerca de la necesidad de un saber- hacer del psicoanalista con el diagnóstico apresurado	82
3.2.1    El impacto nocivo del diagnóstico apresurado en la dinámica padres- niño .....	83
3.2.2    El impacto nocivo del diagnóstico apresurado en la dinámica niño- educador .....	85
3.2.3    La destitución del niño del lugar de sujeto.....	89
3.2.4    Mecanismos de estigmatización .....	90
3.3    El saber- hacer del analista con el diagnóstico apresurado .....	92
3.3.1    Saber- hacer del analista don el diagnóstico apresurado en su trabajo con el niño. La intervención estructurante.....	92

3.3.2	Saber- hacer del analista con el diagnóstico apresurado en su trabajo con los padres .95	
3.3.2.1	Influjos analíticos sobre los padres: la apertura de un espacio de escucha.....	97
3.3.2.2	Influjos analíticos sobre los padres: El gesto disruptivo.....	98
3.3.3	Saber- hacer del analista con el diagnóstico apresurado en su trabajo con los educadores.....	102
3.3.2.3	Influjos analíticos sobre los educadores: El gesto disruptivo.....	102
3.3.2.4	Influjos analíticos sobre los educadores: La creación de un dispositivo de intercambio	103
3.4	Conclusiones.....	105
SEGUNDA PARTE.....		108
Capítulo 4: Valor diagnóstico de las entrevistas con los padres en clínica con niños y saber - hacer del analista.....		109
4.1	La entrevista inicial con los padres en los inicios del Psicoanálisis con niños en la Argentina. Una lectura crítica de la propuesta de trabajo de Arminda Aberastury.....	110
4.2	El valor diagnóstico de las entrevistas con los padres.....	117
4.2.1	El lugar del niño en el discurso de los padres.....	118
4.2.2	El lugar del análisis, del analista y del sufrimiento del niño en el discurso de los padres	120
4.2.3	El registro de la dimensión temporal en el discurso de los padres.....	128
4.3	Conclusiones.....	133
Capítulo 5: Saber- hacer del analista con el síntoma para uso diagnóstico en clínica con niños .....		134
5.1	Algunas especificidades del síntoma en los niños .....	135
5.2	El miedo en clínica con niños, tres respuestas sintomáticas diferentes .....	145
5.2.1	Caso Hans: el miedo en un síntoma de la infancia .....	145
5.2.2	Caso Gerónimo, un guerrero desarmado: El miedo en un síntoma infantil.....	146
5.2.3	Caso Ismael, el niño que creía ser de vidrio. El miedo en un síntoma del <i>infans</i> .....	148
5.2.4	Importancia de la distinción diagnóstica.....	149
5.3	Acerca de las relaciones entre el motivo de consulta, el síntoma y el diagnóstico.....	150
5.4	Conclusiones.....	153
Capítulo 6: Saber- hacer del analista con el juego para la elaboración de diagnósticos.....		156
6.1	El diagnóstico psicoanalítico a través del juego en su valor de simbolización y elaboración .....	157
6.2	El juego como actividad en que se despliega la creatividad. Su valor diagnóstico.....	174

6.3	Valor diagnóstico del juego como experiencia de constitución del psiquismo. La dimensión pulsional .....	179
6.4	Conclusiones.....	183
Capítulo 7: Saber hacer del analista con el dibujo para la formulación de diagnósticos.....		186
7.1	Algunos antecedentes relativos al uso del dibujo con fines diagnósticos en clínica con niños .....	188
7.1.1	Sophie Morgenstern, pionera en el uso del dibujo en Psicoanálisis: La narración gráfica como tarea de reconstrucción del psicoanalista.....	188
7.1.2	Telma Reca. Uso del dibujo para fines diagnósticos.....	192
7.2	Algunas consideraciones acerca del dibujo.....	195
7.2.1	La expresividad polimorfa infantil .....	195
7.2.2	El dibujo es escritura que produce, no reproduce .....	197
7.2.3	El valor diagnóstico del dibujo. Constitución psíquica y tiempos del sujeto.....	200
7.3	El saber hacer del analista con el dibujo para la elaboración de diagnósticos .....	205
7.4	Conclusiones.....	207
TERCERA PARTE.....		209
Capítulo 8: La niña que busca diferencias en el espejo.....		210
8.1	El Psicoanálisis es una experiencia.....	211
8.2	La clínica psicoanalítica.....	213
8.3	Presentación del caso clínico: La niña que busca diferencias en el espejo .....	215
8.3.1	La primera entrevista con los padres.....	215
8.3.2	La primera entrevista con la niña.....	217
8.3.3	¿Por qué viene?.....	218
8.3.4	Ya no siente miedo .....	219
8.3.5	La armonía, el amor de transferencia. La ruptura de la armonía, el odio.....	220
8.3.6	Los dibujos .....	221
8.3.7	Los juegos con el rostro.....	224
8.3.8	El juego del quién es quién .....	224
8.3.9	El juego de los dibujos de construcción de un cuerpo.....	225
8.3.10	Interrupción del tratamiento .....	225
8.4	Consideraciones acerca del caso .....	226
8.4.1	El diagnóstico apresurado no corresponde a la práctica del psicoanálisis.....	226

8.4.2	Conjeturas diagnósticas acerca del caso de <i>una niña frente al espejo</i> .....	226
8.4.2.1	La consulta inicial .....	227
8.4.2.2	Los tropiezos en los trabajos especulares.....	228
8.4.2.3	El conflicto acerca de la posición femenina .....	233
8.5	Conclusiones.....	234
Capítulo 9: El niño que no quería morir .....		243
9.1	Algunas consideraciones acerca de la escritura en Psicoanálisis y el saber- hacer del analista .....	244
9.2	Presentación del caso clínico: El niño que no quería morir.....	248
9.2.1	La entrevista inicial con los padres .....	248
9.2.2	Las entrevistas con el niño.....	249
9.2.3	Algunas consideraciones a partir del caso.....	252
9.3	Conclusiones.....	257
CONCLUSIONES.....		260
1	De la construcción del anillo de respuestas en la presente tesis.....	261
2	De la formulación de nuevos interrogantes .....	267
2.1	El saber- hacer del analista en un escenario de criminalización de la pobreza.....	268
2.2	El saber- hacer del psicoanalista en el trabajo con padres de niños ubicados como objeto de goce.....	269
2.3	El saber- hacer del analista con los dibujos en clínica con niños.....	271
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		273

## **Resumen**

La presente tesis apunta a situar el saber- hacer con el diagnóstico en clínica con niños. Para ello, propone un recorrido de cuatro instancias de elaboración.

En primer lugar, se retoman cuatro respuestas dadas a la pregunta por el sufrimiento humano y se establece un distingo radical entre la respuesta psicoanalítica y las restantes. El Psicoanálisis; a diferencia de las respuestas presentes en la tradición judeo- cristiana, la mitología griega y los procesos de medicalización/ biomedicalización; no postula un determinado sentido del sufrimiento ni ubica el saber sobre ese sufrimiento en una entidad externa al sujeto. El Psicoanálisis desentraña los mecanismos del sufrimiento y sitúa sus causas en un conflicto que atañe a los seres humanos.

En segundo lugar, se observa que se asiste a un escenario de patologización de la vida. En tal contexto se produce un fenómeno de frecuencia creciente: la adjudicación de diagnósticos apresurados a quienes presentan alguna forma de padecimiento psíquico.

Se postulan los diagnósticos apresurados como rótulos invalidantes que constituyen el precipitado de saberes apriorísticos. Se trata de nominaciones patológicas, adjudicadas con notable premura, en que las cuestiones del orden de lo subjetivo quedan excluidas.

La tesis reconoce el carácter problemático de la noción de diagnóstico en Psicoanálisis. Lejos de negar las tensiones, valora las contribuciones realizadas por autores de distintas corrientes y ubica un punto en común en el campo psicoanalítico: el diagnóstico psicoanalítico nunca es el producto de un saber que antecede al sujeto; sino que se trata de una conjetura clínica que se elabora en transferencia. El diagnóstico psicoanalítico no es un diagnóstico apresurado.

En tercer lugar, se retoma la formulación del saber- hacer formulada por Jacques Lacan en el *Seminario XVI*. A partir de esa noción, la tesis plantea que en clínica con niños el psicoanalista

despliega un saber- hacer tanto con el diagnóstico apresurado como con el diagnóstico propiamente psicoanalítico.

En cuanto al primero, se postula la necesidad de intervenciones estructurantes en el trabajo con el niño y de intervenciones posibles en el trabajo con padres y educadores.

En cuanto al segundo, se señala el valor clínico de las entrevistas con los padres, el síntoma, el juego y el dibujo como elementos esenciales en la elaboración de conjeturas clínicas.

Finalmente, la presentación de dos casos que fueron atendidos por la tesista es resultante de una aspiración de escritura coherente con una determinada noción de la clínica. En la tesis se sostiene la concepción de clínica como experiencia, único campo en que el analista puede desplegar un saber- hacer.

**Palabras clave**

saber- hacer, diagnóstico apresurado, conjetura clínica, experiencia

## INTRODUCCIÓN

La consulta que se le hace a un psicoanalista por un niño es en sí misma una instancia que da cuenta de la especificidad de esta clínica. A diferencia del trabajo con adultos, son generalmente los padres quienes solicitan la entrevista, en ocasiones motivados por la escuela u otros profesionales.

Desde los inicios, el tema del diagnóstico suele ser una cuestión esencial en las consultas por niños.

La demanda por el diagnóstico no busca aliviar el padecimiento infantil, sino hallar un sentido a algo que se torna insoportable: no saber a qué o a quién adjudicar una experiencia de sufrimiento.

Si en relatos bíblicos hallamos el sentido del dolor ubicado en el pecado y la mitología griega abunda en ejemplos de sufrimiento atribuido a los dioses; hoy observamos cómo cualquier padecimiento humano es posible de ser imputado a una enfermedad. Asistimos así a un escenario de patologización y medicalización como respuesta.

El afán de patologizar la vida es particularmente intenso frente a aquellas personas que no se adaptan a lo que la sociedad espera de ellas. Los niños revisten esa característica, pues tienden a quedar ubicados en el lugar de objeto frente a las expectativas de los padres, y de otros adultos que los evalúan. De allí que esta cuestión corresponda a la especificidad del Psicoanálisis con niños.

Se pretende destacar aquí tres particularidades de las consultas que se presentan cada vez con mayor frecuencia:

- a) En primer término, se han incrementado las consultas que asumen la forma de la demanda por el diagnóstico. El padecimiento infantil es percibido como desajuste que

conmueve la estructura familiar y/ o escolar, entonces padres y/ o docentes inician una búsqueda por conocer un término técnico que justifique ese desajuste. Esta forma de consulta ya supone una presunción: que el desajuste es ocasionado por una enfermedad, trastorno o condición del niño.

En no pocas oportunidades cuando el pedido se realiza en estos términos, se observa además la ausencia de interrogantes acerca del sufrimiento infantil y la falta de preguntas en que se enuncie una posición de responsabilidad adulta frente a ese sufrimiento.

- b) En segundo lugar, también han aumentado las consultas por niños sobre quienes ha caído la etiqueta de una nominación patológica. Se trata de significantes que adquieren un peso devastador en tiempos instituyentes, que aplastan las potencialidades de los sujetos en constitución, que hieren y estigmatizan. Son diagnósticos apresurados que nada dicen acerca de cada niño.

Se sitúa aquí como diagnósticos apresurados aquellos rótulos adjudicados a sujetos que presentan alguna forma de padecimiento psíquico, cuya atribución ha sido realizada en una práctica tan liviana como nociva. Los rasgos más inquietantes del diagnóstico apresurado son su carácter invalidante y la premura con la que se ubica al sujeto en una categoría sin dar tiempo a la escucha. Se trata de entidades totalizantes a partir de las cuales son percibidos todos los gestos y conductas. Desde que el diagnóstico apresurado se instala ya no hay posibilidad de pregunta. Todo lo que el niño dice y hace es entendido a partir de ese rótulo. Nadie escucha algo discordante o nuevo.

- c) Por último, en no pocas oportunidades, las dos características de la consulta por un niño antes mencionadas (el pedido realizado bajo la forma de la demanda de diagnóstico y

la atribución al niño de un diagnóstico apresurado), se presentan juntas. En estas situaciones ya hay uno o varios diagnósticos apresurados en juego, pero la demanda insiste.

En una primera serie de casos, los padres han recibido para su hijo un diagnóstico apresurado por parte de distintos educadores y/o profesionales. Los padres se angustian frente al sufrimiento del niño y realizan unos planteos que si bien exceden la búsqueda de un rótulo, no dejan de requerirlo.

Cabe conjeturar que estos padres formulan su pedido en términos de demanda de diagnóstico porque han aprendido en experiencias previas que eso es lo que corresponde pedir a un profesional dedicado al trabajo con niños.

En otra serie de casos, los padres ya han hecho muchas consultas bajo la misma modalidad de demanda, a partir de las cuales su hijo ha recibido uno o varios diagnósticos apresurados. En estas instancias, los padres se presentan como celosos guardianes de la historia clínica del niño. Conocen nombres de profesionales, de instituciones; hablan de obras sociales y de patologías.

En todos los casos algo insiste y no ha sido capturado por la trama significativa referida a lo patológico que se ha ido engrosando a lo largo de las distintas consultas.

Corresponde al analista interrogarse por eso que resta.

En toda consulta en que predomina la demanda por el diagnóstico, el analista es convidado a unirse a la respuesta medicalizadora o correspondiente a un proceso biomedicalizador, por eso resulta pertinente interrogar acerca de su saber hacer en lo tocante al diagnóstico en clínica con niños.

Las tres peculiaridades de las consultas por un niño antes mencionadas corresponden a elementos que, como se ha dicho, se presentan con asiduidad creciente; pero es necesario aclarar que para nada constituyen la totalidad de las formas de consulta. Existen, por supuesto, otras modalidades que no ponen en primer término la cuestión del diagnóstico. Son entrevistas más ligadas a interrogantes de los padres por el sufrimiento de su hijo, en que aparecen además dichos acerca de otros aspectos del niño, de su historia y su vida; no sólo los asuntos relacionados con lo que no marcha adecuadamente en el niño según la mirada adulta.

Aunque en estas últimas formas de consulta no haya una exigencia por el diagnóstico no significa que el psicoanalista pueda trabajar sin elaborar uno. De manera que también en estos casos corresponde interrogar acerca de su saber- hacer ahí.

Será preciso en todos los casos que el analista pueda formular una conjetura clínica que tenga valor diagnóstico, a partir de distintos elementos.

Por tanto, la presente tesis plantea como problema principal de investigación la cuestión del saber- hacer del analista con el diagnóstico como una de las especificidades de la clínica con niños.

En las siguientes páginas se apuntará a Situar el saber- hacer del analista con el diagnóstico como una de las especificidades de la clínica con niños. Se intentará por un lado, contribuir al reconocimiento del diagnóstico apresurado como una etiqueta estigmatizante y nociva para los niños que la portan, que tornan necesario proponer operaciones relativas al saber- hacer con el diagnóstico apresurado. Por otro lado, se intentará contribuir a un mayor conocimiento referido al uso que hace el analista de elementos tales como el síntoma, el juego, el dibujo y las entrevistas con los padres en su elaboración de conjeturas clínicas diagnósticas.

La presente tesis, *Saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños*, tendrá como marco principal de referencia al Psicoanálisis.

El problema de la tesis no ha sido aún planteado en los términos en que propone hacerlo la tesista, en ese sentido constituye un recorrido nuevo. Sin embargo, es preciso señalar que todas las aristas del problema fueron abordadas oportunamente por distintos autores. Por ello, la tesista apuntará a ubicar los aspectos más salientes de las diferentes contribuciones, estableciendo un diálogo de encuentros y tensiones entre ellas y aportando además sus propias elaboraciones.

La tesis constará de tres partes. La primera parte estará compuesta por tres capítulos que abordarán asuntos relativos a:

- La pregunta por el sufrimiento humano y las distintas respuestas que se han elaborado para contestar a ese interrogante
- El diagnóstico apresurado y el diagnóstico psicoanalítico, y
- El saber- hacer del analista con el diagnóstico (particularmente con el diagnóstico apresurado)

Para precisar el recorrido de la tesis, es preciso señalar que el primer capítulo estará dedicado a situar cuatro respuestas diferentes a la pregunta por el sufrimiento humano: una respuesta correspondiente a la tradición judeo- cristiana, una relativa a la mitología griega, una que se enmarca en los actuales procesos de medicalización y biomedicalización, y finalmente la respuesta psicoanalítica. Se situará además cómo es ubicado el saber en cada una de estas respuestas, ubicando al Psicoanálisis en un planteo esencialmente distinto de los otros tres.

Para el abordaje de la respuesta judeo- cristiana se analizará el *Libro de Job*, un texto bíblico del *Antiguo Testamento* que hace énfasis en la idea de pecado como causa del sufrimiento humano.

Para situar la respuesta correspondiente a la mitología griega, donde la causa del sufrimiento es fundamentalmente ubicada en la transgresión humana y la ira de los dioses que se desata a consecuencia de aquella, se analizará el mito de Prometeo, en la versión que ofrece Robert Graves, poeta, ensayista y novelista inglés que realiza su producción literaria entre los años 1939 y 1963. Graves se refiere a Prometeo en su obra *Dioses y héroes de la Antigua Grecia*, publicado por primera vez en el año 1955. Además, resultarán de interés algunas observaciones que respecto de Prometeo realiza Friedrich Nietzsche, filósofo y poeta alemán considerado uno de los pensadores más influyentes del siglo XIX, en su obra *Humano Demasiado humano*, publicada por primera vez en el año 1878.

Se ubicará también una respuesta correspondiente a los procesos medicalizadores y biomedicalizadores, en que se produce una reducción de cualquier padecimiento a una enfermedad. Para este abordaje se tomarán las contribuciones de Iván Illich, pedagogo y ensayista mexicano de origen austríaco, quien desarrolla su obra en los años '70 y de Celia Iriart, socióloga argentina contemporánea, docente e investigadora.

Los aportes de Illich permitirán situar los mecanismos propios de la medicalización, mientras que las contribuciones de Iriart resultarán de interés para desentrañar los mecanismos propios de la biomedicalización.

En contraposición a las tres respuestas a la pregunta por el sufrimiento recién mencionada, se analizará la respuesta que desde el campo del Psicoanálisis se formula frente al interrogante por el sufrimiento humano. Para ello merecerá la atención la obra *El malestar en la cultura* de Sigmund Freud, médico neurólogo austríaco, fundador del Psicoanálisis y una de las figuras intelectuales más importantes del siglo XX, publicada en el año 1930.

Además, se incluirá una breve puntualización de tres psicoanalistas: Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés, el máximo exponente de la Escuela francesa de Psicoanálisis; Françoise Dolto, pediatra y psicoanalista francesa, discípula de Lacan y Luciano Lutereau, psicoanalista y filósofo argentino contemporáneo, docente e investigador de la Universidad de Buenos Aires, miembro del Foro Analítico del Río de la Plata a fines de ubicar la posición del psicoanalista frente a prácticas desubjetivantes.

En el segundo capítulo se definirá a los diagnósticos apresurados como etiquetas invalidantes que son atribuidas a quienes no se ajustan a la norma en prácticas que contemplan la urgencia de la demanda, pero no los tiempos propios de la escucha ni los de la constitución del psiquismo. Para este abordaje, resultarán de interés los planteos realizados por: Beatriz Janin, psicoanalista argentina contemporánea, fundadora del Forum de Infancias; Luciano Lutereau, y Marisa Punta Rodulfo, psicoanalista argentina contemporánea, docente universitaria de vasta trayectoria. Es preciso señalar que los tres autores se muestran contrarios a prácticas desubjetivantes de patologización de los niños.

Se distinguirá el diagnóstico psicoanalítico del diagnóstico apresurado y se situará además el carácter problemático de la noción de diagnóstico en Psicoanálisis con niños, categoría en que no es posible ubicar consenso absoluto; pues resulta más bien un campo de tensiones.

Para el recorrido de la tesis interesará retomar distintos aspectos del diagnóstico psicoanalítico:

- El diagnóstico de la posición subjetiva. Serán de interés para analizar este punto algunas consideraciones de Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés, el máximo exponente de la Escuela francesa de Psicoanálisis; Luciano Lutereau y Liora Stavchansky, psicoanalista mexicana contemporánea.

- El diagnóstico de los trabajos psíquicos. Resultarán valiosas en este punto algunas contribuciones de Ricardo Rodulfo, psicoanalista argentino contemporáneo, Director de la primera especialización de Psicoanálisis con niños en Latinoamérica y de Luciano Lutereau.
- El diagnóstico de los tiempos del sujeto, punto en el que cobrarán interés los aportes de la psicoanalista argentina contemporánea, Alba Flesler, psicoanalista argentina contemporánea, miembro de la Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- El diagnóstico en su dimensión metapsicológica. Se tomará aquí, algunas contribuciones de la psicoanalista y socióloga argentina, Silvia Bleichmar.
- La conjetura o hipótesis clínica, punto en el que cobrarán interés las observaciones de Eduardo Said, psicoanalista argentino contemporáneo, miembro de la Escuela Freudiana de Buenos Aires.

Resultará insoslayable el planteo de los complejos vínculos entre Psicoanálisis y psicopatología. Para este abordaje se tomará en consideración algunos aportes de:

- Donald Winnicott, célebre pediatra y psicoanalista inglés, uno de los máximos referentes de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis, quien estudia la aportación psicoanalítica a la psicopatología psiquiátrica,
- Pierre Fedida, destacado psicoanalista francés cuya obra es publicada entre los años 70 y los 2000, quien sostiene la decadencia de la psicopatología,
- Paul Bercherie, médico francés que se dedicó a las enfermedades mentales y lúcido investigador de la historia del tratamiento de las afecciones de esta índole, quien se ocupa de los aportes psicoanalíticos a la psiquiatría clínica infantil.

- Paul Laurent Assoun, Psicoanalista francés, Director de la unidad de Ciencias humanas clínicas en la Universidad de París VII, quien trabaja el juego de influencias entre el Psicoanálisis y la psicopatología psiquiátrica,
- Mario Waserman y Marité Cena, psicoanalistas argentinos de la generación de los '60, quienes pusieron coto sobre las aspiraciones universales de la psicopatología revalorizando el trabajo caso por caso,
- Serge Lebovici, René Diatkine y Michel Soulé, autores del célebre *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, publicado en el año 1989, quienes plantean los aportes del Psicoanálisis a la psiquiatría infanto- juvenil.

El tercer capítulo versará sobre el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños. Para realizar este abordaje se tomará la definición de saber- hacer que Jacques Lacan, brinda en su *Seminario XVI De un Otro al otro*, que el autor dicta en los años 1968 y 1969.

En el tercer capítulo se postulará dos campos del saber- hacer del analista con el diagnóstico: el correspondiente al diagnóstico apresurado y el concerniente a la conjetura clínica. El capítulo tres se dedicará al primero de estos campos.

En relación al campo del diagnóstico apresurado, es preciso señalar que si bien este tipo de etiqueta nosológica no corresponde a la práctica del Psicoanálisis, la gran frecuencia con que se consulta a psicoanalistas por niños que han recibido diagnósticos apresurados y el impacto perjudicial que éstos tienen sobre el psiquismo infantil, hacen que el analista se vea llevado a realizar una serie de operaciones con el diagnóstico apresurado que ponen de manifiesto su saber- hacer.

Para situar estas operaciones resultarán de gran valor los aportes de:

- Sigmund Freud, quien en la *Conferencia 34 Esclarecimientos, orientaciones, aplicaciones*, postulada en 1933, postula la necesidad de que el analista tenga influjos analíticos sobre los padres, cuando atiende a un niño.
- Beatriz Janin, quien en su libro *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños* alude a intervenciones subjetivantes por parte del analista
- Maud Mannoni, psicoanalista belga, discípula de Dolto, fundadora de la Asociación de formación psicoanalítica y de investigación Freudiana del espacio psicoanalítico, quien en sus libros *El psiquiatra, su loco y el Psicoanálisis* y *La Educación imposible* denuncia con gran lucidez una serie de prácticas de carácter iatrógeno que tienen lugar en las instituciones y apunta a la introducción de una posición analítica.

La segunda parte de la tesis, constará de cuatro capítulos y estará dedicada a situar el uso que el analista hace de distintos elementos en Psicoanálisis con niños para elaborar una conjetura clínica de interés diagnóstico.

El cuarto capítulo, versará sobre el valor clínico de las entrevistas con los padres en clínica psicoanalítica con niños. Para ello, analizará los aportes que a este asunto realiza Arminda Aberastury, considerada la primera analista de niños en la República Argentina.

Algunos aportes de Maud Mannoni, resultarán de gran valor para destacar los elementos diagnósticos que el analista encuentra en las entrevistas con los padres. Para ello, se tomará aportes que la autora vierte en sus libros:

- *La primera entrevista con el psicoanalista*, publicado en 1965,
- *El niño retardado y su madre*, publicado en 1964 y finalmente,
- *El niño, su enfermedad y los otros*, publicado en 1967.

También se considerarán algunos desarrollos de Alba Flesler presentes en sus libros:

- *El niño en análisis y el lugar de los padres*, publicado en el año 2007,
- *Niños en Análisis Presentaciones Clínicas*, publicado en el año 2014.

Los planteos de la autora resultan valiosos para situar el lugar que un niño ocupa para sus padres.

El quinto capítulo abordará el valor del síntoma para la elaboración de la conjetura clínica.

Para este fin resultarán valiosos los aportes de:

- Luciano Lutereau y Liora Stavchansky, quienes en su libro *Reinventar el Psicoanálisis*, publicado en el año 2015 plantean al síntoma en el niño como una elección singular que se pone en juego en la más temprana infancia.
- Robert Lévy, psicoanalista miembro de la ex *Ecole Freudienne* de París, co-fundador de *Analyse Freudienne*, París, miembro de la *Fondation Européenne pour la Psychanalyse*; quien en su libro *Lo infantil en Psicoanálisis* distingue entre síntomas propios del *infans*, de lo infantil y de la infancia.
- Silvia Bleichmar, quien en su ponencia *Diagnóstico: una perspectiva metapsicológica*, el día 2 de julio de 1988, en ocasión de la séptima jornada de Psicoanálisis de niños y adolescentes de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados, realiza una distinción entre síntomas y trastornos.

El sexto capítulo apuntará a la elucidación del uso que hace el analista del juego con fines diagnósticos. Para ellos, se situarán tres concepciones posibles referidas a la temática:

- En primer lugar, el juego como fenómeno en que se produce una tarea de simbolización y elaboración. En este punto serán considerados algunos aportes de

Melanie Klein, psicoanalista británica de origen austríaco, máxima representante de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis y Arminda Aberastury;

- En segundo lugar, el juego como actividad en que se despliega la creatividad. Para ello, resultarán valiosos algunos desarrollos de Donald Winnicott.
- Finalmente, el juego como experiencia constitutiva del sujeto, haciendo énfasis en la dimensión pulsional. Serán tenidos en cuenta algunos aportes de Jacques Lacan, Luciano Lutereau y Liora Stavchansky.

El séptimo capítulo estará destinado a situar de qué modo el analista se sirve del dibujo para fines diagnósticos. En primer lugar se situarán algunos antecedentes de los inicios del Psicoanálisis con niños en la República Argentina, correspondientes al trabajo que realiza Telma Reca, psiquiatra con influencias psicoanalíticas, pionera en la clínica infanto juvenil. Será tenido en cuenta el valor que Reca atribuye al dibujo en su libro *El caso de Ricardo Mendia. Psicosis y Psicología profunda del niño*.

Luego, se tomarán consideraciones que respecto de este tema realizan las psicoanalistas argentinas contemporáneas:

- Alba Flesler, en su libro *El niño y las intervenciones del analista*, haciendo énfasis en el reconocimiento de los tiempos del sujeto en el dibujo.
- Ilda Levín, en su libro , a propósito de la presentación del caso de un niño autista
- Y Marisa Rodulfo, en su libro *El niño del dibujo*, que apunta a situar el grafismo y lo figural en clínica psicoanalítica con niños.

La tercera parte de la tesis constará de dos capítulos en el que se trabajarán casos clínicos que corresponden a la práctica de la tesista.

En el octavo capítulo se situará una definición de clínica psicoanalítica y se realizará una valoración de la experiencia analítica. Además se analizarán algunos elementos de un caso que fue atendido por la tesista para ilustrar el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños.

Para situar una definición de clínica psicoanalítica con niños resultarán importantes los aportes de Jacques Lacan en *Apertura de la sección clínica*, trabajo publicado en *Ornicar* en el año 1976 y de Luciano Lutereau en su trabajo *Clínica psicoanalítica y usos del caso*, que forma parte del libro *El sujeto en la estructura*, publicado en el año 2015.

Para ubicar el valor del psicoanálisis como experiencia resultará de interés el libro de Luciano Lutereau *La experiencia analítica*, publicado en el año 2017.

En el noveno capítulo se apuntará a situar una relación entre saber- hacer del analista, escritura y experiencia para lo cual resultarán valiosos los aportes de:

- Jorge Larrosa, profesor de Filosofía de la Educación en la Universidad de Barcelona y docente de FLACSO, que el autor vierte en su artículo *El ensayo y la escritura académica*, publicado en el año 2003;
- Theodor Adorno, filósofo alemán, uno de los máximos representantes de la Escuela de Fráncfort, que el autor expone en su trabajo *El ensayo como forma*, publicado en el año 1962,
- Juan Bautista Ritvo, filósofo y psicoanalista argentino contemporáneo, docente universitario, que el autor desarrolla en su artículo *¿Sobrevivirá el Psicoanálisis?*, publicado en agosto de 2016 en la Revista *Psicología Digital*,

El capítulo final presentará además un caso clínico y su correspondiente análisis.

## **PRIMERA PARTE**

## Capítulo 1: Construcción del problema: la pregunta por el sufrimiento humano

El sufrimiento humano resulta inquietante. Arrebata la calma y promueve el desasosiego tanto en quien lo padece como en quien lo observa. El que sufre ve su vida detenida, no puede dedicar energías sino a ese padecimiento. Quien resulta testigo del tormento del otro, en no pocas oportunidades, descubre que la situación es sin más arbitraria y bien podría ser él quien ocupara el lugar del aquejado.

El sufrimiento es eso que no entra en los planes, lo dolorosamente imprevisto, lo que no debería ocurrir, pero sin embargo ocurre. Causa una de las preguntas más insistentes en el ser humano, que no deja de interrogarse acerca de su sentido.

Sigmund Freud, en su obra *El malestar en la cultura*, publicada por primera vez en 1930, propone algunas consideraciones al respecto. Afirma Freud:

¿Qué es lo que los seres humanos mismos dejan discernir por su conducta, como fin y propósito de su vida? ¿Qué es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? No es difícil de acertar con la respuesta: quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla. Esta aspiración tiene dos costados, una meta positiva y una negativa. Por una parte, quieren la ausencia de dolor y de displacer; por la otra, vivenciar intensos sentimientos de placer. (Freud, S. 1930, 76)

Así, la dicha del hombre estaría no sólo en la aspiración positiva de alcanzar el placer, sino además en evitar aquello que es motivo de penas.

Distintos escenarios han aportado respuestas diferentes a la pregunta por el sufrimiento humano. El presente capítulo propone recorrer cuatro respuestas a este interrogante. El recorrido de este capítulo apuntará a abordar:

- En primer término, la respuesta psicoanalítica, que, tal como habrá de exponerse, supone una actitud ética que permite sostener interrogantes sin clausurarlos, dando lugar así a las respuestas subjetivas y evitando todo tipo de conclusiones totalitarias. Como se verá, el Psicoanálisis no propone un sentido del sufrimiento humano, sino que más bien desentraña

sus mecanismos y sitúa sus causas en un conflicto que atañe a los seres humanos y que supone una lucha de fuerzas en el interior del individuo en la cultura.

Este abordaje será expuesto en el primer subcapítulo, para el cual se realizará una lectura de la obra *El malestar en la cultura* del año 1930 de Sigmund Freud.

- En segundo lugar, la respuesta de la tradición judeo-cristiana, en la que se ubicarán varios sentidos del sufrimiento de los hombres en que se pone en primer plano la cuestión del pecado.

Esta respuesta será indagada en el segundo subcapítulo utilizando como referencia el *Libro de Job*, un texto bíblico del *Antiguo Testamento*. A su vez, se realizará un señalamiento desde el campo psicoanalítico basado en la recién mencionada obra de Freud.

- En tercer lugar, la respuesta de la mitología griega, en que se ubicará su particular interpretación del sufrimiento humano como producto de la ira de los dioses. Esta respuesta será analizada en el tercer subcapítulo. Con esta intención se analizará el mito de Prometeo, en la versión que ofrece Robert Graves, en su obra *Dioses y héroes de la Antigua Grecia*, publicada por primera vez en el año 1955. Además, se situará una observación que respecto de Prometeo realiza Friedrich Nietzsche, en su obra *Humano Demasiado humano*, publicada por primera vez en el año 1878.
- Luego, la respuesta medicalizadora y biomedicalizadora en que se produce una reducción de cualquier padecimiento a una enfermedad. Se dará cuenta de esta respuesta en el subcapítulo cuatro. Para este abordaje se tomarán en cuenta las contribuciones de Iván Illich Y Celia Iriart.
- También se incluirá una breve puntualización de tres psicoanalistas: Jacques Lacan, Françoise Dolto y Luciano Lutereau. El breve trabajo con las observaciones de los tres

autores recién citados obedece a la intención de comenzar a situar la posición que desde el campo del Psicoanálisis se establece frente a prácticas desubjetivantes. En este subcapítulo sólo se hará alusión a este asunto, puesto que será trabajado con mayor profundidad en los siguientes capítulos de la tesis.

- Finalmente, se apuntará a advertir diferencias y algunos puntos en común entre las respuestas trabajadas. Si bien las elaboraciones respecto del sufrimiento humano que se plantearán en los distintos subcapítulos corresponden a dominios del saber muy lejanos entre sí; resulta curioso observar que en algunos puntos, persisten en algunas de ellas, mecanismos de pensamiento similares. En la clínica, se escuchan dichos que corresponden a alguna de estas respuestas o a varias a la vez. Por ello, interesa al psicoanalista conocer estas concepciones, pues no hay escucha posible si se desdeñan los mecanismos que organizan y determinan la experiencia vital humana en una época.

### **1.1 El sufrimiento en la cultura**

Tal como se adelantó en la introducción del capítulo, el presente subcapítulo versará sobre elaboraciones psicoanalíticas del sufrimiento humano en la obra escrita por Sigmund Freud, *El malestar en la cultura* publicada por primera vez en 1930.<sup>1</sup>

En *El malestar en la cultura* Freud plantea tres puntos de potencial sufrimiento para el hombre. Señala Freud:

Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que destinado a la ruina y la disolución no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir su furia sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos más doloroso que a cualquier otro; nos inclinamos a verlo como un suplemento, en cierto modo superfluo, aunque acaso no sea menos inevitable ni obra de un destino menos fatal que el padecer de otro origen (Freud, S., 1930, 77- 78)

---

<sup>1</sup> Se privilegia este texto por encima de otros escritos de Sigmund Freud dedicados al sufrimiento humano, por tratarse de un trabajo tardío del autor en que despliega gran solvencia conceptual y además deja formulados interrogantes que despiertan interés.

Cuerpo propio, mundo exterior y vínculos con los otros constituyen así, desde la perspectiva freudiana, los tres campos donde hallar las causas para el sufrimiento humano. Freud atribuye a éste último la mayor intensidad.

Afirma Freud:

No es asombroso entonces, que bajo la presión de estas posibilidades de sufrimiento los seres humanos suelen atemperar sus exigencias de dicha, tales como el propio principio de placer se transformó bajo el influjo del mundo exterior, en el principio de realidad, más modesto; no es asombroso que se consideren dichosos si escaparon a la desdicha, si salieron indemnes del sufrimiento, ni tampoco que dondequiera, universalmente, la tarea de evitar este relegue a un segundo plano la de la ganancia de placer. (Freud, S., 1930, 78)

Tal como se expuso anteriormente, para Freud, estaría presente en la conducta humana un empeño: alcanzar la felicidad y mantenerla. Este empeño supondría, dos metas, buscar el placer (lo que podría ubicarse propiamente como dicha) y evitar el displacer. Sin embargo dadas las amenazas de sufrimiento que enfrenta el hombre, Freud ubica que se suele situar como dicha a la posibilidad de sustraerse del padecimiento.

En su obra *El malestar en la cultura* Freud enumera distintos mecanismos que ha desarrollado el hombre con el fin de sustraerse del sufrimiento, sin tener garantías de conseguirlo plenamente con ninguno de ellos. Los mecanismos son los siguientes:

- La soledad buscada: este mecanismo apunta a atemperar la posibilidad de pérdida o ruptura del lazo con los otros. La ganancia de este aislamiento es el sosiego, por el cual el sujeto paga sustrayéndose de los beneficios que comporta la vida social.
- La intoxicación: se trata de un método que intenta influir sobre el propio organismo, al que se le debe una inmediata ganancia de placer y una cuota de independencia del mundo exterior. Este sistema supone peligros de posibles daños en el cuerpo.

- Matar las pulsiones: mediante este mecanismo (presente en prácticas determinadas por la sabiduría oriental) se intenta de manera extrema sustraerse a las demandas pulsionales.
- El gobierno de la vida pulsional: este mecanismo se relaciona con el anterior, pero en modo mucho más atemperado. Se busca aquietar las exigencias pulsionales mediante el gobierno de las instancias psíquicas más elevadas. Sobreviene una reducción de goce, a cambio de una cierta protección del sufrimiento porque la insatisfacción de las pulsiones sometidas no se siente tan dolorosa como las de metas no inhibidas.
- La sublimación: este mecanismo eleva las ganancias de placer que se obtiene de un trabajo psíquico e intelectual. Freud ubica como punto débil de este método que no es asequible universalmente y que aún a los que cuentan con las disposiciones para este fin, no les representa una protección segura contra el sufrimiento
- Satisfacciones en la fantasía (aun cuando se registre que no se trata de la realidad efectiva): este método refiere al goce proveniente de obras de arte, accesible a través de los artistas, para quienes no son creadores. Constituye una sustracción pasajera de los apremios de la vida, aunque no lo bastante intensa como para hacer olvidar una miseria objetiva real.
- El mecanismo del eremita: vuelve la espalda al mundo, del que quita todo interés. Es un mecanismo radical.
- El delirio: No quita el interés sobre el mundo, sino que lo recrea. En la mayoría de los casos, quien delira, no halla otros con quienes ejecutar su fantasía; aunque en su texto *El malestar en la cultura*, de 1930, Freud admite que en algunas oportunidades el delirio se torna compartido. En este campo ubica Freud a las religiones
- El trabajo: es el mecanismo que más fuertemente liga al sujeto a la realidad permitiéndole encauzar mociones libidinosas, narcisistas, agresivas y hasta eróticas.

- El amor: obtiene la dicha a partir de un vínculo de sentimiento con uno o varios objetos. El peligro de esta técnica reside en la pérdida del objeto de amor por diferentes causas, situación que causa gran penar en los seres humanos.
- El goce de la belleza: se trata de una actitud estética hacia la meta vital que resulta de muy escasa protección contra el sufrimiento, pero provoca un goce que puede resarcir de muchas cosas.
- La neurosis: constituye, para Freud, en el mencionado trabajo de 1930, la última técnica, que propone al sujeto por lo menos satisfacciones sustitutivas, aunque trae aparejado un nuevo padecimiento que resulta desconcertante. La psicosis, por su parte, no es ubicada por Freud como una técnica satisfactoria, sino como una rebelión del individuo, como un intento desesperado.

Siguiendo con los planteos freudianos en su obra *El malestar en la cultura*, es posible situar que en Freud (1930/ 2012) no hay una valoración moral que privilegie uno u otro mecanismo. Corresponde a una elección del sujeto el modo en que buscará su felicidad y hará frente a los apremios vitales. Señala Freud:

El programa que nos impone el principio de placer, el de ser felices, es irrealizable; empero, no es lícito —más bien: no es posible— resignar los empeños por acercarse de algún modo a su cumplimiento. Para esto, pueden emprenderse muy diversos caminos, anteponer el contenido positivo de la meta, la ganancia de placer, o su contenido negativo, la evitación de displacer. Por ninguno de ellos podemos alcanzar todo lo que anhelamos. Discernir la dicha posible en ese sentido moderado es un problema de la economía libidinal del individuo. Sobre este punto no existe consejo válido para todos; cada quien, tiene que ensayar por sí mismo la manera en que puede alcanzar la bienaventuranza. Los más diversos factores intervendrán para indicarle el camino de su opción. Lo que interesa es cuánta satisfacción real pueda esperar del mundo exterior y la medida en que sea movido a independizarse de él; en último análisis, por cierto las fuerzas con que él mismo crea contar para modificarlo según sus deseos. Ya en esto, además de las circunstancias externas, pasará a ser decisiva la constitución psíquica del individuo. (Freud, S., 1930, 83)

Así, la elección del modo de hallar la bienaventuranza constituye para Freud, más que un problema moral, un asunto económico atinente a la constitución psíquica de cada sujeto. Si nos referimos a este último factor, Freud supone cierto tipo de elecciones, según sea la constitución psíquica de cada quien.

Plantea Freud que:

- Si se trata de una constitución preminentemente erótica, privilegiará los vínculos de sentimientos con otros.
- Si existe una tendencia a la autosuficiencia narcisista, buscará las satisfacciones en procesos anímicos internos.
- Si existe la tendencia a la acción, favorecerá el contacto con el mundo exterior donde conseguirá probar su fuerza.
- Quienes tengan una posición intermedia entre los tipos recién descritos, la naturaleza de sus dotes y la medida de sublimación pulsional determinarán donde situarán sus intereses.

Freud destaca que las elecciones radicales y exclusivas llevarán al sujeto a los peligros que conlleva la insuficiencia de toda técnica, pues es imposible esperar toda satisfacción de una aspiración única.

Por otra parte, siguiendo con las conceptualizaciones freudianas en *El malestar en la cultura*, resulta esencial en el texto la aseveración de Freud respecto de que los hombres no se hallan dichosos en la cultura. Freud encuentra que esto se debe a las múltiples restricciones que la cultura hace a la sexualidad y la agresividad. Para Freud, la cultura demanda grandes sacrificios al hombre, renuncias pulsionales de mociones sexuales y agresivas, que, inhibidas en su meta, provocan intenso malestar a los seres humanos.

Asimismo, Freud ubica otro peligro que acecha a la continuidad de la cultura: “la miseria psicológica de la masa” y entiende que este peligro amenaza la ligazón social que se produce por identificaciones recíprocas.

En su texto *El malestar en la cultura*, de 1930, Freud encuentra dos fuerzas en pugna en el interior de la cultura:

La inclinación agresiva es una disposición pulsional autónoma, originaria, del ser humano. [...] Sostengo que la cultura encuentra en ella su obstáculo más poderoso. En algún momento de esta indagación se nos impuso la idea de que la cultura es un proceso particular que abarca la humanidad toda en su transcurrir, y seguimos cautivados por esa idea. Ahora agregamos que sería un proceso al servicio del Eros, que quiere reunir a los individuos aislados, luego a las familias, después a etnias, pueblos, naciones, en una gran unidad: la humanidad. ¿Por qué debe acontecer así? No lo sabemos; sería precisamente la obra de Eros. Esas multitudes de seres humanos deben ser ligados libidinosamente entre sí; la necesidad sola, las ventajas de la comunidad de trabajo, no los mantendrían cohesionados. Ahora bien, a este programa de la cultura se opone la pulsión agresiva natural de los seres humanos, la hostilidad de uno contra todos y de todos contra uno. Esta pulsión de agresión es el retoño y el principal subrogado de la pulsión de muerte que hemos descubierto junto al Eros y que comparte con éste el gobierno del universo. Y ahora, yo creo, ha dejado de resultarnos oscuro el sentido del desarrollo cultural. Tiene que enseñarnos la lucha entre Eros y muerte, pulsión de vida y pulsión de destrucción, tal como se consume en la especie humana. Esta lucha es el contenido esencial de la vida en general, y por eso el desarrollo cultural puede caracterizarse sucintamente como la lucha por la vida de la especie humana. (Freud, S., 1930, 117- 118)

Freud sitúa el conflicto en una lucha que se libra en la cultura: la lucha entre Eros y muerte. Esta lucha tendrá implicancias en el sufrimiento humano.

Las mociones agresivas presentes en el ser humano que la cultura prohíbe ejercer sobre el otro, resultan introyectadas, interiorizadas. Así, bajo la forma de la conciencia moral (tensión entre el superyó que se ha vuelto severo y el yo que le está sometido), el sujeto se reprende a sí mismo con la dureza agresiva que hubiera dirigido a otros. Se tiene noticia de este proceso porque se exterioriza como necesidad de castigo.

Freud ubica dos orígenes diversos del sentimiento de culpa: la angustia frente a la autoridad, y la angustia frente al superyó. La primera, corresponde al temor a ser descubierto en

falta y perder la seguridad que brinda el amor de quien encarna la autoridad. La segunda, se presenta como una desdicha interior permanente, la tensión de la conciencia de culpa, aquí quedan equiparadas la mala acción y la intención de cometerla, aun cuando no se la lleve a cabo.

Para ser miembro de la cultura se le exigen al sujeto determinadas demandas pulsionales. Cada renuncia deviene una fuente dinámica de la conciencia moral, que aumenta su severidad. Señala Freud: “la renuncia de lo pulsional (impuesta a nosotros desde afuera) crea la conciencia moral, que después reclama más y más renunciaciones.” (Freud, S., 1930, 124)

Freud atribuye a la conformación del superyó y la conciencia moral factores constitucionales congénitos, así como influencias del medio. Entiende que el progreso cultural se paga con un déficit de dicha provocado por el aumento del sentimiento de culpa.

Según Freud, en su obra *El malestar en la cultura*, en el desarrollo individual aparece una aspiración a la dicha (egoísta) y una aspiración a la reunión en comunidad (altruista). Ambas aspiraciones presentan una interferencia. Son tendencias que plantean una lucha entre sí al interior de cada individuo.

A su vez, el desarrollo del individuo y el de la cultura también entablan hostilidades recíprocas y se disputan terreno, pues en el desarrollo cultural, se aspira a la unión de los individuos y en ocasiones, esto resulta en detrimento de las aspiraciones individuales.

Hay entonces fuerzas que luchan entre sí y los resultados del conflicto varían en forma permanente.

En el texto que se está trabajando, Freud establece dos formas de la lucha: una probablemente irresoluble (la de las pulsiones primordiales Eros y muerte) y otra que considera una “querrela doméstica de la libido” (entre el desarrollo individual y el desarrollo cultural).

Haciendo alusión a la lucha de fuerzas que se ubica del lado de lo irresoluble, Freud culmina su obra *El malestar en la cultura* con una pregunta tan lúcida como descarnada e inquietante:

He aquí, a mi entender, la cuestión decisiva para el destino de la especie humana: si su desarrollo cultural logrará y en caso afirmativo en qué medida, dominar la perturbación de la convivencia que proviene de la humana pulsión de agresión y de auto-aniquilamiento. Nuestra época merece quizás un particular interés justamente en relación con esto. Hoy los seres humanos han llegado tan adelante su dominio sobre las fuerzas de la naturaleza que con su auxilio les resultará más fácil exterminarse unos a otros, hasta el último hombre. Ellos lo saben; de ahí buena parte de la inquietud contemporánea, de su infelicidad, de su talante angustiado. Y ahora cabe esperar que el otro de los dos poderes celestiales, el Eros eterno haga una lucha para afianzarse en la lucha contra su enemigo igualmente inmortal. ¿Pero quién puede prever el desenlace? (Freud, S., 1930, 140)

A raíz de una nota al pie del editor, es posible enterarse de un dato muy valioso. Freud agrega esta pregunta en el año 1931, cuando ya empezaba a ser notoria la amenaza que representaba Hitler. Este dato agrega a la excepcional lucidez freudiana que se puede ubicar a partir de la lectura del párrafo recién citado; la posibilidad de dar cuenta de una escucha sensible en el autor a las cuestiones de su época.

En suma, desde la perspectiva freudiana el hombre aparece acechado por el peligro de sufrimiento desde tres ejes principales: la vulnerabilidad del cuerpo propio, la fuerza desmedida de la naturaleza y la insuficiencia de las normas que regulan el vínculo del hombre con los otros. Cada quien, según las potencialidades en su constitución psíquica y las posibilidades que brinda el medio hallará un mecanismo de búsqueda de la dicha y/ o evitación de la desdicha. Para quienes esto no es posible queda la neurosis como huida hacia unas satisfacciones sustitutivas (por las cuales pagan con un nuevo padecimiento).

Freud denuncia que la cultura fuerza a la renuncia pulsional de mociones sexuales y agresivas en sus miembros. Esa renuncia tiene como efecto un sufrimiento continuo que aparece bajo la forma de un sentimiento de culpa, por la agresión prohibida que ha sido introyectada.

Para Freud habría en el interior del individuo un desacuerdo entre sus aspiraciones egoístas y altruistas, de dicha individual y de dicha colectiva. De este conflicto, Freud espera soluciones atemperadas. Sin embargo habría otra lucha, la concerniente a Eros y muerte, de la que no podría vislumbrarse horizonte alguno.

## **1.2 El sufrimiento humano: sentidos aportados por la tradición judeo- cristiana**

En este subcapítulo se trabajará la respuesta a la pregunta por el sentido del sufrimiento humano ofrecida por la tradición judeo-cristiana, como se había mencionado en la introducción al capítulo.

Para ceñir esta respuesta, se realizará una lectura del libro de Job del Antiguo Testamento. El libro presenta las vicisitudes en la vida de Job, un hombre recto y temeroso de Dios; ganadero próspero, buen esposo, padre dedicado de siete hijos y tres hijas. Un hombre de fe.

En el libro de Job, satanás atribuye la rectitud de Job a su buena fortuna y le asegura a Dios que la integridad de Job se quebraría si perdiera lo que tiene (Libro de Job 1: 11; Hurault, B, trad., 2005) Así, ocurren calamidades que dejan a Job sin sus cuantiosos bienes primero y más tarde, trágicamente, sin sus hijos. Job, no obstante, conserva la fortaleza y la fe. En el texto bíblico Dios pondera este comportamiento frente a satanás, quien sin embargo, lo increpa: “todo lo que el hombre tiene dará por su vida pero extiende ahora tu mano, y toca su hueso y su carne, y verás si no blasfema contra ti en tu propia presencia.” (Libro de Job 2: 4- 5, Hurault, B. trad., 2005)

El Antiguo Testamento refiere que satanás, con el permiso divino, atormenta el cuerpo de Job. El dolor es devastador. Tres amigos vienen a consolar a Job y les cuesta reconocerlo. Job permanece callado durante largas horas junto a sus amigos y su mujer. Atónito, no pronuncia palabra. Finalmente rompe el silencio y maldice el día en que nació.

Los amigos pretenden ser sus consejeros y explicar el sufrimiento, pero Job no se conforma con esas explicaciones. Expone sus quejas y expresa la “amargura de (su) alma” (Libro de Job 10: 1; Hurault, B. trad., 2005)

En el texto bíblico, el primero de sus amigos, Elifaz, plantea que Dios es bueno y justo. Para Elifaz el hombre nace para sufrir y será Dios quien aliviará sus pesares.

Así se presenta el primer sentido atribuido al sufrimiento. Se trataría de un atributo inherente a la condición humana que sólo Dios podría aliviar. Ese alivio sería además motivo de júbilo, por el lazo del hombre con su creador.

Siguiendo con el libro de Job, la afirmación de Elifaz es la siguiente:

El hombre engendra su propio castigo y los temerarios atraen sobre sí la desgracia. Llama pues, si quieres, ¿quién te responderá? [...] ¡Dichoso es el hombre a quien Dios corrige! No desprecies pues la lección del Omnipotente, pues él es el que hiere y el que venda la herida, el que llaga y hace la curación con su mano. (Libro de Job 5: 7- 18; Hurault, B. trad., 2005)

Así, según el texto bíblico, Elifaz se presenta ante Job, este hombre sufriente, expresándole su creencia de que el penar humano se debe a los pecados y ofreciéndole su profunda fe en que Dios reconfortará a quienes sufren.

El segundo consejero que aparece en el relato bíblico es Bildad, quien atribuye a la impiedad de algunos hombres la consecuencia de recibir el escarmiento de Dios:

Sí, la luz del malvado se apaga y no brilla la llama de su fuego. Se oscurece la luz en su tienda y su lámpara encima de él se apaga. Sus pasos vigorosos se acortan y sus propios designios lo hacen tropezar. (Libro de Job 18: 5- 6, Hurault, B. trad., 2005)

Se establece aquí, un nuevo sentido del sufrimiento: la impiedad, el pecado.

En el texto bíblico, Job se defiende argumentando su inocencia y culpa a Dios: “Le quita la vida tanto al bueno como al malo. Si una calamidad trae repentinamente la muerte, se ríe de la desesperación de los inocentes” (Libro de Job 9: 22-23; Hurault, B. trad., 2005).

Se expresa aquí el desconcierto del hombre que sufre, Job, ante un destino de padecimiento, que tanto le ocurre al bondadoso como al pecador y culpa a Dios de gozar del sufrimiento de los hombres.

El tercer consejero que aparece en el libro de Job es Sofar, quien descrece de la afirmación de integridad de Job. Lo acusa de jactancioso y le atribuye una inmensa ignorancia opuesta a la sabiduría de Dios. Es el primer momento en que la cuestión del saber se liga al sufrimiento. El hombre se convierte así en portador de un padecimiento causado por un pecado que cometió (aunque él mismo no lo sepa o no lo recuerde). Dios, en cambio, con su sabiduría infinita, tiene conocimiento de ese pecado. Continuando con el texto bíblico, se encuentra la declaración de Sofar ante Job:

Tú has dicho “es pura mi conducta y soy irreprochable a los ojos de Dios”. Ojalá hablara Dios y te viniera a contestar y te revelara los secretos de la sabiduría que desconciertan a los más entendidos. Comprenderías entonces que él te pide cuenta de tu falta. (Libro de Job 11: 4- 6; Hurault, B. trad., 2005)

En las palabras que en el Antiguo Testamento son expresadas por Bildad y Sofar, encontramos el sentido del sufrimiento atribuido al pecado. La impiedad es, para ellos, lo que lleva al sufrimiento. Job argumenta en contra de esta idea, defiende fervorosamente su integridad, afirma que Dios se muestra indiferente ante la maldad y que los impiadosos prosperan y no reciben sufrimiento. Acusa a Dios de ser cruel, de no escucharlo, ni darle sus razones.

En el libro de Job aparece entonces un hombre más joven Elihú, que había escuchado todo en silencio. Elihú vuelve a hacer referencia al pecado y al saber. Declara que había permanecido callado esperando que hombres de mayor edad respondieran a Job con sabiduría. Como no lo habían hecho, Elihú habría decidido hablar. Elihú reafirma el juicio perfecto del creador. Explica que Dios da sus razones en modos que el hombre no entiende: mediante sueños y aún en forma de

dolores. El sufrimiento aparece así como un castigo, pero también como un aviso al hombre para apartarlo de un mal sendero en la vida.

En el libro de Job se puede leer la respuesta de Elihú a Job

En esto no tienes razón, es lo que te quiero decir, porque ciertamente Dios es más grande que el hombre. Tú te quejas de él porque no responde a tus razones, pero mira que Dios habla una vez y no lo repite dos veces. En sueños, en visión nocturna, cuando desciende el sueño sobre los hombres, cuando el humano duerme sobre su cama, él les abre el entendimiento y los espanta con apariciones para retraerlos del mal y apartarlos del orgullo. Así libra sus almas del sepulcro y salva sus vidas de la muerte. También instruye Dios al hombre en su cama, por medio del dolor y de la fiebre, cuando está hastiado del pan y rechaza los manjares apetitosos. Cuando su carne desaparece a la vista y sus huesos se transparentan, cuando su alma se acerca al sepulcro y su vida a la morada de los muertos. (Libro de Job 33: 12- 22; Hurault, B. trad., 2005)

El sufrimiento del hombre aparece así no sólo como castigo por sus pecados, sino también como prueba de la misericordia divina que le evita al hombre continuar por una mala senda, alejado de las enseñanzas de Dios. En sueños y en padecimientos tomaría noticia el hombre de aquello que Dios rechaza y habría allí una indicación de volver a una vida recta. En las aseveraciones de Elihú en el Antiguo Testamento, no sería Dios el que no escucha, sino el hombre, que no atiende al sentido de sus sueños y dolores.

Además el Antiguo Testamento anuncia una manera de salir del sufrimiento: el arrepentimiento, que se expresa en la afirmación de Elihú:

Ruega a Dios y es escuchado de él y contempla alegre el rostro de Dios. Luego publica lo sucedido y dice entre los hombres “había yo pecado y torcido el derecho, pero Dios no me ha tratado según mi culpa, libró mi alma del sepulcro y vivo ahora gozando la luz”. (Libro de Job 33: 27- 28; Hurault, B. trad., 2005)

La Biblia proclama además el rechazo de Dios por los hombres que tienen una pretensión de saber, cuando Elihú expone:

¡Él es el Omnipotente!, no podemos alcanzarlo, grande en fuerza y en justicia, soberano para salvar sin oprimir a nadie. Por eso los hombres lo deben temer, no hace caso ni siquiera de los sabios. (Libro de Job 37: 23- 24; Hurault, B. trad., 2005)

El saber es claramente ubicado como un atributo divino y queda descartado el saber en el hombre, que sólo creería que sabe, cuando por su condición humana nada puede saber. Su sabiduría es sólo la enseñanza de Dios.

El último interlocutor de Job en el texto bíblico es Dios, quien realiza un intenso cuestionario que convence a Job de su ignorancia:

Yavé respondió a Job en medio de la tempestad, y dijo “¿Quién es ese que oscurece mis obras con palabras insensatas? Amárrate los pantalones como hombre; voy a preguntarte, y tú tendrás que enseñarme. ¿Dónde estabas tú cuando yo fundaba la tierra? ¿Habla si es que sabes tanto! ¿Sabes tú quién fijó sus dimensiones, o quién la midió con una cuerda? ¿Sobre qué están puestas sus bases o quién puso su piedra angular? ¿Mientras cantaban a coro las estrellas del alba y lo aclamaban todos los hijos de Dios? [...] ¿Has llegado por dónde nace el mar y paseado por el fondo del abismo? ¿Se te han mostrado las puertas de la muerte? ¿Has visto los porteros del país de la sombra? ¿Has medido las llanuras inmensas? ¡Indícalo, si lo sabes! (Libro de Job 38: 1- 18; Hurault B, trad, 2005)

En el relato bíblico Dios no titubea ante los reclamos del hombre que sufre. No brinda explicaciones, sino que interroga. No demuestra su sabiduría, sino que con sus preguntas expone al hombre ante su propia ignorancia, lo obliga a reconocer que nada sabe, lo cual ocurre a continuación en el libro de Job. Él confiesa su ignorancia y manifiesta su arrepentimiento. Entonces Dios restituye la prosperidad de Job y aún duplica sus riquezas.

Confesión de ignorancia y arrepentimiento ponen fin así a las preguntas y las quejas de Job por un lado, pero también a su sufrimiento.

Es posible, en este punto ubicar la crítica freudiana a las religiones presente en *El malestar en la cultura*, donde Freud afirma:

Tampoco la religión puede mantener su promesa. Cuando a la postre el creyente se ve precisado a hablar de los “inescrutables designios” de Dios, no hace sino confesar que no le ha quedado otra posibilidad de consuelo ni fuente de placer en el padecimiento que la sumisión incondicional. Y toda vez que está dispuesto a ella, hubiera podido ahorrarse verosímelmente, aquel rodeo. (Freud, S., 1930, 84)

Es posible ubicar en la afirmación freudiana, el señalamiento respecto de que la religión no ofrece garantías al sujeto en la búsqueda de la felicidad, ni tampoco en sus empeños por evitar la desdicha. Cuando todos los velos han caído, el sujeto sólo puede subordinarse a los designios de otro, como Job, y reconocer su profunda ignorancia.

A modo de síntesis podemos situar los sentidos bíblicos atribuidos al sufrimiento humano (según se han desplegado en el libro de Job) del siguiente modo:

- Aparece, en primer término, la idea de que el sufrimiento es un atributo inherente a la condición humana que sólo Dios aliviará.
- En segunda instancia, el sufrimiento es atribuido al pecado y la impiedad del hombre. Ese pecado puede no ser sabido o recordado por el hombre, pero es seguro que Dios sabe de él.
- Finalmente, el sufrimiento se constituye en una prueba de la misericordia de Dios, que castiga al hombre como aviso para que vuelva al sendero de la rectitud, y así evite tormentos mayores
- Además, la salida del sufrimiento estaría dada por la confesión, la aceptación de la condición de ignorante, la atribución de saber a Dios y el arrepentimiento

### **1.3 Respuesta de la mitología griega a la pregunta por el sufrimiento humano**

Tal como se ha anticipado en la introducción a este capítulo, el presente subcapítulo versará sobre la respuesta presente en la mitología griega a la pregunta por el sufrimiento humano.

Tal como se anticipó en la introducción al capítulo, para el recorrido, se tomará el mito de Prometeo trabajado por Robert Graves, en su obra *Dioses y héroes de la Antigua Grecia*, publicado por primera vez en el año 1955.

Se situará además una observación que respecto de Prometeo realiza Friedrich Nietzsche, en su obra *Humano Demasiado humano*, publicada por primera vez en el año 1878.

Según Graves, en la obra mencionada, los titanes y las titánides habían gobernado el mundo bajo el mando del Rey Cronos hasta la rebelión de Zeus, que lleva al poder a los dioses del Olimpo. Prometeo, el titán que había creado a los hombres modelándolos con barro de río, mantiene en primer momento una relación pacífica con Zeus, quien expulsa del Olimpo a la mayoría de los titanes. Prometeo evita el ostracismo “por haber advertido a los otros titanes que Zeus debía ganar la guerra, haber luchado al lado de los dioses del Olimpo y haber convencido a Epimeteo de hacer lo mismo.” (Graves, R., 1955, 14) Atlas, en cambio, jefe del ejército de Cronos, es condenado a cargar sobre sus hombros la bóveda del cielo hasta el fin del mundo.

Siguiendo con el texto de Graves es posible observar que la situación de Prometeo, sin embargo no dura. Su destino cambia cuando roba el fuego de los dioses para regalarlo a los hombres. Zeus, astuto, crea una trampa: una mujer llamada Pandora que obsequia a Epimeteo. Advertido por Prometeo, Epimeteo declina el ofrecimiento. Esto desata la ira de Zeus, que encadena a Prometeo a una roca en las montañas, donde un águila le roe el hígado durante el día. Epimeteo, atemorizado, se casa con Pandora quien encuentra un día una caja, que Prometeo le había ordenado a Epimeteo guardar en un lugar seguro y no abrir. Cuando Pandora abre la caja sale un enjambre de horribles criaturas que son la vejez, la enfermedad, la locura, el rencor, la pasión el vicio, la plaga, el hambre que pican a Pandora y atacan a los mortales. Finalmente queda en el fondo de la caja una criatura brillante llamada Esperanza, que evita que los hombres caigan en desesperación. Esta criatura conlleva una paradoja: Por un lado, es lo único que permite soportar los males que salieron de la caja de Pandora; por otro lado, puede ser ubicada también como una calamidad, pues ningún padecimiento se modifica sólo con esperanza.

Para Nietzsche, en su texto *Humano Demasiado Humano*, la esperanza es el peor de los males, porque prolonga los suplicios del hombre.

Así, el sufrimiento en la mitología griega asume la forma de una condena dictada por los dioses, que desatan su ira por alguna conducta de transgresión, soberbia o indiscreción de los hombres para con ellos.

La paz está garantizada mientras se respeta el poder de los dioses: al principio, Prometeo, que se muestra servil a Zeus es perdonado, mientras Atlas, que enfrenta al más grande de los dioses es severamente castigado.

El mito de Prometeo permite entrever que cuando alguien avanza por la vía de su deseo, autorizándose a sí mismo (a espaldas de los dioses), esto conlleva una sanción que acaba con la paz y abre paso al sufrimiento. El mito también sitúa la impotencia de los hombres frente al sufrimiento. Nada pueden hacer frente a las calamidades, más que soportar con esperanza.

#### **1.4 El sufrimiento humano transformado en enfermedad**

Como se había previsto en la introducción a este capítulo, el presente subcapítulo se referirá a los procesos de medicalización y biomedicalización y su consecuente concepción de todo sufrimiento humano como enfermedad. Para este abordaje se tomarán las contribuciones del libro *Némesis Médica* de Iván Illich publicado por primera vez en el año 1975, edición con la que se trabajará. Además, se tomarán los aportes de Celia Iriart y Lisbeth Iglesias Ríos en su artículo *Biomedicalization and childhood: attention deficit hyperactivity disorder* publicado en el año 2012. Finalmente, se realizará una breve referencia a planteos de tres psicoanalistas. Con esa pequeña alusión, se pretende dejar planteada la posición que desde el campo del Psicoanálisis se establece respecto de las prácticas desubjetivantes de la medicalización y la biomedicalización. Se

encontrarán entonces una advertencia de Lacan, en su obra *Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis*, publicada en 1953, cuando el autor fija el inicio de su enseñanza.

También se aludirá a una puntualización de Luciano Lutereau, en su libro *El idioma de los niños*, publicado en 2014.

Finalmente aparecerá una observación de Françoise Dolto, en el *Prefacio* al libro *La primera entrevista con el psicoanalista* de Maud Mannoni, publicado por primera vez en el año 1965.

En los años 70 algunos autores, entre los cuales interesa destacar a Iván Illich, alertan sobre el fenómeno de la medicalización, a partir del cual toda experiencia humana de sufrimiento empieza a ser concebida como una enfermedad que debe ser tratada por el sistema médico. En su obra *Némesis médica*, Iván Illich (1915) retoma la figura griega de Némesis, quien representaba la venganza que caía sobre los hombres cuando pretendían usurpar los privilegios de los dioses. En la mitología griega, Némesis sería respuesta a “*hubris*”: la arrogancia del hombre que busca adquirir los atributos de un dios. Siguiendo esta línea, Illich plantea la aparición de una nueva Némesis médica que surge en respuesta a una *hubris* higiénica contemporánea.

Illich sostiene que la medicalización de la vida, es decir, la concepción de todo sufrimiento humano como patología y su consecuente abordaje médico supone por un lado, la soberbia médica y por otro una ilusión e ingenua credulidad por parte del público. El autor destaca además que los procesos de medicalización atentan contra el uso de los recursos subjetivos para hacer con la experiencia de sufrimiento o dolor. Así, Illich ubica que:

La autoridad médica se ha extendido a la asistencia supervisada de la salud, la detección precoz, los tratamientos preventivos y cada vez más al tratamiento de los incurables. El público reconoció este nuevo derecho de los profesionales sanitarios a intervenir en las vidas de las personas en interés de su propia salud. En una sociedad enferma el ambiente se modifica de tal manera que durante la mayor parte del tiempo la mayoría de las personas pierden su capacidad y su voluntad de autosuficiencia y finalmente dejan de creer que sea factible la acción autónoma. Anteriormente la medicina moderna sólo había controlado el

tamaño del mercado ahora este mercado ha perdido todo límite. Las personas no enfermas han llegado a depender de la asistencia profesional en aras de su salud futura. El resultado es una sociedad moribunda que exige la medicalización universal y una institución médica que certifica la morbilidad universal (Illich, I., 1975, 72- 73)

Illich denuncia la presencia de un factor iatrogénico en la medicalización. Entiende como iatrogénicos aquellos padecimientos nuevos que resultan consecuencia de la asistencia médica y que no se hubieran presentado sin el tratamiento.

En *Némesis Médica*, el libro al que se alude, es posible encontrar la denuncia de Illich (1975) de tres modos de iatrogénesis: clínica, social y estructural. El autor entiende como iatrogénesis clínica aquella que teniendo por causa la asistencia médica produce dolor, enfermedad y muerte. La iatrogénesis social está ligada, según Illich, a los efectos adversos para el ser humano, que se generan a partir de las políticas de salud que refuerzan una organización industrial. La iatrogénesis estructural está sostenida en elementos culturales que restringen la autonomía vital de un pueblo o una persona, incapacitando para atenderse unos a otros o reaccionar frente al propio sufrimiento.

Desde la perspectiva de Illich esta triple iatrogénesis constituye una espiral autorreforzante de retroalimentación negativa a la que llama Némesis médica. En esta línea, no hay salida de la Némesis médica mediante más medicalización. Este tipo de procedimientos son despersonalizados, el sufrimiento es aislado del contexto y en vez de propeler a la autonomía, dejan al sujeto inerme frente a Otro que desde su saber decide por él.

A este tipo de procesos se suman unos nuevos que son trabajados bajo el nombre de biomedicalización. Interesa retomar aquí las elaboraciones realizadas por Iriart e Iglesias Ríos, quienes sostienen que los procesos de medicalización hacen principal foco en la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación; mientras que la biomedicalización resalta el valor de la salud al que

ubica como un mandato moral. Así los sujetos se enfocan en desarrollar un auto- control, una vigilancia y una transformación personal.

En su artículo *Biomedicalization and childhood: attention deficit hyperactivity disorder*, publicado en el año 2012, Iriart e Iglesias Ríos(2012) destacan que los procesos de medicalización se redefinen como procesos de biomedicalización gracias al despliegue de determinados procesos comunicacionales, entre los que es posible ubicar:

- Campañas de comercialización explícitas (donde los medicamentos son publicitados a través de la prensa oral y escrita)
- Campañas de comercialización encubiertas donde supuestos expertos “educan” a la población (a través de los medios masivos de comunicación) respecto de ciertas patologías para que puedan identificarlas en sí mismos y en sus familiares a partir del reconocimiento de los síntomas.
- Espacios de información sobre enfermedades en internet que en ocasiones incluyen cuestionarios y tests para el autodiagnóstico.
- Grupos informales nucleados a partir de las enfermedades, tales como asociaciones de padres o pacientes. Estos grupos no siempre reproducen un discurso biomedicalizador pero se nuclean en torno de patologías.

Iriart e Iglesias Ríos entienden que los procesos biomedicalizadores son favorecidos por el cambio de estrategia de las industrias farmacéuticas que dejan de hacer foco sólo en los médicos para ocuparse de los usuarios de los sistemas de salud transformándolos en consumidores.

Se genera así una “ideología de control” que funciona como sentido común y que ocasiona consultas en que los pacientes creen saber que padecen determinada patología y cómo debería tratárselos. Así influncian a los médicos solicitando ellos mismos cierto tipo de tratamientos.

¿Por qué estos procesos tendrían interés para un psicoanalista? ¿Qué le aportarían al psicoanalista en su abordaje clínico con niños?

Para dar respuesta a estos interrogantes resulta relevante el categórico enunciado de Jacques Lacan, quien exhorta a los psicoanalistas en *Función y campo de la palabra y el lenguaje en Psicoanálisis*. Señala Lacan:

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues, ¿cómo podría hacer de su eje el de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? (Lacan, J., 1953 308)

Lacan ubica así la necesaria relación del analista con las coordenadas de su época, delineando una escucha que no es en el vacío, sino en un espacio y tiempo determinados. Espacio y tiempo que tienen efectos sobre los sujetos. Continúa Lacan (1953/ 2014)

Que conozca bien la espira a la que su época lo arrastra en la obra continuada de Babel, y que sepa su función de intérprete en la discordia de los lenguajes. Para las tinieblas del *mundus* alrededor de los cuales se enrolla la torre inmensa, que deje a la visión mística el cuidado de ver elevarse sobre un bosque eterno la serpiente podrida de la vida. (Lacan, J., 1953,308)

La imagen de la espira empleada por Lacan alude a que el analista no puede abstraerse de la posición en que está ubicado en su época, a la que, empero debe poder pensar. No poder situar las coordenadas de la época implica quedar confundido a la manera de Babel.

Los mecanismos de pensamiento y los fenómenos sociales a partir de los cuales son concebidos los padecimientos en cierta época, constituyen no sólo un telón de fondo donde se desarrollan las vidas de los seres humanos; sino que funcionan como determinantes que, unidos a otros factores, operan desde lo inconciente, generando las condiciones por las cuales un sujeto se ubica frente a lo que le sucede de una manera particular.

La escucha del analista se ve ferozmente limitada si no es capaz de atender a los procesos de su época.

Esto resulta de especial relevancia para los analistas de niños, pues los niños tienden a quedar ubicados como objeto frente a las expectativas de los padres y adultos a cargo y se toman por ello, particularmente proclives a caer en procesos de patologización, medicalización y biomedicalización que el analista debe necesariamente contemplar. En este sentido, resulta de interés el planteo de Luciano Lutereau (2014) en su libro *El idioma de los niños*: “Por esta vía, la presencia de salud se vuelve ausencia crónica de malestar, la realización personal es una producción constante y exponencial. En definitiva se nos ha quitado la posibilidad de crecer a través del conflicto.” (p. 61)

Asistimos así, a un escenario en que se distingue a los niños presuntamente sanos, que cumplen con éxito los pasos de preparación para la vida adulta y los que no. A éstos últimos se los rotula rápidamente y quedan catalogados con enfermedades y síndromes. Se pretende disolver el conflicto. Lo que se hace en realidad es reprimirlo, y, como enseña el psicoanálisis, a la represión le sigue el retorno de lo reprimido, en no pocas ocasiones, a la manera de síntoma.

La psicoanalista François Dolto (1965/ 1990) mostró que a menudo ciertos comportamientos que se consideran positivos en los niños porque adulan al medio, son en realidad signos de neurosis infantil o juvenil cuya adaptación resulta patológica y donde no aparecen opciones creadoras libres.

Algunas conductas de los niños que son halagadas por los adultos y catalogadas como presunta calma y buena educación corresponde muchas veces a formas estereotipadas o a inhibiciones que nada tienen que ver con un desarrollo infantil saludable.

Corresponde al psicoanalista tomar posición frente a este estado de las cosas. ¿Cómo hacerlo? En su práctica cotidiana, cuando a través de una escucha diferente recorta lo

esencialmente distinto de su apuesta clínica y ética respecto de otras prácticas guiadas por un empeño meramente clasificatorio.

## **1.5 Conclusiones**

El presente capítulo realizó el recorrido de cuatro respuestas a la pregunta que no cesa respecto del sentido del sufrimiento humano.

El Psicoanálisis, difiere de las tres respuestas restantes de manera radical. En primer lugar, porque no ofrece un sentido desde el cual entender el sufrimiento humano, sino que desentraña el mecanismo por el cual tiene lugar. En segundo lugar, porque acepta la singularidad de la respuesta de cada quien frente al asedio de los tormentos de la vida sin imponer la idea de un mecanismo universal, y finalmente porque no brinda una idea totalizante a partir de la cual entender la experiencia vital humana, sino que soporta la formulación de preguntas.

En las respuestas restantes, si bien de campos muy distantes, se observa en algunos puntos, mecanismos de pensamiento similares.

En la mitología griega, el sufrimiento humano es el punto en que los dioses hacen gala de su poder. Su arbitrariedad es claramente puesta de manifiesto en los tormentos que sufre el hombre. El hombre no puede avanzar hacia su deseo, sin que esto sea considerado una transgresión que debe ser penada.

En la tradición judeocristiana y el actual contexto de medicalización y biomedicalización, el saber lo porta el Otro. En la biblia el hombre es ignorante de los designios divinos que recaen sobre él mismo y sólo alcanza a conocer las enseñanzas de Dios. En los procesos de medicalización el hombre muestra un profundo desconocimiento y acude a la asistencia médica para tratar todo padecimiento.

Aun en los procesos de biomedicalización donde el sujeto cree saber; lo que sabe tiene que ver con nombres de enfermedades, nombres de tratamientos y métodos diagnósticos, que nada tienen que ver con él. Los profesionales (psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, docentes y aún psicoanalistas) que operan según los mecanismos de la biomedicalización creen saber anticipadamente acerca del sujeto al que no se dan tiempo para escuchar.

Es posible ubicar en las quejas que se escuchan a diario en el consultorio, planteos que vehiculizan elementos de las tres últimas respuestas mencionadas a la pregunta por el sufrimiento (la tradición judeo- cristiana, la mitología griega y los procesos medicalizadores y biomedicalizadores). La respuesta correspondiente a los procesos medicalizadores y biomedicalizadores, tiene efectos en la elaboración de diagnósticos que asumen una forma muy peculiar, en los que el saber del profesional se anticipa a cualquier posibilidad de escucha: los diagnósticos apresurados. Se aludirá a este tipo de diagnósticos en el próximo capítulo. En contraposición a esta forma de diagnosticar se apuntará a dar cuenta de otra modalidad del diagnóstico, ligada al Psicoanálisis, donde no hay universalidad en un saber que se anticipa sino más bien una constante disposición a sostener preguntas en un empeño por hallar lo singular de cada quien

## **Capítulo 2: El diagnóstico psicoanalítico no es un diagnóstico apresurado**

En el primer capítulo se puntualizaron cuatro respuestas a una pregunta que el hombre no cesa de formularse: ¿Cuál es el sentido del sufrimiento? Las respuestas corresponden en primer término al campo del Psicoanálisis, en segundo lugar a la tradición judeo-cristiana, luego a la mitología griega y finalmente a la aparición contemporánea de procesos de medicalización y biomedicalización. La última respuesta mencionada ubica a la enfermedad como sentido de todo sufrimiento humano, por tanto se trata de prácticas que tienen por efecto la emergencia de formas muy particulares del diagnóstico, que aquí se denominarán diagnósticos apresurados.

En el primer subcapítulo se apuntará a situar las características esenciales de los diagnósticos apresurados. Para ello, se considerarán aportes de Beatriz Janin, Jacques Lacan y Maud Mannoni.

Es preciso señalar que el analista no está exento de incurrir en el uso de diagnósticos apresurados, por lo cual se pretende abrir el interrogante respecto del diagnóstico propiamente psicoanalítico, asunto que se abordará en el segundo subcapítulo. Allí, se apuntará a destacar algunos aspectos del diagnóstico psicoanalítico, que la tesista considera de relevancia destacar. Estos aspectos no son necesariamente excluyentes entre sí.

La organización del segundo subcapítulo supondrá una presentación en siete apartados, que darán cuenta de cuestiones históricas y de los distintos aspectos que se pretende señalar respecto del diagnóstico en Psicoanálisis con niños:

- En el primer apartado se situarán las primeras consideraciones que en el campo psicoanalítico aparecen respecto de la noción de diagnóstico en clínica con niños. Para ello, serán tenidas en cuenta algunas contribuciones de Sigmund Freud, Telma Reca y Arminda Aberastury.

- En el segundo apartado se ubicará el aspecto psicopatológico del diagnóstico en Psicoanálisis con niños atendiendo a la relación entre Psicoanálisis y psicopatología. Se tomarán en consideración puntualizaciones de: Sigmund Freud, Jacques Lacan, Donald Winnicott, Pierre Fedida, Paul Laureant Assoun, Paul Bercherie, Colette Soler, Luciano Lutereau, Marisa Punta Rodulfo, Mario Waserman y, Marité Cena.
- El tercer apartado ubicará el diagnóstico de las posiciones subjetivas, para lo cual se considerarán conceptualizaciones de Luciano Lutereau, Liora Stavchansky, Luján Iuale, Satiago Thompson y los reparos que de este aspecto del diagnóstico expresa Silvia Bleichmar.
- El cuarto apartado contemplará el diagnóstico de los trabajos psíquicos, retomando ideas de Ricardo Rodulfo, Luciano Lutereau y Sigmund Freud.
- En el quinto apartado se tomará el aspecto de los tiempos del sujeto en la elaboración del diagnóstico, para lo cual serán consideradas elaboraciones de Alba Flesler.
- En el sexto apartado se atenderá a la dimensión metapsicológica del diagnóstico en la propuesta realizada por Silvia Bleichmar
- En el séptimo apartado se presentará la noción de hipótesis o conjetura clínica elaborada por Eduardo Said.

## **2.1 El diagnóstico apresurado**

A continuación se abordará el diagnóstico apresurado, tal como se había previsto en la introducción a este capítulo.

Los procesos de medicalización y biomedicalización de la vida como respuesta a la pregunta que no cesa acerca del sentido del sufrimiento humano, tienen como correlato un

producto tangible. Ese producto corresponde a lo que aquí se nombra como diagnóstico apresurado.

Se nombra aquí como diagnósticos apresurados a aquellos rótulos que se le adjudican a sujetos que presentan alguna forma de padecimiento psíquico en una práctica tan liviana como nociva. Los rasgos más inquietantes del diagnóstico apresurado son su carácter invalidante y la premura con la que se ubica al sujeto en una categoría sin dar tiempo a la escucha.

Se trata de diagnósticos que se producen por efecto de los procesos de medicalización y biomedicalización, como etiquetas que ya están disponibles, listas para usar en el momento del encuentro entre un profesional del campo de la salud mental y/ o la educación con un niño que sufre.

Los diagnósticos apresurados se caracterizan por:

- ofrecer un pronóstico sombrío para quien los porte
- hacer fuerte hincapié en algún rasgo de la conducta y el carácter (sin tomar en consideración cuestiones de la historia del sujeto ni del ambiente)
- ser concluyentes. Una vez que un diagnóstico apresurado se afirma es concebido como un elemento central a partir de los cuales son leídos todos los gestos y conductas. Todo lo que el niño dice y hace es entendido a partir de ese rótulo. Las preguntas empiezan a quedar silenciadas. Se tiende a no escuchar algo nuevo o discordante.
- plantear una relación paradójica con el tiempo que coagula las posibilidades de un sujeto.

En relación a este último punto, es dable destacar las afirmaciones de Beatriz Janin, quien en su artículo *Psicopatología infantil, aprendizaje y estructuración subjetiva* del libro *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ ADHD)*, publicado en el año 2004, señala:

Todo niño es un sujeto en devenir. Sin embargo hay dos ideas que se reiteran cuando se consulta por un niño con dificultades severas la exigencia de que se cure con urgencia y la fantasía de cronicidad. (...) La urgencia aparece como ausencia de un tiempo de un devenir posible y la cronicidad como la sanción permanente como lo que insiste en todo rótulo, en la no- salida.” (Janin, B., 2004, 27)

Este aspecto del diagnóstico apresurado le otorga una característica fuertemente iatrogénica, pues plantea como concluyente, un rótulo para un niño, que se encuentra en constitución.

En su escrito *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada* Jacques Lacan, del año 1945, postula tres tiempos lógicos: un instante de la mirada, un tiempo para comprender y un momento de concluir. Es posible pensar que el diagnóstico precipitado se realiza en un pasaje sin intermediación entre el instante de la mirada y el momento de concluir inhabilitando cualquier posibilidad de comprender. Es un diagnóstico en que el elemento central es la premura.

Es de suma importancia destacar que no por nombrarse como psicoanalista alguien estaría exento de incurrir en la práctica de ofrecer un diagnóstico precipitado.

Maud Mannoni, en su obra *El niño retardado y su madre* publicada en 1964 se manifiesta en franca oposición a prácticas de rotulación de las subjetividades.

Mannoni advierte: “Aquí son posibles dos actitudes: O bien el consultor “sabe” [...] o bien trata de comprender y el tiempo poco le importa: para condenar a un ser la hora suena siempre demasiado pronto.” (Mannoni, M., 1964, 27)

Así, la autora rechaza la posibilidad de un saber anticipado respecto del sujeto y establece la necesidad de la escucha por parte del analista que sólo puede desplegarse respetando la dimensión temporal precisa a tales fines.

La tentación de sucumbir a la práctica de ofrecer diagnósticos precipitados podría estar dada en primer término por una satisfacción narcisista de saber anticipadamente acerca del

sufrimiento de quien se presenta a consulta (invalidando así toda posibilidad de escucha) y en segundo lugar por la comodidad que implica responder sin desajustes a la demanda, allí donde es hecha, erigiéndose como la autoridad (que en realidad no hace más que un papel servil, por cuanto nombra lo que un discurso de época pide).

Resulta fundamental no caer en la trampa que imponen los diagnósticos precipitados, esa encerrona entre la cronicidad y la urgencia, esa soberbia de saber anticipadamente. Es preciso cuestionarse cada vez acerca de lo que “ya se sabe” y que opera como obstáculo para pensar psicoanalíticamente.

## **2.2 Hacia un diagnóstico psicoanalítico en clínica con niños. Diferencias entre el diagnóstico psicoanalítico y el diagnóstico apresurado**

Como se señaló en la introducción al presente capítulo, se apuntará ahora a ubicar al diagnóstico psicoanalítico en clínica con niños.

El diagnóstico apresurado corresponde a un saber que deja por fuera lo subjetivo, y es precisamente esa dimensión, la que tendrá en cuenta el diagnóstico psicoanalítico. Como sucede una y otra vez, el Psicoanálisis se interesa por ese resto que no interesa a otros dominios del saber.

Así, el diagnóstico psicoanalítico, a diferencia del diagnóstico apresurado, corresponde a la disposición de sostener preguntas en vez de ofrecer respuestas precipitadas. El psicoanalista formula preguntas donde otros pasarían de largo u ofrecerían sentido rápidamente. El analista se pregunta por el niño con el que se encuentra, por su juego o la ausencia de éste, por sus trazos, por sus dichos y por el estar de su cuerpo en el consultorio; se pregunta también por los dichos de sus padres y por el lugar que el niño ocupa para a esos padres, se interroga tanto por las categorías con las que trabaja como por las posibilidades clínicas de abordaje. La experiencia implica para el analista la posibilidad de formular más y mejores preguntas. No se ubica al analista en una tonta soberbia de ya saber; aunque, como cualquiera, si no está advertido podría caer en ella.

Un psicoanalista puede realizar un diagnóstico psicoanalítico que propicie aperturas o un diagnóstico apresurado que instale clausuras. Es su responsabilidad, cada vez, en cada caso.

### **2.2.1 La cuestión del diagnóstico en los albores del Psicoanálisis con niños**

Tal como se había anticipado, el presente apartado versará sobre las primeras consideraciones acerca de la noción de diagnóstico en Psicoanálisis con niños

La primera distinción diagnóstica surge en los momentos inaugurales del Psicoanálisis y pone en cuestión al abordaje clínico con niños. Serán necesarias varias torsiones para sostener la posibilidad de esa clínica, que debemos, por supuesto a Sigmund Freud y a las pioneras en ese campo: Hermine Von Hug Helmuth, Anna Freud y especialmente, en consideración de la tesista, a Melanie Klein, quien despega el análisis con niños de lo asistencial y lo educativo.

Sigmund Freud, señala en su obra *Sobre la iniciación del tratamiento*, publicada en el año 1923, que estas entrevistas deben realizarse siguiendo ya las reglas del Psicoanálisis y estarían destinadas a determinar la analizabilidad del sujeto dada por su aptitud para la asociación libre. Así, el campo de los analizables en el dispositivo clásico abarcará a los adultos neuróticos. Para los niños y los psicóticos será preciso ampliar los horizontes de la técnica y del dispositivo mismo. El Psicoanálisis con niños se constituye en el primer campo de extensión clínica del Psicoanálisis, luego del tratamiento de neuróticos adultos. Más tarde se expandirá al abordaje de las psicosis.

Hay entonces en el Psicoanálisis con niños un primer distingo diagnóstico que determina la no analizabilidad de los niños en el esquema clásico y que moverá a los analistas de niños a generar abordajes originales desde el inicio. Esta cuestión imprime sus peculiaridades a una clínica que es, desde sus momentos fundacionales, siempre de búsqueda, siempre abierta a la invención y la originalidad en términos de técnica y de dispositivo.

En nuestro país, contamos con valiosos aportes para el diagnóstico en clínica psicoanalítica con niños de las pioneras argentinas en este campo: Telma Reca y Arminda Aberastury.

Telma Reca es una de las figuras más destacadas en los inicios del Psicoanálisis en el abordaje con niños en nuestro país. Dueña de una inteligencia brillante y una fina sensibilidad, en su obra *Psicología, psicopatología, psicoterapia* publicada en 1973, Reca (1973) se declara “*enemiga de los rótulos*” (Reca, T., 1973, 1) porque considera que fomentan sectas y encubren dogmas. Reclama para sí misma la posibilidad de pensar; de analizar críticamente las distintas teorías. Así construye su enfoque genético, dinámico profundo en el que integra aportes, de la Psicología, la Psiquiatría y el Psicoanálisis.

Con exquisito oído clínico, Reca no queda presa de rótulos clasificatorios. Escucha al niño, atiende el caso por caso y se interesa por los síntomas. En términos de Reca:

Cualquiera sea el problema aparente, éste no debe mirarse como una enfermedad, sino como un síntoma de padecimiento de la persona, y tratarse como tal. (...) Cada paciente constituye un problema distinto, de gravedad diversa, y exige un enfoque terapéutico diferente” (Reca, T., 1943, 87)

Hay en Reca un respeto por la subjetividad de cada niño. En sus obras *Personalidad y conducta del niño* publicada por primera vez en 1936 y *La inadaptación escolar*, publicada por primera vez en 1943 Telma Reca plantea la necesidad de que los padres y los maestros respeten las diferencias individuales de los niños.

En su texto *La inadaptación escolar*, Reca observa con agudeza, síntomas aparentes y síntomas reales en cuadros llamados de inadaptación escolar y advierte acerca de la necesidad de encontrar indicadores tanto en el ámbito escolar como en el hogar. De este modo las quejas que pesen sobre la conducta de un niño en un espacio dado no alcanzan para establecer un determinado diagnóstico.

Reca cree que “las clasificaciones son artificiales e impotentes para *abarcara la complejidad de los fenómenos humanos*” (Reca, T., 1943, 30) Apunta por ello a un trabajo guiado por una mirada amplia que contempla tanto aspectos propios del niño y su historia como de su familia, su escuela y su medio social. Este trabajo lo realiza con el instrumento dinámico de las historias clínicas que ella misma desarrolla a partir de la técnica desarrollada por Leo Kanner.

Arminda Aberastury es habitualmente situada como la primera analista de niños en nuestro país, pues tal como destaca Ana Bloj, psicoanalista argentina contemporánea, en su libro *Retazos del Psicoanálisis con niños en la Argentina: Creaciones institucionales, biografías mínimas y algunas curiosidades—1940-1969—*: “resulta ser la primera psicoanalista en sentido “puro” en tanto no toma otras teorías de referencia para el ejercicio de la práctica que no sea la psicoanalítica” (Bloj, A., 2015, 57).

Aberastury tiene una posición activa frente a sus interrogantes. Sus preguntas la motivan en un doble movimiento: de formación y de invención en la clínica. Realiza valiosas y originales contribuciones en la técnica principalmente en relación al juego, a la primer entrevista con el niño y con los padres que serán retomadas en el cuarto capítulo de la presente tesis.

Interesa retomar ahora los primeros planteos freudianos respecto del análisis con niños. Freud sitúa aspectos problemáticos en este tipo de abordaje clínico que a su vez plantean retos al psicoanalista en lo tocante a la cuestión del diagnóstico. Señala Freud (1920 a/ 2012):

Unos padres demandan que se cure a su hijo, que es neurótico e indócil. Por hijo sano entienden ellos uno que no ocasione dificultades a sus padres, y no les provoque sino contento. El médico puede lograr, sí, el restablecimiento del hijo, pero tras la curación él emprende su propio camino más decididamente, y los padres quedan más insatisfechos que antes. En suma, no es indiferente que un individuo llegue al análisis por anhelo propio o lo haga porque otros lo llevaron (Freud, S., 1920, 144)

Freud resalta las características de la demanda en el análisis de un niño: son los adultos a su cargo, por lo general sus padres, quienes deciden realizar la consulta; pero además, están

presentes en la demanda de los padres unas concepciones de salud y enfermedad que no necesariamente coinciden con el diagnóstico psicoanalítico. En ocasiones, lo que moviliza la consulta por parte de los padres de un niño (como se situará en el próximo capítulo) es lo que para ellos genera una molestia. Por tanto, un analista no puede tomar esa demanda sin realizar sobre ella alguna operación.

Asimismo las categorías psicopatológicas provenientes del campo de la Psiquiatría también suponen nociones pertenecientes a un dominio del saber que tampoco comparte con el Psicoanálisis la misma mirada respecto de lo saludable y lo patológico. Esto conduce al análisis del diagnóstico en términos psicopatológicos y a las relaciones que se establecen entre Psicoanálisis y psicopatología que serán abordadas a continuación.

### **2.2.2 El diagnóstico psicopatológico. Vínculos entre el Psicoanálisis y la Psicopatología**

Como se había previsto en la introducción al presente capítulo; en este apartado se apuntará a ubicar la dimensión psicopatológica del diagnóstico, atendiendo a las relaciones entre Psicoanálisis y psicopatología.

La elaboración del diagnóstico en términos psicopatológicos, es probablemente la modalidad diagnóstica que despierta más controversia en Psicoanálisis con niños.

El diagnóstico psicopatológico consiste en la observación minuciosa de la sintomatología, considerando tanto la semiología positiva como la negativa, que permite ubicar el cuadro dentro de una nosología determinada.

Se trata de la práctica diagnóstica que, en apariencia, estaría más ligada a la Medicina, por su uso de nosología proveniente del campo de la Psiquiatría. Posiblemente de esa cercanía, en muchos casos sólo aparente, provenga su carácter controvertido. En medicina el diagnóstico constituye un elemento que precede a todo tratamiento posible. En Psicoanálisis, en cambio, el

diagnóstico es un proceso paralelo al tratamiento, no previo a éste. En su *34ª Conferencia, Esclarecimientos, orientaciones, aplicaciones*, publicada en 1933, Sigmund Freud refiere que en ocasiones se arriba al diagnóstico con posterioridad. El diagnóstico no es un punto de partida, sino un proceso que se realiza en transferencia.

A propósito de estas cuestiones resulta de interés retomar algunas observaciones de Donald Winnicott. En su trabajo *Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?*, publicado en el año 1959, Winnicott puntualiza:

Probablemente la aportación más importante hecha por el Psicoanálisis a la Psiquiatría y a la clasificación psiquiátrica consista en la destrucción de la vieja idea de las entidades patógenas. [...] el analista obtiene una visión del trastorno mental que difiere mucho de lo que obtiene el psiquiatra que efectúe un minucioso examen del paciente en un momento determinado de la historia del caso, como por ejemplo cuando ha habido un colapso o ha habido necesidad de recurrir a la hospitalización [...] en realidad en el desempeño de su tarea analítica se le hace evidente que la psiquiatría concierne a la diagnosis, lo que está haciendo es un tremendo esfuerzo por realizar lo imposible, ya que la diagnosis de un paciente no sólo se hace más clara a medida que el análisis va progresando, sino que además sufre alteraciones. (Winnicott, 1959, 158- 159)

Hay en las puntualizaciones de Winnicott una idea de que el diagnóstico en psicoanálisis no constituye un elemento estanco, que se establece de una vez para siempre, sino que supone cambios, lo cual, según el autor, echa por tierra con las ideas de las entidades patógenas inmutables de la psiquiatría.

El diagnóstico psicopatológico genera, por tanto, múltiples debates. Es posible situar distintas posiciones de los psicoanalistas en torno a este tipo de diagnóstico, que van desde el total rechazo a la aceptación con más o menos salvedades.

Quienes manifiestan su rechazo fundan las críticas al diagnóstico psicopatológico en dos ejes:

- a) La distinción entre lo normal y lo patológico
- b) El uso de la terminología psiquiátrica

a) En cuanto al primer eje, hay quienes entienden que el diagnóstico psicopatológico ubicaría al sujeto bajo un rótulo de normalidad o enfermedad, que en tiempos de estructuración psíquica podría tener consecuencias indeseables para los sujetos. Además, según esta serie de reparos tal distinción correspondería al discurso médico y no al psicoanalítico, por lo cual, señalan que sería mejor prescindir de este tipo de diagnóstico.

Estas posiciones destacan la teorización freudiana del conflicto y ubican la correspondencia entre mecanismos normales y patológicos que Freud realiza en su obra *Psicopatología de la vida cotidiana* publicada en el año 1901. Según esta posición, el trabajo del analista sería encauzar el conflicto prescindiendo de la distinción entre lo normal y lo patológico. Realizan así una lectura muy precisa, que no es enteramente compartida y cuyas posiciones contrarias serán situadas más adelante.

b) Con respecto al uso de terminología psiquiátrica: no existe una psicopatología infantil específicamente psicoanalítica sino que se emplea terminología psiquiátrica, es decir que el Psicoanálisis hereda categorías psicopatológicas de una disciplina con la que no comparte la concepción respecto de lo patológico. Esto supone polémicas continuas porque se trata de la extrapolación teórica de uno a otro campo del saber. Los términos que se toman prestados funcionan de una manera particular en su contexto originario. Es dable preguntarse cuánto de todo ese contexto traen consigo los términos al extrapolarse de una a otra disciplina. Muchos analistas advierten sobre la necesidad de evitar la alienación a discursos hegemónicos que pudieran obturar la práctica del psicoanalista, e incluso hay quienes se rehúsan, por ello, a utilizar categorías psicopatológicas.

A diferencia de estas posiciones, los psicoanalistas que aceptan el uso del diagnóstico psicopatológico fundan su posición en la importancia de precisar claramente la sintomatología y

los mecanismos defensivos. Destacan que esto no implica, sin más desatender a lo propio de cada sujeto, pero sostienen la importancia de situar un diagnóstico diferencial. En esta línea se posiciona la psicoanalista argentina contemporánea Marisa Punta Rodulfo, quien en su libro *La clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle*, publicado en el año 2015, sostiene la necesidad de realizar diagnósticos diferenciales precisos, libres de globalizaciones clasificatorias que atiendan a la singularidad de cada paciente.

El uso de categorías psicopatológicas no exime al analista a estar atento a las singularidades. En nuestro país, psicoanalistas como Mario Waserman y Marité Cena, de la generación de los '60, en su artículo *Niños de difícil diagnóstico*, publicado en el año 1990 pusieron coto sobre las aspiraciones universales de la psicopatología revalorizando el trabajo en el caso por caso.

Por lo general, los analistas que aceptan el uso de los diagnósticos psicopatológicos prefieren trabajar con el término de salud psíquica, que despega al sujeto de la norma más ligada a lo esperado por el contexto. En este sentido, se hace imprescindible destacar los estudios de Donald Winnicott, quien en su libro *El proceso de maduración en el niño*, publicado en el año 1962, entiende la salud como procesos flexibles de maduración que van desde la dependencia hacia la independencia.

Jacques Lacan, por su parte, en la entrevista que le realiza Françoise Wolff para la televisión belga en el año 1972 rechaza la alusión a la normalidad o anormalidad en Psicoanálisis:

Ningún analista debería permitirse, bajo ningún punto de vista, hablar de lo normal. Tampoco de lo anormal. El analista en presencia de una demanda de análisis debe ver si es propicia a lo que el proceso analítico se compromete. Como dice el refrán: "zapatero a tus zapatos". (Trads. Olga Mabel Mater, 1972, párr. 13)

Quienes utilizan diagnósticos psicopatológicos en sus prácticas cotidianas entienden que el uso de clasificaciones comporta el riesgo de la patologización, de allí que desde esta posición, hay

quienes ubican en los niños sintomatologías a dominancias, evitando situar estructuras en épocas tempranas, posición que tampoco es compartida universalmente en el campo psicoanalítico.

Sin embargo, además del peligro de caer en diagnósticos precipitados que patologicen, hay quienes alertan sobre el riesgo de no distinguir síntomas, dejando una situación en que nada sea patológico y destacan la importancia de la psicopatología para el trabajo clínico.

Pierre Fedida realiza valiosas contribuciones al respecto. En su artículo *Importancia de la psicopatología en las indicaciones psicoterapéuticas hoy en día en Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* publicado en 1999, Fedida sostiene que la Psicopatología está transitado una vía de destitución, en gran parte gracias a los psicoanalistas, a quienes acusa de haber dejado de lado la recomendación freudiana de no abandonar nunca la observación psicopatológica. De esa manera, según Fedida (1999) es fácil caer en especulaciones teóricas que desconocen los hechos de observación y que pueden caer en tautologías, en tanto sólo se encuentra en el sujeto lo que ya había previsto el profesional.

Asimismo, el autor denuncia que desde otros campos, como la neurofarmacología, se realizan prescripciones inmediatas sin interés por una descripción fina de lo observable. Fedida califica estas intervenciones de acónicas.

Desde la perspectiva de este autor, los síntomas en Psicoanálisis no pueden ser equivalentes al tratamiento psiquiátrico porque se ven modificados en el encuentro con el analista y señala que el uso abusivo del término síntoma en Psicoanálisis para todo tipo de manifestaciones puede llevar al psiquiatrización de ese campo.

Fedida propone el proyecto de una psicopatología fundamental, pues entiende que los nuevos conocimientos “solicitan una confrontación crítica de los modelos de comprensión de los procesos psíquicos y psicopatológicos”. (p. 33)

Para echar luz sobre la cuestión del lazo entre el Psicoanálisis y la psicopatología, interesa retomar aquí el análisis que Paul Laurent Assoun realiza en torno del modo en que Freud se vincula con las nociones psiquiátricas en su libro *La metapsicología*, publicado en el año 2002.

Señala Assoun:

Por un lado, Freud se refiere a la psicopatología existente, tomándole prestadas sus categorías, sin gastar demasiada energía en la impugnación de las palabras.(...) De hecho, Freud utiliza los términos “histeria”, “fobia”, “paranoia”, “demencia precoz” (después “esquizofrenia” o “parafrenia” “melancolía” y locura maniaco-depresiva, que están ya ahí antes de su intervención. Pero, por otra parte, introduce en la psicopatología –bajo el efecto de la problemática de la causalidad inconsciente, esta misma inducida de la clínica analítica– avanzadas como las que él redefine profundamente. Se habrá de subrayar en particular el que forje entidades nosográficas inéditas confiriéndoles una etiqueta metapsicológica. (Assoun, 2002, 101- 103)

Es posible situar que existe un doble juego de influencias entre la psicopatología psiquiátrica y el Psicoanálisis. En primer lugar, el Psicoanálisis hereda las categorías nosológicas de la Psiquiatría, pero también realiza sus aportes.

En lo tocante al Psicoanálisis con niños, fundamentalmente, los lazos con la psicopatología psiquiátrica no son de una herencia pasiva por parte del Psicoanálisis. Paul Bercherie, médico francés que se dedicó a las enfermedades mentales y lúcido investigador de la historia del tratamiento de las afecciones de esta índole, da cuenta de la influencia del Psicoanálisis con niños para la conformación de una clínica psiquiátrica infantil. En su trabajo *La clínica psiquiátrica del niño. Estudio histórico*, publicado en el año 1921, Bercherie refiere que los aportes psicoanalíticos y de la psicología del niño permiten la emergencia de la psiquiatría clínica infantil.

Ya a fines del siglo XIX y comienzos del XX existían las primeras clasificaciones de psiquiatría infantil, pero la introducción de una nueva clínica es partir de la influencia que tiene el psicoanálisis.

Las clasificaciones de esa época eran descripciones de los cuadros más graves de los niños, muy ligadas a la nosología de adultos. El empeño clasificatorio de la psiquiatría pre-psicoanalítica era sumamente limitado. Según Lebovici, Diatkine y Soulé, psiquiatras y psicoanalistas franceses autores del *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente* publicado en 1989, la clasificación psiquiátrica de la época eran idiotas o sujetos malvados, caracteriales y delincuentes. Las contribuciones psicoanalíticas permiten empezar a concebir aun esos cuadros de un modo diferente. Afirma Bercherie en su mencionado trabajo:

Aparece así una clínica nueva muy rica. Junto con ciertas categorías del período precedente, (neurosis y psicosis infantiles) y con la reinterpretación de la herencia de la primera etapa (manifestaciones caracterológicas y psicóticas de los débiles profundos) se abre un inmenso campo: enfermedades psicosomáticas propiamente dichas; problemas de conducta y manifestaciones afectivas patológicas; perturbaciones del desarrollo y de las funciones elementales: motricidad, sueño, control de esfínteres, lenguaje, etc.

Algunas novedades de esta clínica psiquiátrica del niño replantean nociones anteriores menos fecundas, como lo que había dado en llamarse problemas constitucionales (Bercherie, P., 1921, párr. 40- 41)

En el mismo texto, el autor destaca la deuda de la clínica psiquiátrica infantil con el Psicoanálisis y la Psicología del niño y señala que era imposible que se constituyera una clínica del niño simplemente importando categorías de la clínica del adulto. Según Bercherie:

A la inversa, la moderna clínica del niño, tal como se constituyó hace más de medio siglo sobre bases autónomas, impregnada de conceptos psicoanalíticos, ofrece a la psicopatología un pensamiento y una conceptualización muy apartados de los paradigmas médicos que siguen marcando la clínica del adulto. No llama la atención, entonces, que la clínica psiquiátrica infantil tenga un papel central y de apertura para el resto de la clínica. (Bercherie, P., 1921, párr. 64)

Los aportes psicoanalíticos impactan de distinta manera en los distintos contextos. Según Bercherie las nociones psicoanalíticas se integran de dos modos:

- En Alemania y Francia operan por yuxtaposición (como los tratados de Pichon de 1936, Robin, 1939 y Tramer)

- En los tratados de lengua inglesa se desarrolla una concepción de conjunto más homogénea (como el Tratado de Kanner de 1935)

Serge Lebovici, René Diatkine y Michel Soulé, en su *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* reconocen al Psicoanálisis la enorme influencia al campo de la psiquiatría del niño, por sus elaboraciones en torno de la sexualidad humana, la noción de trauma, la neurosis infantil, la historia libidinal.

Lebovici, Diatkine y Soulé (1989 b) afirman:

La difusión de la teoría freudiana, en lo que tiene que ver con el niño, ha comprometido a la psiquiatría dedicada a esta edad de la vida en una nueva dirección decisiva para su autonomía: no sólo ha encontrado ahí su especificidad, sino que desde entonces se ha constituido en referencia para los psiquiatras de adultos, porque valora los datos biográficos y la historia dramática de los conflictos infantiles de cada uno de nosotros, porque mide su importancia en la repetición de las conductas, porque permite tener en cuenta el valor de las relaciones intrafamiliares en la organización de los trastornos mentales. (Lebovici, Diatkine y Soulé, 1989 b, 29)

Por su parte, y como ya se ha situado el Psicoanálisis no tomó las categorías psicopatológicas de la Psiquiatría de un modo pasivo.

En su libro *La querrela de los diagnósticos*, publicado en el año 2009, Colette Soler, psicoanalista francesa contemporánea formada con Jacques Lacan, señala que tanto Freud como Lacan realizaron con la psicopatología una misma operación: retomaron las clasificaciones psiquiátricas y procuraron construir una teoría psicoanalítica de esa nosografía. Según Soler:

Esto se ve con mucha claridad en Freud. Desde el principio efectúa una operación muy simple: toma el mapa de los síntomas y se pregunta cuál es la incidencia descubierto por él, mediante el análisis de las neurosis, en cada uno de los síntomas. [...] Lacan retoma las categorías diagnósticas [...] Lacan pone en marcha el proyecto de repensar todos los fenómenos de las neurosis, de la psicosis y de la perversión, a partir de la estructura del sujeto en tanto determinado por la estructura del significante y del discurso. (Soler, C., 2009, 14)

Así, el diagnóstico psicopatológico en Psicoanálisis es en definitiva, un diagnóstico de la posición subjetiva (tal como se anticipó, el análisis de distintas formas del diagnóstico en apartados diferenciados, responde sólo a criterios expositivos).

Para clarificar este asunto, se retoma la puntualización hecha por Luciano Lutereau en su artículo *Clínica psicoanalítica y usos del caso* del libro *El sujeto en la estructura*, respecto del tratamiento que Freud realiza del síntoma de la afonía en el historial de Dora.

Afirma Lutereau:

Freud no escribe el caso Dora para corroborar un saber sabido, sino que en el relato da cuenta de cómo su teoría fracasa en la experiencia para llevar a un nuevo movimiento. De la misma manera tampoco debería creerse que utiliza esta referencia a la casuística para ubicar las diferentes instancias de un mecanismo anónimo; por el contrario, cuando Freud analiza el síntoma de la afonía de Dora nos muestra una actitud particular de la histérica ante el amor [...] En este sentido Freud no aplica un mecanismo, sino que construye una posición, un cierto conflicto con el amor. (Lutereau, L., 2015, 17)

Así, la operación del fundador del Psicoanálisis apunta a dar cuenta de la posición de Dora en tanto sujeto, no a construir un universal de un síntoma, pues en definitiva, tal como señala Lutereau “la clínica psicoanalítica no responde al padecimiento a través de su objetivación, como, por ejemplo, sí lo hace la clínica del médico, sino con la apuesta de localizar la posición del sujeto.” (Lutereau, L., 2015, 12)

Lutereau destaca además la actitud ética de Freud, que es capaz de confrontarse con una experiencia de fracaso, sin insistir con las fórmulas perimidas, abriéndose así un camino nuevo para pensar la clínica.

### **2.2.3 El diagnóstico de la posición subjetiva**

En el presente apartado se trabajará el diagnóstico en su intento por vislumbrar la posición subjetiva, tal como se había anticipado en la introducción del capítulo.

“En la clínica con niños se analiza una determinada posición subjetiva, aquella que llamamos “niño” (Lutereau, L. y Stavchansky, L., 2015, 22): tal es la afirmación de Luciano Lutereau y Liora Stavchansky en su libro *Reinventar el Psicoanálisis*.

Así, la clínica con niños no queda definida por datos cronológicos, sino por una determinada posición. Ser niño, para el Psicoanálisis, no corresponde, según los autores recién mencionados, a una sustancia que se define en sí misma, sino a la posición relativa a la pregunta: ¿Qué desea mi madre?

En su artículo *Dos notas sobre el niño*, escrito por Jacques Lacan en el año 1969, se ubica dos posiciones por entero diferentes: o bien el síntoma del niño representa la verdad de la pareja parental; o bien el niño realiza el fantasma materno.

Este artículo ha sido objeto de distintas lecturas. Ha recibido adscripciones y críticas. Hay quienes señalan que desde concepción sólo se apuntaría a pensar al niño como efecto de la estructura parental, el niño como mero precipitado de los padres, sin lugar para su propia subjetividad. Silvia Bleichmar sostiene que en la conceptualización lacaniana clásica, el niño deja de ser sujeto atravesado por su propio inconciente, para devenir objeto que viene a obturar la falta de la madre. Así, según la perspectiva de la autora, cae la pregunta sobre el deseo inconciente del niño como posición de éste en tanto sujeto clivado.

A propósito de esta cuestión los analistas Lutereau y Stavchansky señalan:

[...] podría pensarse en la situación de la pareja parental y la conyuntura en que el padecimiento que encarna el niño es un índice —una especie de flecha que señala— a los padres en algún punto íntimo de su relación. Sin embargo, el síntoma en el niño no sólo podría tener esta textura, —que no tendría mayor alcance que el de restituir la teoría del “chivo expiatorio”—, sino que también se orienta en función de una elección singular que ya se pone en juego desde la más temprana infancia. En este segundo aspecto cabría hablar de una toma de posición respecto del goce en el niño. (Lutereau, L. y Stavchansky, L., 2015, 21)

Así, los autores ubican en el síntoma del niño, ya una respuesta de éste en tanto que sujeto.

Como es sabido, el analista distingue una posición determinada en una cierta modalidad del lazo entre el sujeto y el Otro.

En 1919, Sigmund Freud se abocó al estudio de una fantasía primordial en su obra *Pegan a un niño*. Allí queda definida una particular posición en el fantasma, característica en las neurosis: la del sacrificio del sujeto en demanda de un signo de amor del Otro.

Sin embargo, tal como destacan Lutereau y Stavchansky, en su libro ya mencionado, hay niños que no se sitúan en relación a un signo de amor del Otro.

A propósito de este asunto, en el año 2012, los psicoanalistas argentinos Luján Iuale, Luciano Lutereau y Santiago Thompson publican el libro *Posiciones perversas en la infancia* retomando así, un tema que presentaba una vacancia en las teorizaciones de los psicoanalistas, pues la mayor parte de las producciones referidas al trabajo con niños se restringían al campo de las neurosis y las psicosis infantiles.

En su trabajo, los autores realizan una lectura del texto freudiano *Tres ensayos de teoría sexual* para distinguir el rasgo perverso polimorfo de la sexualidad infantil de carácter universal, de una posición perversa que daría cuenta de una determinada modalidad del goce.

Una lectura de Lacan les permite ubicar en ciertos niños indicadores de una posición que apunta a encontrar indicios de la división en el Otro. Los analistas sitúan allí una respuesta subjetiva en que lo que se erotiza corresponde a la pulsión de muerte.

El trabajo con niños en que se pueden vislumbrar posiciones autistas o de psicosis infantiles constituye, probablemente el campo donde más consultas previas al analista han tenido lugar, generalmente con el resultado de diagnósticos apresurados y tratamientos basados en una reeducación.

Determinar un diagnóstico de una posición autista permite al analista pensar en una apuesta clínica que exima al niño de vivir en un brutal aislamiento, preso de un terror feroz.

Distinguir una posición de psicosis infantil permitirá apuntar a un lazo en que el niño no quede arrasado por un Otro devorador y persecutorio.

En esta clínica, el analista, vuelto un exterior predecible no amenazante, propicia la construcción de un espacio propio del niño y un exterior apacible; que nada tiene que ver con prácticas más ligadas a un adiestramiento que a una praxis clínica.

#### **2.2.4 El diagnóstico de los trabajos psíquicos**

Se retomará aquí el interés planteado por el diagnóstico de los trabajos psíquicos, previsto para este apartado en la introducción al presente capítulo.

Para circunscribir esta forma del diagnóstico psicoanalítico se atenderá a las observaciones que dos psicoanalistas argentinos contemporáneos realizan respecto de los primeros encuentros con un niño en consulta.

En primer lugar, se retomará un planteo de Ricardo Rodulfo, psicoanalista argentino contemporáneo, Director de la primera especialización de Psicoanálisis con niños en Latinoamérica.

Ricardo Rodulfo, en su libro *Del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*, publicado en su libro 1992, señala que frente a una primera consulta se pregunta en qué trabajos psíquicos anda ese chico por el que se consulta.

El diagnóstico en Psicoanálisis permite determinar los trabajos psíquicos que se encuentra tramitando el niño, pesquisar asimismo si hay trabajos que se encuentren obturados y si es así por qué. Esto ofrece un claro panorama para la dirección de la cura.

En su libro *El idioma de los niños*, publicado en el año 2014, Luciano Lutereau afirma:

Lo primero que evalúo cuando me encuentro con un niño o un joven es si está creciendo, no si tiene “problemas” a los que yo me encargaría de ponerles un nombre. Un psicoanalista debe intervenir cuando la vida misma no está en condiciones de elaborar las situaciones conflictivas intrínsecas a la vida misma (Lutereau, L., 2014, 64)

Los planteos de Lutereau sitúan así no sólo la importancia de ubicar los trabajos psíquicos de un niño y los procesos de crecimiento que estén teniendo lugar, sino que además aluden a la posibilidad de interrogarse acerca de si es recomendable un análisis para ese niño en ese momento en particular.

Si pensamos, por caso, en el célebre niño del *fort-da*, cuyo juego Freud describe en su obra *Más allá del principio de placer*, publicada en 1920, nos encontramos frente a un niño que según las afirmaciones de Freud era elogiado por su carácter “juicioso”. Según Freud, el niño respondía a las cuestiones de su vida adecuadamente. Freud señala que aceptaba las prohibiciones que le imponían sus padres, que no los molestaba para dormir, pero destaca especialmente que no lloraba cuando su madre lo abandonaba durante horas; pese a que sentía por ella gran ternura.

En paralelo con esta situación el niño juega a arrojar lejos de sí un objeto, acompañando esta acción con el grito de *fort* y celebra el regreso del objeto con la exclamación *da*.

Si retomamos los planteos de Lutereau, es posible pensar que hay un proceso de crecimiento en este niño. Hay, en el niño del *fort-da*, trabajos psíquicos que dan cuenta de un crecimiento. Así, no sería este niño alguien a ser tomado en tratamiento.

Sin embargo, en este caso coincide una conducta adaptativa con un juego que implica crecimiento. Esto no siempre es así. Puede ocurrir que un niño esté realizando trabajos psíquicos que impliquen crecimiento y no obstante ello, sus padres y/ o educadores se sientan perturbados por algo en el niño. En este punto resulta de vital importancia hacer foco (atendiendo a los planteos de Rodolfo y Lutereau) en los trabajos psíquicos y el crecimiento del niño, para poder pensar en un diagnóstico que contemple la posibilidad de tomar o no a ese niño en tratamiento. La molestia en los padres y educadores requerirá a su vez algún tipo de operación por parte del analista a la que se hará referencia en el próximo capítulo.

### 2.2.5 El diagnóstico de los tiempos del sujeto

En el presente apartado se situará el aspecto de los tiempos del sujeto en la elaboración del diagnóstico psicoanalítico en clínica con niños, tal como se había previsto.

La clínica psicoanalítica no es una clínica de lo cronológico, aunque la edad es necesariamente un dato a tener en cuenta.

Como ya se ha situado, la clínica con niños, supone la atención a sujetos en constitución, de allí que resulte imprescindible situar los tiempos del sujeto, como tiempos de estructuración.

Interesa retomar algunos aportes de Alba Flesler, que la autora vierte en su libro *Niños en análisis. Presentaciones clínicas*, publicado en el año 2014. Apunta Flesler:

En la medida en que el analista localiza el tiempo del sujeto, se habilita a considerar especificidades del acto analítico y logra así alejarse de una técnica aplicada a los niños en la cual éstos son entendidos como si formaran parte de un conjunto universal.” (Flesler, A., 2014, 40)

Diversas teorías en Psicoanálisis dan cuenta de la constitución del sujeto. Para el abordaje de este apartado se retomarán nociones propias de la teoría lacaniana de estructuración del sujeto.

En la concepción lacaniana, el sujeto se constituye en el campo del Otro. Los tiempos del sujeto se inician con una anticipación en el campo del Otro, que puede tener lugar o no. Por ello, los tiempos del sujeto aluden necesariamente a tiempos del sujeto en su lazo con el Otro en que es preciso pesquisar el lugar del Otro, el lugar del sujeto y el lugar del objeto. Refiriéndose a los tiempos del sujeto afirma Alba Flesler:

Se despliegan en el tablero de la relación del sujeto con el Otro. Es preciso no olvidar que su curso no es natural, que la progresión temporal no se rige por las leyes temporales ni responde a la impronta evolutiva. Los tiempos del sujeto son, en todo caso, tiempos recreativos, móviles, dinámicos, y ellos se cursan, si y sólo si, se recrea la falta. Esta operación recreativa es esencial y está en el fundamento de los tiempos del sujeto. [...] Esa falta instaurada por una pérdida de goce debe recrearse más de una vez. Por esa razón, porque absolutamente nada es natural, los tiempos del sujeto estarán impregnados de una profunda contingencia, podrán o no realizarse, pues dependen de operaciones necesarias de realización contingente. En síntesis: puede o no recrearse la pérdida de goce y puede o no

haber intervalo entre el niño esperado por el Otro y el sujeto hallado. (Flesler, A., 2014, 77-78)

Flesler destaca que no hay promoción de un tiempo a otro, si no se ha cursado el anterior. Estos tiempos son necesarios, pero contingentes e imposibles de cursar sin dejar resto, por cuanto se trata de tiempos de recreación de la falta. Señala la autora:

Podemos afirmar que los tiempos del sujeto son tiempos de recreación de la falta y también son tiempos de escrituración del sujeto, siempre que entendamos que escrituración no es escritura, sino operación escritural [...] cada tiempo del sujeto reclamará un acto de escrituración. (Flesler, A., 2014, 43)

Es preciso que se produzca en cada uno de los tiempos del sujeto una recreación de la falta con un concomitante acto escritural.

## 2.2.6 El diagnóstico en su dimensión metapsicológica

Como se había dispuesto en la introducción del presente capítulo, este apartado versará sobre la concepción del diagnóstico en su dimensión metapsicológica.

Silvia Bleichmar distingue dos modalidades de emergencia de signos patológicos: el síntoma y el trastorno. Para Bleichmar, en su trabajo del año 1998, *Diagnóstico: una perspectiva metapsicológica* en *Cuestiones acerca de la técnica psicoanalítica con niños y adolescentes*, el síntoma configura una formación del inconciente, de carácter intrasubjetivo, en el que necesariamente está operando la represión originaria; mientras que en el trastorno se trataría de la emergencia en lo manifiesto de un conflicto en lo que la autora da en llamar la tópica intersubjetiva (relaciones primordiales con el semejante en los momentos previos a la instauración de la neurosis infantil) infantil.

Este ordenamiento permite a la autora establecer criterios de analizabilidad y de intervenciones posibles, pues sólo en el primer caso sería posible que tenga lugar en el niño una neurosis de transferencia. Según Bleichmar, en su libro *Clínica psicoanalítica y neogénesis*, publicado en el año 2001:

De modo breve: para que la implementación del método psicoanalítico sea posible tiene que haber: 1) inconciente, constituido y, a partir de eso, conflicto intersistémico; 2) sujeto capaz de posicionarse ante el inconciente 3) represión o defensa. (p. 27)

Bleichmar (1998) propone una pregunta que considera esencial a los fines diagnósticos: ¿quién sufre y por qué? La autora hace hincapié en la teorización de la primera tópica del aparato psíquico freudiano a partir del cual, lo que resulta satisfacción para un sistema, representa displacer o sufrimiento para otro.

Con interés diagnóstico, Bleichmar (2001) indaga si en el actual momento de la vida de niño de la consulta hay un proceso neurótico de carácter sintomático o bien un trastorno en el proceso intersubjetivo de producción psíquica.

La autora se interesa además por el lugar que ocupa en la economía psíquica del niño el malestar por el que se realiza la consulta y le preocupa saber si este malestar se encuentra al servicio del progreso psíquico o bien da cuenta de algo que puede enquistarse de manera patológica.

### **2.2.7 La hipótesis o conjetura clínica**

Como se señaló en la introducción al presente capítulo, este apartado presentará la propuesta de Eduardo Said, psicoanalista miembro de la Escuela Freudiana de Buenos Aires, quien pone en cuestión el término de diagnóstico para la clínica psicoanalítica y apunta al uso de hipótesis o conjeturas clínicas.

En su artículo *Estructuras diferenciales y conjetura clínica* de su libro *De fantasmas, ancestros, espectros y otras inexistencias más o menos amenazantes*, publicado en el año 2010, señala Said:

El propio término "diagnostico" arrastra un fuerte resabio historicista. Dice que hay un indudable fenómeno a acontecer y un agente de intervención, sea el médico, el psicólogo, el psicoanalista, que está para "curar" al paciente. Fija los parámetros en el orden en que los formula el saber médico, o sea por evidencias, por lo que es síntoma para la medicina, por lo manifiesto, por lo tanto por lo que desde la perspectiva de Lacan queda designado como lo imaginario. Define desde allí un curso previsible de evolución del fenómeno, aun cuando prevea alternativas. Decide el lugar del agente de intervención, para el caso el psicoanalista, que controlaría la evolución interviniendo para corregir desviaciones en torno a nociones de "salud" y "normalidad" que sin explicitarse deslizan supuestos adaptativos. Así planteada la cuestión, es evidente que esto no se corresponde con los fundamentos éticos y teórico-clínicos del psicoanálisis fundado por Freud. (Said, E., 2010, 55)

Por estas razones, en el mismo texto, Said realiza una propuesta a la que se adscribirá en el desarrollo de la tesis. Propone Said que "aun cuando en el uso coloquial se siga hablando de

diagnóstico en psicoanálisis, apuntar a definirlo como **Juicio Clínico o Conjetura Clínica en Transferencia**<sup>2</sup> (Said, E., 2010, 61)

La propuesta de Said descarta el plano anticipatorio propio de la noción de diagnóstico en el discurso médico y resalta el carácter incompleto, de puesta a prueba

Como se ha señalado el diagnóstico apresurado es efecto de un saber sin sujeto que está presente en los procesos de patologización, medicalización y biomedicalización.

Se sitúa a la hipótesis o conjetura clínica, como la práctica más distante del diagnóstico apresurado. En la presente tesis se adscribirá a la noción de conjetura clínica para conceptualizar el diagnóstico en clínica psicoanalítica con niños.

### **2.3 Conclusiones:**

El presente capítulo situó el diagnóstico en Psicoanálisis con niños en su profundo distanciamiento con el diagnóstico apresurado.

El diagnóstico apresurado constituye un producto de los procesos de medicalización y biomedicalización. Se trata de rótulos invalidantes que se adjudica a personas que no se adaptan a las expectativas que la sociedad tiene sobre ellos. Estos rótulos suponen una patología, allí donde aparece alguna actitud o conducta que no se ajusta a lo esperado.

El diagnóstico psicoanalítico no comparte esa mirada que reduce el conflicto a una patología.

Los diagnósticos apresurados además son concluyentes y a ellos se atribuye toda conducta o gesto infantil. Esto hace que cualquier elemento discordante sea desestimado.

Para el psicoanalista, en cambio, ningún elemento carece de interés. La atención flotante postulada por Freud lleva al psicoanalista a no privilegiar ciertas cuestiones en detrimento de otras.

---

<sup>2</sup> Las negritas son del autor.

La atención flotante impide que el analista deseche aquellos elementos que no coinciden con hipótesis diagnósticas formuladas de modo apriorístico.

Además, desde los inicios, quienes luego serían señaladas como pioneras en el Psicoanálisis con niños en nuestro país, sitúan un fuerte desprecio por las clasificaciones desubjetivantes. Telma Reca se declara enemiga de los rótulos. Arminda Aberastury, por su parte, muestra gran interés por la cuestión del diagnóstico y realiza contribuciones en el plano del juego y de las entrevistas con padres que serán revisadas en los siguientes capítulos.

No obstante, el psicoanalista podría, como otros profesionales, incurrir en la práctica de la emisión de diagnósticos apresurados. Por eso, se considera necesario que se expliciten con claridad las características del diagnóstico psicoanalítico.

En el capítulo se situó una serie de aspectos del diagnóstico psicoanalítico no necesariamente excluyentes entre sí, que son realizados con distintas intensidades en la concepción de diferentes autores psicoanalíticos, pues el campo psicoanalítico no comparte una mirada homogénea sobre este tema.

El capítulo permitió ubicar que el psicoanalista:

- apunta a situar en su diagnóstico una determinada posición subjetiva. Le interesa distinguir la modalidad del lazo entre el sujeto y el Otro.
- determina en su diagnóstico qué trabajos psíquicos está realizando el niño por el que se le consulta, cuáles están trabados, si es que esto ocurre, y por qué. Este elemento resulta esencial para decidir si se toma a un niño en tratamiento, primero y para orientar la dirección de la cura, después.
- considera en su diagnóstico los tiempos del sujeto. La clínica psicoanalítica no es una clínica de lo cronológico, por tanto, el diagnóstico no está determinado por la edad.

Interesan en cambio los tiempos de constitución del sujeto y la edad es otro elemento a tener en cuenta en esa constitución.

- en su diagnóstico distingue distintos modos de funcionamiento del psiquismo: qué procesos y mecanismos ya están instalados y cuáles aún no.
- no formula su diagnóstico para corroborar un saber sabido, sino como hipótesis o conjetura clínica que permite vehicular distintos momentos del tratamiento.

### **Capítulo 3: Acerca del saber- hacer del analista con el diagnóstico**

El presente capítulo apunta a situar el saber- hacer del analista con el diagnóstico como una de las especificidades de la clínica con niños.

El primer apartado estará dedicado a definir el saber- hacer y a distinguirlo de los saberes de los profesionales que realizan una adjudicación de diagnósticos apresurados, en tanto prácticas que se inscriben en los procesos de medicalización y biomedicalización.

Para ello se tomará en cuenta la conceptualización de saber- hacer elaborada por Jacques Lacan en el *Seminario 16 De un Otro al otro*, que el analista dicta en los años 1968- 1969.

Para distinguir el saber- hacer del analista con el diagnóstico de los saberes coherentes con la medicalización y la biomedicalización, resultarán de interés algunas afirmaciones que Friedrich Nietzsche expresa en *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*, texto publicado en el año 1873 y en su libro *El ocaso de los ídolos*, escrito en el año 1887.

Asimismo, serán de interés algunas contribuciones de Maud Mannoni presentes en sus libros *La educación imposible*, publicado en el año 1973 y en el libro *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, publicado en el año 1970.

El segundo apartado postulará dos campos del saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños, el campo del diagnóstico apresurado, que será analizado, y el campo de la conjetura clínica, que se abordará en la segunda parte de la tesis.

Resultarán valiosas algunas contribuciones de:

- Friedrich Nietzsche, de su libro *La gaya ciencia*, publicado en el año 1882,
- Maud Mannoni, de sus libros ya mencionados *La educación imposible* y *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Resultará de interés además, su libro *El niño retardado y su madre*, publicado en el año 1964, y

- Beatriz Janin, de su libro *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*, publicado en el año 2014.

El tercer apartado versará sobre las operaciones del analista con el diagnóstico apresurado.

En esas operaciones el psicoanalista despliega su saber- hacer.

Para el análisis de estos asuntos se tendrá en cuenta algunos aportes de:

- Sigmund Freud, presentes en la *Conferencia 34, Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*, publicada en 1933.
- Beatriz Janin, propuestos por la autora en su libro *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*, ya mencionado

Además, se tomará dos referencias clínicas a fines de ilustrar algunas ideas del tercer apartado. La primera de ellas, corresponde al caso Sidonie, paciente de Maud Mannoni, a la que la autora se refiere en su libro *El psiquiatra, el loco y el psicoanálisis*. La segunda referencia corresponde a la práctica clínica de Luciano Lutereau, quien alude a ella en una entrevista que el psicoanalista brinda al periódico *Los Andes* en el año 2014.

### **3.1 El saber- hacer del analista con el diagnóstico. Su diferencia con los saberes presentes en los procesos de medicalización y biomedicalización**

Como se situó en el capítulo anterior, los profesionales cuyas prácticas se inscriben en los procesos de medicalización y biomedicalización portan un saber del diagnóstico que está constituido antes de la escucha y que es atribuido a quien consulta en un primer encuentro, asumiendo la forma del diagnóstico apresurado. En no pocas ocasiones el diagnóstico apresurado es formulado en entrevistas con los padres aún antes de ver al niño.

Este tipo de saber está compuesto por una serie de categorías que establecen entre sí relaciones jerárquicas conformando un edificio conceptual. En la primera consulta el profesional

adjudica al paciente una categoría que forma parte de ese edificio preestablecido. Nada nuevo surge en ese encuentro. El paciente o los padres de éste, si se trata de un niño refieren el malestar y como consecuencia de ello obtienen un diagnóstico apresurado que se corresponde con una categoría previamente construida. Así, el procedimiento tiene lugar en un modo comparable al que Nietzsche adjudica al trabajo científico en su texto *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*, publicado en el año 1873. Afirma Nietzsche:

Como hemos visto, en la construcción de los conceptos trabaja originariamente el *lenguaje*; más tarde la *ciencia*. Y así como la abeja construye las celdas y simultáneamente las rellena de miel, así también la ciencia trabaja sin cesar en ese gran *columbarium* de los conceptos, necrópolis de las intuiciones; construye sin cesar nuevas y más elevadas plantas, apuntala, limpia y renueva las celdas viejas y, sobre todo, se esfuerza en llenar ese colosal andamiaje que desmesuradamente ha apilado y en ordenar dentro de él todo el mundo empírico, es decir, el mundo antropomórfico. Si ya el hombre que actúa ata su vida a la razón y sus conceptos para no ser arrastrado ni perderse a sí mismo, el investigador construye su cabaña junto a la torre de la ciencia para poder cooperar en su edificación y para encontrar él mismo protección bajo ese baluarte ya existente. (Nietzsche, F., 1873, 11)

De esta manera Nietzsche describe el trabajo del investigador científico como una tarea de construcción de categorías y la adjudicación de esas categorías a determinados elementos. Se trata de una tarea por completo rutinaria en que no surge ningún elemento novedoso. Allí no hay nada vivificante. Esa es la forma en que el saber medicalizador y biomedicalizador asigna diagnósticos apresurados.

La ironía de Nietzsche permite percibir este procedimiento con claridad. En el mismo texto, el autor señala:

Cabe admirar en este caso al hombre como poderoso genio constructor, que acierta a levantar sobre cimientos inestables y, por así decirlo, sobre agua en movimiento, una catedral de conceptos infinitamente compleja; y ciertamente, para encontrar apoyo en tales cimientos debe tratarse de un edificio hecho como de telarañas, tan fina que sea transportada por las olas, tan firme que no sea desgarrada por el viento. El hombre, como genio de la arquitectura, se eleva de tal modo muy por encima de la abeja: ésta construye con cera que recoge de la naturaleza; aquél con la materia bastante más fina de los conceptos que, desde el principio, tiene que producir de sí mismo. Aquí él se hace acreedor de admiración profunda -si bien, de ningún modo

por su impulso hacia la verdad, hacia el conocimiento puro de las cosas-. Si alguien esconde una cosa detrás de un matorral, después la busca de nuevo exactamente allí y, además, la encuentra, en esa búsqueda y en ese descubrimiento no hay, pues, mucho que alabar; sin embargo, esto es lo que sucede al buscar y al encontrar la verdad dentro de la jurisdicción de la razón. Si doy la definición de mamífero y a continuación, después de examinar un camello, digo: he ahí un mamífero, no cabe duda de que con ello se ha traído a la luz una nueva verdad, pero es de un valor limitado. (Nietzsche, F., 1873, 7)

Nietzsche trata con desdén al trabajo que desde la razón se realiza para construcción de conceptos y excluye a la verdad de ese campo.

Puede afirmarse, siguiendo la lógica de Nietzsche que el saber previo encuentra en un paciente, el diagnóstico que estaba construido de antemano y sólo permanecía a la espera de ser adjudicado a alguien. El procedimiento toma la forma de la metáfora nietzscheana de aquel que encuentra bajo un matorral lo que había escondido allí previamente.

De esta manera la teoría es usada con fines clasificatorios. Nada de lo subjetivo produce interrogación. A cada sufrimiento le corresponde una nominación patológica que fue postulada antes del encuentro del profesional con su paciente. El edificio de categorías es tan esquemático y organizado que resulta incommovible frente a la realidad de los que sufren. A propósito de este asunto, resulta de interés una máxima de Nietzsche. En *El ocaso de los ídolos*, el filósofo alemán plantea: “Desconfío de todos los sistemáticos y me alejo de ellos. El ansia de sistema constituye una falta de honradez” (Nietzsche, F., 1888, 5)

Nietzsche encuentra en el empeño obstinado por la sistematización un obstáculo para el pensamiento vivificante. La honradez intelectual requiere indagar acerca de eso que no encaja en las categorías ya conocidas.

En la clínica, si todo encuentra lugar dentro de un sistema de categorías predeterminado significa que no se está escuchando lo singular. Esta actitud da cuenta de una falta de honradez, en

tanto supone una praxis en la que se prefiere no considerar algunos hechos clínicos, por la simple razón de que no encajan en el sistema.

Desde una posición medicalizadora, la práctica de etiquetamiento en diagnósticos apresurados es situada como un avance. Esto se pone de manifiesto en el relato que una joven estudiante realiza frente a Maud Mannoni y al que la psicoanalista alude en su libro *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Refiere Mannoni:

— En un comienzo— me decía una estudiante— me producía un efecto cierta palabra loca que decía la verdad. Soñaba con ella. Ahora he progresado. Ya no me hace nada. Cuando un alienado habla llego rápidamente a clasificarlo en una categoría nosográfica. El saber sobre la verdad es algo que lo protege a uno. (Mannoni, M., 1970, 24)

El relato de la joven muestra cómo el empeño clasificatorio obedece en muchos casos no a intereses mercantiles, situación por demás frecuente, sino más bien a un intento por aliviar los efectos que se producen en el profesional cuando escucha el sufrimiento de un ser humano; fundamentalmente si alguna peculiaridad presente en el discurso de éste, lo interpela de un modo inquietante.

De este modo, el saber clasificatorio no es otra cosa que una protección frente a lo que suscita en un profesional escuchar lo radicalmente distinto, lo que no se comprende.

El saber- hacer del analista con el diagnóstico muestra más interés por escuchar lo subjetivo que por la sistematización académica, por eso es profundamente diferente de los saberes presentes en los procesos de medicalización y biomedicalización.

El saber- hacer del analista implica necesariamente reconocer que el diagnóstico se formula en transferencia, que no es posible formularlo sin reconocer los efectos que se producen en el analista durante la experiencia del análisis.

En cambio, en otras prácticas se apunta a la supresión de los efectos que perturban al profesional. Para ello, se utiliza un saber mediante el cual se arriba a diagnósticos apresurados que protegen a quien escucha de encontrarse con aquello que lo inquieta. Esto puede resultar un alivio para el oyente, pero de ningún modo favorece a quien realiza la consulta.

¿Cómo se espera arribar a algún tipo de progreso si desde el primer momento se ahogan algunas peculiaridades del discurso del paciente bajo diagnósticos apresurados, sólo porque interpelan al profesional que prefiere no lidiar con eso?

Tal actitud no corresponde al Psicoanálisis. Los espacios de supervisión y el análisis personal del analista operan de modo tal que el analista pueda vérselas con los escollos que se presentan en la clínica sin imputárselos al paciente en forma de etiquetas.

Es preciso aclarar que de ninguna manera los planteos aquí realizados pretenden desestimar el valor de los desarrollos teóricos. Lo que se intenta situar en cambio, es que los saberes clasificatorios, lejos de ser conceptualizaciones científicas, constituyen productos intelectuales resultantes de mecanismos de evitación que utilizan los profesionales frente a aquello que los altera.

A propósito de este asunto, en el libro *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis* Maud Mannoni afirma:

La paradoja del saber teórico reside en la manera en que se use, como máscara para ocultar la verdad de una experiencia, o como útil para orientarse más cómodamente en la búsqueda clínica, (en la que se encuentra uno mismo implicado) (Maud Mannoni M., 1973, 143)

Así, los saberes teóricos le permiten al analista situarse en la clínica y pensar la experiencia. No hay saber- hacer del analista sin saberes teóricos sólidos. Pero los saberes teóricos no equivalen al saber- hacer del analista.

El saber- hacer del analista es un saber que se sostiene en una praxis, que no anula al sujeto, sino que posibilita su emergencia, en tanto habilita la posibilidad de la experiencia psicoanalítica, sin anticiparse con saberes previos.

En el seminario 16, Lacan ubica el saber- hacer allí donde hay un vacío de significaciones en relación a un real imposible de ser atrapado por lo simbólico y lo imaginario.

Para precisar esta afirmación se retoma aquí un episodio breve del trabajo con un niño de once años que fue atendido por la tesista. Se trata de un niño que llegó a la consulta habiendo sido diagnosticado previamente con la entidad nosológica de Trastorno de Asperger. El niño vive con su madre, una mujer que manifestaba sentirse desbordada por las dificultades de su hijo. En varias oportunidades previas a la consulta, el niño había amenazado con suicidarse cuando su madre pretendía instarlo a hacer algo (realizar las tareas escolares, bañarse, ordenar su habitación, etc.)

Durante las primeras semanas del tratamiento, el niño tuvo una discusión con su madre por los motivos habituales. Sin saber qué hacer frente a la negativa del niño, la madre llamó al padre para solicitar su intervención. El padre pidió hablar con el niño. En esa comunicación le gritó que hubiera preferido que él no naciera.

Tras ese episodio el niño llamó por teléfono a la autora de la presente tesis. Vociferando, en medio de un llanto desesperado repetía: Dios no existe. Dios no existe.

Sus amenazas de suicidio eran la respuesta a un goce mortífero que venía del Otro, goce del que no había escapatoria ni amparo posible.

Trastorno de Asperger fue la categoría con la que se había catalogado a este niño. Un diagnóstico apresurado que nada decía sobre él. No hay saber clasificatorio que no revele toda su impotencia frente a lo desgarrador de una experiencia de sufrimiento.

Desde el Psicoanálisis, es preciso pensar cómo alguien se posiciona frente a lo real. Es necesario ubicar por qué sufre y cómo se presenta ese sufrimiento.

Desde ya, no se pretende bregar aquí por la falta de interés por el diagnóstico diferencial, al que se considera de suma importancia, pero más allá de las categorías nosológicas que permitan pensar un caso, es preciso que el analista pueda ubicar la respuesta subjetiva que cada quien logró formular en determinado momento.

En el Seminario 16 Lacan retoma las palabras del Eclesiastés “haz anillo de ese agujero, de ese vacío que está en el centro de tu ser.” (Lacan, J., 1968- 1969, 24)

De esta manera saber- hacer es saber- hacer un marco, un cerco que encauce ese real, saber- hacerse anillo que encauce ese vacío.

### **3.2 Acerca de la necesidad de un saber- hacer del psicoanalista con el diagnóstico apresurado**

En su libro *La gaya ciencia*, afirma Nietzsche: “Que un hombre se oponga a toda su época, que la deje en la puerta y le exija cuentas, ¡es algo que debe ejercer una influencia! ¡Poco importa que lo quiera o no; lo decisivo es que sea capaz de ello!” (Nietzsche, 1882, 91)

Resulta de interés al psicoanalista la exhortación en que Nietzsche conmina al hombre a pedir cuentas al tiempo en que vive, pues la escucha se torna artificial e impotente si es incapaz de considerar los asuntos inherentes a una época.

Los procesos de medicalización y biomedicalización constituyen en la actualidad los paradigmas imperantes a partir del cual son entendidos los sufrimientos del ser humano; por ello es preciso que el analista sea capaz de operar —advertido de ese marco— y que despliegue un saber- hacer en torno del diagnóstico apresurado.

No corresponde a la tarea del psicoanalista la emisión de diagnósticos apresurados aunque, como se aclaró en el capítulo anterior, el analista no es inmune a incurrir en esa práctica. Sin embargo, muchos niños llegan a la consulta después de haber recibido clasificaciones de esa naturaleza por parte de otros profesionales. El analista debe vérselas entonces con diagnósticos apresurados que él no formuló y que sin duda impactan en el psiquismo infantil. La entrada de un diagnóstico apresurado en la escena familiar no es sin consecuencias.

A propósito de esto cabe retomar aquí una observación de Maud Mannoni en su libro *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Mannoni afirma: “Toda medicalización de un malestar de vivir introduce el riesgo [...] de crear nuevas perturbaciones psiquiátricas antes que eliminar las ya existentes.” (Mannoni, M., 1970, 163)

Mannoni alerta así, acerca de la posibilidad de que se generen padecimientos nuevos a partir del abordaje medicalizador.

La atribución de un diagnóstico apresurado a un niño no es inocua, se trata de una práctica con fuertes componentes iatrogénicos, cuyas consecuencias indeseables pueden ser:

- el impacto nocivo del diagnóstico apresurado en la dinámica padres- niño,
- el impacto nocivo del diagnóstico apresurado en la dinámica niño- educador,
- la destitución del niño de su lugar de sujeto, y
- la instalación de mecanismos de estigmatización

### **3.2.1 El impacto nocivo del diagnóstico apresurado en la dinámica padres- niño**

Para tratar este punto, resulta pertinente destacar las advertencias realizadas por Maud Mannoni en su libro *El niño retardado y su madre*, publicado en el año 1964. Allí, la autora se refiere a la intensa perturbación que un diagnóstico puede producir en el vínculo madre- niño.

Mannoni declara que es posible que una madre deje de hablar con el niño, si se le comunica que es retardado o autista

En muchas oportunidades la adjudicación de un diagnóstico apresurado a un niño ocasiona que los padres modifiquen inmediatamente el trato que le profieren a su hijo. Cuando se indaga acerca de este cambio, es posible establecer que dicha transformación en el trato está determinada por las fantasías de los padres referidas a la enfermedad y al cuidado que precisan los enfermos. Así, aunque no ocurre en todos los casos, es habitual situar en el relato de los padres que el trato hacia el niño se modificó después de que éste recibiera el diagnóstico apresurado en alguno de los siguientes modos:

- Algunos padres sintieron desde el inicio un profundo desaliento que los llevó a considerar el estado actual del niño, como una condición irreversible, por lo cual dejaron de interactuar con él, abandonando las actividades, juegos e intercambios que solían tener. En muchas situaciones el niño pasó de ser alguien a quien los adultos se dirigían a ser algo de lo que se habla. El niño pasó a ser percibido no como un niño sino como un caso. Es común que se hable de él en su presencia como si no estuviera allí.
- En otros casos, establecieron con el niño un trato amable, plagado de contemplaciones y de indulgencia.
- Finalmente, en otros casos, aislaron al niño e intentaron mantenerse distantes.

Por supuesto estas no son todas las reacciones posibles de los padres al establecimiento de un diagnóstico apresurado a un hijo. Se sitúa estas reacciones en particular, porque son frecuentes y perjudiciales para el niño, que pierde las condiciones ambientales favorecedoras para el armado

de su psiquismo. La creencia de los padres en un diagnóstico invalidante tiene profundas consecuencias en el niño.

En su libro *Intervenciones en la clínica*, plantea Beatriz Janin:

A veces ciertas frases proferidas como metáforas (sin tener en cuenta la lógica infantil) se transforman para éste en verdades absolutas [...] Cuando de los progenitores es portador de una certeza que es incorporada por el niño como una frase definitiva de su ser y hasta puede llegar a sostener concepciones delirantes sobre su cuerpo o su pensamiento [...] Al quedar trabado el pasaje del afecto al sentimiento el yo se ve impedido de relativizar lo escuchado y aún de reprimirlo. Eso queda enquistado al modo de lo traumático, pero haciendo las veces de enunciado identificatorio. Es decir, lo que se enquista es una representación de sí estática y eterna, ya sea que en el niño no se ha consolidado aún la represión y entonces lo oído pase a formar parte de su mundo fantasmático, ya sea que sus fantasmas inconcientes coinciden con lo que el Otro significativo enuncia como aquello que lo identifica, puede haber un engarce entre lo escuchado y lo vivenciado que le impide cuestionar ese enunciado como definición de sí. Estoy convencida que es muy difícil para un niño poner en duda las afirmaciones que los otros significativos realizan en relación a su persona. (Janin, B., 2014, 141- 142)

Janin destaca los problemas que puede acarrear en un niño, sobre todo en etapas tempranas, la consideración desdeñosa que de él tienen sus padres, allí donde aún no hay elementos para poner en entredicho la palabra del Otro.

### **3.2.2 El impacto nocivo del diagnóstico apresurado en la dinámica niño- educador**

La atribución de un diagnóstico apresurado a un niño revela muy frecuentemente el empeño adaptativo, no educativo de las prácticas pedagógicas de algunos educadores y algunas instituciones. En esos casos, el acento se pone en la intención de que el niño permanezca quieto, en silencio, sin alterar el desarrollo de las clases tal como el docente las planificó. Se espera que obedezca al maestro y se relacione con sus compañeros de una manera que no sea conflictiva según la concepción del adulto. Si esto está garantizado, poca atención se brinda al sufrimiento infantil.

A propósito de este asunto señala Maud Mannoni en su libro *El niño, su enfermedad y los otros*:

El educador es quien naturalmente *desea* ese grado de adaptación relativa y quien lo determina. Cree que tiene en cuenta las necesidades y los intereses del niño, sin advertir que ante todo tales necesidades e intereses son los suyos (como adulto) (Maud Mannoni El niño, su enfermedad y los otros, 242)

Mannoni, aguda crítica de las instituciones de educación y salud mental, revela la verdad de la posición que asumen algunos educadores, a partir de la cual privilegian sus intereses de promover la adaptación de un niño; en detrimento de las necesidades y deseos de éste.

Por supuesto, no todos los educadores conciben de este modo la educación infantil. Sin embargo, la situación descrita no es un hecho extraño y aislado, sino una circunstancia sumamente frecuente que se observa en la clínica, razón por la cual se alude a ella en este espacio.

Puede argumentarse que la concepción a partir de la cual un niño educado es sinónimo de un niño adaptado es independiente de la práctica de adjudicación de diagnósticos apresurados. Debe concederse tal argumento, sin embargo es preciso señalar que los diagnósticos apresurados revelan la vertiente más degradante y segregadora de la educación pensada como adaptación. Esto se pone de manifiesto de dos maneras posibles:

a) La primera forma corresponde a la instancia en que un niño que sufre pero cumple con lo esperable en términos adaptativos recibe un diagnóstico apresurado. En ese caso, es frecuente que se lo encasille además en la categoría de “niño bueno” y la de “pobre niño”. Se trata de un niño que genera empatía, lástima. No ya su sufrimiento, sino su bondad queda ubicada en primer plano. Dicha valoración revela la alta estima en que se tiene a un niño cuando no genera molestias al adulto. Se valora que sufra en silencio, sin perturbar a los demás.

Como consecuencia del sentimiento de pena desde el cual el niño es percibido, en la escuela, se plantea que no es conveniente exigirle demasiado y se dice que se realiza una adaptación de los contenidos curriculares para que él consiga

aprehenderlos. Estos eufemismos nombran prácticas que resultan nocivas. La supuesta decisión de no exigir al niño, vehiculiza en realidad la falta de exigencia que los adultos a cargo de su educación se imponen a sí mismos en el desarrollo de propuestas pedagógicas que contemplen sus particularidades. Por su parte, la llamada adaptación de contenidos, muchas veces, no es más que un fragmento de la actividad regular que ha sido recortada.

Toda esta propuesta de desdeñable valor pedagógico encuentra justificación en el diagnóstico apresurado.

No es intención de la tesista afirmar que toda adaptación curricular sea realizada en la forma recién expuesta. Muchos docentes elaboran sus propuestas pedagógicas de un modo profesional, sensible a los requerimientos de los niños. Lo que se pretende destacar aquí es que:

- existen prácticas de subestimación de las potencialidades de los niños,
- que esas prácticas encuentran su justificación en los diagnósticos apresurados
- y que esas prácticas resultan lesivas para el armado del psiquismo infantil, pues el niño queda alienado a un lugar indigno, donde no hay desafíos propuestos a su intelecto ni propuestas que estimulen su creatividad. Así, el niño es premiado por bueno y el premio consiste en que se lo subestime. Independientemente de la variedad de contenidos de las actividades supuestamente adaptadas al niño, todas ellas transmiten un único mensaje: que él no puede. El niño entiende a partir de la actividad que le proponen que es percibido en términos de déficit.

b) La segunda forma corresponde a la instancia en que un niño que sufre y además presenta conductas que son consideradas inadaptadas en su medio escolar, recibe un diagnóstico apresurado. Podría ubicarse aquí la suposición de un “niño malo”, del que se cree que se comportaría de manera inadecuada con el único fin de perturbar a sus compañeros y docentes, sólo por maldad.

Cuando a un niño que presenta esas características se le atribuye un diagnóstico precipitado se ponen en marcha una serie de mecanismos tendientes a la segregación, de los cuales se pueden dar algunos ejemplos que ponen de manifiesto el componente cruel y el carácter rudimentario de las estrategias. Algunas medidas son:

- Aislarlo, sentándolo solo o negándole participar de los recreos.
- Compararlo con los considerados “niños buenos” o “pobres niños transmitiéndole así la idea de que el sufrimiento es tolerable, lo único que resulta inadmisibile es molestar a los adultos.
- Llevarlo a cursos de niños más pequeños, o ubicarlo en la fila correspondiente al sexo opuesto (por ejemplo, ubicar a un varón junto con las niñas, o a la inversa) apelando a que el carácter humillante de esa situación haga que el niño escarmiente y revea sus conductas.

Todos los ejemplos brindados corresponden a situaciones de las que la tesista toma conocimiento en su atención clínica de niños y que se repiten insistentemente.

Además, constituye una práctica muy habitual que algunos docentes dediquen gran parte del ciclo lectivo al armado de un legajo robusto, en el que se acopia informes de diversos profesionales que fortalecen el diagnóstico apresurado. Es común que estos legajos cobren valor a fin de año cuando se solicita a los padres del niño que lo cambien de escuela.

Cabe aclarar que no todos los docentes ni todas las escuelas utilizan mecanismos de segregación para con sus alumnos. Se hizo alusión a tales prácticas porque se intenta resaltar aquí que:

- En primer lugar, existen creencias portadas por algunos educadores, a partir de las cuales el padecimiento de los niños es atribuido a una supuesta maldad,
- En segundo lugar, cuando a esas creencias se suma la adjudicación de un diagnóstico apresurado al niño, se ponen en marcha mecanismos de segregación de alarmante crueldad,
- Y finalmente, que esos mecanismos resultan dañinos para el psiquismo infantil.

### **3.2.3 La destitución del niño del lugar de sujeto**

En su libro *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, Mannoni plantea:

Desde que se emite un diagnóstico de psicosis la presión de la familia y de la sociedad impulsa al médico a adoptar ciertas medidas en el punto preciso en que quizás el único acto médico válido sería oponer un rechazo a la queja familiar y prestar oídos a lo que dice un paciente que corre el peligro de desaparecer como sujeto bajo el ropaje de la locura, para convertirse para siempre en el objeto del cual se habla, del que se goza y del que se dispone. (Mannoni, M., 1970, 50)

Mannoni establece en sus dichos un punto crucial en que un profesional puede optar por la escucha o bien, por acceder a los reclamos y requerimientos del entorno. Si se opta por esta última opción el sujeto queda alienado a su diagnóstico. Allí, preso de la etiqueta, su horizonte no es otra cosa que un callejón sin salida. Es posible hacer extensivo aquí lo que Mannoni señala en relación al diagnóstico de psicosis, a todos los diagnósticos apresurados que se le atribuyen a un niño.

En el mismo libro recién citado, Mannoni expone que el diagnóstico psiquiátrico no le abre ninguna perspectiva nueva al sujeto, sino que se trata de algo destinado a otros. Plantea Mannoni:

“formular un diagnóstico psiquiátrico desaloja al enfermo de su posición de sujeto, lo somete a un sistema de leyes y de reglas que escapan a su comprensión e instaura así un proceso que desembocará lógicamente en medidas de segregación.” (Mannoni, M., 1970, 22)

La autora expone que el diagnóstico psiquiátrico destituye a quien consulta de su lugar de sujeto, lo cual lleva necesariamente a que se transforme en víctima de mecanismos de segregación. Es posible afirmar esto mismo del diagnóstico correspondiente a la medicalización y biomedicalización, independientemente del campo del que provenga.

#### **3.2.4 Mecanismos de estigmatización**

Como se señaló, el diagnóstico apresurado transforma las dinámicas familiares y escolares y hace estragos en la constitución del psiquismo infantil, pues destituye al niño de su lugar de sujeto. El niño pasa a ser el objeto de una conversación que se da entre los otros que lo rodean. En esa conversación es habitual que se pongan en marcha mecanismos de segregación y aislamiento.

El diagnóstico apresurado ubica al niño en una categoría diferente a la de sus pares. El niño a quien se le atribuye un diagnóstico apresurado es frecuentemente excluido, aislado.

Las situaciones de celos y rivalidad fraterna se agravan cuando padres y educadores asumen comportamientos inadecuados para el crecimiento con los niños a quienes estigmatizan como “pobres niños”.

La crueldad en el trato entre los niños se incrementa cuando los padres y educadores ubican al niño como un “niño malo”.

Rodeado de adultos que hablan de él, pero no le hablan y de otros niños con quienes no logra vincularse; el niño que porta un diagnóstico apresurado padece una profunda soledad.

No ocurre siempre, pero resulta muy frecuente que la intervención de un profesional dedicado a la integración del niño en el ámbito escolar, inhabilite todo acercamiento espontáneo posible entre los niños.

Es preciso señalar empero que los mecanismos de segregación y aislamiento no son los únicos que tienen lugar en el ámbito social en el lazo que se establece con un portador de un diagnóstico apresurado. A propósito de esto, Maud Mannoni asevera:

No basta con cuestionar la actitud defensiva de una sociedad, que excluye con excesiva facilidad al niño o al adulto “anormales”. Es preciso analizar también la actitud inversa, surgida del desconocimiento de aquella defensa. En este segundo caso, el retardado o el loco, se convierte en objeto de un verdadero culto religioso. Se halla en peligro de verse “recuperado” por instituciones caritativas compartido como objeto de ciencia y de una cura por una multitud de especialistas, mientras que civilmente su suerte corre el riesgo de verse definitivamente sellada por la gracia de un certificado de invalidez. (Mannoni, M. 1970, 13)

Con gran lucidez, Mannoni sitúa lo perjudicial de las etiquetas nosológicas en la estigmatización. La segregación es sólo un mecanismo con el que la sociedad reacciona en el trato hacia aquel que no se ajusta a la norma. Mannoni expone otros mecanismos ligados a valores compasivos que resultan dañinos para aquellos a los que se les confieren tales tratos a causa de ser portadores de una etiqueta nosológica.

Con enorme frecuencia, aquellos sobre quienes ha caído el peso de una nominación patológica resultan estigmatizados. No importa si se los trata en forma cruenta o piadosa; lo que ocurre en todos los casos de estigmatización es que se los cataloga como distintos a la norma, dejando su identidad coagulada en una etiqueta.

En su libro *El psiquiatra, su loco y el Psicoanálisis*, Mannoni destaca que el Psicoanálisis no niega la existencia de la enfermedad mental. Lo que le interesa destacar a la autora, es que la evolución de tales patologías está ligada al trato que aquel que es considerado enfermo recibe de su familia y de la sociedad.

### **3.3 El saber- hacer del analista con el diagnóstico apresurado**

Se propone aquí distintas operaciones del analista con el diagnóstico apresurado que dan cuenta de su saber- hacer:

- en lo tocante al trabajo con el niño, el analista apelará a intervenciones estructurantes,
- en el trabajo con los padres, el analista apelará a influjos analíticos que asumirán la forma de:
  - La apertura de un espacio de escucha y
  - Lo que aquí se denominará el gesto disruptivo
- en lo referido al trabajo con los docentes (si fuese necesario), el analista podrá apelar a influjos analíticos tales como:
  - El gesto disruptivo y,
  - La creación de un dispositivo adecuado de intercambio

#### **3.3.1 Saber- hacer del analista don el diagnóstico apresurado en su trabajo con el niño. La intervención estructurante**

En su libro *Intervenciones en la clínica*, Beatriz Janin distingue interpretaciones estructurantes de intervenciones estructurantes. Según Janin la interpretación supone la existencia de deseos inconcientes que puedan ser develados. La autora plantea que si los deseos inconcientes no están constituidos como tales no se puede interpretarlos, pero sí se puede operar psicoanalíticamente a través de intervenciones. Desde la perspectiva de Janin estas intervenciones apuntan a desarmar funcionamientos enquistados, ciertos modos de satisfacción. La autora ubica la intención de producir aperturas en confusiones identificatorias, posibilitar nuevas investiduras libidinales o modificar defensas tempranas.

Para dar cuenta de este punto se retoma el caso Sidonie, paciente de Mannoni, cuyo tratamiento es expuesto por la autora en su obra *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, publicado en el año 1970.

Sidonie es una adolescente de 17 años que padece de una anorexia grave. Cinco hospitalizaciones se intercalan con breves períodos de Sidonie en su hogar en que se niega a comer o ingiere vinagre, aspirinas y limones para intoxicarse. Los médicos están desahuciados. No esperan que sane. Se la considera una enferma crónica. Histérica y psicótica son los diagnósticos médicos.

Si bien Sidonie tiene 17 años, se eligió este caso para dar cuenta de intervenciones estructurantes, porque, más allá de una cuestión cronológica, de lo que se trata es de poder pensar el saber-hacer del analista cuando atiende a alguien que, en posición de objeto, es hablado por quienes encarnan un lugar Otro.

En la primera entrevista de Sidonie con Mannoni, la joven acude con sus padres. La analista describe sus primeras impresiones en los siguientes términos:

Sidonie, pequeña y frágil, tiene el aspecto de una muñeca de porcelana de Sajonia. Largos cabellos rubios le caen hasta la cintura, pero su rostro demacrado es el de una mujer anciana. Únicamente sus ojos tienen vida. Con la postura de una jorobada, vacilante. Sidonie parece estar a punto de quebrarse, tiene el aspecto patético de alguien que ha escapado a uno de esos campos de concentración que eran antesala de la muerte. La adolescente erra como un fantasma entre sus progenitores, prestos a sostenerla ante el menor desfallecimiento. (Mannoni, M., 1970, 130)

Mannoni sitúa con gran claridad la situación dramática que se pone en juego en esa presentación. Para referirse a Sidonie utiliza la figura de un sometido a un campo de concentración. Así, da cuenta de un arrasamiento subjetivo feroz en que el goce del Otro somete a un cuerpo a deambular como un fantasma. Sin embargo, aún en esa figura brutal que Mannoni ubica en la antesala de la muerte, podría situarse que la analista supone una salida, pues se refiere a alguien

que ha escapado. Frente al sin- salida del pronóstico médico, la psicoanalista transmite a través de su intervención la idea de que es posible salir de la escena mortífera en la que Sidonie está instalada. ¿Qué otra cosa, sino su deseo de analista podría llevar a Mannoni a sostener esa idea?

Según Mannoni, la entrevista se inicia del siguiente modo:

—Está a punto de desvanecerse— me dice la madre.

—Casi no se la traemos— me dice el padre.

—Y tú ¿cómo te sientes?— Le digo a Sidonie.

La respuesta es un gemido, eco del discurso de los progenitores.

—Eso es como se sienten tus padres, pero tú tienes sin duda una idea. Tu cuerpo es tuyo. Eres tú la que sabe si se siente bien o no se siente bien. (Mannoni, M., 1970, 130)

Con agudeza Mannoni interviene restituyendo a Sidonie su lugar de sujeto. La intervención apunta a separar su cuerpo del goce del Otro. Le señala que ella puede tener ciertas ideas distintas de las de sus padres y que su cuerpo es suyo.

Los efectos de la intervención subjetivante no se hacen esperar. Sidonie responde: “—¿Yo? Yo estoy muy bien. El espectáculo lo hacen ellos.” (Mannoni, M., 1970, 130)

La joven responde así en una clara separación de la posición parental. De su lado ubica el bienestar, del lado de sus padres, el espectáculo.

Los padres formulan toda una serie de afirmaciones reclamando la internación de Sidonie. Plantean que quieren irse de vacaciones, que el hecho de que Sidonie estuviera en la casa haría ese viaje imposible y finalmente señalan que si Sidonie está en la casa, sería su madre quien terminaría internada por la angustia que le causa toda la situación. Mannoni sostiene su apuesta ética. Dirigiéndose a Sidonie, dice: “—Es cierto que esto es un espectáculo, todos están dentro. ¿Qué propones tú? (Mannoni, M., 1970, 130)

La intervención de Mannoni implica a Sidonie, interrogando a la joven sobre su lugar en la escena y Sidonie responde: “Yo deseo tener paz, estar sola. Prometo cumplir puntualmente con las

entrevistas, no provocar un incendio, no suicidarme, no producir ningún escándalo con los vecinos.” (Mannoni, M., 1970, 130)

Así, frente a la intervención de Sidonie, surge una respuesta responsable de la joven.

A esta respuesta de Sidonie se opone el padre de la joven reclamando otro tipo de intervención de parte de Mannoni. Se retomará este punto, cuando se analice el trabajo del analista con los padres.

En suma, en las primeras intervenciones de Mannoni con Sidonie se observa un empeño estructurante en las intervenciones de la analista, que anticipa un sujeto, en contraposición a la posición de objeto en que padres y médicos la ubican. Mannoni apunta a la extracción de un goce desmedido del cuerpo y los pensamientos de Sidonie. Los efectos tienen lugar inmediatamente.

En las intervenciones estructurantes con el niño, el analista le reconoce a éste su lugar de sujeto, por fuera de toda asignación que hayan podido hacerle al niño, los padres, los médicos o la institución escolar.

### **3.3.2 Saber- hacer del analista con el diagnóstico apresurado en su trabajo con los padres**

En su *Conferencia 34ª título, Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*, publicada en el año 1933 Sigmund Freud señala la viabilidad del Psicoanálisis con niños. Afirma Freud:

Se demostró que el niño es un objeto muy favorable para la terapia analítica; los éxitos son radicales y duraderos. Desde luego, es preciso modificar en gran medida la técnica de tratamiento elaborada para adultos. Psicológicamente el niño es un objeto diverso del adulto. Todavía no posee un superyó, no tolera mucho los métodos de la asociación libre, y la transferencia desempeña otro papel, puesto que los progenitores reales siguen presentes. Las resistencias internas que combatimos en el adulto están sustituidas en el niño, las más de las veces, por dificultades externas. Cuando los padres se erigen en portadores de la resistencia, a menudo peligró la meta del análisis o este mismo, y por eso suele ser necesario aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores. (Freud, S., 1933, 137)

Desde la perspectiva de Freud, el análisis con niños es posible, aunque el autor señala que su continuidad se ve acechada por el ambiente, a diferencia del análisis de adultos donde lo que hace obstáculo son las resistencias internas. Para Freud, en el análisis con niños las resistencias están del lado de los padres. Por ello, el fundador del Psicoanálisis postula la necesidad de influjos analíticos sobre ellos, a fines de sostener la viabilidad del tratamiento.

Freud no realiza otras observaciones referidas a los influjos analíticos con los padres; sin embargo cada analista de niños sabe de la importancia de esta operación y ensaya alguna versión en su práctica cotidiana.

Se pretende situar aquí que una de las versiones actuales posibles de los influjos analíticos con los padres recomendados por Freud, puede ubicarse en las operaciones del analista con el diagnóstico apresurado. En esas operaciones el analista pone en juego su saber- hacer.

Para que el analista decida de qué modo operará con el diagnóstico apresurado, es preciso que sea capaz de distinguir entre tres situaciones posibles:

- La primera situación es aquella en la que el diagnóstico apresurado fue enunciado por un profesional o educador, pero no encontró una validación por parte de los padres, o al menos por uno de ellos. En este caso los padres, o uno de ellos, se interrogan acerca del sufrimiento de su hijo y buscan en el analista a una figura autorizada que habilite un espacio donde sostener esa pregunta. Se trata de padres que buscaron activamente otro tipo de consulta.
- En la segunda situación el diagnóstico apresurado fue emitido por un profesional y acatado, aunque no validado, por los padres y los educadores que a causa de su desorientación, obedecen a las indicaciones del profesional o los profesionales sin encontrar demasiado sentido en eso.

- En el tercer tipo de situaciones, el diagnóstico apresurado es sostenido por todos o la mayoría de los adultos que rodean al niño, los padres, los profesionales que lo atienden y sus docentes.

El analista operará en todos los casos mostrándose disponible a generar un espacio de escucha en que se pueda sostener una posibilidad de pensamiento por fuera de las etiquetas.

La distinción de los tres tipos de situaciones permitirá al psicoanalista apelar a un recurso diferente en la segunda y tercera serie de situaciones descriptas. Ese recurso es el que aquí se denominará el gesto disruptivo.

### 3.3.2.1 Influjos analíticos sobre los padres: la apertura de un espacio de escucha

En la primera situación es posible ubicar una posición deseante de los padres que, pese a su angustia se movilizan para buscar un espacio donde su hijo no quede alienado a una nominación patológica. Algunos pueden enunciar esta idea con claridad. Otros, en cambio, muestran un profundo malestar en lo relativo al diagnóstico apresurado que no logran decir. En ambos casos el analista opera posibilitando el despliegue del discurso de los padres, habilitando a que se plantee la demanda. Opera a través de la escucha y de señalamientos que organicen el decir de los padres. En ese decir, será posible para ellos, entender las razones de su distancia de los diagnósticos apresurados. Así advertidos, podrán pensar para su hijo en instancias subjetivantes y rechazar aquellas que ubiquen al niño como objeto.

En su libro *Intervenciones en la clínica*, Beatriz Janin se refiere a los diagnósticos sellos. La autora expone que los sellos no son inocuos y agrega:

Esto nos obliga a realizar un primer movimiento que supone instaurar dudas allí donde había certezas, generar preguntas y posibilitar de ese modo una transformación en la imagen de sí mismo (constituida en gran medida a partir de la mirada de los otros) (Janin,B. 2014, 203)

Siguiendo a la autora, se hace preciso inaugurar un espacio en que sea posible sostener la posibilidad de pensar por fuera de las certezas que instalan las etiquetas.

### 3.3.2.2 Influjos analíticos sobre los padres: El gesto disruptivo

Se pretende situar aquí que en las situaciones del segundo y tercer tipo, el analista opera a través de un gesto.

Se trata de un gesto disruptivo, que toma distancia de mecanismos de poder de una época, a la vez que los desnuda. Es un gesto que abre la posibilidad a la escucha, que se opone a la idea de que todo esté catalogado de antemano.

Los inicios del Psicoanálisis se vinculan con un gesto de esa naturaleza. El gesto freudiano es aquel que lleva al fundador del Psicoanálisis a ubicar en sus primeras pacientes un sufrimiento que merecía la atención, un discurso digno de ser escuchado. Cuando escucha a sus primeras pacientes, Freud rompe con concepciones de la época. Ocuparse del padecimiento de esas mujeres, hasta ese momento concebidas como farsantes o simuladoras, implica un gesto de quiebre con la lógica de su tiempo.

Un gesto de ruptura es también el que realiza el psicoanalista en nuestros días para operar con el diagnóstico apresurado. En ese gesto el analista pone de manifiesto su saber- hacer.

Podría creerse que el gesto disruptivo del psicoanalista enmascara una actitud del orden de una rebeldía adolescente. Nada más errado. En el gesto opositor del adolescente, el sujeto confronta para hallar un lugar propio que habilite una salida exogámica.

El gesto disruptivo del psicoanalista constituye una de las formas de su saber- hacer. A través de este gesto el analista denuncia que un sujeto no está siendo escuchado y que el modo en que su sufrimiento es concebido obedece al malestar de una época, no a su singularidad. En la

clínica psicoanalítica con niños de nuestros días el gesto disruptivo tiene un carácter despatologizador. Cada psicoanalista realizará este gesto de acuerdo a su estilo.

Para dar cuenta del gesto disruptivo en el trabajo con padres en nuestros días se tomará como ejemplo clínico a Sidonie, la paciente de Maud Mannoni a la que se aludió en el abordaje acerca de las intervenciones estructurantes.

En su trabajo del caso Sidonie, Mannoni refiere que cuando escucha el planteo de la joven de quedarse sola en la casa mientras los padres vacacionan, asumiendo compromisos y responsabilidades el padre lleva a la psicoanalista aparte y le dice: “Vea usted, no se ve, pero Sidonie nunca ha sido como los demás. Es retardada, es una niña, es preciso acostumbrarse a esa idea” (Mannoni, M., 1970, 130)

Según Mannoni, después de los intentos del padre por apelar a modos propios de una confianza con los fines de reclamarle a la analista que se ciña a los diagnósticos apresurados ya instalados, la entrevista continúa del siguiente modo:

Sidonie (agresiva): ¿Qué es lo que están complotando?

Yo: tu padre me ha hecho conocer una etiqueta más sobre ti: eres retardada, no eres como los demás, y se pregunta si es posible dejarte sola sin que hagas saltar todo por los aires.

El padre (asustado): Pero no había por qué decirle ese secreto sobre su retardo, esto le va a provocar otro complejo.

Yo: Sidonie sabe que se dice que es loca, retardada, histérica, perversa e incurable. No veo por qué de golpe, hay que hacer tanto misterio. Lo que no sabe es que está gobernada por todos esos veredictos de las personas mayores, que en ellos cree sin creer, y que esto la perjudica. (Mannoni, M., 1970, 130)

El gesto de Mannoni de hablar en voz alta frente a Sidonie acerca de los diagnósticos que le atribuyeron a lo largo de su vida pone de manifiesto que la analista:

- Desprecia las etiquetas
- Entiende que las etiquetas son nocivas para Sidonie
- No somete su práctica a poderes medicalizadores

- No acepta confabular con otros adultos para hablar de Sidonie, sino que le da la palabra a la joven

Este gesto impacta fuertemente en Sidonie, pero fundamentalmente produce cambios en los padres. Después del gesto de Mannoni, los padres deciden irse de vacaciones. Se le permite a Sidonie quedarse sola en la casa durante el día, como era su deseo. Se la deja al cuidado de un familiar, con quien la joven se lleva bien, durante la noche y se le da el dinero para manejarse con independencia.

Es preciso destacar aquí la contundencia del gesto de Mannoni, pues resulta muy habitual en la clínica con niños que los padres le hablen al psicoanalista sobre éste como si él no estuviera allí, muchas veces refiriéndose al diagnóstico apresurado del niño o a apreciaciones igualmente invalidantes. En esos casos el gesto del psicoanalista resulta insoslayable para separar al niño de ese lugar de objeto en que se lo está situando. Por supuesto no se propone una imitación del gesto de Mannoni. Simplemente se sitúa la pertinencia del gesto en esas situaciones. Cada analista intervendrá a partir de su escucha y de acuerdo a su estilo.

El gesto disruptivo del analista resulta muy sorprendente para los que lo perciben, pues instala una lógica diferente, permitiendo pensar las cosas de un modo distinto del habitual.

Algunos de los efectos del gesto disruptivo son:

- Que se origine una suposición de saber al analista, pues con su gesto, el analista toca puntos de verdad que hasta el momento no habían sido siquiera rozados por el diagnóstico apresurado.
- Que el analista sea percibido como una figura extravagante, pues lejos de convalidar lo que todos los adultos próximos al niño vienen sosteniendo, el

analista objeta abiertamente la certeza de una determinada nominación patológica.

- Que cause risa. Como es sabido la risa, además de la angustia, constituye un elemento de gran valor en la dirección de la cura. Aquí, como en el trabajo propio de un tratamiento revela que se ha situado un punto de verdad. El analista se comporta como el niño del cuento de Hans Christian Andersen, que denuncia la verdad del poder.<sup>3</sup>
- Que el analista sea percibido como una figura molesta, pues se niega a convalidar un diagnóstico apresurado que ofrecía alivio a padres y/ o a educadores.
- Que el analista sea acusado de “ponerse del lado del niño”, como si se tratara de una situación de confrontación entre el niño y los adultos, en la cual el analista, cual si fuese un juez, es llamado a determinar quién tiene la razón.
- Que el analista sea tratado por otros profesionales como un ignorante, pues no se presta a intercambiar con el resto, el saber medicalizador o biomedicalizador del que tantos participan.

En todos los casos el gesto por sí mismo, no es suficiente para dar por concluidos los influjos analíticos con los padres de un niño en determinado tratamiento. Cuando la operación es

---

<sup>3</sup> En el cuento *El traje nuevo del emperador*, publicado en el año 1837, como parte de *Eventyr, Fortalte for Bornn* (Cuentos de hadas contados para niños), su autor, Hans Christian Andersen, famoso escritor y poeta danés del siglo XIX relata la historia de un rey que tras haber sido engañado paseaba orgullosamente exhibiendo un supuesto traje nuevo, hasta que un niño gritó frente a la multitud:—El rey está desnudo. Se trataba de un hecho que todo el pueblo veía, pero que rechazaba para participar de la creencia común.

exitosa, el gesto introduce la posición analítica y posibilita que se genere la demanda que hará posible la apertura de un espacio de escucha para los padres.

### **3.3.3 Saber- hacer del analista con el diagnóstico apresurado en su trabajo con los educadores**

La clínica psicoanalítica con niños en la actualidad supone en ocasiones la necesidad de extender los influjos analíticos que Freud proponía para los padres sobre los educadores.

#### 3.3.2.3 Influjos analíticos sobre los educadores: El gesto disruptivo

Una de las formas en que el analista opera con el diagnóstico apresurado en el trabajo con los docentes es a través del gesto disruptivo. Allí se pone de manifiesto su saber- hacer.

Para abordar esta cuestión se tomará un ejemplo correspondiente a la práctica clínica de Luciano Lutereau que el psicoanalista refiere en una entrevista realizada para el periódico *Los Andes* en el año 2014.

En la entrevista que Luciano Lutereau brinda al diario *Los Andes* el 16 de agosto de 2014 el autor refiere:

A partir de la consulta de varios padres, que provenían de cierto medio escolar, me encontré en la situación de tener que hablar con una maestra y explicarle que no iba a atender a esos niños, porque los problemas por los que pasaban eran propios de su edad y no me interesaba psicopatologizar la infancia (que, junto con la criminalización de la pobreza, es uno de los dos males de nuestro tiempo). Al poco tiempo recibí un llamado, y esta docente comenzó un análisis para revisar las dificultades que ella tenía para asumirse en un lugar de autoridad. (Lutereau,L., 2014, párr.9)

Freud se dispone a escuchar a sujetos histéricos en un tiempo en que se hacía caso omiso a ese padecimiento. Lutereau, un psicoanalista contemporáneo, se niega a tratar a niños que atraviesan problemas propios de su edad, en un tiempo en que se psicopatologiza la infancia haciendo caso omiso de las subjetividades. Un gesto en apariencia opuesto está sostenido en

realidad por una misma actitud ética. Ambos gestos abren la posibilidad de la escucha y dan lugar a que surja una demanda.

A propósito del gesto de Lutereau es posible retomar una idea que Mannoni plantea en su libro *El niño, su enfermedad y los otros* en el año 1967. Allí Mannoni señala: “Cuando se introduce una posición analítica correcta en un establecimiento, la cuestión de una demanda de análisis personal se plantea en un plazo más o menos breve para una parte del personal.” (Maud Mannoni, M, 1967, 245)

Lógicamente Mannoni se refiere a su casuística que corresponde a su labor en instituciones. Para la autora la entrada de una posición analítica a una institución genera una demanda de análisis.

En la misma línea, el gesto de Lutereau genera una demanda porque introduce una posición analítica. El analista ubica su posición y causa la pregunta en la docente. Hasta entonces la educadora tenía la convicción de que algo no marchaba bien en esos niños y suponía un problema en cada uno de ellos, de allí que hiciera las derivaciones. El gesto de Lutereau objeta la convicción permitiendo que surja el interrogante y el punto de responsabilidad subjetiva. La docente se implica en su pedido.

#### 3.3.2.4 Influjos analíticos sobre los educadores: La creación de un dispositivo de intercambio

Muchas de las consultas por un niño en la actualidad surgen de la escuela. En no pocas ocasiones los docentes manifiestan preocupación por cuestiones que observan en algunos niños. Por esta situación convocan a los padres y expresan lo que han observado de distintas maneras que originan determinados efectos. Las comunicaciones asumen fundamentalmente dos formas:

- aquellas que propician aperturas: el docente expone sus observaciones, manifiesta sus inquietudes, invita a los padres a expresarse, escucha lo que ellos tienen para decir y se

abre una instancia de diálogo en que el educador sugiere o indica la consulta con un profesional, o bien;

- aquellas que generan clausuras: las reuniones se realizan en un marco de nulo señalamiento de las potencialidades del niño, sin tomar nota de que se trata de un psiquismo en constitución. La comunicación es fundamentalmente vertical. Los docentes informan acerca de los problemas del niño. En ocasiones se nombran cuadros psicopatológicos que pudieran estar afectando la salud mental del niño y en algunas circunstancias se afirma tal cuestión adjudicando al niño un supuesto diagnóstico sin dar lugar a dudas. Estas reuniones terminan habitualmente con la indicación de visita a un neurólogo y/ o el pedido de un psicodiagnóstico.

En casi la mayoría de los casos, ya sea que la escuela haya motivado la consulta en una u otra de las formas antes descritas, se solicita un informe del profesional con un pedido de diagnóstico.

Las familias y los educadores pueden iniciar la consulta por el niño con distintas fantasías respecto de qué se le pide a un analista. En muchas oportunidades se le demanda al analista que dé un diagnóstico y que ordene los que desde sus funciones no ha podido ordenarse ni desde la familia ni desde la escuela. Eso no significa que el analista ofrezca exactamente lo que se le pide. El analista ofrecerá la especificidad de su escucha y es él quien pensará acerca del encuadre desde el cual serán posibles sus intervenciones. Cabe aclarar que reflexionar acerca del encuadre no equivale a asumir una posición fóbica de evitación de cualquier pedido diciendo que no al pedido de informe, no a la visita al colegio, no al contacto con los educadores sin escuchar qué se pide allí. El psicoanalista escucha y plantea un abordaje clínico. Decide en el caso por caso si es preferible entregar un escrito, asistir a la escuela, tener reuniones conjuntas con varios docentes o

con alguno de ellos, si esas reuniones tendrán lugar en el colegio o en el consultorio del analista, en qué momento del tratamiento del niño se harán esas reuniones, si las comunicaciones serán sólo telefónicas, etc. Las intervenciones no pueden ser siempre las mismas en todos los casos. Sin embargo, es posible situar que en lo tocante a los requerimientos por un diagnóstico hay ciertas consideraciones generales y básicas que merecen ser tenidas en cuenta, ya sea que se trate de un informe escrito o una comunicación oral. Resulta esencial:

- Transmitir características del niño y del proceso no en términos de déficit
- Determinar la transitoriedad de ciertas conductas del niño
- Ubicar las dificultades del niño como un padecimiento y no como un problema moral
- Situar las condiciones del ambiente que favorecen al niño refiriéndose a aquellas que ya se observan en la institución y a aquellas que pudieran inaugurarse.
- Favorecer el surgimiento de preguntas por parte de los educadores (no sólo en torno del niño, sino respecto de cuestiones propias de la escuela y de la práctica de los docentes) no para responderlas desde un lugar de autoridad, pero sí para que puedan desplegarse interrogantes que ubiquen que no se trata sólo de un problema del niño.

Cualquier intercambio de un psicoanalista con la escuela debe ser hecho en el marco de un dispositivo que brinde el espacio y tiempo para trabajar sin saber de antemano. Introducir una posición analítica implica operar por fuera de lógica médica de diagnóstico- tratamiento, y de cualquier aspiración pedagógica por parte del analista.

### **3.4 Conclusiones**

El saber hacer del analista con el diagnóstico constituye una de las especificidades de la clínica psicoanalítica con niños, en la que es preciso postular un saber- hacer con el diagnóstico apresurado y un saber- hacer del orden de una conjetura clínica.

El diagnóstico apresurado es un elemento con el que el analista habrá de operar frecuentemente en la atención clínica con niños. Aun cuando la formulación de este tipo de diagnósticos no corresponda a su práctica, resulta muy habitual que al psicoanalista se lo consulte por niños que ya han sido rotulados bajo etiquetas nosológicas invalidantes por profesionales cuyas prácticas se inscriben en los procesos de medicalización y biomedicalización. De allí la necesidad de que el analista sea capaz de operar con este tipo de diagnósticos.

Los saberes propios de las prácticas de medicalización y biomedicalización conforman un edificio conceptual cerrado que es previo al encuentro del profesional con quien consulta y que no se ve interpelado por lo singular. Estos saberes sostienen prácticas de clasificación y etiquetamiento.

El analista, en cambio, despliega su saber- hacer interesándose particularmente por la respuesta subjetiva de quien consulta.

Desde ya que el psicoanalista cuenta con saberes teóricos, pero no son éstos los que rigen su praxis, sino que el hecho clínico constituye un real en torno del cual el analista irá tejiendo su saber- hacer.

El incremento de diagnósticos apresurados constituye un malestar de época que el psicoanalista no puede dejar de escuchar. Estos rótulos impactan sobre el psiquismo infantil porque su atribución a un niño produce graves consecuencias, de las que cabe destacar:

- La alteración de la dinámica familiar y escolar en un modo que resulta nocivo para el niño.
- La destitución del niño del lugar sujeto, dejándolo anclado en el lugar de objeto.
- La estigmatización

El saber- hacer del analista con el diagnóstico apresurado supone la realización de distintas operaciones:

- En primer lugar, en su trabajo con el niño el analista realiza intervenciones estructurantes,
- En segundo lugar, en el trabajo con los padres propicia la apertura de un espacio de escucha y/ o realiza su gesto disruptivo.
- Finalmente, en el trabajo con la institución escolar, el psicoanalista apela al gesto disruptivo y a la creación de un dispositivo de intercambio.

## **SEGUNDA PARTE**

#### **Capítulo 4: Valor diagnóstico de las entrevistas con los padres en clínica con niños y saber-hacer del analista**

El presente capítulo apunta a situar el valor diagnóstico de las entrevistas con los padres en Psicoanálisis con niños como una de las instancias en las que se pone en juego el saber-hacer del analista con el diagnóstico.

Para dar cuenta de este asunto se atenderá a las contribuciones de Arminda Aberastury, quien propone un tipo de entrevista inicial de indagación activa por parte del analista. Para ello, en el primer apartado de este capítulo, se analizará la propuesta que la autora expresa en su libro *Teoría y técnica de Psicoanálisis con niños*, publicado en el año 1962.

La inclusión de los aportes de Arminda Aberastury no da cuenta de una plena adscripción de la tesista a sus planteos, sino que obedece en primer lugar a una valoración de los aportes de la autora, pues se considera de gran importancia que Aberastury haya incluido el trabajo con los padres, reconociéndoles un lugar significativo en la clínica con niños. Si bien aquí serán considerados los asuntos relativos a cuestiones diagnósticas, que la autora ubica en una primera entrevista, ella también realiza propuestas originales que incluyen a los padres en el tratamiento de los niños.

En segundo lugar, la atención a las contribuciones de Aberastury referidas al uso diagnóstico de las entrevistas con los padres en Psicoanálisis con niños, obedece a una necesidad de reconocer y revisar las influencias teóricas que orientan las prácticas de los analistas de niños en la actualidad. Una lectura crítica de los aportes de la pionera en Psicoanálisis con niños en la República Argentina resulta insoslayable, si se pretende formalizar las prácticas contemporáneas. Es preciso decidir qué aportes de la autora seguirán sosteniéndose y cuáles serán abandonados o modificados para dar paso a otras formas de proceder de los analistas. Por tanto, las ideas de

Aberastury referidas al uso diagnóstico de las entrevistas con los padres, serán motivo de un análisis crítico en el primer apartado del presente capítulo. Para ello, resultarán relevantes algunas observaciones de las siguientes autoras:

- Silvia Bleichmar: se considerarán algunas puntualizaciones expresadas por la autora en una entrevista que brinda a la revista *Topía* en el año 2001 y,
- Beatriz Janin: se tendrá en cuenta algunas ideas desarrolladas por la autora en su libro *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*, publicado en el año 2014.

En el segundo apartado, se apuntará a situar los elementos diagnósticos que el analista logra precisar en las entrevistas con los padres. Para ello, serán considerados valiosos algunos aportes de Maud Mannoni en sus libros:

- *La primera entrevista con el psicoanalista*, publicado en 1965,
- *El niño retardado y su madre*, publicado en 1964 y finalmente,
- *El niño, su enfermedad y los otros*, publicado en 1967.

También resultarán valiosos algunos desarrollos de Alba Flesler presentes en sus libros:

- *El niño en análisis y el lugar de los padres*, publicado en el año 2007,
- *Niños en Análisis Presentaciones Clínicas*, publicado en el año 2014.

#### **4.1 La entrevista inicial con los padres en los inicios del Psicoanálisis con niños en la Argentina. Una lectura crítica de la propuesta de trabajo de Arminda Aberastury**

Como se anticipó en la introducción, el presente apartado apuntará a ubicar las contribuciones de Arminda Aberastury relativas al uso diagnóstico de las entrevistas con los padres.

En el libro *Teoría y técnica de Psicoanálisis de niños*, resulta muy evidente la importancia que para Aberastury reviste por un lado, entrevistar a los padres del niño con quien eventualmente

trabajaré y por otra parte, respetar la subjetividad del niño. En este sentido, la autora afirma: “Cuando los padres deciden consultarnos sobre el problema o enfermedad de un hijo les pido una entrevista, advirtiéndoles que el hijo no debe estar presente pero sí informado de la consulta.” (Aberastury, 1962, 75)

Así, en un doble movimiento, Aberastury se muestra dispuesta a escuchar las inquietudes de los padres y se niega a situar al niño como objeto. Reconoce el lugar de los padres en el análisis de un niño y reconoce también la subjetividad del niño.

La intervención de Aberastury resulta coherente con las operaciones que, en el tercer capítulo de la presente tesis, se propuso al analista para las situaciones en que un niño queda ubicado como objeto. En esas circunstancias, los padres y educadores hablan del niño en su presencia, como si él no estuviera.

En la asistencia de los padres a la entrevista, Aberastury encuentra ya un elemento diagnóstico. Según la autora:

Aunque sugerimos la conveniencia de verlos a ambos, lo frecuente es que acuda la madre, excepcionalmente el padre y muy pocas veces los dos. En algunos casos muy especiales un familiar, amigo o institutriz, han venido en representación de los padres. Cualquiera de estas posibles situaciones es, reveladora del funcionamiento del grupo familiar en la relación con el hijo. (Aberastury, 1962, 75)

De esta manera, para Aberastury, el modo en que los padres responden a las pautas propuestas por el analista para la primera entrevista, corresponde a dinámicas familiares que resultan de interés diagnóstico.

Podría agregarse al planteo de Aberastury una serie de variantes de la práctica clínica actual, donde es posible observar distintas formas de presentación que tienen lugar en el primer encuentro y que llevan al psicoanalista a preguntarse: ¿los padres asisten juntos?, ¿asisten por separado?, ¿piden no encontrarse?, ¿cada padre asiste con su nueva pareja?, ¿asisten con el propio

niño pese a la consigna?, ¿traen a la entrevista a hermanos del niño?, ¿postergan el encuentro porque manifiestan no tener quien cuide del niño? Todas estas situaciones corresponden a modos de presentación posibles de los padres de un niño en la entrevista inicial y son primeros indicadores de dinámicas familiares que ofrecen elementos de interés diagnóstico al psicoanalista.

En esta misma línea y para completar la intervención de Aberastury, se considera aquí un asunto de interés observar si el pedido del analista según el cual el niño debe ser informado acerca de la consulta es tenido en cuenta o no; situación que se corrobora en la primera entrevista con el niño.

Arminda Aberastury tiene expectativas muy claras respecto de la información que se propone obtener en la primera entrevista. Por ello, en el texto mencionado, la autora señala:

No consideramos conveniente finalizar la entrevista sin haber logrado los siguientes datos básicos, que necesitamos conocer antes de ver al niño: a) motivo de consulta; b) historia del niño; c) cómo se desarrolla un día de su vida diaria, un domingo o feriado y el día de su cumpleaños; d) cómo es la relación de los padres entre ellos, con sus hijos, con el medio familiar inmediato. (Aberastury, 1962, 75)

Así, Aberastury expresa con claridad el modo en que concibe la entrevista inicial con los padres como un empeño activo de indagación por parte del analista que ya sabe de antemano, los aspectos de la vida familiar del niño que le interesa conocer.

Este aspecto de la concepción de Aberastury, es cuestionado por Silvia Bleichmar en un reportaje que la psicoanalista brinda en el año 2001 a Mirtha Benitez, Diego Soubiate y Ariel Pernicone para la revista *Topía*, publicación psicoanalítica. En esa ocasión, Bleichmar plantea que el tipo de preguntas que realiza Aberastury en la entrevista inicial con los padres, corresponde a una cierta psicología psicoanalítica, portadora de una determinada ideología de clase. Señala Bleichmar.

Por ejemplo, preguntar cómo festeja los cumpleaños un niño. [...] Era la búsqueda de pautas normativas comunes en el interior de la vida de cierta clase media, de cierta época histórica. Incluso esa pregunta podría ser muy interesante si se la definiera en contexto,

buscando estructuralmente las condiciones que la determinan, pero no para afirmar o descartar ciertas formas de crianza pautadas desde el consenso de un sector del *establishment*. (Bleichmar, 2001, párr. 21)

De este modo, siguiendo a Bleichmar, podría pensarse que las preguntas de Aberastury pondrían en primer plano las inquietudes de la persona de la analista, en detrimento de la escucha de cuestiones propias del niño. Así formuladas, las preguntas se vuelven infértiles, pues no son realizadas desde una posición del analista coherente con la abstinencia. En las preguntas de Aberastury de la primera entrevista con los padres, resultan evidentes sus preconceptos respecto de los aspectos de la vida de un niño. Que el psicoanalista confíe en la experiencia de un análisis y brinde el tiempo necesario para el despliegue del discurso de los padres, permite evitar que las preguntas se tornen vehículo de prejuicios.

Como ya se señaló, resulta valiosa la inclusión de los padres que Arminda Aberastury realiza en los tratamientos de niños que dirige y los reparos que aquí se expresan no empañan para nada esta cuestión.

Siguiendo con el libro *Teoría y técnica de Psicoanálisis con niños*, interesa retomar aquí un planteo de Aberastury, quien afirma:

Para formarnos un juicio aproximado sobre las relaciones del grupo familiar y en especial de la pareja, nos apoyaremos en la impresión que tengamos al reconsiderar todos los datos consignados en la entrevista. Ésta no debe parecerse a un interrogatorio, en el cual se sientan enjuiciados. (Aberastury, A., 1962, 75)

De esta manera, Aberastury se muestra interesada por generar un espacio propicio para que los padres se expresen libremente. La intención de la autora resulta muy apropiada, pues es sumamente frecuente que la consulta por un niño genere en los padres angustia, culpa, vergüenza y es importante que el analista no quede ubicado como alguien destinado a sancionar fallas en los padres y/ o en el niño.

La inquietud de Aberastury resulta por eso, muy adecuada. Sin embargo, desde el punto de vista de la tesista, el planteamiento de la entrevista no puede tener otro efecto que el de ser vivido por los padres como un interrogatorio, pues se trata de preguntas que son iguales para todos y que ya están previstas de antemano. Que sean realizadas en un marco de respeto y cordialidad no modifica el hecho: se trata de un interrogatorio.

Interesa retomar aquí, algunas consideraciones de Beatriz Janin en su libro *Intervenciones en clínica con niños*, publicado en el año 2014, en que la autora plantea:

¿Cuánto tiempo tomó el pecho? ¿Cuándo fue el control de esfínteres? Son datos que podemos preguntar, pero si lo hacemos de inicio en la primera entrevista, obturamos la posibilidad de que esos elementos aparezcan en un relato, en el que se anuden efectos y otros recuerdos; entonces la historia que armen será fundamental, en tanto son ellos los que pueden recordar lo que en el niño es huella sin palabras, pero fundamentalmente porque es la historia que han construido sobre ese niño y sobre ese vínculo, la historia que le transmiten al hijo, el armado que han podido hacer, que muchas veces es fragmentario, contradictorio y que suele ir variando a lo largo de las entrevistas. (Janin, B., 2014, 20- 21)

Beatriz Janin, valora que el analista pueda acceder al conocimiento de ciertos aspectos de la historia del niño, pero fundamentalmente, muestra interés por el momento y el modo en que aparecen esas cuestiones en el relato de los padres. Si el analista se muestra apresurado por completar un cuestionario, las experiencias de un niño y de sus padres quedan reducidas a meros datos. Se pierde en primer término, la posibilidad de situarlos en una historia libidinal, de experiencias, sensaciones e inscripciones. Queda trunca además, la oportunidad para que los padres se escuchen entre sí y puedan articular algo nuevo en su discurso. Finalmente, se inhabilita esa instancia en que una experiencia se organiza y resignifica de un modo particular cuando es dicha frente a un psicoanalista.

En el mismo texto citado, agrega Janin:

Si pensamos las entrevistas con los padres (o los adultos que consultan por el niño), como anamnesis, al estilo médico, como un lugar para recabar datos, siguiendo un cuestionario prefijado, estaremos operando con una teoría de la historia como acumulativa, con una idea

de la constitución psíquica que nos lleva a buscar hechos traumáticos. Estaremos suponiendo un registro “objetivo” de sucesos y que por consiguiente que los padres funcionan a pura conciencia. ¿Podrían los padres darnos una versión “objetiva” sobre su hijo, como si se tratara de un objeto de observación? ¿No van a estar involucrados en cada palabra que digan sobre el niño? ¿No hablarán inevitablemente de ellos mismos al hablar de su hijo? [...] Es fundamental tener presente que los padres son, como cualquier adulto, sujetos escindidos y que las relaciones padre-hijo se encuentran inevitablemente marcadas por las pasiones y por el narcisismo. Nos preguntamos: ¿quiénes hablan, de quién a quién? ¿Quién habla a través de ellos y qué de ellos habla? (Janin, B., 2014, 19)

Así, apuntar en la entrevista inicial con padres, a recabar datos previstos de antemano, es ubicarlos como meros informantes, negando sus subjetividades y da cuenta de una fantasía infantil de omnipotencia parental que les adjudica a éstos ser testigos implacables de la historia de su hijo; al modo de ojos que todo lo han visto o de un diario en el que todo ha sido inscripto.

Para el psicoanalista, en cambio, es preciso pensar en el modo en que los padres están implicados en aquello que relatan. Así, los saltos en el discurso, las lagunas, los recuerdos borrosos son elementos que también tendrán valor diagnóstico, además de los relatos claros y los recuerdos nítidos.

Es posible señalar que el cuestionario prefijado de Aberastury para la entrevista inicial con padres no se corresponde con el discurso psicoanalítico pues aparecen de modo muy notorio las creencias del analista determinando su escucha. Sin embargo, es preciso situar que la pionera del Psicoanálisis con niños en Argentina asume sí una posición psicoanalítica cuando indaga acerca del modo en que tuvo lugar una experiencia.

En el libro publicado en 1962, *Teoría y técnica de Psicoanálisis con niños*, Aberastury señala:

Es de gran utilidad para comprender la relación madre-hijo interrogarla respecto de la forma en que solía calmarlo cuando lloraba y cómo reaccionaba cuando pretendía alimentarlo cuando lloraba y él rechazaba el alimento. Esto también puede enseñarnos mucho sobre las primeras experiencias del niño.

En cambio no nos dice nada la respuesta global que se consigna habitualmente en los antecedentes: lactancia materna: “hasta los cinco, ocho o nueve meses” De esta manera no se logra sino una fórmula bajo la cual hay mucho que investigar. (Aberastury, A., 1962, 80)

Aquí, Aberastury pone de manifiesto su interés en reconstruir la historia libidinal del niño y situar el modo en qué han tenido lugar ciertos logros madurativos en la vida del niño, y cómo las figuras que encarnan a sus Otros primordiales han correspondido a esas situaciones. En esta misma línea, la autora recomienda investigar la fecha y las condiciones en que tuvieron lugar el destete, el control de esfínteres, la adquisición de la marcha, el inicio de la escolaridad. Mediante estas preguntas Aberastury pretende conocer cómo han sido vividos y elaborados por el niño y sus padres, aquellos sucesos de la vida de un niño que darían cuenta de la adquisición de mayor autonomía y por tanto, de movimientos de separación de la madre.

En síntesis, es posible situar que la inclusión de los padres en el Psicoanálisis con niños constituye un acierto clínico de Arminda Aberastury.

En no pocas ocasiones puede observarse que la exclusión de este factor del tratamiento psicoanalítico de niños, obedece a resistencias del analista. Esto no es sin efectos. Cabe aplicar aquí la fórmula freudiana de 1911, que el fundador del Psicoanálisis expone en su trabajo *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, según la cual “lo cancelado adentro retorna desde afuera.” (Freud, S. 1911, 66). Así, cuando se suprime en el interior del análisis del niño algún lugar posible para los padres, lo que ocurre es que esto retorna desde afuera, las más de las veces en forma virulenta, y hace peligrar el tratamiento.

Cabe señalar a su vez, que se consideran desaciertos dos elementos hacia los que parece deslizarse la propuesta de trabajo de Arminda Aberastury, referida a la entrevista inicial con los padres:

- En primer lugar, la posición de un analista que, munido de sus convicciones de lo que serían asuntos de relevancia en la vida y la historia de un niño, apunta a una recolección activa de datos. Esta posición se muestra en las antípodas del trabajo caso por caso, pues se pretende obtener determinada información en todas las entrevistas iniciales con padres. Puede afirmarse además que es una posición contraria al trabajo analítico, pues se trata de un dialogo entre el yo del analista y el de los padres; o en ocasiones, entre el analista ubicado como un Superyó que conoce las buenas formas de crianza de un niño y el yo de los padres.
- En segundo lugar, la inclusión de los padres como una conciencia que comunica todos los datos relevantes de la historia y de la vida del niño, sin reconocerlos a ellos mismos como sujetos implicados en aquello de lo que hablan.

#### **4.2 El valor diagnóstico de las entrevistas con los padres**

En el apartado anterior se situó la validez de las entrevistas con los padres para el diagnóstico y tratamiento de los niños y se rechazó el planteamiento de tales entrevistas como interrogatorios en que los padres queden ubicados en tanto testigos informantes sin reconocimiento de sus subjetividades.

Si el Psicoanálisis con niños es también Psicoanálisis, todas las instancias que hacen al análisis de un niño (entrevistas con el niño, con los padres, con los docentes, etc.) deben ser planteadas psicoanalíticamente. Nada habilita a deslizarse hacia discursos médicos, pedagógicos o de cualquier otra naturaleza, cuando lo que se pretende es analizar a un niño.

Como se situó en el capítulo anterior, el trabajo del analista con los padres de un niño puede plantearse siguiendo la advertencia freudiana que supone la necesidad de influjos analíticos

dirigidos a los padres en el análisis de un niño. Freud realiza esta aseveración en la *Conferencia 34. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*, publicada en el año 1933.

Se señaló en el apartado anterior, que no corresponden al discurso psicoanalítico aquellas entrevistas en las cuales lo que se indaga está pautado de antemano. Entonces cabe preguntarse de qué manera se vincula el saber-hacer del psicoanalista con el diagnóstico en lo tocante a las entrevistas con los padres. Si el analista no apunta a obtener de la entrevista los datos correspondientes a una anamnesis entonces: ¿qué valor diagnóstico tienen esas entrevistas? ¿Por qué interesan al psicoanalista las entrevistas con los padres para fines diagnósticos?

La respuesta a este interrogante será situada atendiendo a tres ejes:

- 4. 2. 1 El lugar del niño en el discurso de los padres
- 4. 2. 2 El lugar del análisis, del analista y del sufrimiento del niño en el discurso de los padres
- 4. 2. 3 El registro de la dimensión temporal en el discurso de los padres.

#### **4.2.1 El lugar del niño en el discurso de los padres**

Resulta fundamental que el analista pueda advertir en las entrevistas con los padres el lugar que el niño tiene para la pareja parental y para cada uno de los padres. Por supuesto, este elemento no constituye un determinante absoluto de la posición del sujeto, pero sí es un dato de innegable valor clínico saber qué lugar ocupa el niño para sus padres. Interesa saber qué lugar ocupa el niño en el deseo de sus padres. Por supuesto este interrogante no se aclara a través de la reducción burda de ciertas terapias en que se pregunta a los padres si el embarazo fue buscado.

En su libro *Niños en análisis. Presentaciones clínicas*, publicado en el año 2014, Alba Flesler destaca que es importante localizar el mapa de goces e identificar funciones. Interesa además, saber qué lugar ocupa el niño como objeto de amor, deseo y goce de los padres. La autora plantea que es fundamental saber si cada uno de estas mociones se encuentran enlazadas, si hallan

límite una en la otra, o si, por el contrario se observa un goce, un deseo o un amor sin límite.

Afirma Flesler:

Que estén enlazados implica que cada uno encuentra un límite en los otros dos. Así, cada uno de ellos tiene también una eficacia. Si el Otro toma al niño como objeto enlazado de amor, de deseo y de goce va a producir una eficacia, una función. (Flesler, 2014, 49)

De este modo, la eficacia de una función estaría determinada por el enlace de las mociones de amor, deseo y goce, en que cada una opere como límite a la otra.

La autora destaca dos operaciones fundamentales en que los padres están implicados en la constitución psíquica del niño: la anticipación y la nominación.

Según Flesler, en el libro recién mencionado, los tiempos del sujeto comienzan con una anticipación en el campo del Otro. Así, una mujer puede o no esperar a un bebé. La espera es ya la confesión de una falta. Es posible señalar que una madre que espera, desea lo que no tiene y por ello, se declara incompleta. Esa condición, resultará fundamental para que el niño pueda construir su propio lugar.

Señala Flesler:

Con el deseo de la madre se dona el sostén narcisístico, ocasión para tener un cuerpo y con el deseo del padre se cumple una función. Me gusta mencionar el deseo del padre porque creo que el deseo del padre incluye la castración del padre. Con el deseo del padre se produce una operación mayúscula: la nominación, que no sólo ordena una filiación cuando dice "tú eres mi hijo" al niño que tuvo con una mujer, sino que también al recaer sobre él como padre lo hace deudor del nombre, es padre por el nombre, por ende no es Dios. (Flesler, 2014, 48- 49).

Flesler ubica así la importancia del deseo de los padres en la constitución del psiquismo. Una madre ubicada como no- toda, a través de la operación fundante de la anticipación, habilita un lugar para el niño, separado de ella misma. Su investimento libidinal del bebé, cubre al *infans* de las galas narcisísticas a partir de las cuales será posible organizar un cuerpo.

El deseo del padre, a través de la operación de la nominación, introduce al niño en una filiación, en la que el padre mismo está inscripto.

Si el padre está en posición deseante de una mujer, hace confesión de su falta, dona la castración. Si el padre está el mismo bajo la regulación del goce, él no es dueño de la ley, está incluido en su égida. No es Dios ni hace lo que quiere con su hijo, el hijo no le es enteramente propio. Será su función transmitir la ley, no erigirse en la ley. Sólo así dejará pasar la ley. ¿Qué ley? La de la regulación de los goces, la de la castración. (Flesler, 2014, 51).

De esta manera, para Flesler, un padre ubicado en una abierta posición de goce respecto del hijo no puede transmitir la ley, en tanto que el goce en él no se encuentra regulado.

Por su parte, cuando la madre toma a su hijo como objeto de goce, promueve la alienación del niño y obtura en él la adquisición de una posición autónoma.

El lugar que un niño ocupa para los padres y la donación de lugar que los padres puedan hacer anticipando en el niño a un sujeto se pone de manifiesto en el modo en que los padres formulan su pedido ante el analista, cuestión que será situada en el siguiente punto.

#### **4.2.2 El lugar del análisis, del analista y del sufrimiento del niño en el discurso de los padres**

Las entrevistas con los padres permiten al analista pesquisar no sólo cuestiones referidas a la historia libidinal y la constitución psíquica; sino también al modo en que el sufrimiento del niño es concebido y al lugar que ocupa en la familia desde un punto de vista dinámico y económico, pues resulta preciso que el analista esté advertido de que la modificación del padecimiento infantil alterará el *statu quo* familiar, lo cual puede ocasionar diversas reacciones en los padres, algunas de las cuales podrían llevar a la interrupción del tratamiento.

Además, es preciso que el analista pueda situar expectativas y fantasías de los padres respecto del análisis y del analista de su hijo. Todas estas cuestiones permiten al psicoanalista de

niños ubicar coordenadas para evaluar la viabilidad del tratamiento, pues si el analista no opera adecuadamente con estos asuntos, un tratamiento puede interrumpirse.

La interrupción brusca del tratamiento de un niño, decidida de manera unilateral por los padres o por alguno de ellos no es un asunto menor, sino que representa un hecho que puede engrosar modalidades familiares patológicas.

Cuando el niño es retirado de un espacio de confianza, interrumpiendo un lazo transferencial importante para él sin atender a su subjetividad, se refuerza en él una posición de objeto. Un objeto al que se trae al consultorio y del que se lo retira, por pura voluntad parental.

Los espacios así concluidos pueden dañar la posibilidad del niño de confiar en el otro y fundamentalmente dañar la idea de que algo puede hacerse con el malestar. Queda sancionado como imposible un cambio de posición subjetiva que es, en verdad, posible. Las interrupciones abruptas pueden dejar en los padres y en los niños fuertes decepciones, que anclan al niño en una concepción de su padecimiento como algo inevitable y promueven en él actitudes indolentes.

Corresponde al saber-hacer del analista de niños, el diagnóstico de las condiciones de viabilidad de un tratamiento. Es preciso que, advertido de estas cuestiones, el analista opere con ellas para que el espacio de un análisis de un niño se sostenga y llegue a un final adecuado. En algunos casos, esto no es para nada sencillo.

A propósito de este punto, afirma Maud Mannoni en su libro *El niño, su enfermedad y los otros*, publicado en el año 1967:

El niño enfermo, forma parte de un malestar colectivo. Su enfermedad es el soporte de una angustia parental. Si se toca el síntoma del niño se corre el riesgo de poner brutalmente al descubierto aquello que en tal síntoma servía para alimentar —o, en caso contrario, para colmar— la ansiedad del adulto, sugerirle a uno de los padres que la relación con el objeto de sus cuidados corre el riesgo de ser cambiada, implica suscitar reacciones de defensa y de rechazo. Toda demanda de cura del niño— incluso cuando está motivada en el plano de la realidad— cuestiona a los padres y es raro que un análisis de niños pueda ser conducido sin tocar para nada los problemas fundamentales de uno u otro de los padres (su posición

con respecto al sexo, a la muerte, a la metáfora paterna (el analista está sensibilizado por lo que se expresa en esos registros. Participa de la situación con su propia *transferencia*.) Necesita situar qué es lo que representa el niño dentro del mundo fantasmático de los padres y comprender también el puesto que éstos le reservan en las relaciones que establece con el hijo de ellos (las bruscas interrupciones de la cura están en relación por lo general con el desconocimiento, por parte del analista, de los efectos imaginarios, en los padres de su propia acción sobre el niño). (Mannoni, M., 1967 73- 74

Así, desde la perspectiva de Mannoni, ocurre que en ocasiones el malestar del niño sostiene satisfacciones pulsionales paternas o maternas, por tanto modificar el malestar de un niño implica a veces conmover una cierta economía de goces en una familia.

Es preciso que el analista reconozca además, las distintas vertientes transferenciales que los padres despliegan y que otorgan un lugar determinado al análisis y a su lugar. Estar advertido de estos puntos confiere al analista elementos diagnósticos desde donde realizar sus intervenciones.

En su libro *El niño en análisis y el lugar de los padres*, publicado en el año 2007, Alba Flesler destaca distintas formas en que los padres consultan a un analista por su hijo. La autora ubica estas formas en correlación con el lugar que los padres otorgan al hijo como objeto de amor, de deseo o de goce. La autora delinea así tres posibilidades:

- En primer lugar, cuando el hijo está ubicado en forma prevaeciente como objeto de deseo. En este caso los padres consultan motivados por una pregunta, buscan saber. Manifiestan angustia por no saber cómo responder al padecimiento de su hijo y suponen un saber al analista para hacer con ese sufrimiento. Flesler ubica en esta vertiente la modalidad más apta para el análisis, pues allí se despliega la cara simbólica de la transferencia
- En segundo lugar, cuando el hijo está ubicado de forma preminente como objeto de amor, los padres no consultan, sino que demandan. Según Flesler el niño hiere la

imagen del narcisismo paterno y los padres esperan que el analista inste al niño a actuar conforme lo que se espera de él.

Es posible agregar a este tipo de demanda descripto por Flesler otra, que merece ser incluida en la misma serie de hijos ubicados en forma prevaleciente como objetos de amor. Se trata de casos en que los padres registran la imposibilidad de que el niño se ubique en coincidencia con lo que ellos esperan de él. Maud Mannoni se refiere a este tipo de demandas en su libro *El niño retardado y su madre*, publicado en el año 1964. Allí Mannoni destaca la soledad con que acuden a la consulta esas madres que tienen fantasías que no pueden hablar con nadie. Son madres que sienten el dolor de saber que su hijo jamás tendrá un rostro humano. A propósito de la demanda de estas madres, con gran lucidez señala Mannoni:

Toda ocasión en que se desprecia al niño es recibida por la madre como un ataque a su propia persona. Todo desahucio sobre el niño significa para ella, su propia condena de muerte. Si decide vivir, será preciso que lo haga en oposición al cuerpo médico, a la muy frecuente complicidad callada del marido, impotente ante un drama que jamás lo afectará de la misma manera.

La madre va a vivir, pues, *contra* los médicos, pero, al mismo tiempo, necesitará sin cesar su apoyo, irá de consulta en consulta, ¿para obtener qué, en verdad?

*¿La curación de su niño?*

No cree en ella; y ese niño le pertenece; no piensa cederlo.

*¿Un diagnóstico?*

Ha sido formulado ya múltiples veces por eminentes psicoanalistas.

*¿La verdad, entonces?*

¿Pero, qué verdad? Ya que sólo la madre sabe.

¿Qué sabe ella, exactamente?

Sobre todo no quiere saber nada ni recibir de ese médico a quien ha ido a pedir.

¿Qué?

*Nada*, en lo que concierne al niño. *Un poco*, en lo que concierne a ella. Desea oscuramente que su pregunta no obtenga jamás respuesta, para que pueda seguir planteándola. Pero le es precisa la fuerza de proseguir, y es eso lo que viene a solicitar. Le es necesario un testigo que sienta que es ella la que no puede más, detrás de esa fachada de tranquilidad. Un testigo, que en caso de ser necesario, sepa que ella tiene el impulso de matar. (Mannoni, M., 1964, 20)

Mannoni alude así a una demanda que no aspira a una adecuación del niño a las expectativas de los padres, sino al reconocimiento de un amor que se sostiene aún en situaciones adversas y a un testigo de lo ilimitado de su amor.

- Finalmente, cuando el hijo está ubicado fundamentalmente como objeto de goce, Flesler refiere en su libro *Niños en análisis. Presentaciones clínicas*, que muchas veces los padres llegan al consultorio del analista, enviados por otros. Para la autora resulta clara la causa por la cual los padres no habrían advertido tal padecimiento en el niño: les resulta funcional. En los casos de niños ubicados como objeto de goce, los padres no consultan ni demandan, sino que mandan a los hijos y muestran irritación por la intervención de una terceridad que pone el juego el goce que el niño encarna como objeto en el fantasma materno o en el goce del padre. El analista debe vérselas aquí con la cara más real de la transferencia.

Es dable aclarar que sirve al analista identificar estas modalidades, no para satisfacer sino más las demandas parentales, sino a fines de orientar sus intervenciones.

El lugar del malestar del niño en la economía de goces de los padres constituye un elemento diagnóstico que no puede ser desatendido, pues se trata de uno de los aspectos de un entramado complejo en el que debe operar el psicoanalista de niños.

El analista toma noticia de estas cuestiones atendiendo al discurso de los padres. Por ejemplo, la madre de una niña que fue atendida por la tesista, plantea: “La verdad que yo no creo en esto y me cansa traerla, pero vamos a seguir porque la veo mucho más contenta desde que viene. Así que una semana la voy a traer yo y la otra mi marido”

Esos dichos dan cuenta de una posición desde la cual le es reconocida a la niña una dimensión de sujeto, independiente de la madre y una posición de responsabilidad de los padres con el sufrimiento de su hija, al punto de instrumentar las acciones necesarias para que el espacio

de análisis de la niña pueda sostenerse. Resulta interesante que tomen esta actitud con el análisis de su hija, a pesar de las molestias que sienten que les causa a ellos. El análisis de su hija es valorado justamente porque conmueve el padecimiento de la niña, pese a las consideraciones que estos padres puedan tener del psicoanálisis en general.

Desde otra posición, la madre de un niño que también fue atendido por la tesista, reclama: “Al final yo lo traje para que mejore y está cada vez peor. Quiere jugar todo el tiempo.” Es preciso señalar que se trata de un niño que presentaba al momento de la primera entrevista profundas inhibiciones para hablar, jugar, aprender, posición que fue conmoviéndose en análisis hacia una posición más deseante. El pasaje de un niño triste a un niño inquieto con deseos de jugar, resultaba difícil de ser tolerado por la madre, que atribuía la actitud triste del niño a un carácter tranquilo.

También resulta de interés para el analista de niños distinguir el lugar en que él mismo es ubicado en la fantasía de los padres. Es posible situar algunas fantasías típicas en torno de la figura del analista de niños:

- a) el analista como juez en la conflictiva familiar
- b) el analista como “mercader del dolor”
- c) el analista como ignorante, siendo el padre o la madre quienes portan un saber total sobre el hijo
- c) el analista como sustituto del padre o la madre
- d) el analista como reeducador
- d) el analista sujeto supuesto saber

a) Para ceñir la fantasía del analista como juez en la conflictiva familiar, resulta de interés retomar una observación de Maud Mannoni en su libro *La primera entrevista con el psicoanalista*, publicado en el año 1965, en que la autora afirma:

El psicoanalista es aquel a quien uno se dirige después de los fracasos, de los sinsabores, de las ilusiones perdidas, aquel en quien uno quiere confiar, pero que también se desea utilizar para atizar querellas personales, antes que nada es el tercero en cuestión y se desea que tome partido. (Mannoni. M., 1965, 41)

Así, el analista es invitado continuamente al lugar de juez en los conflictos familiares. Se le pretende adjudicar la facultad de dictaminar quién en la familia está teniendo una buena conducta. Se lo invita a dar su veredicto a favor de la madre, en contra del padre; a favor de los padres, en contra del niño; a favor del niño o los padres, en contra de los docentes.

Por supuesto la tarea del analista no consiste en encarnar ese lugar, pero forma parte de su saber- hacer con el diagnóstico advertir que es convocado a ocuparlo.

b) La figura del analista como “mercader del dolor” corresponde a la fantasía de los padres a la que se refiere Maud Mannoni en su libro *El niño retardado y su madre*, publicado en el año 1964. Allí, con gran sagacidad, Mannoni advierte que el analista puede tender a participar de esa fantasía de los padres:

En los casos de los niños oligofrénicos [...] el analista está muchísimo más cómodo en el hospital que en su consultorio particular. Lo que le molesta, en efecto, es hacer pagar el tratamiento a la familia sin ninguna certeza de mejoría. Al principio, se defiende o no, será identificado en el pensamiento de los padres con esos “mercaderes del dolor”, que van a consultar aunque sabiéndose por adelantado explotados. El psicoanalista después del curandero ¿por qué no? *Pero no se cree en él.*”. (Mannoni, M. 1964 ,25)

Es posible afirmar que muchas son las consecuencias que puede ocasionar el analista si se conduce en un modo tal que valida la fantasía parental de un aprovechamiento por parte del analista del sufrimiento del niño. En principio, porque se muestra él mismo desahuciado, transmitiendo la idea de que no hay nada por hacer en ese caso y en segundo lugar porque deja situar su praxis en una lógica capitalista de devolución del dinero si el cliente no está satisfecho. Como si él fuera

quien debe ofrecer un servicio satisfactorio, sin que los padres y el niño estuvieran involucrados en los avances del análisis.

c) En los casos en que el niño es fuertemente ubicado como objeto de goce resulta harto frecuente que el analista sea ubicado como aquel que nada sabe, pues se entiende que quien porta el saber son los padres, o las más de las veces la madre.

Por supuesto no se trata de que el analista se involucre en una competencia para acreditar saberes, pero tampoco que esté allí para reforzar una posición de omnipotencia materna bajo la cual queda sepultado un trabajo posible con el niño. Debe maniobrar entre esos dos márgenes para que un espacio de análisis para el niño sea posible.

d) La fantasía del analista como sustituto del padre o la madre se expresa en forma de cumplidos y adulaciones a partir de las cuales se señala el buen trabajo del analista y se destaca que el niño se siente muy bien con él, a diferencia de lo que ocurre con los padres.

Si el analista se deja tentar por esta fantasía, resta a los padres la posibilidad de asumir una posición responsable respecto del padecimiento del hijo, obturando toda interrogación posible.

d) Cuando el analista es ubicado en el lugar de reeducador se le pide que inste al niño a abandonar todos aquellos hábitos que los padres no consideran adecuados en su hijo. También se le solicitan consejos de crianza tales como: qué se debe hacer para que el niño coma, duerma solo, haga la tarea o deje de pelear con los hermanos.

Esta fantasía es muy frecuente cuando los padres llegan a la consulta enviados por un educador. Suponen que el analista les transmitirá un saber práctico referido a la crianza que él porta y ellos no. Rechazando ubicarse en posición de educador, se podrá habilitar el espacio de la consulta para un trabajo analítico.

e) el analista sujeto supuesto saber: cuando los padres ubican al analista en ese lugar participan de las entrevistas realizando interrogantes, compartiendo recuerdos y haciendo distintos planteos. La angustia está muy presente en estas instancias, pero también la risa, que va dejando las inscripciones del trabajo en transferencia.

#### **4.2.3 El registro de la dimensión temporal en el discurso de los padres**

Se considera preciso que el analista pueda advertir el registro de la dimensión temporal en el discurso de los padres. Es en el discurso que el analista de niños puede percatarse de la tendencia de los padres a registrar o bien a abolir la dimensión temporal.

Esta dimensión se pone en juego en el modo en que los padres conciben:

- a) a su hijo
- b) el padecimiento de su hijo
- c) el análisis de su hijo

a) En relación a la concepción del hijo como niño es posible señalar, que aquellos padres cuya tendencia es registrar la dimensión temporal, ubican a su hijo como un niño y hacen alusión a este hecho con frecuencia. De esta manera, reconocen que su hijo atraviesa un tiempo de constitución que les despierta sensibilidad.

Es usual que estos padres aludan a su propia infancia con intenciones de comprender a su hijo. Muchos de ellos refieren que tratan de recordar cómo eran ellos a su edad. Así, encuentran similitudes y diferencias y distinguen además cuestiones propias de las distintas épocas. En estas parejas parentales es frecuente observar que si la dimensión temporal es dejada de lado en el discurso de uno de los padres, es el otro quien la reintroduce rápidamente.

Por lo general, estos padres, desde una posición deseante:

- anticiparon a su hijo, previendo para él un lugar digno antes de que naciera

- atendieron las necesidades de absoluta dependencia de su hijo cuando era bebé y se mostraron felices ante sus logros madurativos
- reconocen la condición de niño de su hijo y se muestran interrogados por su padecimiento, y finalmente
- imaginan a su hijo en el futuro: autónomo, sano y feliz.

En cambio, en el caso de los padres cuya tendencia es abolir la dimensión temporal puede observarse que por lo general no consideran la condición de niño de su hijo y no manifiestan registro de que está cursando una etapa de constitución. De esta manera, suelen vincularse con su hijo de dos maneras posibles:

- o bien prolongan etapas de dependencia, inhabilitándole la posibilidad de adquirir grados crecientes de autonomía. (Esta posición es rara vez sostenida por ambos padres, por lo general, aparece más bien como manifestación del goce de una madre que reniega de la operación de privación)
- o bien esperan de él conductas que no guardan relación con lo posible para su edad y se frustran por la falta de adecuación de su hijo ante tan pretenciosos requerimientos.

El discurso de estos padres suele adquirir la forma de una queja. En la primera serie de casos, es frecuente que la madre se queje del padre o los docentes, pues entiende que exigen demasiado del niño. En la segunda serie de casos, la queja es referida al propio niño, de quien se considera que ya debería haber alcanzado los logros que se le reclaman y aun se supone que ya los adquirió, pero prefiere no demostrarlos para molestar a los padres.

El pasado, también adquiere un tratamiento particular en el discurso de estos padres. En la primera serie de casos, suele observarse la alusión al embarazo y a los primeros días de vida del

bebé de un modo absolutamente idealizado. La madre, ubicada en una posición de goce, no supone ese momento como anterior al actual, no hay alusión al bebé y luego al niño. Su hijo es exactamente el mismo, siempre. Ese pasado ideal es un tiempo que se niega a perder y pretende prolongarlo tratando a su hijo como a un bebé. Desde una posición renegatoria, se opone al padre, o a todo aquel que pretenda situarse como tercero y que apunte a ubicarse como agente para que pueda producirse la operación de privación postulada por Lacan en el *Seminario IV*, operación a partir de la cual la madre abandona una posición en la que aparece colmada por el niño al que ubica como equivalente al falo y pasa a una posición desde la que es posible desear algo más allá del niño. La operación de privación regula el deseo de la madre.

En la segunda serie de casos, no suele haber registro del pasado. No aparecen recuerdos del niño cuando era bebé. No parece haber habido anticipación del niño ni hay inscripción de sus logros. Por lo general, en su lugar, se menciona las molestias que causó la llegada del bebé, por la que hubo que suspender trabajos y proyectos personales. En algunos casos se relatan actos temerarios que tuvieron lugar durante el embarazo y que muestran crudamente la falta de representación del hijo.

Con respecto a la idea de futuro, no hay alusión a ella en el discurso de las madres no privadas. En cambio, en la segunda serie de casos, esta referencia es constante. Se trata de padres muy preocupados por el futuro de sus hijos. Describen detalladamente qué es lo que esperan del porvenir y sufren porque consideran que eso es imposible. Suponen que a partir del escenario actual un futuro de fracasos para su hijo constituye el único pronóstico posible. La alusión a la adolescencia también es muy frecuente en el discurso de estos padres. Piensan en esa etapa con profundo temor, que se pone de manifiesto en preguntas tales como: “— ¿si ahora pasa esto, qué va a pasar cuando tenga dieciséis o diecisiete años?”.

b) Con respecto a la tendencia a registrar o abolir la dimensión temporal en lo tocante al padecimiento del niño, pueden observarse diferentes posiciones.

Algunos padres, logran con facilidad vincular hechos significativos al inicio de los malestares de su hijo, a sus mejorías y a sus empeoramientos. Pueden relatar además, etapas de remisión y matices en la forma de presentación del malestar.

Para otros padres en cambio, esto no es posible. Cuando el analista pregunta sobre estos puntos, suele producirse desconcierto. En muchas ocasiones el malestar del niño es ubicado como algo que siempre fue así y no se pueden situar variaciones, ni matices. Por supuesto, esto podría ser cierto. Lo que resulta llamativo es que ellos estén posicionados siempre de la misma manera frente a un malestar que advierten inalterable.

c) En relación al registro de la dimensión temporal relativo al análisis del niño, es posible situar distintas posiciones. Los padres que registran esta dimensión tienden a valorar progresos y a advertir puntos de detención en los análisis de sus hijos. No esperan mejorías inmediatas. Se muestran cómodos sosteniendo el espacio del análisis de su hijo en el tiempo. Se observa en estos padres el registro de la importancia de respetar determinados ritmos en el vínculo transferencial del niño con su analista. Es posible situar esta cuestión en el interés de los padres por sostener la frecuencia de las entrevistas. Es común que consulten respecto del mejor modo de manejarse para las fechas de vacaciones y de feriados.

A los padres que tienden a abolir la dimensión temporal, les cuesta sostener el espacio de análisis de sus hijos. La primera noticia que se tiene de esto es por lo general, la queja que manifiestan acerca de tratamientos previos en que no observaron progresos y que fueron sin embargo, llamativamente breves.

Así, el analista se entera de que se esperan progresos notables de manera casi inmediata y entiende que si no se opera rápidamente para posibilitar que la demanda se despliegue de modo diferente, es altamente probable que el tratamiento se termine de forma brusca y precipitada, dejando a los padres aún más frustrados y al niño expuesto a la situación de vulnerabilidad emocional que supone conocer a un profesional detrás de otro sin lograr una continuidad mínima en algún espacio. Es responsabilidad del psicoanalista operar con la demanda de los padres e introducir la dimensión temporal en el modo en que estos conciben el análisis de su hijo, para que la consulta no resulte iatrogénica.

Los padres que tienden a no registrar la dimensión temporal, suelen no advertir la necesidad de llegar al horario concertado para la entrevista y a buscar a horario a sus hijos cuando ésta finaliza. Los niños suelen quejarse de los inconvenientes que esto les causa. Además, tienden a no tener en cuenta la necesidad de sostener una determinada frecuencia en el tratamiento de los niños. Deciden por su cuenta cancelar sesiones y no pocas veces realizan planteos para disminuir la frecuencia con que el niño asiste a su análisis.

### 4.3 Conclusiones

Las entrevistas con los padres constituyen un elemento de gran valor clínico en que el psicoanalista de niños despliega su saber-hacer con el diagnóstico. En estas entrevistas el analista sitúa:

- la historia libidinal del niño: así, logra ubicar cómo han tenido lugar ciertas experiencias constitutivas, cómo fueron elaboradas por el niño y cómo reaccionaron a ellas las figuras que encarnan a sus Otros primordiales.
- el lugar del niño en el discurso de los padres: el analista podrá situar si las funciones de anticipación y nominación se cumplieron eficazmente en los distintos tiempos del sujeto, o si por el contrario, tuvieron lugar de manera deficitaria o nula. El analista advertirá además cómo el niño es ubicado por sus padres como objeto de deseo, amor y goce. Determinará si esas mociones hallan límite en las otras o si, por el contrario se satisfacen de una manera ilimitada.
- El lugar del padecimiento del niño en el discurso de los padres: el analista podrá advertir si el malestar infantil interroga y angustia a los padres o si por el contrario los rebela verse movidos a atender a un sufrimiento del que no tienen registro, las más de las veces, porque les resulta funcional en términos de satisfacción pulsional.
- El lugar del análisis del niño y el analista: es preciso que el analista pueda ubicar las fantasías parentales en torno del análisis y de su propia figura, pues ello le brindará elementos esenciales para sus intervenciones y para propiciar que se sostenga el espacio analítico del niño, evitando interrupciones abruptas.

## **Capítulo 5: Saber- hacer del analista con el síntoma para uso diagnóstico en clínica con niños**

El presente capítulo apunta a situar el saber- hacer del analista con el síntoma para uso diagnóstico en clínica con niños.

Para ello, el primer apartado apuntará a situar algunas especificidades del síntoma en los niños. A esos efectos, resultará de interés considerar algunas elaboraciones de:

- Luciano Lutereau y Liora Stavchansky, que los autores expresan en su libro *Reinventar el Psicoanálisis*, publicado en el año 2015.
- Robert Lévy, que el autor desarrolla en su libro *Lo infantil en Psicoanálisis. La construcción del síntoma en el niño*, publicado en el año 2008
- Silvia Bleichmar, que la autora desarrolla en su ponencia *Diagnóstico: una perspectiva metapsicológica*, el día 2 de julio de 1988, en ocasión de la séptima jornada de Psicoanálisis de niños y adolescentes de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados.

El segundo apartado apuntará a situar tres respuestas sintomáticas diferentes, relacionadas con el miedo en niños y mostrar la importancia del distingo diagnóstico para plantear las intervenciones del analista. Para ello, se hará referencia a los siguientes textos:

- *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, escrito por Sigmund Freud y publicado en el año 1909
- *Gerónimo. Un guerrero desarmado*, que corresponde al primer capítulo del libro *Los mismos- distintos lugares*, escrito por Hugo Dvoskin, psicoanalista argentino contemporáneo, y publicado en el año 1996.

- *De los diez mandamientos a la regla fundamental: trabajos en Psicoanálisis*, escrito por Hugo Dvoskin y publicado en el año 1992
- *Autismos y perturbaciones graves. De la soledad al encuentro con el Otro*, escrito por Ilda Levín y publicado en el año 2013

El tercer apartado ubicará las distintas relaciones que se establecen entre los siguientes elementos en distintas prácticas:

- el motivo de consulta,
- el síntoma, y
- el diagnóstico

Los elementos aquí mencionados se vinculan de una manera muy diferente según se trate de prácticas correspondientes a la medicalización y la biomedicalización, o bien a prácticas psicoanalíticas. Se apuntará a situar ese distingo. Cabe aclarar que, tal como se señaló en el segundo capítulo de la presente tesis, también alguien que se nombra psicoanalista, podría incurrir en prácticas de medicalización y biomedicalización.

Para abordar los asuntos propuestos para el segundo apartado, será nuevamente considerado de valor el libro *Reinventar el Psicoanálisis* de los autores recién mencionados.

### **5.1 Algunas especificidades del síntoma en los niños**

Desde sus inicios, Freud concibe al síntoma como una formación del inconciente; una formación de compromiso, un acuerdo posible entre dos fuerzas en conflicto. En su texto *Neuropsicosis de defensa*, publicado en el año 1894, Freud concibe el mecanismo de formación de síntomas en tres tiempos:

- en un primer momento, una representación inconciliable, pone en marcha la defensa del aparato psíquico, que opera desalojando a la representación de la conciencia mediante el mecanismo de la represión. A través de este mecanismo la representación penosa es enviada a un segundo grupo psíquico, antecedente freudiano del inconsciente.
- en un segundo momento, se establece una etapa de salud aparente. La representación penosa no está en la conciencia.
- finalmente, se produce el retorno de lo reprimido en distintas formaciones del inconsciente, entre ellas el síntoma. Lo reprimido vuelve a la conciencia, sólo a condición de que aquello inconciliable sea desfigurado. De allí la sensación de extrañeza que el sujeto vivencia respecto de su síntoma.

Así, la formación del síntoma para Freud, se produce a partir de un conflicto en el que:

- unas mociones, tras haber sido reprimidas pugnan por expresarse; y
- otras mociones, coherentes con las fuerzas que provocaron el desalojo, apuntan a impedir que la representación inconciliable regrese a la conciencia.

En ese marco, el síntoma se instala como una formación de compromiso que permite la satisfacción parcial tanto de las mociones que pugnan por expresarse, como por aquellas que pretenden continuar la represión por las vías de la censura.

No obstante, la mayoría de las veces en el trabajo clínico con niños en los que se observa malestar, no puede hablarse de un síntoma que dé cuenta de un retorno de lo reprimido, pues ese mecanismo aún no se instaló. La represión no está operando en esos casos. ¿Qué lugar tiene entonces el síntoma en clínica con niños? En su libro *Reinventar el Psicoanálisis*, publicado en el año 2015, Luciano Lutereau y Liora Stavchansky dan respuesta a este interrogante. Señalan los autores:

Podría pensarse en la situación de la pareja parental y la coyuntura en que el padecimiento que encarna el niño es un índice —una especie de flecha que señala— a los padres en algún punto íntimo de su relación. El síntoma en el niño no sólo podría tener esta textura —que no tendría mayor alcance que el de restituir la teoría del “chivo expiatorio” —sino que también se orienta desde una elección singular que ya se pone en juego desde la más temprana infancia. En este segundo aspecto cabría hablar de una toma de posición respecto del goce en el niño. Si bien la puesta en acto definitiva respecto de dicho goce se pondrá en juego recién en la pubertad, donde se lo podrá confirmar o dejar caer, en vías de la constitución fantasmática, la infancia no sólo es un momento de orientación respecto del deseo del Otro, sino de inscripción de ciertas huellas, —aquello que Freud llamaba “fijación”—, de la que también hablan los síntomas. (Lutereau- Stavchansky, 2015, 21)

La respuesta de los autores es clara: el síntoma en el niño es una respuesta subjetiva, una elección singular en que es posible ubicar una determinada posición respecto del goce, posición que se asumirá efectivamente luego de la pubertad. No se trata entonces de una mera reacción a la dinámica parental. En el síntoma del niño puede ubicarse una cierta modalidad de satisfacción. Esa modalidad es por supuesto incipiente y habrá de ser revisada en distintos tiempos de constitución del psiquismo.

Para Lutereau y Stavchansky, el síntoma del niño no es un mero efecto de los padres, sino ya una toma de posición. En ese sentido, los autores añaden:

No se trata de buscar otra escena (en la familia) que funcione como una especie de “justificación” del padecimiento del niño —si es que éste sufre—, sino de reconstruir las circunstancias del deseo frente a las cuales éste ofreció su respuesta- padecer. (Lutereau- Stavchansky, 2015, 38)

Así, la labor del psicoanalista de niños no es recabar un conjunto de elementos descriptivos de la realidad familiar que sirvan como causa lógica del sufrimiento infantil. En ocasiones, en las entrevistas con los padres, éstos sugieren teorías respecto del padecimiento de su hijo que los ubican a ellos como culpables. Se trata de teorías parentales reduccionistas, que atribuyen el malestar infantil a algún supuesto error en la crianza o a algún hecho accidental. Es preciso que el analista rechace conjeturas de esa naturaleza, a las que en algunas oportunidades es invitado con fuerte insistencia, para que pueda desplegarse un trabajo analítico en vez de un juzgamiento moral.

El psicoanalista no responde por la vía de la confirmación de semejantes teorías, formulando un diagnóstico apresurado que suponga en algún significativo de la trama familiar, el causante del síntoma del niño. La escucha de un psicoanalista logra advertir en los relatos parentales, la escena en que un niño tomó una primera posición respecto del deseo y del goce.

Para poder hacer uso diagnóstico de la respuesta sintomática del niño, resulta preciso que el analista distinga la especificidad del síntoma en clínica con niños, asunto por el cual resulta de valor retomar algunas conceptualizaciones de Silvia Bleichmar.

En su ponencia *Diagnóstico: una cuestión metapsicológica*, del año 1998, Bleichmar propone una definición de lo infantil, a partir de la cual sitúa su concepción de diagnóstico a la que corresponde una terapéutica determinada. Afirma Bleichmar:

Lo infantil, en sentido estricto, abarca ese tiempo en el cual el sujeto psíquico se constituye, pasando de la pulsación originaria que lo constituye como sujeto sexual en el interior del vínculo primordial con la madre a la represión de sus representantes y a las identificaciones que culminan en la instauración de esa formación paradigmática de cultura que es el superyo. Son las modalidades históricas singulares de esta constitución las que abordamos en el diagnóstico, para a partir de ello definir nuestras estrategias terapéuticas. (Bleichmar, S., 1998, párr. 24)

De esta manera, para Bleichmar, lo infantil resulta un proceso previo a la represión. Bleichmar se interesa por la ubicación tópica del conflicto en el marco del proceso diagnóstico. La autora realiza una distinción entre dos tipos de signos patológicos: el síntoma y el trastorno. Plantea Bleichmar:

He diferenciado en mis trabajos entre dos modalidades de emergencia de signos patológicos: trastorno y síntoma; signando la diferencia entre ambos por el abordaje de un síntoma como formación del inconciente, es decir como producto transaccional sólo posible de ser cercado a partir de la existencia de los mecanismos que en él operan existiendo el clivaje del aparato psíquico que lo funda en el momento de instauración de la represión originaria. Ello quiere decir, en primer lugar, que para que el síntoma se constituya como tal debe no sólo expresar una inlograda satisfacción pulsional, sino que sea el sujeto mismo (sujeto del yo), quien lo rehúse a una parte clivada de sí mismo que se ha tornado extraña y “pulsante”. El síntoma es algo entonces que se produce en forma intrasubjetiva, no direccional, no dirigida a algún otro (a lo sumo el beneficio, o la ganancia secundaria adquieren direccionalidad, pero son “secundarios”, no primarios, no forman parte de la

constelación central del síntoma). El trastorno, por su parte, es la emergencia en lo manifiesto de un conflicto en el marco de lo que he denominado tópica intersubjetiva, es decir en el interior de las relaciones primordiales con el semejante, en los momentos previos a la instauración de la neurosis infantil. (Bleichmar, S, 1998, párr. 9)

Desde la perspectiva de Bleichmar el síntoma se ubica en una tópica intrasubjetiva, mientras que el trastorno, se sitúa en una tópica intesubjetiva. Mientras que el síntoma es, según Bleichmar, una formación del inconciente, producto transaccional entre distintas instancias del psiquismo; el trastorno constituye la emergencia de un conflicto en lo manifiesto de las relaciones primordiales con el semejante.

Para Bleichmar en el síntoma, modo del padecimiento neurótico, hay un sistema que paga el precio del sufrimiento, porque otro sistema goza.

La tarea diagnóstica, según las elaboraciones de Bleichmar en la ponencia ya mencionada, implica explorar la constitución del aparato psíquico, su capacidad de producir formaciones del inconciente y ubicar los indicadores de la existencia del inconciente en tanto reprimido. Según la autora esta modalidad de abordaje permite en primer lugar distinguir entre síntoma y trastorno, y en segundo lugar, elegir una estrategia terapéutica adecuada.

Otro aporte de relevancia para pensar el síntoma en la clínica con niños, es brindado por Robert Lévy. En su libro *Lo infantil en Psicoanálisis. La construcción del síntoma en el niño*, publicado en el año 2008 Lévy, realiza contribuciones que aportan gran claridad.

Lévy denuncia que el término infantil es utilizado con frecuencia bajo las acepciones de pobre, frágil, débil, vulnerable; definición que el autor rechaza categóricamente. Como psicoanalista, Levy piensa lo infantil en términos que no se corresponden con enunciados meramente descriptivos. El autor entiende que la constitución de un sujeto se da en tiempos que

son contingentes y a los que atribuye diferentes mecanismos psíquicos. Para Lévy lo infantil está determinado por la ausencia de represión

Señala el autor: “Situaremos en lo infantil la noción central de la falta de represión, así como la constitución de ésta al borde de la metáfora.” (Levy, R., AÑO, p. 17).

Los primeros tiempos de constitución del psiquismo según Lévy son:

- el *infans* (hasta la adquisición del lenguaje)
- lo infantil (desde la adquisición del lenguaje hasta la constitución del Complejo de Edipo)
- la infancia (desde el período de latencia prepuber a la pubertad)

Para el autor, cada uno de esos períodos necesita una definición a partir de su funcionamiento respecto de la represión. De ese funcionamiento surgen efectos que dan cuenta de distintas modalidades de construcción del síntoma.

Afirma Lévy:

Primeramente, el término mismo de infantil encuentra su justificación como concepto si y sólo si lo limitamos a su relación con lo reprimido. En este sentido no hay *infans*, infantil o niño sino tomado cada uno en términos de constitución según su relación con la represión. Así, lo infantil es un concepto del Psicoanálisis si se entiende como momento de la constitución psíquica de un sujeto del inconciente. (Lévy, R., 2008, p. 19)

De esta manera, Lévy plantea el concepto de lo infantil como un territorio de frontera entre el *infans* y la infancia; de los cuales se distingue por su relación con la represión.

Según Lévy:

En tanto que concepto “lo infantil” encuentra un umbral indiscernible con lo que lo rodea (*infans* e infancia), puesto que sería ilusorio considerar por un lado el lenguaje totalmente adquirido en relación a la represión no constituida aun no totalmente y por otro la adquisición definitiva de la represión que sellaría el fin de la infancia. “Lo infantil” no es un concepto autorreferencial, puesto que está rodeado como acabamos de ver, por un antes y un después en el sentido evolutivo de la constitución de la represión en el niño. (Lévy, R., 2008, 20)

Lévy concibe lo infantil como un tiempo lógico dentro de una línea evolutiva, en que es antecedido por el *infans* y seguido por la infancia. Desde ya, estos tiempos pueden tener lugar o no en la constitución de un sujeto. Lévy se refiere a esta cuestión del siguiente modo:

El estudio del desarrollo psicológico del niño busca un modelo y encuentra siempre cierta seguridad científica en la maduración del sistema nervioso. Por ello, el concepto psicoanalítico de infantil presenta el gran interés de situar al niño en esta época de su constitución psíquica “en espera” de una represión completa que puede o no producirse. Pero si los neurofisiólogos arrastran las representaciones de lo infantil hacia la noción de inmadurez, el Psicoanálisis introduce en el vocabulario de los clínicos el concepto de “regresión”; el concepto de “infantil” no es sin embargo una representación de la relación (lo que supondría una progresión, sino un punto de vista dinámico del momento constitutivo del aparato psíquico del niño o la especificidad de las producciones que eso entraña, desde el punto de vista de las producciones del síntoma. (Levy, R., 2008, 23)

Para Lévy, la represión completa es contingente, de modo que podría afirmarse que la infancia no es universal; sino un tiempo subjetivo al que se adviene tras la instalación de determinados mecanismos psíquicos, situación que puede producirse o no.

Lévy ubica en el *infans* a un ser que es hablado. Para el autor, es la madre quien da sentido a las exteriorizaciones del *infans*. Para pensar la función materna en tiempos del *infans*, Lévy toma de G. Balbo y J. Bergès el concepto de transivismo que los autores desarrollan en su libro *Psicosis, autismo y desfallecimiento cognitivo en el niño*, publicado en el año 2001. Según Lévy, madre transivista es aquella que realiza una atribución de sentido a las manifestaciones del *infans*. Es quien interpreta los malestares que observa en el bebé, por ejemplo cuando supone que tiene hambre o que tiene frío. El autor ubica en este tiempo la represión originaria, tiempo de armado del gran Otro del *infans*, tiempo en que empiezan a funcionar ciertos significantes aún sin sujeto.

En su libro *Lo infantil en Psicoanálisis. La construcción del síntoma en el niño*, Lévy señala que cuando una madre no es transivista, vacía o no llena el gran Otro del *infans*, y así deja al niño en la necesidad o en el exceso de necesidad. Lévy ubica en ese punto el desarrollo de retrasos del lenguaje y de autismos.

Para Lévy, un niño hace un pasaje desde una posición de *infans* a una posición infantil cuando deviene deseante — a partir del deseo materno y la inscripción de cierto tipo de represión—.

Lévy define lo infantil en los siguientes términos: “Situaremos en lo infantil la noción central de la falta de represión, así como la constitución de ésta al borde de la metáfora.” (Levy, R., AÑO, p. 17).

Para Levy, lo infantil se caracteriza por la ausencia del mecanismo de la represión, lo que trae aparejado la falta de metáfora. No hay posibilidad de sustitución de un significante por otro, si no es a partir de la represión.

Lévy analiza la fórmula de la metáfora planteada por Lacan en *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*, publicado en el año 1957:

$$f(S' / S) S \equiv S (+) s$$

Plantea Lévy:

En una función proposicional, un significante se sustituye a otro, S a S', creando una nueva significación; la barra resistente a la significación ha sido franqueada, un significante ha caído debajo, un nuevo significado aparece (S). El signo  $\equiv$  indica la equivalencia entre las dos partes de la fórmula. Evidentemente lo que nos interesa aquí es lo que esta fórmula implica: para que un nuevo significado aparezca es preciso que un significante haya caído abajo, es decir sea *unterdrückt*. Para que haya uso de la metáfora es preciso pues que haya un proceso de represión suficientemente avanzado para que un significante sea reprimido al punto de caer debajo de la barra. (Lévy, R., 2008, 89)

Así, sólo a partir del proceso de represión un significante cae debajo de la barra y puede ser sustituido por otro dando lugar a un nuevo significado.

Esta definición de lo infantil, ligado a la ausencia de represión y por tanto de metáfora, tiene evidentes correlatos clínicos en la construcción del síntoma, que serán situados más adelante.

En la infancia, Lévy ubica el mecanismo de la represión completa y por tanto de la posibilidad metafórica. El autor adhiere a la concepción freudiana acerca de la infancia como

período en el cual se hacen cesiones en favor de la cultura, por vía de la represión. Por tanto, define a la infancia como un período de intenso progreso.

La elaboración de Robert Lévy relativa a la constitución del sujeto en tiempos, permite distinguir entre síntomas en que la represión está ausente y síntomas en que tal mecanismo psíquico está operando.

Tal cómo se señaló al inicio del capítulo, cuando se aludió a la concepción freudiana del síntoma, si la represión opera, es posible ubicar el síntoma como formación del inconciente. En ese caso, se puede reconocer al síntoma que aparece como última etapa de la enfermedad, como retorno de lo reprimido. Siguiendo las elaboraciones freudianas, ese síntoma muestra:

- en primer lugar, los logros de la defensa —en tanto el yo no debe vérselas con la representación inconciliable que fue desalojada— y
- en segundo lugar, las fallas de la defensa —en tanto el precio del desalojo se paga con el retorno de una representación desfigurada.

Hay otros síntomas, en cambio, en que no está operando la represión. Robert Lévy se refiere a ellos con los siguientes términos:

Es justamente porque no hay todavía represión completa por lo que se producen síntomas en el niño que no son el efecto de una represión, sino, al contrario, el producto de una falta de represión, siendo justamente la tarea del analista favorecer que la represión sea finalmente posible. (Levy R., 2008, 73)

Para Lévy, los síntomas que obedecen a un mecanismo infantil no se constituyen como resultado de una represión, sino a partir de la ausencia de ella.

La concepción acerca de lo infantil formulada por Lévy tiene dos consecuencias lógicas que el autor plantea en las siguientes fórmulas:

- en primer lugar, lo infantil ignora la metáfora y

- en segundo lugar, lo infantil funciona en la metonimia

Estas fórmulas tienen, como puede suponerse, implicancias en la formación de síntomas.

Con la primera fórmula se advierte que el síntoma infantil no se corresponde con un mecanismo de sustitución de un significante por otro, de una representación inconciliable por una desfigurada. No hay un advenimiento de significación, como ocurre en el síntoma que es producto de la posibilidad metafórica, del retorno de lo reprimido.

El mecanismo por excelencia del síntoma infantil es la metonimia. La metonimia se inscribe en el orden de las relaciones de contigüidad. Prevalece así, un desplazamiento del acento psíquico entre significantes.

La fórmula de la metonimia postulada por Lacan en su ya citado escrito, *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud* es:

$$f(S...S') S \equiv S (-) s$$

La metonimia implica la conexión del significante con el significante. No hay franqueamiento de la barra. No hay punto de abrochamiento como ocurre en la metáfora. Por el contrario, la significación se desliza en la cadena.

La metanomia es, para Lévy el mecanismo de construcción del síntoma infantil, que el autor compara con las teorías sexuales infantiles. Ambas manifestaciones infantiles se deben, según el autor, esencialmente a la falta de represión, por lo cual en ellas no opera la metáfora.

A propósito de este asunto, en el libro ya citado *Reinventar el Psicoanálisis*, Luciano Lutereau y Liora Stavchansky distinguen entre una verdad que ingresa en el dispositivo analítico a través de la metáfora y otra que implica un modo de satisfacción.

Por supuesto la respuesta metafórica no excluye una determinada satisfacción; sin embargo en ella aparece en primer plano un mecanismo de sustitución signifiante.

Las dos respuestas sintomáticas implican una tarea distinta por parte del analista, de allí la importancia de esta distinción diagnóstica.

## **5.2 El miedo en clínica con niños, tres respuestas sintomáticas diferentes**

### **5.2.1 Caso Hans: el miedo en un síntoma de la infancia**

Interesa retomar aquí el célebre caso Hans, que Sigmund Freud expone en el texto *Análisis de la fobia de un niño de 5 años*, publicado en el año 1909,

Hans es un niño de cinco años, cuyo tratamiento es llevado a cabo por su padre, a partir de la orientación de Sigmund Freud. Freud interviene de modo directo en una única oportunidad en que mantiene una entrevista con el niño.

El padre de Hans, interesado en la teoría psicoanalítica, mantiene correspondencia con Freud y le relata observaciones que realiza sobre su hijo. Una de las cartas, sin embargo, tiene un tono diferente, pues allí el padre de Hans le expone a Freud la suposición de que las cuestiones que habrá de plantearle sobre su hijo, serán contribuciones para un historial clínico. Desdichado, le refiere que el niño presenta un intenso temor de que un caballo lo muerda. Además, el padre agrega que Hans siente desazón al atardecer y miedo de andar por la calle.

El padecimiento de Hans corresponde a un síntoma propio de la infancia, que tramita el sepultamiento del complejo de Edipo por las vías de la represión. El historial freudiano revela las características metafóricas de la respuesta infantil. La angustia del niño frente a los caballos tiene lugar a partir de la sustitución de un significante por otro.

El temor del niño de ser mordido por un caballo es interpretado por Freud como miedo a ser castrado por el padre.

Las posibilidades metafóricas que brinda la represión se ponen de manifiesto no sólo en el síntoma del pequeño Hans, sino también en otro tipo de manifestaciones como los sueños y las fantasías.

Aún las fantasías conclusivas de la fobia, presentes en el historial, revelan la respuesta metafórica. Una de esas fantasías es expuesta por el niño a su padre del siguiente modo:

Ha venido el instalador y con unas tenazas me ha quitado primero el trasero y después me ha dado otro, y después el hace- pipí. Él ha dicho: “Enséñame el trasero”, y yo he tenido que darme vuelta y me lo ha quitado y luego ha dicho: “Enséñame el hace- pipí.” (Freud, S. 1909, 81)

Freud corrobora la interpretación hecha por el padre de Juanito, presente en el siguiente diálogo, que el padre del niño le refiere a Freud:

Yo: Él te ha dado un hace- pipí más grande y un trasero más grande, ¿no?

Hans: Sí

Yo: ¿Como los de papi, porque te gustaría ser el papi?

Hans: Sí, y también me gustaría tener unos bigotes como los tuyos y ese pelo (señala mi pecho) (Freud, S., 1909, 81)

Así, independientemente de las distintas lecturas que prestigiosos psicoanalistas han realizado acerca del caso, en todas ellas puede ubicarse el reconocimiento del mecanismo de la represión en el síntoma de Hans que adquiere una modalidad metafórica.

El caso de Hans es un tipo particular de síntoma de niños, que puede pensarse como propio de la infancia. No constituye en absoluto el paradigma de los síntomas de niños en la actualidad.

### **5.2.2 Caso Gerónimo, un guerrero desarmado: El miedo en un síntoma infantil**

En su libro *Los mismos- distintos lugares*, Hugo Dvoskin, presenta el Caso Gerónimo, a quien nombra como un guerrero desarmado. Los padres del niño acuden a consulta motivados por los educadores de su hijo, quienes manifiestan preocupación por los temores del niño. Según plantean los padres, Gerónimo tiene miedo “no defiende lo suyo y presenta cierta inhibición en las

actividades del jardín y con sus compañeros.” (Dvoskin, 1996, 15) La madre de Gerónimo dice que es un niño a quien cubren de afecto. Dvoskin lee el lugar del niño para los padres a partir de la revelación que hace la madre sobre una cobertura. En esa cobertura de afecto, que impide al niño el lazo con otros, el analista ubica la mayor desprotección. Para Dvoskin, Gerónimo es un niño a quien le ponen nombre de guerrero, —alude así a un destacado jefe de los apaches, indígenas que en el 1900 ocuparon el noroeste de México y sudoeste de Estados Unidos—, pero que mandan a la guerra sin armas.

Dvoskin despliega sus intervenciones por un lado, en las entrevistas con los padres, y por otro, en las entrevistas con el niño. En éstas últimas, según refiere el autor, Gerónimo se esconde primero bajo las faldas de su madre, luego bajo los cortinados, bajo el diván y en los placards.

La intervención del analista no se hace esperar: “Si el miedo no deja jugar, jugaremos al miedo.” (Dvoskin, 1996, 16), señala Dvoskin. Apuesta clínica que habilita una nueva posibilidad para el pequeño paciente.

El analista se disfraza de miedo: muestra temor por las cosas más insignificantes. Afirma Dvoskin:

El análisis se lanza. Gerónimo será el lobo del bosque. Los temores que el analista tiene serán el soporte de un texto que mezcla inútiles ideas de los padres —para que no sea temeroso— e ideas propias que Gerónimo comienza a tener sobre el mundo. (Dvoskin, 1996, 17)

Tras la intervención del analista que propone el juego de los miedos, el niño se instala en la transferencia y se inicia un trabajo analítico.

Se trata, en este caso de un síntoma infantil, eminentemente metonímico. El miedo se desliza entre significantes. El niño se cubre con elementos que encuentra en el ambiente: las cortinas, el diván, el placard,

Es un síntoma en el que no hay metáfora, porque no está operando la represión en forma completa. El analista entonces no interpreta. No hay tarea de desciframiento que realizar. El analista se ofrece él mismo en el lugar de objeto, permitiendo así una posición nueva para el niño.

### **5.2.3 Caso Ismael, el niño que creía ser de vidrio. El miedo en un síntoma del *infans***

En su libro *Autismos y perturbaciones graves. De la soledad al encuentro con el Otro*, publicado en el año 2013, Ilda Levín analiza un caso al que titula *El niño que creyó ser de vidrio*.

Ilda Levín refiere que recibió en consulta a un niño diagnosticado como autista en riesgo de psicosis infantil. El niño estaba medicado hacía un año. Los profesionales que lo atendían hasta ese momento habían indicado a la madre administrar la medicación y al padre, tomar nota de los comportamientos de su hijo para que la psiquiatra pudiera ir variando la medicación si fuese preciso. El niño no mejoraba en absoluto con ese tratamiento, sino que por el contrario empeoraba.

Según las observaciones de Levín, Ismael no jugaba, no hablaba y un tiempo antes de la consulta ya no comía. La anorexia del niño llevó a esta familia a buscar otra alternativa. En esas instancias consultaron a la analista.

En relación a su paciente, Levín refiere:

Vivía perseguido, envuelto en espirales muy peligrosas, no lograba insertarse en la familia y su linaje. Se sentía rechazado. Omitido de la palabra, el afecto y el amor, su respuesta fue petrificarse. (Levín, 2013, 49)

Así, la petrificación fue la respuesta del niño a la vivencia de una amenaza inminente.

Agrega Levín:

El análisis de sus relatos y dibujos nos permitió entender, tanto a él como a mí, que en su interioridad psíquica operaba un torbellino dantesco. En lugar de un motor deseante su estructura estaba horadada por una grieta insondable: un agujero que luego sería definido por él mismo en términos de “abismo... agujero negro, en el que uno cae sin poder evitarlo.” Así se sentía: impotente, invalidado, en riesgo de estar envuelto en una bruma insondable, en un agujero sin salida. (Levín, 2013, 49)

De ese modo, en transferencia, el terror de Ismael, puede ser localizado en la figura del “agujero negro”, figura que el niño logra construir en análisis. Levín ubica el “agujero negro” al que se refiere el niño del siguiente modo:

Se trataba de un lugar tenebroso, situado entre galaxias, allí donde “nadie escucha nada”. Descripto por él como un lugar espantoso, se trataba de un objeto animado y cruel, nadie podía pasar cerca porque era atraído mortalmente por este lugar. A su vez, se trataba de una especie de Dios omnipotente y hambriento: atrapa todo lo que pasa cerca. (Levín, I., 2013, 50)

Queda así situada la presencia de un Otro portador de la ferocidad y la crueldad, frente al cual el niño quedaba en absoluto desvalimiento. El síntoma en este caso puede ser ubicado en tiempos del *infans*. Un Otro del que el niño no estaba separado y frente al cual se sentía desprotegido como un ser de vidrio, arrasado por un goce que no había sido extraído del cuerpo. El horror habitaba al pequeño paciente que se veía a merced de un Otro caníbal capaz de despedazarlo y devorarlo.

#### **5.2.4 Importancia de la distinción diagnóstica**

La distinción diagnóstica a partir del síntoma permite que el psicoanalista oriente sus intervenciones. El síntoma como respuesta en que prevalece una sustitución metafórica permite la tarea de desciframiento significativo por parte del analista, no sin reconocer allí una determinada modalidad de goce.

La respuesta del síntoma infantil implica para el analista una tarea diferente, que escapa del plano interpretativo. Como no hay actividad metafórica, tampoco hay tarea de desciframiento por parte del analista. El síntoma meramente metonímico es un síntoma que no hace pregunta al niño. No causa la extrañeza que ocasiona el síntoma metafórico que, gracias a la desfiguración, se le presenta al sujeto como algo ajeno.

En su libro *De los diez mandamientos a la regla fundamental: trabajos en Psicoanálisis*, señala Hugo Dvoskin:

A diferencia de los diversos modos de sufrimiento que el niño sí tiene y que serán el soporte ético de cualquier clínica, el síntoma en psicoanálisis tiene una dimensión sorpresiva, intrusa, se trata de la intromisión de un saber oportuno que interpela al sujeto. Se trataría de la metáfora, metáfora que nos enviará a una pregunta por el padecer. Pregunta que los niños no tienen. Que los niños padezcan y no pregunten es lo que sostiene la especificidad de la clínica con niños. (Dvoskin, H. 48)

Así, el síntoma infantil causa malestar, pero no pregunta. No hay un sujeto que se interroge sobre el síntoma como un cuerpo extraño, lo cual elimina la posibilidad de la tarea interpretativa por parte del analista, que debe situar sus intervenciones en un plano diferente que el significante.

### **5.3 Acerca de las relaciones entre el motivo de consulta, el síntoma y el diagnóstico**

Resulta pertinente hacer hincapié en la relación que se establece entre estos tres elementos: el motivo de consulta, el síntoma y el diagnóstico, pues es posible situar que la relación que se establece entre estos tres elementos da cuenta de las particularidades de una determinada praxis.

En su libro *Reinventar el Psicoanálisis*, Luciano Lutereau y Liora Stavchansky plantean:

Cuando recibimos un caso en el consultorio, no recibimos una demanda, lo que se recibe es un motivo de consulta, un pedido que tiene la estructura de ser autorreferencial, es decir, aparece un significante aislado, que gira sobre sí mismo, un significante que no se conecta con ningún otro (aunque se contradiga la noción misma de significante). Sobre este significante es muy difícil intervenir; no abre, no hace cadena. Lacan nos dio una valiosa indicación clínica al vincular un significante con otro con una flecha; maniobra que debe encarar el analista ayudando a favorecer la instalación del segmento de s1 a s2. El mismo analista debe convertirse en esa flecha si el caso así lo exige. (Lutereau, L.; Stavchansky; L., 2015, 52- 53)

Así, los autores ubican en el momento inicial, la consulta; primera puesta en palabras del malestar, s1, significante que se pliega sobre sí mismo. Los autores distinguen este punto de la demanda, pues allí ya hay despliegue, ya hay apertura a un s2.

La posición que asume el oyente frente al motivo de consulta resulta esencial. Es posible situar dos posiciones contrapuestas:

- Existe una primera posición que se caracteriza por replicar el s1. Esta posición se corresponde con prácticas coherentes con los mecanismos de medicalización y biomedicalización. En estos casos, el malestar expuesto en la consulta es ubicado sin más como el síntoma. El malestar que refieren los padres es concebido como síntoma sin mediar allí ningún tipo de trabajo por parte del profesional. De ese síntoma declarado en una primera consulta, el profesional realiza una traducción directa a un diagnóstico (que en capítulos anteriores se ubicó como diagnóstico apresurado). Consulta, síntoma y diagnóstico apresurado. Tres significantes. Sin embargo no hacen cadena. Son tres s1 superpuestos. Uno sobre el otro. El saber queda del lado del profesional. Se produce una deriva de s1.
- La segunda posición posibilita el despliegue de la demanda. La consulta, como señalan Lutereau y Stavchansky, configura un s1, que el analista invita a desplegar. Su deseo de analista propicia la aparición de un s2, que impide al sujeto quedar coagulado bajo su malestar.

En el diagnóstico psicoanalítico el malestar no nombra al sujeto. Resulta interesante en este sentido, recordar que en el caso Hans, el niño se refiere a la fobia llamándola despectivamente: “la tontería” (Freud, S., 1909, 27). Su padecimiento es algo que le ocurre, no es él mismo.

En su historial Freud no se refiere a un niño fóbico, sino que se propone analizar la fobia de un niño.

Un niño en análisis, comienza a identificarse con los trabajos psíquicos que realiza, más que con un malestar. Esto no significa que no se ubique un síntoma. Desde ya, es preciso para el

analista ubicar la respuesta que un niño pudo organizar, que da cuenta de determinada posición. Se puede determinar así, los trabajos psíquicos a realizar. Allí se configura el diagnóstico.

Las dos posiciones recién expuestas implican una apuesta clínica y ética radicalmente diferente. Mientras que la práctica psicoanalítica posibilita el despliegue de la demanda; las propuestas medicalizadoras y biomedicalizadoras replican el pliegue de la consulta.

Como señalan Lutereau y Stavchansky en la frase recién citada, en la práctica psicoanalítica, corresponde al analista propiciar el despliegue de la cadena significativa, de  $s_1$  a  $s_2$ . Si es preciso, el analista soporta aún ubicarse como flecha.

Las prácticas medicalizadoras y biomedicalizadoras, en cambio, no proponen un movimiento de despliegue, sino que se organizan de un modo similar a un juego de encastre. Cada ficha se va acoplando sobre la anterior: consulta- síntoma- diagnóstico. En este encastre no hay posibilidad de movimiento. Sólo es viable un crecimiento acumulativo. Así, tiene lugar una primera etapa de consulta en que se suceden los siguientes pasos, casi inmediatamente:

- en primer lugar, los padres refieren los malestares del niño al profesional
- en segundo lugar, el profesional nombra ese malestar como síntoma
- y en tercer lugar, el profesional traduce el síntoma a un diagnóstico apresurado;

Cuando la primera etapa concluye, el circuito vuelve a comenzar: los padres refieren nuevos padecimientos, que son concebidos como síntomas y que refuerzan el diagnóstico invalidante. En algunas ocasiones, cuando el malestar se torna insoportable, se agregan nuevos diagnósticos apresurados al diagnóstico ya emitido. En algunos casos, después de años de repetición de estos circuitos se decide la consulta a un nuevo profesional.

## **5.4 Conclusiones**

El presente capítulo apuntó a situar que el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños implica el reconocimiento del síntoma como una de las especificidades de esta clínica.

No es posible equiparar todos los síntomas de los niños con formaciones del inconciente en que tiene lugar un retorno de lo reprimido. Luciano Lutereau y Liora Stavchansky conciben al síntoma del niño como la respuesta que éste ofrece en determinadas circunstancias del deseo. Esta respuesta configura para los autores, ya una toma de posición subjetiva que será revisada tras la pubertad.

El capítulo retomó las conceptualizaciones de Robert Lévy y Silvia Bleichmar, como autores que realizaron propuestas interesantes tendientes a ordenar el extenso y diverso campo de la sintomatología en clínica con niños.

Silvia Bleichmar realiza valiosas contribuciones. La autora distingue los síntomas de los trastornos. A los primeros, los ubica en una tópica intrasubjetiva; a los segundos, en cambio, en una tópica intersubjetiva. El síntoma es para Bleichmar, una formación del inconciente que revela un conflicto, en que un sistema paga el precio por la satisfacción de otro sistema. El trastorno, en cambio, corresponde, para la autora, a la puesta de manifiesto de un conflicto en el plano de las relaciones primordiales con los otros.

Robert Lévy; por su parte, distingue al *infans*, de lo infantil y de la infancia. A cada uno de esos tiempos en la constitución psíquica le atribuye una modalidad diferente respecto de la represión. Para Lévy:

- en el *infans*, el lenguaje opera a través de la atribución de un saber por parte de la figura materna. Lévy ubica allí el tiempo en que se instala la represión originaria

- en lo infantil, es posible ubicar la adquisición del lenguaje. La represión no opera allí de modo completo;
- en la infancia, la represión opera en forma completa y por eso se hace posible la metáfora.

Las puntualizaciones de Lévy tienen consecuencias clínicas. La formación de síntomas es distinta si hay retorno de lo reprimido o si se trata de respuestas en las que no opera la represión. En los primeros casos, se observa determinada posibilidad metafórica; en los segundos, en cambio, prevalece la metonimia.

Tal distinción diagnóstica resulta de interés para que el analista oriente sus intervenciones.

El caso Hans, trabajado por Sigmund Freud, en su célebre historial *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, permite situar la actividad metafórica en la construcción del síntoma. Si bien constituye un caso ejemplar, no configura, en absoluto un ejemplo paradigmático de la clínica con niños en la actualidad.

Tanto el síntoma infantil como el síntoma del *infans*, pueden describirse como síntomas que no hacen pregunta, pues no generan la extrañeza del retorno de lo reprimido. No implican, por tanto, una tarea interpretativa por parte del analista, sino que éste debe intervenir en cada caso de un modo diferente.

Además, el capítulo situó una diferencia radical en el modo en que se vinculan los términos motivo de consulta, síntoma y diagnóstico, en las prácticas medicalizadoras y biomedicalizadoras por un lado, y en la praxis psicoanalítica por el otro. En el primer caso, se observa una traducción inmediata de los significantes que se utilizan para nombrar el malestar en la consulta, al síntoma, al diagnóstico apresurado. Se trata allí de una réplica de sí que no hacen cadena. No hay en esas prácticas despliegue posible, sino más bien un malestar que queda coagulado a significantes que

son ofrecidos por los profesionales en las primeras entrevistas. Resulta paradójico que en esos casos los diagnósticos obturan la posibilidad de los tratamientos.

En la praxis psicoanalítica, en cambio, el malestar no nombra al sujeto. De manera que no hay una relación de identidad entre los significantes que nombran el malestar, con lo que se recorta como síntoma y luego con el diagnóstico. En el psicoanálisis las condiciones en que se elabora el diagnóstico permiten el despliegue que da lugar a un tratamiento posible.

## **Capítulo 6: Saber- hacer del analista con el juego para la elaboración de diagnósticos**

El juego resulta un elemento esencial de la clínica psicoanalítica con niños, pues constituye una experiencia constitutiva del psiquismo en la infancia. Sería imposible pensar en el abordaje clínico con niños sin tener en consideración al juego. El modo en que se presenta y aún su ausencia resultan elementos reveladores. Su valor diagnóstico es de gran importancia.

El presente capítulo, abordará el valor clínico del juego para la elaboración de conjeturas clínicas, punto en el que se ubicará el saber- hacer del analista con el juego para uso diagnóstico.

En el campo psicoanalítico existen distintas concepciones de juego, que tienen como correlato diferentes maneras en que el analista se sirve de este elemento con fines diagnósticos.

En su libro *Los usos del juego*, el psicoanalista Luciano Lutereau ubica tres concepciones de juego, en las que se destacan diferentes cualidades de la experiencia lúdica:

- En primer lugar, el juego como fenómeno en que se produce una tarea de simbolización y elaboración,
- En segundo lugar, el juego como actividad en que se despliega la creatividad,
- Finalmente, el juego como experiencia constitutiva del sujeto, haciendo énfasis en la dimensión pulsional.

Se apunta a retomar la distinción propuesta por Lutereau respecto de las distintas concepciones de juego, para situar aquí, el modo en que el analista se sirve del juego a los fines diagnósticos, correspondiente a cada una de esas concepciones.

El primer apartado del presente capítulo será dedicado a ubicar el uso diagnóstico que el analista hace del juego cuando destaca en éste la actividad de simbolización y la elaboración. Serán analizadas con particular interés contribuciones de Sigmund Freud, Melanie Klein y Arminda Aberastury. También será considerada la lectura que Jaime Bernstein, co- fundador de la Editorial

Paidós y Director de la primera carrera de Psicología en Argentina, realiza sobre la obra de Aberastury. A su vez, se retomará una puntuación que los analistas Konover de Kancyper y Silvia Bajraj, ambos miembros de la Asociación Psicoanalítica Argentina —tal como lo fue la propia Aberastury— realizan en su texto *Hora de juego diagnóstica de Arminda Aberastury* que forma parte del Diccionario de Psicoanálisis Argentino de la mencionada institución y que fue publicado en el año 2014.

El segundo apartado estará destinado a situar el valor diagnóstico del juego cuando se destaca en él, la dimensión de acción y su íntima ligazón con la creatividad. Interesará destacar allí, contribuciones de Donald Winnicott.

En el tercer apartado se ubicará el modo en que el analista se sirve del juego para uso diagnóstico, cuando lo que se destaca es su cara pulsional. En este apartado, resultarán de interés las contribuciones de Jacques Lacan, Liora Stavchansky y Luciano Lutereau.

Corresponde a una decisión epistémica de la tesista, la elección de los autores referenciados.<sup>4</sup>

## **6.1 El diagnóstico psicoanalítico a través del juego en su valor de simbolización y elaboración**

Para comenzar a precisar el valor clínico del juego, destacando en él la actividad de simbolización y tramitación psíquica, resulta relevante considerar los aportes freudianos en el texto *El creador literario y el fantaseo*, publicado por primera vez en el año 1908. Allí, Sigmund Freud, concibe al juego como la “ocupación preferida y más intensa del niño” (Freud. S, 1908, 127).

---

<sup>4</sup> Se privilegió la referencia a Sigmund Freud, el fundador del Psicoanálisis y a célebres exponentes de la escuela inglesa y francesa. Además, se consideró importante la inclusión de Arminda Aberastury, como pionera del Psicoanálisis con niños en Latinoamérica, que realizó propuestas originales sobre juego. Resultó de interés además, el aporte de psicoanalistas latinoamericanos contemporáneos, como Liora Stavchansky y Luciano Lutereau, cuyos desarrollos rigurosos y originales, contribuyen a la valoración del juego en su dimensión pulsional, en la práctica clínica actual.

Freud entiende en esa obra, que el juego del niño está dirigido por un deseo principal: el deseo de ser grandes. El niño juega a ser adulto.

En ese texto Freud rechaza la oposición que popularmente se establece entre el juego y lo serio, pues entiende que la actividad de jugar reviste gran importancia y seriedad para el niño. El juego estaría, para Freud, opuesto a la realidad. En palabras del autor:

Lo opuesto al juego no es la seriedad, sino... la realidad efectiva. El niño diferencia muy bien de la realidad su mundo de juego, a pesar de toda su investidura afectiva; y tiende a apuntalar sus objetos y situaciones imaginados en cosas palpables y visibles del mundo real. Sólo ese apuntalamiento es el que diferencia aún su «jugar» del «fantasear». (Freud, 1908, 128)

Así, el juego queda en la teorización freudiana claramente diferenciado de la realidad efectiva, que en absoluto presenta confusiones al niño. De hecho, es posible afirmar que cuando un niño pregunta en medio de un juego “¿esto es de verdad?”, algo en ese juego falló, algo se prestó a confusión e inquietó al niño. De allí, su empeño por aclarar rápidamente los límites entre realidad y juego.

Para Freud, el juego también se diferencia de la fantasía por el apuntalamiento en objetos que se puede ubicar en el primero y del que carece la segunda. Mientras que la fantasía se conserva en el plano de lo intrapsíquico, en el juego hay una acción con apoyo en objetos.

Freud realiza entonces una alusión al valor del juguete, aun cuando no lo nombra específicamente, pues se refiere a objetos en que se apuntala la experiencia lúdica infantil.

A propósito de este punto, es posible retomar algunas aseveraciones de Melanie Klein, respecto de los momentos inaugurales de su práctica con niños.

En su artículo *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y su significado*, publicado en 1955, Klein refiere que antes de desarrollar su técnica de juego tal como la conocemos hoy, trabajó en la casa de algunos de sus pacientes haciendo uso de los juguetes de ellos. La analista

relata que en los inicios de su trabajo con niños, decidió en medio de una sesión, ofrecer a un paciente, los juguetes de sus propios hijos con intención de posibilitar la expresión a través del juego.

Como es sabido, la autora desarrolla una teoría a la que corresponden unas determinadas recomendaciones del uso de los juguetes, a las que se aludirá más adelante.

Desde esta perspectiva, los juguetes no están en el consultorio a partir de una elección azarosa. Su presencia y el modo en que están ubicados obedecen a una apuesta del analista a que el niño pueda servirse de ellos para la simbolización y la elaboración a través del juego.

Volviendo al texto freudiano *El creador literario y el fantaseo*, y establecidas las diferencias entre juego y fantasía, es posible situar ahora las semejanzas, señaladas por Freud entre uno y otro fenómeno. Afirma Freud:

El adulto deja, pues, de jugar; aparentemente renuncia a la ganancia de placer que extraía del juego. Pero quien conozca la vida anímica del hombre sabe que no hay cosa más difícil para él que la renuncia a un placer que conoció. En verdad, no podemos renunciar a nada; sólo permutamos una cosa por otra; lo que parece ser una renuncia es en realidad una sustitución o un subrogado. Así, el adulto, cuando cesa de jugar, sólo resigna el apuntalamiento en objetos reales; en vez de *jugar*, ahora *fantasea*. Construye castillos en el aire, lo que se llama *sueños diurnos*. (Freud, 1908, 128)

Así, el fantaseo, constituye en la teorización freudiana, uno de los destinos del juego. El placer ganado por la experiencia del juego en el niño, no se abandona en la adultez, sino que el fantasear suple esa ganancia de placer bajo una nueva modalidad.

Asimismo, Freud ubica en correspondencia, el juego y la creación literaria, en la medida en que en ambos casos se trata de la creación de un mundo de ficción que es diferenciado sin dificultad de la realidad efectiva. Para Freud, tanto en el juego como en la creación literaria se tramitan afectos penosos en unas prácticas que posibilitan el placer.

Otro texto freudiano, publicado en el año 1920, *Más allá del principio de placer*, aporta dos nuevos sentidos a la experiencia lúdica. El primero de ellos, se situará a continuación. El segundo sentido, será abordado en el tercer apartado del presente capítulo y corresponde a una conceptualización lacaniana del juego.

En el texto de 1920 Freud se refiere al juego del *fort-da*, al que ya se ha hecho referencia en el segundo capítulo de la presente tesis. Freud muestra interés por el hábito de un niño de dos años que arroja lejos de sí un carretel con el grito de “o- o- o” interjección que Freud ubica como *fort* (se fue). Luego, el niño trae el carretel junto a sí, acompañando ese movimiento con el grito amistoso de “*da*” (acá está). Freud confiere a ese hábito el estatuto de juego.

Una primera interpretación freudiana sobre el *fort-da* consiste en señalar que el niño realiza activamente en el juego, lo que sufre pasivamente en su vida cotidiana. Mientras que en su realidad diaria, el niño es dejado por su madre al cuidado de otros adultos; en el juego, es el niño quien arroja lejos de sí al objeto, del que podría interpretarse que simboliza a la madre. En la vida diaria es la madre quien se separa del niño para dedicarse a sus propias ocupaciones. En el juego, es el niño quien se separa del carretel.

Para Freud, mediante este juego el niño tramita una situación penosa. Esta idea, corresponde a una determinada concepción de juego que, tal como se advirtió, no agota la totalidad de las elaboraciones freudianas a propósito del juego del *fort-da*.

Afirma Freud:

Se advierte que los niños repiten en el juego todo cuanto les ha hecho gran impresión en la vida; de ese modo abreaccionan la intensidad de la impresión y se adueñan, por así decir, de la situación. Pero, por otro lado, es bastante claro que todos sus juegos están presididos por el deseo dominante en la etapa en que ellos se encuentran: el de ser grandes y poder obrar como los mayores. También se observa que el carácter displacentero de la vivencia no siempre la vuelve inutilizable para el juego. Si el doctor examina la garganta del niño o lo somete a una pequeña operación, con toda certeza esta vivencia espantable pasará a ser el contenido del próximo juego. Pero la ganancia de placer que proviene de otra fuente es palmaria aquí. En cuanto el niño trueca la pasividad del vivenciar por la actividad del jugar, inflige a un compañero de juegos lo desagradable que a él mismo le ocurrió y así se venga en la persona de este sosías. (Freud, D., 1920, 16)

Así, en el juego el niño tramita una experiencia penosa, mediante la asunción de una posición activa de aquello que anteriormente vivenció en forma pasiva. La simbolización resulta

un factor fundamental en el juego. De un modo comparable a lo que ocurre en el sueño, en el juego, unos objetos representan a otros, unas acciones se figuran en otras.

Es posible sintetizar hasta aquí, dos concepciones freudianas del juego, a saber:

- Que el juego permite la expresión de fantasías a través de símbolos.
- Que mediante el juego el niño elabora lo traumático, en tanto realiza activamente lo sufrido pasivamente

Tanto la simbolización como la elaboración constituyen elementos centrales en la concepción del juego de Melanie Klein. Se pretende situar aquí, aspectos significativos de su teoría del juego en relación con el uso que de éste hace el analista para la elaboración del diagnóstico. Para ello, serán tenidas en consideración, algunas observaciones que la autora realiza en tres textos:

- *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*, publicado por primera vez en el año 1930,
- *La técnica psicoanalítica del juego. Su historia y significado*, publicado por primera vez en el año 1955 y finalmente,
- *La personificación en el juego de los niños*, publicado por primera vez en el año 1929.

En el texto *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*, Melanie Klein ubica al simbolismo como fundamento de toda fantasía y sublimación, pero además señala que sobre el juego se construye la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad misma.

Así, no hay fantasía, ni hay juego, en la teorización kleiniana, si no es a través de la simbolización. En la obra de Melanie Klein, la simbolización es la materia misma de la que tanto

juego como fantasía están hechos. Además, el juego le permite al sujeto la relación con lo externo y con la realidad efectiva.

En el artículo *La técnica psicoanalítica del juego. Su historia y significado*, Melanie Klein destaca el papel de los símbolos en el juego infantil. En términos de la autora:

Como hemos visto, el ladrillo, la pequeña figura, el auto, no sólo representan cosas que interesan al niño en sí mismas, sino que en su juego con ellas, siempre tienen una variedad de significados simbólicos que están ligados a sus fantasías, deseos y experiencias. Este modo arcaico de expresión es también el lenguaje con el que estamos familiarizados en los sueños, y fue estudiando el juego infantil de un modo similar a la interpretación de los sueños de Freud, como descubrí que podía tener acceso al inconsciente del niño. Pero debemos considerar el uso de los símbolos de cada niño en conexión con sus emociones y ansiedades particulares y con la situación total que se presenta en el análisis; meras traducciones generalizadas de símbolos no tienen significado. (Klein, M., 1955, 144)

Así, la autora destaca el valor de los símbolos en el juego infantil como mecanismo de acceso al inconsciente, lo cual torna comparable el quehacer del psicoanalista con el juego con el trabajo de interpretación de los sueños propuesto por Freud en el año 1900. Cabe señalar que la autora destaca la importancia de situar lo propio de cada niño en la simbolización del juego y rechaza posibles traducciones universales donde se pierde lo particular de cada quien.

En el mismo texto, Klein asevera:

El análisis del juego había mostrado que el simbolismo permite al niño transferir no sólo intereses, sino fantasías, ansiedades y sentimientos de culpa a objetos distintos de las personas. De este modo el niño experimenta un gran alivio jugando y éste es uno de los factores que hacen que el juego sea esencial para él. (Klein, M, 1955, 144)

Así, el juego es ubicado por Klein, como una práctica que causa alivio al niño, pues permite a través del simbolismo la tramitación de afectos de distinta índole. En esta misma línea, la autora plantea:

La variedad de las situaciones emocionales que pueden ser expresadas por las actividades del juego son ilimitadas: por ejemplo, sentimientos de frustración y de ser rechazado; celos del padre y de la madre o de hermanos y hermanas; agresividad acompañando esos celos; placer por tener un compañero y aliado contra los padres; sentimientos de amor y odio hacia

un bebé recién nacido o uno que está por nacer, así como la ansiedad resultante, sentimientos de culpa y la urgencia de reparación. También hallamos en el juego del niño la repetición de experiencias reales y detalles de la vida de todos los días, frecuentemente entrelazados con sus fantasías. (Melanie Klein, 1955, 136)

Klein encuentra que todos los aspectos de la vida del niño pueden ser expresados a través del juego, de allí su enorme valor diagnóstico. Por eso, para Klein, es preciso que el analista logre comprender e interpretar aquello que el juego expresa. Tendrá así un diagnóstico de las situaciones conflictivas o traumáticas que en él se simbolizan. En caso de que haya inhibición para el juego, resulta imprescindible, desde la perspectiva de Klein, que el analista sea capaz de situar las causas de tales inhibiciones. Este elemento constituye también un factor diagnóstico.

Klein encuentra en el juego un núcleo idéntico al de las fantasías masturbatorias. En su trabajo *La personificación en el juego de los niños* del año 1929, la autora ubica que una de las principales funciones del juego infantil consiste en proporcionar una descarga de estas fantasías. Habría en el juego, según Klein, un empuje hacia la realización de deseo; aspecto que el juego comparte con el sueño, además de la simbolización.

Es posible situar en la teorización kleiniana acerca del juego algunos distinguos de cuestiones psicopatológicas que se observan en la actividad lúdica y que resultan de relevancia para los fines diagnósticos.

La principal diferenciación surge a partir de la presencia o no de simbolización. En los primeros casos, Klein se inclina a pensar en neurosis; mientras que en los segundos se ubicaría la psicosis.

A propósito de este asunto, en el texto *La personificación en el juego de los niños*, la autora establece algunos criterios diagnósticos. En su experiencia, Melanie Klein observa que:

- Los niños esquizofrénicos no son capaces de jugar. Sólo consiguen la ejecución de acciones monótonas que pueden ser reconducidas a la negación de la realidad y la inhibición de la fantasía.
- En las parafrenias existe una gran represión y alejamiento de la realidad
- En niños paranoicos, la elaboración de la fantasía se inclina hacia la irrealidad.
- Los niños neuróticos, presentan en sus juegos, representaciones teñidas por la necesidad de castigo y el temor a resultados desventurados.
- En niños sanos, la autora encuentra en los juegos una mayor descarga de fantasías masturbatorias que, de manera ego- sintónica brindan mayores oportunidades de gratificación.
- En las psicosis y neurosis obsesivas graves, se presentan en el juego personajes sumamente crueles, lo cual corresponde a la primacía de un superyó terrorífico, que ha sido introyectado en los estadios más tempranos del desarrollo.

Es preciso situar además que el diagnóstico en el trabajo de Melanie Klein sólo es posible en transferencia. En su texto de 1955, la autora señala: “Uno de los puntos importantes en la técnica del juego ha sido siempre el análisis de la transferencia. Como sabemos, en la transferencia con el analista el paciente repite emociones y conflictos anteriores.” (Klein, M., 1955, 139)

Hay entonces, para la autora una puesta en escena de conflictos en el juego, mediante la simbolización a través del uso de juguetes, objetos varios y aun de la persona del analista. Klein sostiene que el niño propone personificaciones en el juego que dan cuenta de sus vínculos primarios.

En su trabajo *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado* Klein afirma:

A veces, en el juego, asigna roles al analista y a sí mismo, tales como el juego de la tienda, del doctor y el paciente, de la escuela, de la madre y el hijo. En esos pasatiempos, con

frecuencia el niño toma la parte del adulto, expresando con eso no sólo su deseo de revertir los roles, sino también demostrando cómo siente que sus padres u otras personas con autoridad se comportan con respecto a él—o deberían comportarse—. (Klein, M., 1955, 134)

Klein entiende que el analista debe participar del juego toda vez que el niño solicite que se realicen personificaciones. Sin embargo, se trata de una participación que no está orientada por preferencias del analista, sino que está determinada por lo que la situación analítica requiera.

Toda esta puesta en escena, corresponde, para Klein, a los casos de neurosis. En la psicosis, no hay lugar para la simbolización y las personificaciones. En este caso, la autora observa más bien, una puesta en acto.

Además de la persona del analista, el niño utiliza objetos para desarrollar su juego. En su libro *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado*, Melanie Klein realiza recomendaciones referidas a los juguetes y el equipamiento adecuado en el consultorio de un psicoanalista de niños. La autora señala que en ocasiones el niño trae los propios juguetes, pero sostiene que los provistos por el analista deben ser simples, pequeños y no mecánicos.

En la actitud del niño hacia los juguetes que se rompen, la analista logra entrever la expresión de conflictos. Este aspecto supone entonces un elemento diagnóstico. Afirma Klein:

La actitud del niño hacia el juguete que ha dañado es muy reveladora. A menudo pone aparte a ese juguete que representa a un hermano o a uno de sus padres, y lo ignora por un tiempo. Eso indica desagrado del objeto dañado y temor persecutorio de que la persona atacada (representada por el juguete) se haya vuelto vengativa y peligrosa. (Klein, M., 1955, 135)

En suma, desde la perspectiva de Melanie Klein:

- El niño simboliza en el juego todo tipo de afectos. Para ello, apuntala su actividad en el uso de objetos y en personificaciones que suelen incluir a la persona del analista. De allí, que los contenidos del juego permiten registrar qué cuestiones requieren ser elaboradas.

- El juego implica necesariamente simbolización y corresponde al campo de las neurosis. Cuando hay inhibición del juego, no hay puesta en escena, sino puesta en acto. Se trata entonces del campo de las psicosis.

Melanie Klein, influyó fuertemente a la psicoanalista argentina, Arminda Aberastury, cuyos aportes interesa retomar aquí.

Aberastury alude a los autores que influenciaron su pensamiento, en su artículo *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños*, publicado en el año 1972. La autora refiere:

Mi técnica se basó al principio en la que Anna Freud y Sophie Morgenstern crearon para el análisis de niños. A partir de 1940 recibí la influencia teórica y técnica de Melanie Klein, sobre la que se fueron estructurando, año tras año, mis propias modalidades y descubrimientos y los de los colegas que trabajaron y trabajan conmigo. (Aberastury, 1972, 13)

Se considera de relevancia situar los aportes de Arminda Aberastury, pues, además de su adscripción a desarrollos kleinianos, la autora muestra una fértil capacidad para la invención de desarrollos nuevos.

Serán tenidos en cuenta, algunos aportes de Aberastury, que la autora expone en los tres textos que se detallan a continuación:

- *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños*. Se trata de un artículo que forma parte del libro *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*, publicado en el año 1972 con algunos colegas de su equipo de trabajo.
- *Teoría y técnica de Psicoanálisis de niños*, publicado en el año 1962 y,
- *El juego de construir casas*, publicado en el año 1951.

Como ya se anticipó, se considerará además, el texto de 1951, *El juego de construir casas de Arminda Aberastury*, cuyo autor es Jaime Bernstein y se retomará una puntuación que Konover de Kancyper y Silvia Bajraj realizan en su trabajo del año 2014 titulado *Hora de juego diagnóstica de Arminda Aberastury*.

En *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños*, Aberastury expone con claridad, su concepción de juego y alude a los autores cuya producción teórica le resulta importante. Afirma

Aberastury:

La importancia del juego en la vida mental del niño ha despertado interés entre los filósofos, psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas; pero es sólo a partir de Freud que fue posible comprender en profundidad su valor como recreación simbólica de conflictos. Quiero recordar aquí cuatro posiciones básicas en el psicoanálisis: la de Freud, para quien interpretar un juego era comprender la situación traumática subyacente, la de Melanie Klein, que encuentra por debajo de toda actividad lúdica las fantasías de masturbación, hallazgo cuya validez es sólo clínica en su obra. Teórica y técnicamente sigue los conceptos de Freud sobre la situación traumatizada y la compulsión de repetición en el juego, enriqueciéndolos con las hipótesis sobre la identificación proyectiva y las relaciones tempranas del objeto. Las otras dos son las de Erikson y Waelder: Erikson estudia la actividad lúdica como la expresión de una función del yo; Waelder ve en el juego una actividad elaborativa que compara, por su carácter repetitivo, con la forma de asimilación de los rumiantes.

En nuestro grupo de trabajo consideramos estos enfoques como complementarios: la situación traumática subyacente, las fantasías de masturbación, la repetición elaborativa, los mecanismos defensivos y las funciones del yo que se expresan a través del juego. (Aberastury, A., 1972, 16)

De esta forma, Aberastury ubica su concepción de juego en el plano de la simbolización y repetición al servicio de la elaboración de lo traumático. El juego es, para Aberastury una actividad en que se expresan fantasías, vivencias penosas y defensas frente a ellas.

A continuación, se situará dos desarrollos originales de Aberastury, en que la analista propone la elaboración de diagnósticos a través del juego:

- La hora de juego diagnóstica
- El juego de construir casas

Con respecto a la hora de juego diagnóstica, Konover de Kancyper y Silvia Bajraj señalan en su trabajo *Hora de juego diagnóstica de Arminda Aberastury* :

Arminda Aberastury ha sido en la Argentina y en Latinoamérica la pionera del psicoanálisis de niños y la creadora del instrumento técnico del uso de la hora de juego como psicodiagnóstica. Esto no está explícito en ningún texto pero se desprende de todos ellos. (Konover de Kancyper, J & Bajraj, S.; 2014, 43)

De esta manera la hora de juego diagnóstica le es adjudicada a Arminda Aberastury, pues la noción está implícita en las producciones escritas de la autora.

Como se precisó en el quinto capítulo, Aberastury plantea la posibilidad de que el primer encuentro con el niño sea la primera hora diagnóstica o bien la primera hora de tratamiento, de acuerdo a lo que se haya convenido en la entrevista con los padres.

En el artículo ya mencionado, *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños* Aberastury desaconseja que el analista realice interpretaciones en instancias de la primera hora de juego, fundamentalmente si aún no se sabe si se iniciará o no un tratamiento. La autora se muestra proclive a resguardar al sujeto en tanto entiende que aún no se conoce la fragilidad o fortaleza de las defensas.

En el quinto capítulo se refirió que según Aberastury, en la primera hora de juego el niño expresa sus fantasías inconscientes de enfermedad y de curación a través del juego.

En su libro *Teoría y técnica de Psicoanálisis de niños*, la autora señala que en su trabajo, desbroza distintos elementos del juego para poder encontrar cuál es la situación traumática que la actividad lúdica pretende elaborar y cuál es la actividad de simbolización y expresión que tienen lugar en el juego.

En el artículo *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños* del año 1972, Aberastury brinda consejos técnicos que están en concordancia con las recomendaciones freudianas. Afirma Aberastury

He llegado a la conclusión de que en esta primera hora lo indicado es observar los menores detalles de la actividad del niño y registrarlos luego lo más fielmente posible. En este sentido aconsejo hacerlo siempre inmediatamente después de la hora de juego, manteniendo la configuración espacial que ha quedado en la habitación ya que esta distribución del material en el ámbito terapéutico ayudará a recordar los detalles de la acción. Estimo que no es aconsejable tomar nota durante la hora diagnóstica porque desconecta al observador y además inhibe la acción del niño al aumentar la ansiedad persecutoria, que ya de por sí es bastante intensa puesto que sabe que se lo está observando. (Aberastury, 1972, 24)

La disposición del psicoanalista en una hora de juego diagnóstica propuesta por Arminda Aberastury, resulta concordante con la atención flotante postulada por Freud en su texto de 1912 *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*.

Del mismo modo que Melanie Klein, Aberastury muestra cuidado por el material que se pone a disposición del niño en la hora de juego diagnóstica. Señala la autora:

Ofrecemos al niño en el diagnóstico bien el comienzo del tratamiento, el material de juego muy sencillo: cubos, platos, tazas, plastilina, goma de pegar, tijeras, piolín, etcétera. A veces en niños muy pequeños agregamos pelotas de goma chicas. Todo este material debe ser de muy buena calidad, para poder valorar con exactitud la capacidad destructiva y de reparación de un niño y por considerar que si es fácilmente destruido por éste se agrega una ansiedad que puede deformar lo que nos está comunicando. (Aberastury, 1972, 22)

Es posible situar la coincidencia entre Melanie Klein y Arminda Aberastury en su preferencia por el material simple, de buena calidad, que no interfiera con el despliegue lúdico del niño.

El segundo aporte original de Arminda Aberastury que liga la categoría de juego con la de diagnóstico es el juego de construir casas. Se trata de una técnica proyectiva lúdica que aporta elementos diagnósticos. Aberastury desarrolla esta técnica utilizando el “Constructor Infantil”.

El juego de construir casas no es excluyente de la hora de juego diagnóstica. En su libro *Teoría y Técnica de Psicoanálisis de niños* publicado por primera vez en 1962, Aberastury plantea el uso que realiza del juego de construir casas:

La hora de juego, la construcción de casas y la representación del cuerpo, son métodos de observación que utilizamos en el diagnóstico de las neurosis infantiles en niños de más de cinco años, en niños por debajo de esta edad recurrimos sólo a la observación del juego” (Aberastury, 1962, 50)

De esta manera, Aberastury combina la hora de juego diagnóstica y el juego de construir casas como recurso técnico para el trabajo con niños en edad escolar. Si se trata de niños más pequeños, se limita al uso de la hora de juego diagnóstica.

En su artículo *El test de la casa de Arminda Aberastury*, Jaime Bernstein pondera la técnica desarrollada por la autora. Bernstein refiere que Erik Homburger- Erikson, psicoanalista estadounidense de origen alemán, había tenido la idea de crear un instrumento psicodiagnóstico de la imagen corporal que tuviera como consigna la construcción de una casa utilizando bloques de madera, pero según Bernstein, corresponde a Arminda Aberastury el desarrollo del juego de construir casas. Señala Bernstein:

Es a la distinguida analista argentina de niños Arminda Aberastury, una de las más altas figuras del Psicoanálisis infantil de Latinoamérica a quien debe reconocérsele el mérito de haber transformado ese proyecto en un instrumento orgánico. Le dio su sistematización y manejo rigurosos (material y administración estandarizada) y sobre fundamento clínico amplió e iluminó las líneas para su análisis e interpretación. (Bernstein, J. en Aberastury, A., 1951, 10)

Así, corresponde a Arminda Aberastury, el diseño e implementación de una técnica proyectiva lúdica con valor diagnóstico, el juego de construir casas. Aberastury presenta por primera vez su trabajo en la Asociación Psicoanalítica Argentina en el año 1950 y publica el libro en que expone esta técnica en 1951. El juego de construir casas se realiza con el Constructor infantil privilegiado, tal es el nombre con el que se lo encontraba en los comercios en la época de Aberastury. El juego constaba de una base de madera con orificios, palos de distintas alturas para insertar en los orificios, pequeñas placas como paredes, puertas y ventanas, rejas, techos y tableros sobre los que se apoya la construcción.

En el libro *El juego de construir casas. Su interpretación y valor diagnóstico*, Aberastury explica que brinda a todos los examinados la misma consigna: les indica que hagan una casa. Luego, les enseña cómo usar los materiales. La autora tiene la precaución de no nombrar ningún

elemento, para no condicionar las expresiones espontáneas del niño. Aberastury evita las palabras techo, puerta, pared, etc.; pues en ocasiones los niños usan los elementos para representar cosas diferentes. La analista sólo ofrece el material al entrevistado y le explica cómo manejar los elementos tras la indicación de que haga una casa. Las elecciones respecto al uso del material corresponden al sujeto. La analista no brinda modelos ni realiza sugerencias.

Para Aberastury, el niño expresa sus conflictos en la construcción de las casas. De allí que sea un juego que permite diagnosticar. A través de este juego, según la psicoanalista, el niño expresa la representación de su yo corporal y de sus relaciones de objeto. En el juego de construir casas se pone de manifiesto la situación del sujeto frente al ambiente, la relación con el espacio y la experiencia corporal

En la técnica de Aberastury la casa simboliza al cuerpo, pero es preciso aclarar que, desde la concepción de la autora, “El cuerpo es al principio sujeto y objeto, y el mundo exterior y el cuerpo se confunden” (Aberastury, 1951, 17). La autora plantea que en el inicio habría una indiferenciación entre sujeto y objeto. Para Aberastury “Progresivamente, el cuerpo es proyectado en el mundo exterior y el mundo exterior se introyecta en el Yo, y entre cuerpo y mundo hay un continuo intercambio.” (Aberastury, 1951, 19)

La autora postula entonces un primer momento de indiferenciación entre sujeto y objeto, al cual le seguiría de diferenciación gradual, en que sujeto y objeto se influyen permanentemente.

La representación que el niño realiza en juego propuesto por Aberastury, permitiría al analista conocer acerca de la constitución del sujeto y tomar registro del lazo del sujeto con el objeto, del niño con su mundo exterior.

Según Aberastury:

En cada caso el niño expresa su esquema corporal y su relación con el espacio. Pero como el esquema del cuerpo y la relación con el espacio se alteran durante los procesos patológicos (neurosis y psicosis), es comprensible que la casa que el sujeto construye, al simbolizar su cuerpo, evidencie cuáles son estas alteraciones o modificaciones. (Aberastury, 1951, 50)

La autora sostiene que en el juego de construir casas, se simboliza el propio cuerpo y los vínculos con el mundo exterior, ya sean saludables o patológicos. Para Aberastury, el modo de construir una casa no es azaroso. La autora encuentra un sentido en el modo en que un niño construye una casa. Según sus afirmaciones:

Comprobé que los niños neuróticos graves o psicóticos no construían casas de acuerdo a un criterio de realidad, proporcional, como es natural a su edad cronológica. [...] Todas estas deformaciones obedecían, claro está, a razones internas; tenían un sentido, y era por eso posible interpretarlas.

Pronto pude ver que la interpretación de este material era valiosa durante el análisis y que podría ser de gran utilidad para el diagnóstico y la orientación de los casos. (Aberastury, 1951, 15)

Aberastury muestra un profundo interés por las ideas desarrolladas por Sigmund Freud en el año 1900 en *La interpretación de los sueños*. Freud plantea allí, la presencia de símbolos en el sueño, que causan extrañeza en el soñante por considerarlos ajenos, pero que aluden en verdad a otros objetos que son bien conocidos por éste. Aberastury encuentra ese mismo mecanismo en los juegos. Señala Aberastury: “Es un hecho bien conocido por el psicoanálisis que en los sueños se utiliza una casa o sus partes para simbolizar el cuerpo o parte del mismo.” (Aberastury, 1951, 16)

La autora realiza un análisis detallado de los distintos elementos del juego. Refiere Aberastury:

Tuve siempre en cuenta la forma de la casa realizada, el tamaño, la relación entre el frente y el fondo, la cantidad o falta de abertura en la parte delantera o trasera, las exageraciones o ampliaciones de partes determinadas, el que utilizasen o no paredes, puertas, ventanas y la forma en que realizaban el techo. Además para poder comprender los conflictos en relación con el ambiente, pedíamos un plano detallado de la propia casa del paciente, ya que habíamos observado que en algunos casos en los que no había deformación en la construcción sino inversiones en la ubicación, tamaño, utilización de las habitaciones, etc., estas modificaciones coincidían con las situaciones básicas de conflicto. La construcción

fue siempre confrontada con la observación de una o dos horas de juego. (Aberastury, 1951, 22- 23)

Desde la concepción de Aberastury, ningún elemento del juego carece de interés. Con gran cuidado por el detalle, pesquisa en datos aparentemente sin sentido; un sentido de valor diagnóstico. Así, por ejemplo, la autora encuentra que la construcción de casas transparentes corresponde a personas con fuertes tendencias exhibicionistas, o bien, que los techos construidos como si estuvieran sueltos, o que presentan remiendos, permiten ubicar inhibiciones de aprendizaje.

Asimismo, las frases que pronuncia el niño mientras realiza la casa, tienen para Arminda Aberastury el valor de asociaciones libres, también ricas en sentidos para la tarea diagnóstica.

A propósito del valor diagnóstico de sus dos desarrollos, afirma Aberastury:

Así, como la observación de una o dos horas de juego nos da una visión de los conflictos básicos y de la gravedad de la neurosis del niño, la observación de este juego especial, el de *construir casas* con el “Constructor Infantil”, permite deducir la gravedad de la neurosis de acuerdo con el tipo y grado de deformación sufrida en la construcción, y con su significado. (Aberastury, 1951, 50)

Así, enmarcada en una lógica kleiniana de juego como simbolización, Aberastury desarrolla técnicas originales en las que se pone de manifiesto su saber- hacer como analista con el juego en su valor diagnóstico.

## 6.2 El juego como actividad en que se despliega la creatividad. Su valor diagnóstico

Como se anticipó en la introducción del capítulo, el presente apartado versará sobre el valor diagnóstico del juego, cuando se lo ubica en el plano de la acción, y se lo considera esencialmente ligado a la creatividad.

Con el fin de abordar este asunto, serán considerados aportes del psicoanalista inglés Donald Winnicott, en cuatro textos elegidos por la tesista, quien se inclinó por ese material motivada tanto por razones de pertinencia para el asunto a tratar, como por la claridad y originalidad conceptual presentes en esos trabajos. Los textos son:

- *Realidad y juego*, publicado por primera vez en el año 1971
- *El juego del garabato*, trabajo que el autor presenta en el libro *Exploraciones psicoanalíticas II*, publicado en el año 1968.
- *Notas sobre el juego*, texto sin fecha, de publicación póstuma que se halló en un archivo que el autor había titulado *Ideas*. Se supone que son anteriores a la época de 1960, pues allí se volvió habitual en Winnicott el uso del derivado verbal *playing*. El texto forma parte del libro *Exploraciones psicoanalíticas I* publicado en el 1971
- *El valor de la consulta terapéutica*, texto del año 1965.

La concepción de juego de Donald Winnicott es diferente a la trabajada en el apartado anterior y por tanto, serán muy distintas las ideas de diagnóstico que surjan de ella.

Como primera diferencia, es posible situar que para Winnicott, el juego no implica la representación y abreacción de una fantasía masturbatoria, como se situó en la obra de Melanie Klein; sino que para el autor, la excitación sexual sería motivo de detención del juego. A propósito de este tema, en su libro *Realidad y juego*, señala Winnicott:

Yo he señalado que cuando un niño juega falta en esencia el elemento masturbatorio, o para decirlo con otras palabras: que si la excitación física o el compromiso instintivo resultan

evidentes cuando un chico juega, el juego se detiene, o por lo menos queda arruinado. (Winnicott, D., 1971 b, 62)

Winnicott no ubica el juego en función de su capacidad de representación y descarga, tal como ocurre en la obra de Melanie Klein. El analista inglés propone en cambio, estudiar al juego como un tema en sí mismo. En el texto recién mencionado, señala:

Como es lógico, se recurre a los trabajos de Melanie Klein (1932), pero yo sugiero que en sus escritos, cuando se ocupaba del juego se refería casi siempre al uso de éste. El terapeuta busca la comunicación del niño y sabe que por lo general no posee un dominio del lenguaje que le permita transmitir las infinitas sutilezas que se pueden hallar en el juego de un niño en el psicoanálisis infantil. Es apenas un comentario sobre la posibilidad de que en la teoría total de la personalidad del psicoanalista haya estado muy ocupado utilizando el contenido del juego como para observar al niño que juega, y para escribir sobre el juego como una cosa en sí misma. (Winnicott, D., 1971 b, 63)

Así, el juego cobra en la obra de Winnicott un estatuto diferente que en los trabajos de Melanie Klein. La descomposición en sus múltiples elementos, para dar cuenta de lo que ellos simbolizan, ya no resulta lo más apreciable. El juego constituye, en la concepción del autor, un fenómeno que tiene relevancia en sí mismo, por su valor de acto. Desde la perspectiva de Winnicott “Jugar es hacer” (Winnicott, D., 1971 b, 64) El juego, en la concepción winnicottiana, está ligado a la idea de acción. Esta idea se hace evidente en el uso mismo del lenguaje: Winnicott establece una diferencia entre el sustantivo juego y el verbo sustantivado jugar.

El interés de Winnicott está puesto fundamentalmente en el jugar. El énfasis queda entonces puesto en la acción, no en los contenidos del juego. La lengua inglesa ofrece además, el uso de un verbo en gerundio. El vocablo que Winnicott emplea para referirse al jugar es *playing*. En un intento por respetar el gerundio que el idioma inglés posibilita a la noción winnicottiana, podría decirse que el jugar es un fenómeno que se está produciendo, es un proceso.

El jugar constituye, para Winnicott un atributo del psiquismo cuando es saludable. En su libro *Realidad y juego*, señala el autor:

Lo universal es el juego, y corresponde a la salud: facilita el crecimiento y por lo tanto esta última; conduce a relaciones de grupo; puede ser una forma de comunicación en psicoterapia y, por último, el psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada de juego al servicio de la comunidad consigo mismo y con los demás.

Lo natural es el juego y el fenómeno altamente refinado del siglo XX es el psicoanálisis. Al psicoanalista tiene que resultarle valioso que se le recuerde a cada instante, no sólo lo que se le debe a Freud, sino también lo que le debemos a esa cosa natural y universal que llamamos juego. (Winnicott, D., 1971 b, 65)

El juego es ubicado así, en el campo de la salud. Es un fenómeno espontáneo del cual el analista puede servirse. Resulta elocuente de la posición de Winnicott como psicoanalista, que se sitúe en deuda tanto con Freud, como con el juego. Se torna evidente en esa declaración el enorme valor que el autor le atribuye al jugar, al que ubica como una capacidad propia del psiquismo saludable sobre la cual se sostiene toda posibilidad creativa. Para Winnicott toda experiencia cultural es heredera del jugar.

Winnicott no ubica el jugar ni dentro, ni fuera del sujeto, sino en una zona intermedia de experiencia, que es heredera del lazo de confianza entre el bebé y su madre, cuando había un estado de dependencia casi absoluta que requería la adaptación de la figura materna a las necesidades del bebé.

A propósito del jugar en el espacio psicoanalítico, afirma Winnicott, en *Realidad y juego*:

La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo. (Winnicott, D. 1971 b, 61)

En la concepción winnicottiana, jugar es en sí mismo terapéutico, puesto que habilita las posibilidades creativas del sujeto. En el jugar, el niño se constituye y crece.

Esta concepción supone un modo distinto de pensar la posición del analista y su tarea. La tarea interpretativa no estará puesta en primer plano y su adecuación no estará ligada a la solidez o a la inteligencia del analista, sino más bien a que ocurra en ese espacio que se abre entre dos zonas de juego.

Ahora bien, cabe interrogarse acerca del interés diagnóstico que cobra para el analista, el juego desde esta perspectiva.

Donald Winnicott realiza una lúcida y original contribución en este sentido: el juego del garabato. El autor propone el desarrollo de este juego en el espacio clínico que da en llamar consulta terapéutica, una instancia de psicoanálisis aplicado. Motiva a Winnicott a diseñar este tipo de consulta, el empeño por extender el alcance del valor social del Psicoanálisis, en un intento por responder a la gran demanda clínica que por diferentes razones no puede sostener un psicoanálisis.

En el texto *El juego del garabato*, Winnicott define la consulta terapéutica en los siguientes términos: “Es una entrevista diagnóstica basada en la teoría de que no es posible efectuar ningún diagnóstico en psiquiatría si no es con la prueba de la terapia. (Winnicott, D., 1968,24)

De esta manera, Winnicott desarrolla su propuesta de consulta terapéutica de un modo congruente a la idea freudiana del análisis de prueba que el fundador del Psicoanálisis postuló en su texto *Sobre la iniciación del tratamiento*, donde planteó que tanto el período de ensayo como el análisis mismo, responden a las mismas reglas.

En su texto *El valor de la consulta terapéutica*, publicado en el año 1965, Winnicott sostiene:

Una entrevista diagnóstica tiene que ser forzosamente terapéutica, dado que uno de los principales criterios de diagnóstico es la respuesta que indica el grado de rigidez, o la relativa falta de rigidez, de la organización defensiva. Sin este indicador adicional, para evaluar la personalidad del paciente, el cuadro clínico global puede ser engañoso.

Para Winnicott, el juego es fundamentalmente una actividad creadora. De allí que el grado de rigidez signifique para el autor un elemento diagnóstico de gran relevancia.

En relación al juego del garabato, Winnicott valora en él, la cualidad de espontáneo, por ello manifiesta haber tenido reparos para darlo a conocer. El autor temía que fuese estandarizado como si fuera una técnica fija con reglas y normas, sin prestar atención a lo propio de cada niño.

El autor explica el juego de la siguiente manera:

Una vez que ha llegado el niño, en el momento adecuado, (por lo general después de pedirle a la madre o el padre que pase a la sala de espera), le digo: “Juguemos a algo. Te mostraré a qué me gustaría jugar a mí”. En la mesa, que hay entre el niño y yo, tengo papel y dos lápices. Primero tomo algunas hojas de papel y las rompo por la mitad, dando así la impresión de que lo que vamos a hacer no tiene una importancia desmesurada, y luego empiezo a explicar: “este juego que a mí me gusta no tiene reglas, simplemente tomo el lápiz y hago esto...”, y probablemente mirando hacia otra parte trazo un garabato a ciegas. Continuo entonces con mi explicación: “me dirás a qué se parece esto que yo hago, o si puedes lo conviertes tú en alguna cosa; después tú harás lo mismo para mí y veré si puedo hacer algo con lo tuyo.” (Winnicott, 1968, 27)

Sin dudas, Winnicott muestra aquí, su marcado interés por generar un clima de propicio para el despliegue de lo creativo en el sujeto. La actitud despreocupada que transmite (corta el papel al medio de modo descuidado, realiza el garabato mirando para otro lado) manifiesta su disposición para crear un espacio en que pueda generarse la confianza precisa para que se despliegue el trabajo en la superposición entre dos zonas de juego. Deja entrever además, una actitud ciertamente histriónica, que la tesista supone deseable en el psicoanalista de niños y que sería interesante estudiar con profundidad en otro espacio.

En el artículo *Notas sobre el juego*, Winnicott concibe al juego como una capacidad. Para el autor, se trata de un logro emocional de cada niño. Cuando un niño ha logrado tal capacidad, logra según Winnicott, ocuparse de la realidad externa en forma creativa. Esto le permite al niño sentirse real y experimentar un vivir creador. Por el contrario, si el niño no ha adquirido esa capacidad, lo inundan sentimientos de futilidad, o recae en satisfacciones instintivas directas. Si esto último acontece, se presenta lo que Winnicott da en llamar “psicopatología del juego” y que forma parte de los criterios diagnósticos que el autor sostiene en su abordaje clínico con niños.

Winnicott ubica en la psicopatología del juego:

- a) *Pérdida de la capacidad* asociada a la desconfianza;
- b) *estereotipia*, angustia en lo tocante a la libre fantasía;
- c) huida hacia el *ensueño diurno* (un estado manipulable que se halla a mitad de camino entre el sueño genuino y el juego);
- d) la *sensualización*, en la cual el instinto se manifiesta en forma elemental junto con la incapacidad de simbolizar;
- e) la *dominación*, en la que un niño sólo es capaz de jugar a juegos cuyas reglas fija él mismo, aunque incluya a otros niños que deben sometersele.
- f) la *imposibilidad a jugar un juego reglado*, (niños inquietos, deprivados) a menos que esté regido por reglas estrictas y que haya un conductor;
- g) la huida hacia el *ejercicio físico*, desde la gimnasia hasta la necesidad de una práctica repetitiva, aunque sólo sea para evitar la inercia. (Winnicott, 1971 a, 81- 82)

Así, las contribuciones de Winnicott al tema del diagnóstico a través del juego permiten ubicar en el plano de lo saludable el jugar creador y en el plano de lo patológico toda una gama de prácticas que ponen de manifiesto la falta de capacidad creativa. En estas prácticas que adquieren formas diversas, el elemento común es la rigidez y/ o la satisfacción pulsional sin velos.

### **6.3 Valor diagnóstico del juego como experiencia de constitución del psiquismo. La dimensión pulsional**

Como se anticipó en la introducción del capítulo, el presente apartado abordará el valor diagnóstico del juego, entendido éste como experiencia de constitución del psiquismo. Para ello, se tomarán contribuciones de los siguientes textos:

- el *Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del análisis*, dictado por Jacques Lacan durante el año 1964.
- el libro *Reinventar el Psicoanálisis*, publicado en 2015 por Luciano Lutereau y Liora Stavchansky y,
- el libro *Los usos del juego* de Luciano Lutereau, publicado en el año 2013.

La concepción del juego como experiencia constitutiva del psiquismo, abre un campo que va más allá del juego entendido como simbolización y mecanismo de tramitación psíquica.

Con respecto a este tema, los psicoanalistas Liora Stavchansky y Luciano Lutereau afirman en su libro *Reinventar el Psicoanálisis*:

Junto a la idea de que el juego sería una especie de simbolización, se consolidó la intuición de que el niño reproduciría activamente lo sufrido de manera pasiva. En efecto, esta orientación es incuestionable, nadie podría dudarlo, pero peca de anti-analítica; es decir no hace falta saber de psicoanálisis para saber que aquello que le ocurre a un niño se refleja en sus juegos. Sin embargo, esto llevaría a pensar en el juego más allá de sí mismo, esto es, reenviaría a una condición reproductiva, mientras que el juego se caracteriza por su fuerza productiva. (Lutereau, L. y Stavchansky, L., 2015, 71)

Para Lutereau y Stavchansky, si el juego sólo tuviera la dimensión del simbolismo y la elaboración; se trataría de un fenómeno reactivo, del orden de la reproducción, que sólo apuntaría a una tramitación de lo ya acontecido.

Por el contrario, Lutereau y Stavchansky, advierten acerca de otra dimensión, probablemente la más rica e interesante para el Psicoanálisis. Se trata, de una dimensión en que se pone de manifiesto lo que los autores dan en llamar la “fuerza productiva” del juego. En esta dimensión tiene lugar lo novedoso, lo que no estaba dado.

Ya no se trata solamente, de una tramitación psíquica a través del uso de símbolos. Ese plano existe, sin dudas; pero no abarca al juego en su totalidad. Los autores destacan la fuerza de otra dimensión del juego, la de un más allá del simbolismo y la elaboración. Una dimensión cuyo papel es primordial en la constitución del sujeto.

En *Más allá del principio de placer*, texto de 1920, Freud advierte la existencia de una repetición que desborda los márgenes del principio de placer. El autor postula una compulsión a la repetición, en que el aparato muestra la imperiosa necesidad de repetir aún lo doloroso y lo penoso; de un modo que no puede explicarse ni por las vías de la satisfacción inmediata, ni por las vías de un rodeo que pasando por lo displacentero —acción necesaria para el principio de realidad— pudiera arrojar luego al sujeto a una descarga que genere placer.

Jacques Lacan en el *Seminario 11, Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*, se interesa por esta repetición que interroga a Freud en su texto de 1920, —aquella que no logra explicarse dentro de los límites del principio del placer—. Afirma Lacan:

Para Kierkegaard, como para Freud, no se trata de repetición alguna que se asiente en lo natural, de ningún retorno de la necesidad. El retorno de la necesidad apunta al consumo puesto al servicio del apetito. La repetición exige lo nuevo; se vuelve hacia lo idéntico que hace de lo nuevo su dimensión. (Lacan, 1964, 69)

Lacan alude en esta cita a una repetición que, retomando los términos de Lutereau y Stavchansky, no es reproductiva, sino que produce la emergencia de lo nuevo. Sólo una repetición que inaugura lo novedoso puede dar lugar para la emergencia del sujeto. Si todo permaneciera en las vías de la reproducción: el sujeto estaría hecho a imagen y semejanza del Otro, o bien su existencia se agotaría en ser una mera reacción al Otro, sin verdadero lugar para sí.

Tener en cuenta el factor de lo nuevo es lo que permite pensar en la constitución del sujeto.

Continúa Lacan, en el Seminario 11:

Freud, cuando capta la repetición en el juego de su nieto, en el *fort-da* reiterado, puede muy bien destacar que el niño taponaba de la desaparición de su madre haciéndose su agente, pero el fenómeno es secundario. Wallon subraya que lo primero que hace el niño no es vigilar la puerta por la que su madre se ha marchado, con lo cual indicaría que espera verla de nuevo allí: primero fija su atención en el punto desde donde lo ha abandonado, en el punto, junto a él, que la madre ha dejado. La hiancia introducida por la ausencia dibujada, y siempre abierta, que queda como causa de un trazado centrífugo donde lo que cae no es el otro en tanto que figura donde se proyecta el sujeto, sino ese carrito unido a él por el hilo que agarra, donde se expresa qué se desprende de él en esta prueba, la automutilación a partir de la cual el orden de la significancia va a cobrar su perspectiva. Pues el juego del carrito es la respuesta del sujeto a lo que la ausencia de la madre va a crear en el sendero de su dominio, en el borde de su cuna, a saber, un foso, a cuyo alrededor sólo tiene que ponerse a jugar al juego del salto. El carrito no es la madre reducida a una pequeña bola por algún juego digno de jíbaros. (Lacan, J., 1964, 70)

Lacan ubica en un segundo plano, al elemento de la elaboración —a partir de la cual se realiza activamente lo vivido pasivamente—, y en cambio, se interesa por la automutilación que encuentra en el juego del *fort-da*. En una concepción lacaniana del juego, el simbolismo y la tramitación psíquica a través del pasaje de una posición pasiva a una activa; caen del lugar central

que ocupan en otras teorías. Para Lacan lo más relevante en el juego es la pérdida. Esa pérdida, es la que permitirá la constitución del sujeto.

A propósito de este tema, señala Luciano Lutereau, en su libro *Los usos del juego*:

En sentido amplio, habré de proponer la idea de que el juego tiene una función constituyente para el sujeto. No obstante, este planteo buscará diferenciarse una vez más de ciertos planteos empíricos habituales, que conciben un despliegue progresivo del juego en términos de estadios y etapas del desarrollo. (Lutereau, 2013, 16)

Lutereau postula al juego como una experiencia de constitución del sujeto. Para el autor, la constitución no está ligada a una evolución en estadios, sino a operaciones de extracción y pérdida. Para el autor es en el campo del Otro que se juega, y en ese campo se produce la pérdida. La pérdida es el fundamento de la experiencia lúdica.

En el mismo libro recién mencionado Luciano Lutereau descarta la idea de que la repetición del juego radica en la referencia a una vivencia penosa. El autor sostiene, en cambio, que hay un penar propio del juego al que entiende en función del resto que se pierde en su propio circuito.

Señala Lutereau:

Si, como habremos de exponer, el juego tiene una función constituyente para el sujeto, entiendo esta constitución en términos de operaciones que delimitan una “posición subjetiva”. (Lutereau, 2013, 17)

Así, quedan descartadas las posibles referencias psicologistas a estadios graduales en que tendría lugar la constitución en el juego. Desde una concepción coherente con las enseñanzas de Lacan; la constitución subjetiva en el juego es posibilitada por una serie de operaciones, a partir de la cual es posible situar una determinada posición subjetiva.

He ahí el punto en que el juego adquiere valor diagnóstico, en tanto es posible para el psicoanalista situar allí una determinada modalidad de satisfacción en la que vislumbra una determinada posición subjetiva.

El diagnóstico ubica los circuitos pulsionales en el juego, a partir del modo en que se articulan demanda y deseo. En cada circuito pulsional habrá de producirse una operación de pérdida y extracción del objeto.

Luciano Lutereau entiende, en el libro *Los usos del juego*, que cada modalidad del objeto a requiere una vía distinta de constitución. Según el autor, el objeto que se recorta en un circuito pulsional carece de materialidad y es sólo en un segundo momento que encarnará en una textura concreta. En cada circuito pulsional el objeto puede ser ubicado como causa de deseo o como condensador de goce. Lutereau sostiene que a partir de estos términos es posible para el psicoanalista registrar modos de intervención posibles con el juego. Resulta claro así el saber-hacer del analista con el juego para uso diagnóstico.

#### **6.4 Conclusiones**

Ningún psicoanalista de niños deja por fuera el juego para la elaboración de diagnósticos. Su inclusión constituye un elemento esencial en la formulación de hipótesis clínicas en Psicoanálisis con niños.

Los diagnósticos que se elaboran, se vinculan con la concepción de juego de cada analista. Así:

- en una concepción del juego donde se destaca la simbolización, Melanie Klein encuentra en el juego de los niños una instancia de elaboración y de descarga a partir de la cual la autora puede situar la conflictiva infantil. Es en la capacidad de simbolización, que la autora ubica el distingo entre neurosis y psicosis.
- en la misma línea de valoración de la capacidad representativa propia del juego, Arminda Aberastury propone dos formas originales de diagnóstico a través del juego: la hora de juego diagnóstica y el juego de construir casas. En la hora de juego diagnóstica la autora ubica la actividad de simbolización y expresión que tiene lugar en el juego y el intento del

niño por elaborar situaciones traumáticas. El juego de construir casas le permite a Aberastury dar cuenta de la situación del sujeto frente al ambiente, la relación con el espacio y la experiencia corporal.

- en una concepción de juego como actividad que promueve la creatividad, Donald Winnicott, encuentra la acción de jugar como terapéutica en sí misma. Su uso diagnóstico del juego está vinculado con el grado de espontaneidad o rigidez que observa en quien juega. El autor ubica una posición saludable en la espontaneidad y describe una psicopatología del juego en que el factor común es la rigidez y/ o la cruda satisfacción pulsional.

Winnicott realiza una contribución estupenda al uso diagnóstico del juego: el juego del garabato, que el autor propone para la consulta terapéutica, una instancia del Psicoanálisis aplicado, que pretende extender el alcance del valor social del Psicoanálisis.

- en una concepción de juego como experiencia constitutiva del psiquismo Jacques Lacan ubica la operación de pérdida como esencial en el juego. El psicoanalista argentino contemporáneo, Luciano Lutereau, formaliza una clínica del juego en términos de operaciones de pérdida y extracción de goce. Se trata de una clínica que no apunta a la reproducción y la elaboración, sino a la producción de algo nuevo. El carácter constitutivo del juego requiere de ese elemento novedoso. El juego produce pérdida, permitiendo así la creación de un resto y la constitución del sujeto.

Con respecto al uso diagnóstico del juego, el autor ubica que cada circuito pulsional, permite situar una determinada posición subjetiva y orientar así, las intervenciones del psicoanalista.

Es posible afirmar que el saber-hacer del analista con el diagnóstico supone un saber-hacer con el juego. Ahora bien, ¿de qué manera podrían ligarse concepciones psicoanalíticas tan disímiles? ¿En qué modo podrían estar vinculadas nociones tan diferentes de juego? En todas ellas el saber no es portado por el analista y el juego tomado como un elemento que viene a validarlo. El analista no recurre al juego para encontrar elementos que puedan ilustrar un diagnóstico que fue elaborado en otras instancias. Las conjeturas clínicas del analista se formulan en su trabajo con el juego, donde despliega su saber-hacer.

## **Capítulo 7: Saber hacer del analista con el dibujo para la formulación de diagnósticos**

El presente capítulo apunta a ubicar el valor del dibujo en clínica con niños como uno de los materiales de los que el analista se sirve para formular sus hipótesis diagnósticas. El dibujo, como el juego, constituye una manifestación espontánea del niño, de la que el psicoanalista se vale en transferencia, para el diagnóstico y el tratamiento.

En su trabajo con el dibujo infantil el analista da cuenta de su saber- hacer con el diagnóstico.

Para abordar los asuntos recién expuestos, se propone realizar el siguiente recorrido:

El primer apartado apuntará a situar algunos antecedentes relativos al uso del dibujo con fines diagnósticos en clínica con niños. Para ello, en primer lugar, se retomará algunos aportes de Sophie Morgenstern, psicoanalista francesa, pionera en el uso del dibujo para el tratamiento de niños. Interesará particularmente su texto *El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles*, publicado en el año 1948. Se situará además una observación que respecto de la teorización de Morgenstern realiza la psicoanalista argentina Marisa Punta Rodulfo en su libro *El niño del dibujo*, publicado en el año 1993.

En segundo lugar, y con la intención de tener en cuenta antecedentes locales del trabajo con el dibujo, se describirá el uso que hace Telma Reca de esta manifestación del niño. Con este fin, resultarán de interés sus libros:

- *El caso de Ricardo Mendia. Psicosis y Psicología profunda del niño*, publicado en el año 1966, y
- *Psicología, psicopatología, psicoterapia*, publicado en el año 1973.

El segundo apartado estará dedicado a situar el valor del dibujo entre la vasta diversidad de manifestaciones infantiles que se producen en transferencia. Se situará además una concepción

de dibujo en tanto escritura y se apuntará a situar los nexos del grafismo infantil con los tiempos de constitución del psiquismo.

Para ello se considerarán de gran valor los aportes de Marisa Punta Rodulfo, psicoanalista argentina contemporánea, que realiza valiosas elaboraciones en su libro *El niño del dibujo*, publicado en el año 1993 y que se ha convertido en una referencia insoslayable para pensar el tema del dibujo en clínica con niños. El intenso interés de la autora por transmitir la importancia del diagnóstico diferencial resulta de gran importancia aquí.

También se analizará algunos aportes de:

- Alba Flesler, en su libro *El niño en análisis y las intervenciones del analista*, publicado en el año 2011.
- Ricardo Rodulfo, en su libro *Dibujos fuera del papel*, publicado en el año 1999.

El tercer apartado se dedicará a puntualizar algunos elementos propios del saber- hacer del analista con el dibujo. Para ello, se retomarán contribuciones de:

- Marisa Punta Rodulfo, en su libro *Bocetos psicopatológicos, El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*, publicado en el año 2016.
- Ilda Levín, en su libro *Autismos y perturbaciones graves. De la soledad al encuentro con el Otro*, publicado en el año 2013.

Constituye una decisión epistémica de la tesista la elección de los autores a considerar y sus textos escogidos.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> La elección de los autores se basó en el interés de la tesista por considerar, en primer término, desarrollos de los inicios del Psicoanálisis y, en segundo lugar, elaboraciones actuales. De allí que resultó insoslayable analizar las contribuciones de Sophie Morgenstern, primera analista en utilizar el dibujo en clínica con niños. El interés por los aportes de Telma Reza, estuvo determinado por su correspondencia a los inicios del Psicoanálisis en la República

## 7.1 Algunos antecedentes relativos al uso del dibujo con fines diagnósticos en clínica con niños

### 7.1.1 **Sophie Morgenstern, pionera en el uso del dibujo en Psicoanálisis: La narración gráfica como tarea de reconstrucción del psicoanalista**

Para aproximarse a la concepción de dibujo de Sophie Morgenstern, resulta de interés retomar algunos de los planteos que la autora realiza en su texto *El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles*, publicado en el año 1948. Allí, Morgenstern señala:

Los dibujos revelan ser las expresiones más variadas y apropiadas de los conflictos del alma infantil y nos permiten, por el estudio de su simbolismo, llegar al nódulo más profundo de los síntomas neuróticos, al origen del alejamiento del niño de la realidad, basado en los temores reveladores de su sentimiento de culpa y de su necesidad de autocastigo.

Como ya lo hemos indicado, el dibujo del niño neurótico, esconde y expresa al mismo su tiempo su conflicto; hace que éste se vuelva más comprensible durante el curso del análisis y libera al enfermo. Es una manifestación psicológica centrífuga que parece estar regida directamente por el inconsciente. Este origen explica por qué los símbolos son tan extraños y la estructura del dibujo tan audaz, y por qué los elementos más heteróclitos y alejados se encuentren allí reunidos. (Morgenstern, S., 1948, 770)

De esta manera, Morgenstern ubica al dibujo infantil como un medio de expresión de conflictos a través de la utilización de símbolos de determinación inconsciente. Para la autora, el dibujo es un material que le permite al analista comprender al paciente, pero también una vía de liberación para el sujeto y aun un medio para la cura.

Morgenstern encuentra en los dibujos una enorme diversidad de símbolos, que interrogan al analista, puesto que los encuentra extraños. Sin embargo, también resultan ajenos para el niño dibujante. En este sentido, señala Morgenstern:

Es sobre todo en el dibujo donde el niño expresa más fácilmente sus quejas reprimidas, sus agravios y sus odios. El dibujo brota más directamente del inconsciente y consigue así

---

Argentina y su posición de respeto por las distintas manifestaciones infantiles sin privilegiar unas sobre las otras. En cuanto a los autores actuales, se eligió considerar trabajos de Alba Flesler, Ilda Levín, Ricardo Rodolfo y Marisa Punta Rodolfo, autores cuyas conceptualizaciones están profundamente ligadas a la praxis.

esconder a su autor su verdadero contenido. El niño se permite ser él mismo en sus dibujos, se aventura, se torna audaz y representa las situaciones más complicadas y delicadas con símbolos más o menos transparentes. [...]

El niño neurótico es burlado por su propio inconsciente. Sin quererlo, traiciona sus secretos y consigue a menudo la cura de sus síntomas gracias a ese trabajo liberador.

No comprendiendo el sentido de sus dibujos y teniendo el mayor interés en no revelarlo, el niño se siente más bien inclinado a rehusar que a ayudarnos a descifrar el simbolismo de sus creaciones. Con un trabajo analítico se consigue, sin embargo, reconstruir, gracias a esos dibujos en apariencia caóticos y dispares, una narración gráfica que conduce al origen de esas producciones, al traumatismo afectivo y a los sentimientos reivindicadores que los inspiraron. (Morgenstern, S., 1948, 770)

En el sueño, el contenido reprimido encuentra un modo de expresión que permite el dormir del soñante gracias a la desfiguración que opera la censura onírica.

De un modo comparable, Morgenstern postula al dibujo del niño como una vía de expresión de conflictos inconscientes a través de símbolos que deben ser descifrados, puesto que en un primer momento, resultan incomprensibles para el analista. A ese atributo extraño del dibujo, en apariencia carente de sentido, la autora atribuye la audacia con que el niño se dispone a dibujar, expresando los conflictos que lo habitan con desparpajo y sin inhibiciones.

Morgenstern sostiene que es tarea del analista reconstruir desde el caos aparente que presenta la serie de dibujos de un paciente, una narración gráfica que le permita situar el núcleo de la conflictiva de un sujeto.

Este asunto es de gran interés para pensar el saber-hacer del analista con el dibujo para fines diagnósticos, pues resulta sumamente frecuente que algunos niños realicen dibujos en el consultorio e incluso traigan otros hechos en su casa, como regalo para el analista. También hay quienes desean llevarse los dibujos del consultorio para regalárselos a sus padres e incluso quienes desean romper, tirar o borrar sus trabajos.

En ocasiones, algunos niños piden dibujos que hicieron en entrevistas previas para seguir trabajando sobre ellos, otros dibujan en el anverso y reverso de la hoja y hay, a su vez, quienes cortan la hoja en varias partes para realizar distintas producciones. Algunos niños gustan de exhibir

sus trabajos y solicitan al analista hacerlo, mientras que otros piden que sean guardados. Las imágenes se acumulan en el escritorio, en carpetas, en pizarras del consultorio de una manera intempestiva y desordenada.

Así, no sólo la multiplicidad de dibujos da la apariencia de desorden, sino también la gran diversidad de actitudes de los niños dibujantes con sus trabajos.

Apresurarse por adjudicar un sentido a ese cúmulo de producciones resulta una tentación casi comprensible. Sin embargo, hacerlo no obedece a beneficios en la formulación de un diagnóstico, sino más bien a la necesidad de dar un orden a un material que irrumpe en el espacio transferencial.

Se entiende aquí que es de suma importancia sostener la posibilidad de despliegue de todas esas producciones infantiles, sin adjudicar rápidamente un sentido. Para ello, la propuesta de Sophie Morgenstern de reconstrucción de una narración gráfica resulta sumamente valiosa.

Reconstruir una narración gráfica implica encontrar un hilo en que habrá ciertas regularidades y ciertos puntos de ruptura. Allí se irá situando lo propio del niño dibujante.

Con la intención de repensar la propuesta de Sophie Morgenstern, sería posible situar en la narración gráfica no sólo el sentido de los dibujos en términos de lo que expresan los símbolos, sino también un sentido que oriente la tarea del analista para la dirección de la cura; un sentido que permita situar los trabajos de subjetivación que un niño está realizando y que determine las intervenciones del psicoanalista. Este punto ha sido extensamente trabajado por Ricardo Rodulfo y Marisa Punta Rodulfo en numerosos libros y trabajos. Se retomará el asunto en el segundo apartado del presente capítulo.

Para pensar el valor diagnóstico del dibujo resulta pertinente la pregunta que formula Sophie Morgenstern. La autora se propone investigar si los mismos símbolos se repiten en los

dibujos de diferentes niños. Encuentra que distintos niños utilizan los símbolos en forma distinta pues cada uno representa el problema que le preocupa. Así, por ejemplo, compara el tratamiento que en sus dibujos, dos niños diferentes dan al símbolo del pájaro. A propósito de ello, señala Morgenstern:

En ambos la angustia se traducía simbólicamente con pájaros, pero éstos eran tratados por cada uno de ellos en forma distinta. La diferencia en la construcción de pájaros nos permitía entrever la que existía en la estructura de la neurosis de nuestros sujetos y aun prever un desenlace diferente para cada uno de ellos. (Morgenstern, S., 1948, 763- 764)

De esta manera, Morgenstern entiende que cada uno de los niños utilizó el símbolo según su tipo de neurosis y de personalidad.

Por otra parte, Morgenstern toma nota de los distintos símbolos que un paciente emplea en un dibujo en los distintos momentos del análisis. Este punto es de valor diagnóstico, pues permite ir situando los distintos momentos en una cura: los avances, los retrocesos y los puntos de detención.

Los símbolos, para Morgenstern, aluden a aquellos asuntos planteados por Freud como inherentes a la neurosis infantil: el complejo de Edipo y de castración, la rivalidad fraterna, las teorías sexuales infantiles.

Resulta indudable el respeto que Morgenstern le confiere al dibujo infantil. En su ya mencionado trabajo *El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles*, publicado en el año 1948, la autora declara:

Los dibujos de este niño nos permitieron descubrir símbolos muy interesantes y penetrar en la estructura de su neurosis. Consiguieron además, ampliamente su fin: le permitieron expresar con un lenguaje de imágenes, incomprensible para los no iniciados, todos sus conflictos, exteriorizar todo el material psicológico reprimido en su inconsciente y obtener con ese medio su curación. Cuando se liberó de su angustia, recuperó la palabra, nos dio él mismo la interpretación de sus dibujos (Morgenstern, S., 1948, 769- 770)

Así, Morgenstern refiere los progresos que observó en la atención de un niño a partir del trabajo con dibujos.

En su libro *El niño del dibujo*, publicado en 1993 Marisa Punta Rodulfo pondera el trabajo de Sophie Morgenstern por haber sido la primera psicoanalista en utilizar el dibujo en el tratamiento con niños como aproximación al inconsciente. Sin embargo, lamenta que Morgenstern caiga en un fonocentrismo del que daría cuenta su interés en que el niño brinde un respaldo verbal a un trabajo exitoso que había transitado por las vías del dibujo.

Punta Rodulfo denuncia una desvalorización del dibujo en contraposición a la idealización de la palabra, una degradación de la asociación libre en la asociación verbal. La psicoanalista encuentra esta actitud en psicoanalistas que, no obstante, han realizado valiosas contribuciones al estudio del dibujo en clínica con niños, que Punta Rodulfo no deja de señalar. Se retomará este asunto en el segundo apartado.

### **7.1.2 Telma Reca. Uso del dibujo para fines diagnósticos**

Como ya se situó en el segundo capítulo de la presente tesis, Telma Reca (1904- 1979) es una de las figuras más destacadas en los inicios del Psicoanálisis en el abordaje con niños en nuestro país. Si bien Reca no se reconoce como psicoanalista, realiza una lectura crítica de textos freudianos y toma aportes para sus tratamientos con pacientes niños. Además, es posible situar en su trabajo clínico, algunos elementos de gran valor para delinear el saber– hacer del analista con el diagnóstico. Particularmente, en este capítulo se hará hincapié en su uso del dibujo con fines diagnósticos.

Se señaló en el segundo capítulo de la presente tesis que en los comienzos de un tratamiento, Reca planteaba una entrevista con los padres y, por separado, una entrevista con el

niño, en que daba lugar a las distintas manifestaciones de su paciente: comentarios verbales, juegos, dibujos.

En las referencias a casos clínicos que aparecen en la obra de Reca es posible situar dos modalidades diagnósticas:

- En primer lugar, un diagnóstico nosológico, que Reca sitúa en las dos primeras entrevistas con el niño y la entrevista inicial con sus padres. En sus textos, Reca realiza algunas observaciones de las primeras entrevistas y enuncia cuál fue el diagnóstico que realizó sin exponer demasiados detalles respecto del modo en que lo elaboró.
- En segundo lugar, Reca expone en los textos en que alude a casos clínicos, una serie de consideraciones de enorme valor diagnóstico, que, sin embargo no sitúa en esos términos. Estas consideraciones realizadas por la autora corresponden a lo que ella sitúa como parte del tratamiento. Allí realiza puntualizaciones acerca de los trabajos psíquicos que un paciente niño realiza en sueños, dibujos, juegos, relatos.

Merece ser destacado que Reca, otorga el mismo valor a las diferentes manifestaciones infantiles, sin privilegiar unas sobre las otras. No ubica al dibujo como subsidiario de las expresiones verbales. Resulta éste un elemento interesante de la posición de Reca, al que se retomará en el próximo apartado cuando se analicen las objeciones de la psicoanalista Marisa Punta Rodolfo al logoentrismo.

En su libro *Psicología, psicopatología, psicoterapia*, publicado en el año 1973, en uno de los casos trabajados, Reca ubica el diagnóstico en los siguientes términos:

El diagnóstico de neurosis obsesiva se impone, con el agregado de rasgos de personalidad coartada. Los antecedentes y la conducta en los primeros años hacen pensar en la existencia inicial de una disfunción cerebral mínima. En la actualidad, sin embargo, no es elemento de peso en el cuadro, aunque, como estructura de fondo, puede haber tenido influencia en su instalación. (Reca, T., AÑO, 321)

Así Reca establece un diagnóstico diferencial estructural de su paciente Luisa, pero además realiza otras puntualizaciones al margen que revisten gran valor diagnóstico.

Luisa, la paciente de Reca a quien la autora alude en el libro *Psicología, psicopatología, psicoterapia*, relata dos sueños en que menciona caballos que son maltratados y alquilados para pasear personas. Reca le pide que haga un dibujo sobre ellos. Mientras la niña dibuja, observa que dibuja al caballo corriendo, veloz. Reca pregunta: “¿cómo le gustaría ser al caballito?” “—libre, feliz”, le responde la niña.

Reca comenta los sueños de la niña: “el placer de andar solo, el gusto de recibir cariño y cuidado sin que le pidan nada en cambio, el fastidio por las recomendaciones y las limitaciones.”

Así, Telma Reca propone las asociaciones a través del dibujo. Atiende a la riqueza clínica que en el tratamiento de un niño puede surgir a partir de diversos materiales. Sueños, juegos, dibujos, modelados, asociaciones verbales son manifestaciones por las que Reca muestra gran interés.

En su libro *El caso de Ricardo Mendia. Psicosis y psicología profunda del niño*, publicado en el año 1966 la autora expone minuciosamente el trabajo que en noventa y cuatro entrevistas realiza con un niño de cinco años a quien la autora diagnostica “psicosis de tipo esquizofrénico”

En este caso es también posible situar en las intervenciones de Reca la valoración de la amplia diversidad de manifestaciones infantiles. Por ejemplo en la novena entrevista su paciente toma un libro y Reca interviene pidiéndole que le relate un cuento. Mientras el niño narra, ella modela los personajes con plastilina que el niño utiliza luego para dramatizar la escena. Se produce así una serie de asociaciones de distinta naturaleza que Reca valora y potencia.

En lo tocante al dibujo la autora observa siete tipos de figura humana que el niño grafica durante el tratamiento, que según la autora ubican un grado creciente de integración.

## 7.2 Algunas consideraciones acerca del dibujo

### 7.2.1 La expresividad polimorfa infantil

Juegos, palabras, sueños, dibujos, modelados son materiales con que el psicoanalista de niños se encuentra en su quehacer cotidiano y que hacen necesario situar las especificidades de la clínica con niños.

En su libro *El niño del dibujo*, publicado en el año 1993, Marisa Punta Rodulfo señala:

El descubrimiento freudiano de la asociación libre en su forma elocutiva, que constituye el corazón de la regla fundamental, hubo de ser reformulado al aproximarnos al pequeño paciente, precisamente en razón de que el aparato psíquico no es un sistema atemporal y, según cuando lo abordemos exige variaciones de procedimiento, hubo que reencontrar las cadenas asociativas a través de los distintos materiales de los que se puede valer un niño, ya que, así como se lo ha definido “perverso polimorfo” en lo pulsional, también es mucho más polimorfo en sus medios de expresión y la primacía del lenguaje verbal no está en él asentada como suele serlo una vez dejada atrás la adolescencia. Así hicieron su entrada en el Psicoanálisis pequeños juguetes, hojas, lápices, pasta de moldear, y todos aquellos objetos que sirvieran al propósito de la asociación libre al ser transformados en juegos, dibujos, modelados, relatos, etc. (Punta Rodulfo, M., 1993, 30-31)

Así, la autora plantea la expresividad múltiple como una característica de lo infantil. Por tanto, una clínica con niños no podría desatender esa condición. De esta manera, jugar, modelar, hablar, dibujar, resultan manifestaciones infantiles a las que Punta Rodulfo otorga el estatuto de asociaciones.

La autora rechaza fuertemente la apelación a lo verbal por parte del analista, como el elemento privilegiado que conferiría validez a otro tipo de asociaciones.

Para Punta Rodulfo, los distintos materiales que se presentan en las entrevistas con un niño deben persistir: “en una trama polimorfa y conflictiva a la manera de escrituras que no reconocen centro alguno en una de ellas de los que las restantes funcionarían como derivados, como subordinaciones o como complementos ilustrativos. (Punta Rodulfo, M., 1993, 43)

Para la autora, los distintos modos de expresión infantil tienen un valor clínico equivalente, aun cuando reconoce en cada sistema semiótico particularidades y diferencias. Punta Rodulfo entiende que según las particularidades clínicas ofrecidas por un paciente niño en distintos momentos del análisis predominará una u otra semiótica. La autora señala que esto hace al estilo de una subjetividad.

Punta Rodulfo rechaza fuertemente la suposición de una jerarquía entre los sistemas semióticos y advierte acerca de múltiples tentativas de reducción de lo figural:

- La reducción del dibujo a técnica de exploración: Punta Rodulfo señala que en este caso se produce una doble depreciación, del niño como sujeto y del dibujo como escritura. Esta reducción atenta contra la atención flotante, pues el dibujo surge de una consigna determinada que da el analista al niño. Así, se pierde el factor espontáneo de la actividad de dibujar.
- La reducción al contexto: se produce aquí una depreciación de la riqueza del texto que ofrece el dibujo y se remite a asuntos externos para dar cuenta de aquel.
- La reducción a lo ya escuchado en las entrevistas con los padres: el dibujo aquí es una mera técnica auxiliar, un elemento en el que se corrobora lo que ya se escuchó en los dichos de los padres. Para Punta Rodulfo, esta reducción implica una insuficiente elaboración del complejo de Edipo por parte del analista, que ubica las garantías de lo verdadero en los padres.
- La reducción a las asociaciones verbales del niño: en este caso las garantías de verdad quedan del lado de lo verbal y el resto de las manifestaciones infantiles deben ser explicadas por aquellas.

- La reducción a una simbólica establecida: según Punta Rodulfo, en este caso, una decodificación sumaria reemplaza el trabajo analítico.
- La reducción a lo transferencial: en este caso, se remite la explicación del texto del dibujo reiteradamente y en forma abusiva al contexto de la situación analítica.

Según Punta Rodulfo estas reducciones operan en forma sucesiva o simultánea y funcionan como una resistencia del analista a pensar lo figural en encadenamiento asociativo.

### **7.2.2 El dibujo es escritura que produce, no reproduce**

Numerosos autores han definido al dibujo como una escritura. Ahora bien, ¿cómo situar esa escritura? ¿De qué tipo de escritura se trata? ¿Qué se escribe en el dibujo?

Alba Flesler, psicoanalista argentina contemporánea, miembro de la Escuela Freudiana de Buenos Aires, entiende que el dibujo es la escritura de un no.

En su libro *El niño en análisis y las intervenciones del analista*, publicado en el año 2011, Alba Flesler señala:

A mi entender, el dibujo escribe que no es lo Real, no es el objeto real, no es tampoco lo imaginario, [...]. Y aún más no es lo Simbólico [...], pero para expresarlo con mayor precisión, diré que en el dibujo opera una sustitución, haciendo presente, en el orden espacial y temporal, una lógica de incompletud. El dibujo pone el acento y revela, en el instante preciso de su ejecución, una no identidad entre el objeto y el ser. El objeto no es, no se representa, no se nombra sino parcialmente. Y el dibujo muestra el tiempo en que esa operación se escritura. (Flesler, A., 2011, 134)

Para Flesler, el dibujo postula la distancia entre el objeto y el ser. La autora concibe al niño como un lugar en el Otro, mientras que ubica al sujeto como la respuesta que se dirige al Otro. Para Flesler se nace niño, pero se arriba a la existencia del sujeto a través de la respuesta que se dirige al Otro. El no del sujeto está necesariamente antecedido, para Flesler, por otras instancias en que hubo sí:

- Por un lado, sí a la prohibición de goce incestuoso cuyo agente es el padre
- Por otro lado, sí a los significantes del Otro que habilitan la alienación necesaria.

Sólo si esos sí tuvieron lugar, habrá oportunidad para un no en que el sujeto se separa del Otro, en que toma distancia del lugar de objeto del Otro. Podría situarse en este punto las razones que llevan a Marisa Punta Rodulfo situar el dibujo como una escritura del deseo.

El dibujo da cuenta de la escritura de un movimiento enjundioso del sujeto. El dibujo es la escritura de la respuesta diferencial de un sujeto.

En el libro recién citado señala Alba Flesler:

La operación de escrituración corresponde al sujeto e implica un trazo distintivo de su autoría y responsabilidad. Suelo resaltarlo, porque ese gesto es el que le otorga un magno sentido a los dibujos: expresar los tiempos en que se subjetiviza el espacio. Dicho en otras palabras que acerquen claridad y den marco a la hipótesis que he deseado desplegar, ellos indican los tiempos de pasaje del espacio del Otro a la escena del sujeto.

Apoyado en esa función, como respuesta del sujeto, el dibujo no es un reflejo reproductor, sino un productor vital de diferencia. Ese trazo distintivo, noble marca diferencial del sujeto será el lugar frágil y enorme donde el sujeto se represente y se presente. (Flesler, A., 2011, 138)

Flesler ubica en el dibujo la operación escritural en que el sujeto se ubica en una escena que ya no es idéntica al lugar donado por el Otro. El dibujo es ya una respuesta subjetiva.

El dibujo en tanto escritura es la antesala de otras escrituras. Es la escritura de un “no”, necesario para otros “no” que den cuenta del movimiento de separación del Otro.

Según Alba Flesler:

Los múltiples tropiezos que la operación escritural manifiesta, contradiciendo toda evidencia de adquisición natural, demuestran que, para llegar a escribir, previamente un niño ha de dibujar. Así, de ese modo, paso a paso, entre manchas y borrones, los tiempos del dibujo se realizan como tiempos sucesivos, momentos de respuesta del sujeto, que, inscribiéndose en una serie, se resta del vasto campo del Otro. Orientando sus pasos a la búsqueda de un electivo, los tiempos del dibujo, con potencia renovadora y fuente inagotable, serán tiempos de escritura del sujeto. Es de observar cómo, tempranamente, desde pequeño, el niño comienza por extender sus marcas en la amplia superficie del Otro. Sin embargo, ellas no siempre dejan paso a otras producciones. Tamaña evidencia plantea

una pregunta por aquello que motoriza el cambio: que es lo que permite que los dibujos luego ganen representabilidad. (Flesler, A., 2011, 136- 137)

Así, el dibujo constituye una escritura necesaria para que otras escrituras tengan lugar. Mediante el dibujo el niño realiza una marca en el campo del Otro, del que, sin embargo, se resta. A través del dibujo el niño se separa del lugar que dio el Otro, para delinear él mismo la escena. Este movimiento vuelve a tener lugar mediante la escritura, a la que necesariamente el dibujo debe anteceder.

En esta línea, la madre de un niño de cinco años refiere a la tésista que su hijo tiene un banquito en su habitación que suele usar para sentarse a dibujar, actividad que le causa gran placer. Al niño le producía fastidio el uso que sus padres hacían del banquito, al que encontraban de utilidad para apoyar objetos o subirse para acceder a estantes altos. El niño solía quejarse frecuentemente de la situación, que sin embargo no se modificó hasta que empezó a leer y a escribir.

La madre relata que un día el niño salió de su cuarto y le preguntó si tocar se escribía con c o con k. Ella le respondió y vio al niño ingresar en su cuarto de nuevo con un marcador en la mano. Fue tras él y pudo ver escrita en el banquito la frase “no tocar”.

Para que un niño pueda producir ese movimiento de separación a través de la escritura, es preciso que antes haya podido realizarla por las vías del dibujo, que, como se ha situado es también una operación escritural.

### 7.2.3 El valor diagnóstico del dibujo. Constitución psíquica y tiempos del sujeto

Dedicarse a la atención clínica de niños implica entender que se trata de sujetos en constitución. Por ello, el diagnóstico de un paciente niño necesariamente debe aludir a tiempos en la constitución del psiquismo.

En su ya mencionado libro *El niño del dibujo* Marisa Punta Rodulfo señala:

Poder comenzar a precisar los distintos momentos de estructuración subjetiva a través de la gráfica infantil se constituye para mí en una pieza de investigación de enorme valor que ayudó a dirigir mis investigaciones, transformando así al grafismo en un eje capital para el diagnóstico diferencial. Poder constatar el trabajo simbólico en el que cada niño se halla abocado se vuelve un material insoslayable para lo que en otro lugar he denominado los movimientos de apertura en Psicoanálisis y se transforma en el curso de la cura psicoanalítica en un elemento de valor indiscutido ya que nos permite constatar en forma objetiva el pasaje de un niño de un tiempo lógico a otro en el seno de la transferencia. (Punta Rodulfo, M., 1993, 41)

Merece destacarse aquí el empeño de Punta Rodulfo por situar la importancia del diagnóstico diferencial y el valor del dibujo para determinarlo. Para Punta Rodulfo, constituye una tarea primordial del psicoanalista, situar el trabajo psíquico que un niño realiza cuando dibuja. Además, desde la concepción de la autora el dibujo es una manifestación del niño en que el psicoanalista puede ubicar los tiempos de la constitución del psiquismo.

Siguiendo con el libro *El niño del dibujo*, allí Marisa Punta Rodulfo afirma que la tarea de desciframiento del dibujo se ve recompensada mediante el acceso a una especie de mapa de aspectos básicos del inconciente del sujeto.

Para Punta Rodulfo resulta esencial la pregunta de los vínculos entre diagnóstico diferencial y grafismo infantil. A propósito de esta pregunta, en su libro *El niño del dibujo*, señala Marisa Punta Rodulfo:

Esta pregunta, [...] que en sus transformaciones se reitera a lo largo del capítulo, constituye la forma de aproximación psicoanalítica a los primeros materiales producidos por aquel. Debemos enfatizar que no es nuestra presunción en saberlo todo en estos contactos iniciales la adquisición de un supuesto “saberlo todo” del sujeto que consulta. Sólo un recorrido ulterior —en general más bien extenso— permitirá poner estos gráficos en sintagma con

otros materiales producidos por el paciente en su análisis, desde allí desencadenar efectos de sentido o proporcionarnos un sentido nuevo, por su relación con el resto. Nadie duda de que ésta es la tarea que todo análisis no soslayará. Pero para determinar, incluso la necesidad o no de un análisis, se debe establecer un diagnóstico inicial. No un diagnóstico clasificatorio, en donde lo primordial sea etiquetas nosográficas, sino, como ya dijimos anteriormente, un diagnóstico centrado en el trabajo de subjetivación que se está desarrollando y en sus eventuales detenciones o regresiones. Considero que un análisis minucioso del dibujo constituye un material de un valor comparable al que en el campo de la medicina ha cobrado en los últimos años el diagnóstico por imágenes. Más aún, no lo estoy diciendo de una manera analógica, sino que lo que planteo como un capítulo muy específico de aquel diagnóstico por imágenes. (Punta Rodulfo, M., 1993, 96)

Punta Rodulfo se distancia así de pretensiones de saber completo que encasillen al sujeto en una categoría nosológica. La autora entiende al diagnóstico como una tarea insoslayable del analista, en que éste debe determinar el trabajo de subjetivación que está transitando un niño. Para Punta Rodulfo el dibujo constituye un elemento esencial de subjetivación y por tanto de diagnóstico.

Punta Rodulfo retoma tres instancias destacadas por Ricardo Rodulfo en los procesos de estructuración de un niño. El autor se refiere a ellas en su libro *Estudios clínicos. Del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*, publicado en el año 1992. Las instancias son:

- El cuerpo materno
- El espejo
- La hoja en blanco

En su libro *Dibujos fuera del papel*, publicado en el año 1999, Ricardo Rodulfo entiende estas tres instancias no como objetos, sino como lugares de aposentamiento. Se trata de lugares que el niño habita.

La definición del cuerpo materno, el espejo y la hoja como lugares, resulta coherente con la concepción de niño que el autor sostiene. Para Rodulfo “El niño es un ser marcante, ser de marca, demarcado por las marcas que es capaz de escribir” (Rodulfo, R, 1999, 33).

Así, el autor entiende que en el momento en que un niño inscribe una marca en una superficie, se produce a su vez una marca en él mismo, que da cuenta de una subjetividad emergente.

Las marcas en el consultorio de un psicoanalista de niños muestran las especificidades de esta clínica, allí donde el espacio, los objetos y aun el cuerpo del analista se vuelven una superficie que cada niño marca, en forma singular, en cada momento de su análisis.

No se pretende transmitir aquí la idea de que es preciso dejar al cuerpo del niño, al cuerpo del analista y al consultorio mismo a merced de un goce tánático. Se apunta aquí en cambio, a situar que en clínica con niños es preciso sostener la posibilidad de inscribir marcas (situación que no coincide las más de las veces con mantener un espacio en perfecto estado de orden y pulcritud). Cada psicoanalista de niños afronta esas situaciones según su estilo particular. Suele ocurrir que después de una sesión el analista remiende, repare, acomode. Sin embargo, no hay analista de niños si no se asume una posición que aloje esas marcas.

Para Rodolfo la evaluación de un niño supone precisar su capacidad para dejar marcas. El autor señala que:

La mejor “definición” que la experiencia y la perspectiva psicoanalítica puede enunciar de la subjetividad emergente es describiendo a un ser que *deja marcas por todos lados*; en los oídos que perfora el grito, a través de los objetos que arroja, que rompe, que hace sonar en las composiciones heteróclitas de lo que junta (la baba o el moco en el chiche), vale decir, *mucho antes*, del acto inaugural de las rayas en el papel, y por muchos otros medios (*de escritura*) el mismo *llamado* del niño —que el Psicoanálisis hizo célebre como *demanda*, aunque no es del todo igual, nos deja una huella del amor que nos pide bajo la forma de la extracción más feroz. (Rodolfo, R, 1999, 18- 19)

De esta manera para el autor; en las marcas que un niño realiza, se producen unos trabajos de inscripción y de extracción que tienen lugar en el campo del Otro. Es a partir del trabajo psíquico, que del campo del Otro, el niño recorta un lugar de aposentamiento. A propósito de esto afirma Rodolfo:

De no haber un niño que lo invista, lo invente como tal, un pizarrón, una hoja de papel no es más que una “cosa” inerte entre las demás. Sólo por una suerte de ilusión óptica —dada por la perspectiva adultocéntrica del observador— preexiste al niño y aun cuando pueda fundamentarse una precedencia, no menoscaba en nada lo ineliminable: un niño la hace hoja al aposentarse allí. (Rodulfo, R, 1999, 32)

Así, para Rodulfo, es la marca del niño la que convierte a una cosa carente de sentido, en una hoja de papel. Es el trazo del niño el que determina la condición de la hoja.

Para Rodulfo, constituye un elemento de gravedad diagnóstica que un niño no logre marcar una superficie. El autor ubica en esta imposibilidad la emergencia de pasajes al acto. Señala

Rodulfo:

Evocamos por contraste asociativo esa figura popular (psiquiátrica) del loco golpeando su cabeza contra el muro —justo en la medida— estamos ahora en condiciones de escribir —en que la mano no atina a esculpir la carne en la pared. Entonces se estrella. Lo que el vocabulario lacaniano conceptualiza *pasaje al acto* se esclarece por este sesgo. Al no ser posible inscribir algo en la forma de una huella, marca, trazo, sobre una superficie que se deja penetrar, el intento extremo ciego y desesperado es el de escribirlo con el cuerpo sobre el cuerpo, así sea estrellándolo desde un balcón. (Rodulfo, R, 1999, 19)

Para Rodulfo, la moción que no consigue hacer marca se precipita en pasaje al acto, punto de emergencia de lo real sin veladuras.

En su libro *Dibujos fuera del papel*, Ricardo Rodulfo no sólo sitúa que es preciso que el niño consiga aposentarse en los lugares postulados, sino que según el autor, también es necesario que el niño consiga articularlos. Rodulfo plantea que los lugares de aposentamiento tienen un despliegue diacrónico, histórico y aún cronológico. No obstante, el autor destaca a su vez, un régimen de coexistencia sincrónica de por vida.

Ricardo Rodulfo adjudica a cada lugar de aposentamiento un modo de inscripción diferente. Según lo expuesto por el autor en su ya mencionado libro:

- En el cuerpo materno la marca que tiene lugar es la caricia;
- En el espejo, la marca que se realiza es el rasgo, y
- Finalmente, en la hoja de papel, la marca que se inscribe es el trazo.

Con respecto a las marcas infantiles sobre el cuerpo materno Ricardo Rodulfo plantea:

En el cuerpo de la madre el niño procura el acontecimiento del acariciar que es recíproco, es recibir y es dar. Es interesante saber qué cosas esenciales se juegan en ese juego. El niño hace o le hacen, pellizca, hunde el dedo, toca, agarra sobre el cuerpo de la madre, del Otro porque tiene que aposentarse allí, ese es su trabajo de aposentamiento, también esos acariciares van a constituir la matriz de sus futuros trazos. (Rodulfo, R, 1999, 27)

Para el autor, esas primerísimas marcas sobre el cuerpo materno serán un elemento determinante para los trabajos de aposentamiento venideros. Cobra aquí valor el trabajo del analista en intervenciones tempranas, que puede detectar y desmontar modalidades vinculares incipientes que no habilitan una posición infantil activa de trabajo de inscripción.

Desde la perspectiva de Ricardo Rodulfo, en el espejo el niño realiza un trabajo de individuación. Rodulfo toma distancia de la concepción lacaniana del estadio del espejo, pues supone instancias previas de unificación en el lazo con la madre.

Resultan influyentes en la concepción de Rodulfo las propuestas de Sami Ali, quien encuentra el espejo en el rostro humano; de Donald Winnicott, quien ubica la importancia del rostro materno como espejo del bebé, para el desarrollo del psiquismo y de Juan David Nasio, psiquiatra, psicoanalista argentino, radicado en Francia, discípulo de Jacques Lacan, quien advierte que el énfasis puesto en lo visual desmerece el punto que él considera de mayor importancia: que el ser humano para subjetivarse se espeja en más de otro y de más de una manera. Le interesa a Rodulfo situar de qué manera el niño llega a la instancia del espejo. El autor se manifiesta preocupado en determinar si se trata de un episodio acompañado de alegría, de angustia, inquietud o rechazo.

Finalmente en la hoja de papel, el niño despliega a través del trazo un trabajo constituyente de su psiquismo, en tanto se produce la escritura de su cuerpo y el lazo del niño con los otros.

Caricia, huella y trazo son los nombres de las marcas que realiza un niño en su trabajo de aposentamiento en distintos espacios, marcas que tienen valor constituyente. Cuerpo materno, espejo y hoja, representan, para Rodolfo lugares de manifestación y producción de fenómenos simbólicos.

El autor supone a estos tres espacios de actividad simbólica una relación conflictual en que tienen lugar pasajes, coexistencias y retroacciones.

La distinción de los lugares de aposentamiento propuestos por Rodolfo tiene valor diagnóstico en tanto permite situar trabajos de constitución del psiquismo.

Ricardo Rodolfo propone los siguientes interrogantes:

¿En qué espacio o lugar se encuentra predominantemente un niño? [...] Desde un punto de vista diagnóstico (pero psicoanalítico, no psiquiátricamente hablando) es —y concibiéndolo como una instancia de orientación de nuestra tarea y de fijación de sus prioridades —difícil encontrar pregunta más fundamental en nuestra clínica. (Rodolfo, R., 1999, 219)

Así, para Rodolfo, la pregunta por el lugar de aposentamiento de un niño, constituye un elemento esencial en el diagnóstico de un niño.

### **7.3 El saber hacer del analista con el dibujo para la elaboración de diagnósticos**

El saber-hacer del analista con el dibujo para la elaboración de diagnósticos implica la necesidad de situar:

a) la emergencia de elementos disruptivos, así como también,

b) las repeticiones

a) La emergencia de elementos disruptivos

Como el dibujo no es una mera reproducción, sino que el dibujo crea, produce; es preciso que el analista atienda a eso nuevo que surge en el trazo. En su libro *Autismos y perturbaciones graves. De la soledad al encuentro con el Otro*, publicado en el año 2013,

Ilda Levín analiza un caso al que titula *El niño que creyó ser de vidrio*. Allí ubica una serie de dibujos que van desde un agujero negro, a un torbellino horrible hasta un niño colgado de un planeta.

Levín entiende que el niño estaba en primer momento preso del terror de ser tragado por ese agujero negro, representación de su fantasmagoría y que dibujar es la operación escritural que permite poner límites a ese real. Así, la analista registra el momento en que el niño produce un nuevo trazo y con él un nuevo lugar para sí y una nueva modalidad del lazo con el Otro. En el dibujo del torbellino aparecen no sólo líneas rectas, como en el dibujo anterior, sino además líneas curvas. Para Levín: “La oposición curva y recta le permite dibujar la fantasmagoría y poner un borde. Por medio del dibujo muestra la falla y avanza en el intento por repararla por la vía del trazo.” (Levín, I., 2014, 53) Así, la analista sitúa una diferencia que le permite ubicar una novedad en la respuesta del sujeto. Empieza a aparecer en el dibujo un intento por acotar un goce que el niño percibe como feroz. En la diferencia del trazado de líneas la analista ubica un primer cambio en la posición del *niño que creyó ser de vidrio*.

Finalmente, la autora trabaja el dibujo del niño colgado de un planeta, que marca un lazo a un Otro ya no cruel, sino un Otro dador, fuente de energía y sostén vital.

#### b) Las repeticiones

Es preciso a su vez, que el analista pueda situar las repeticiones que tienen lugar en una serie gráfica.

En su libro *Bocetos psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*, publicado en el año 2016, en el capítulo dedicado al espectro epiléptico y las especificidades de la producción gráfica, Marisa Punta Rodulfo sitúa elementos

sumamente significativos que se repiten en los dibujos de una niña que padeció crisis convulsivas. En esa serie gráfica insiste la multiplicación de cuerpos, dibujos en que la niña se empeña por tramitar un real que irrumpe en el cuerpo.

Es necesario interrogarse si las repeticiones presentes en el dibujo dan lugar a diferencias o si son meras multiplicaciones idénticas, en las que es posible ubicar un factor compulsivo.

En este punto el dibujo fracasa en su carácter creador y se hace necesaria alguna operación por parte del analista, que permita la emergencia de algún elemento

#### **7.4 Conclusiones**

El dibujo es una de las manifestaciones infantiles que se producen en transferencia, de las que el analista se sirve con fines diagnósticos.

Ya en los inicios del Psicoanálisis con niños, Sophie Morgenstern otorga gran valor a los dibujos, pues entiende que a partir de ellos, el psicoanalista puede anoticiarse de los conflictos infantiles. Para Morgenstern, el dibujo el niño expresa conflictos a través de símbolos de determinación inconsciente. El sentido de esos símbolos es propio de cada niño y aún es posible, para la autora, observar el progreso de una cura a partir de las modificaciones que se realicen en el uso de distintos símbolos en el dibujo.

Morgenstern plantea que el psicoanalista debe ser capaz de reconstruir una narración gráfica a partir de la serie de dibujos aparentemente caótica que se presenta en transferencia.

Pese a lo interesante que resulta esta idea, Morgenstern incurre, al igual que numerosos autores, en una desvalorización del dibujo en beneficio de la manifestación verbal, actitud que le reprocha la analista Marisa Punta Rodulfo en su libro *El niño del dibujo*, publicado en el año 1993.

A diferencia de Morgenstern, Telma Reca, figura de relevancia en lo concerniente a los inicios del Psicoanálisis en el ámbito local, respeta la diversidad de manifestaciones clínicas y no

establece una jerarquía entre los materiales. Esta actitud resulta vanguardista en una profesional que, si bien no se considera psicoanalista, toma aportes de ese campo para su trabajo clínico y asimismo realiza contribuciones certeras.

Esa actitud de Reca resulta coherente con algunos planteos de Marisa Punta Rodulfo, a partir de los cuales es posible situar la expresividad múltiple como una característica de lo infantil. Marisa Punta Rodulfo rechaza el prejuicio a partir del cual las manifestaciones verbales brindan la explicación del sentido de los dibujos. Desde esa posición, para la autora, se privilegia lo verbal en desmedro de lo figural.

El dibujo es una escritura en que se produce algo nuevo. No se trata de una mera reproducción. A través del dibujo, tiene lugar una operación deseante de separación del Otro. Por eso el dibujo implica una operación escritural que antecede a otro tipo de escrituras.

El dibujo tiene valor diagnóstico porque en él pueden ubicarse tiempos en la constitución del psiquismo.

Resulta de relevancia para el saber-hacer del analista con el dibujo a los fines diagnósticos, la habilidad para situar tanto elementos disruptivos, como elementos repetitivos. Es preciso que pueda determinarse en un marco de repeticiones, eso nuevo que en el dibujo logra surgir. Allí el analista podrá ubicar la respuesta del sujeto, más allá del lugar donado por el Otro.

## **TERCERA PARTE**

## **Capítulo 8: La niña que busca diferencias en el espejo**

El presente capítulo apunta a situar el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños, a propósito de un caso clínico correspondiente a los primeros años de práctica de la tesista.

Los primeros dos apartados servirán como marco para la presentación del caso. El primero subcapítulo estará dedicado a ubicar el análisis como una experiencia que transforma al sujeto, en la medida en que produce un viraje en su posición subjetiva.

Para situar este asunto resultarán de gran interés algunas contribuciones de:

- Jacques Lacan, en su escrito *Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis*, publicado en 1953 y,
- Luciano Lutereau, en su libro *La experiencia analítica* publicado en el año 2017.

El segundo apartado apuntará a definir la clínica psicoanalítica y a dar cuenta del uso del caso clínico en Psicoanálisis propuesto por Luciano Lutereau, concepción a la que aquí se adscribe. Para ello, resultarán sumamente valiosas las elaboraciones de:

- Jacques Lacan, en su *Apertura de la Sección clínica*, escrito del año 1977.
- Luciano Lutereau, en su artículo *Clínica psicoanalítica y usos del caso*, publicado en el libro *El sujeto en la estructura*, en el año 2015.

El tercer apartado, corresponderá a la presentación del caso clínico *La niña que busca diferencias en el espejo*, que se basa en una niña de ocho años que fue atendida por la tesista.

Finalmente, el cuarto apartado, apuntará a realizar un análisis del caso clínico con la intención de situar el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños. Para este abordaje resultarán de interés los aportes de:

- Jean Allouch, en su libro *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*, publicado en el año 2011.
- Arminda Aberastury, en su libro *La muerte de un hermano*, publicado en el año 1976.
- Marisa Punta Rodulfo, en su libro *El niño del dibujo*, publicado en el año 1993.

También se considerará un relato de Juan Forn, escritor, traductor y asesor literario argentino contemporáneo, en su artículo *El hermano muerto*, publicado en el diario Página 12 el día 28 de octubre de 2011.

Contribuirá al discernimiento del caso el análisis de dos obras de Gustav Klimt, célebre pintor austríaco de las figuras más representativas del modernismo pictórico. Las obras serán *Madre e hija*, obra del año 1905 y *Muerte y vida*, obra de 1916.

### **8.1 El Psicoanálisis es una experiencia**

En su escrito *Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis*, publicado en 1953, año en el que fecha el inicio de su enseñanza, Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés, el máximo exponente de la Escuela francesa de Psicoanálisis, plantea:

Si el Psicoanálisis puede llegar a ser una ciencia, —pues no lo es todavía— y si no debe degenerar en su técnica —cosa que tal vez ya esté hecha—, debemos recuperar el sentido de su experiencia. Nada mejor podríamos hacer con este fin que volver a la obra de Freud. (Lacan, J., 1953, 258)

Por fuera de aspiraciones científicas y de reduccionismos meramente técnicos, Lacan reserva para el análisis, el estatuto de experiencia, que ubica en concordancia con las ideas de Sigmund Freud, médico neurólogo austríaco, fundador del Psicoanálisis; a cuya obra propone retornar.

En su libro *La experiencia analítica. De la técnica a la ética*, publicado en el año 2017, Luciano Lutereau, psicoanalista argentino contemporáneo, realiza una afirmación contundente:

“El psicoanálisis instituye la experiencia (tiempo, castración, sujeto) o no es Psicoanálisis.”  
(Lutereau, L., 2017, 7)

Así, para Lutereau, no puede hablarse de Psicoanálisis si no tiene lugar la experiencia, entendida por el autor como una forma del tiempo en que tiene lugar la experiencia de castración, en tanto pérdida que produce un nuevo sujeto, el sujeto deseante.

La experiencia analítica transforma al sujeto, en tanto que produce un cambio en su posición subjetiva. Cabe preguntarse ¿de qué modo esta experiencia impacta en el analista? La clínica surge del impacto de la experiencia analítica en el psicoanalista.

Es posible afirmar que del lado del analizante, la experiencia analítica se instituye como experiencia de castración. Lo que allí se produce es una pérdida que posibilita la emergencia subjetiva deseante. Del lado del analista, por su parte, se observa que el saber revela su impotencia ante lo inesperado.

En su ya mencionado libro *La experiencia analítica. De la técnica a la ética*, Luciano Lutereau señala:

La experiencia resiste al concepto; esta resistencia es lo que llamamos “clínica” Para demostrar que se puede saber mucho de Psicoanálisis, pero el pensamiento del clínico empieza donde se revela el fracaso de lo esperable o predecible, de ese punto en que el sujeto queda subsumido en una estructura, ahí donde la forma cede ante el acto. De este modo el psicoanálisis no puede tener más técnica que su ética. Esto no quiere decir que no exista técnica alguna, sino todo lo contrario: ésta consiste en delimitar aquellas coordenadas que en la perspectiva de un tratamiento requieren decisiones que sólo pueden ser singulares para cada analista. Cada uno verá cómo se las arregla con esas preguntas y luego se encontrará en situación de tener que dar razones de eso que hizo cuando estuvo en una posición que también lo excedió. Esa excedencia que es un resto es también la experiencia que hace que el analista sea, al menos, dos. (Lutereau, L., 2017, 8)

La clínica, para Lutereau, surge en el punto de fracaso de lo esperable, allí donde el analista se confronta con eso nuevo que cada vez, hace de su praxis una apuesta que resiste a la universalización. Frente a ese fracaso, se abre la posibilidad de construcción de un saber- hacer, que será siempre singular, del que el psicoanalista da cuenta cuando comunica su experiencia ante

otros analistas. Este asunto será retomado en el próximo capítulo cuando se apunte a situar las características de la escritura en Psicoanálisis.

## 8.2 La clínica psicoanalítica

En *Apertura de la sección clínica*, escrito de 1976, Jacques Lacan brinda dos importantes definiciones:

- En primer lugar, señala Lacan: “¿Qué es la clínica psicoanalítica? No es complicado, la clínica psicoanalítica tiene una base, es lo que se dice en un psicoanálisis.” (Lacan, J., 1976, 37)
- En segundo lugar, Lacan añade: “La clínica psicoanalítica consiste en el discernimiento de cosas que importan y que cuando se haya tomado conciencia de ellas será de gran envergadura.” (Lacan, J., 1976, 38)

Para aprehender estas definiciones, resulta conveniente desbrozarlas en sus elementos:

- En primer término Lacan alude a “lo que se dice” situándolo como base de la clínica psicoanalítica: En su artículo *Clínica psicoanalítica y usos del caso*, que forma parte del libro *El sujeto en la estructura*, publicado en el año 2015, Luciano Lutereau aclara que eso que se dice no remite necesariamente a una conducta verbal. La aclaración es muy válida puesto que resulta frecuente la confusión entre estos dos elementos, en una jerarquización prejuiciosa de lo verbal en detrimento de otro tipo de manifestaciones, a las que se considera como auxiliares. Esta confusión es denunciada por Marisa Punta Rodulfo en su libro *El niño del dibujo*, al que se hizo referencia en el capítulo 7 de la presente tesis. Además, Lutereau puntualiza que señalar “lo que se dice” como base de la clínica psicoanalítica no implica equiparlo a la clínica misma. Lacan ubica en cambio la base, el

punto de partida de la clínica en lo que se dice y eso que se dice puede asumir las formas de un dicho, un juego, un dibujo, un modelado.

- Luego, Lacan plantea la clínica como el discernimiento de cosas que importan. Así, la clínica psicoanalítica no es el relato pormenorizado de todo lo que ocurre en la situación analítica. No se trata de una enumeración fidedigna de anécdotas y de dichos que sólo vehiculizan palabra vacía. En el artículo recién mencionado, Luciano Lutereau define al discernimiento al que alude Lacan bajo el término de formalización. Señala Lutereau:

En psicoanálisis no se teoriza con el objetivo de delimitar conceptos estrictos, como, por ejemplo, el de átomo en física, aunque no por eso se trata de una actividad de un rigor dispensable. Los conceptos del Psicoanálisis funcionan como operadores de la dirección de la cura que permiten escandir los momentos de un tratamiento; por eso, una segunda acepción de discernimiento en cuestión requiere atender a la lógica con que se presenta un caso. Hacer clínica entonces es organizar la experiencia en función de secuencias que permitan extraer las coordenadas que se van circunscribiendo para un padecimiento a lo largo de un tratamiento —y no, meramente, hablar de pacientes [...] (Lutereau, L., 2015, 14- 15)

Así, la clínica psicoanalítica queda definida como la formalización de una experiencia, en la que se organizan los momentos de una cura valiéndose de conceptos que funcionan como operadores.

- Finalmente, Lacan sostiene que hay en la clínica una toma de conciencia de las cosas que importan que resulta de gran envergadura. La clínica da cuenta de un sujeto que se va constituyendo en lo que se dice en un análisis. Un argumento que se va creando en transferencia, en el que es posible reconocer lo fundamental en una trama subjetiva, aquello que según Lacan resulta de gran envergadura; de aquello que es mera palabra vacía.

Esta toma de conciencia respecto de las cosas importantes implica un rechazo categórico por cualquier saber apriorístico por parte del analista. El analista no sabe de antemano qué es lo que importa, cuál de los aspectos de las manifestaciones de un analizante es de gran

envergadura. La clínica implica el reconocimiento de tiempos necesarios para que la trama subjetiva se diga.

Así definida la clínica psicoanalítica, corresponde ahora situar el lugar que le cabe al caso clínico en psicoanálisis. En su ya mencionado artículo, *Clínica psicoanalítica y usos del caso*, señala Luciano Lutereau:

El clínico es el que, a partir de reflexionar sobre su acto, se preocupa por la transmisión de ciertas coordenadas que en una cura implican movimientos de esa posición ante al conflicto que Lacan llamó “sujeto”. De ahí que la preocupación principal entre un caso clínico y otros modos de testimoniar la experiencia radica en que aquel no sirve como ejemplificación. Un caso no se escribe para verificar un saber disponible, sino para esclarecer algún punto oscuro que, en la experiencia misma empuja hacia el concepto, fuerza a repensar nuestras nociones habituales, obliga a reconocer que —en la práctica del Psicoanálisis— siempre somos principiantes. (Lutereau, L., 2015, 16)

La posición de Lutereau, a la que aquí se adscribe, implica una determinada concepción del caso clínico que:

- en primer lugar, lo distingue de la viñeta ilustrativa, ejemplificadora de la teoría;
- en segundo lugar, propicia un ejercicio de elucidación de un trabajo realizado, cuyas coordenadas no siempre pueden explicarse en función de desarrollos teóricos previos.

Se apunta a que las presentaciones de casos en el presente y el próximo capítulo sean realizadas en modo coherente con la concepción del uso de casos clínicos propuesta por Luciano Lutereau que aquí se expuso.

### **8.3 Presentación del caso clínico: La niña que busca diferencias en el espejo**

#### **8.3.1 La primera entrevista con los padres**

Eliana tiene ocho años, vive con sus padres, un hermano de trece y otro de diez meses.

En la primera consulta, los padres refieren que hace un mes falleció Susana, la hermana melliza de Eliana, víctima de una enfermedad terminal que se le declaró muy tempranamente, antes de cumplir un año (si bien los nombres de las niñas son ficticios, se ha procurado que tuviesen

la misma cercanía homofónica que guardan los nombres reales entre sí. Además, es preciso señalar que el segundo nombre de Eliana es el nombre de su madre.)

Desde el fallecimiento de su melliza, Eliana habla mucho acerca de la muerte. Decidieron consultar porque hacía una semana la niña había dicho que si su madre muriera, ella mataría a toda su familia y se iría con su madre y con Susana.

Los papás refieren que si bien el embarazo fue buscado, la mamá “no la pasó bien.” Se sentía mal todo el tiempo, física y anímicamente. No saben por qué. No pudo amamantarlas. No tenía leche. La mamadera la daba el papá o la mamá indistintamente. Me resulta llamativa la dificultad que tienen los papás para relatar algunas cuestiones referidas a los primeros logros de Eliana. Se detienen. Se confunden. Intentan hacer memoria. Sólo en el transcurso de las entrevistas logran situar algunas causas de esa falta de atención en asuntos de la pareja que exceden al análisis del caso aquí propuesto.

Lo que aparece más claramente detallado en su relato es el ingreso de Eliana al jardín al que califican de “muy traumático”. No se relacionaba con la docente, sólo con los nenes. Solía hacer berrinches, se enojaba. Su hermana ya estaba enferma y se quedaba en casa con la madre. Susana pudo ser escolarizada bastante más tarde que Eliana. Los padres declaran que Eliana mejoró su conducta cuando la hermana empezó a ir a la escuela.

Actualmente tiene un muy buen desempeño intelectual en el colegio, pero no en el plano social. La describen como parca y retraída. No tiene amigos ni un vínculo afectivo con su maestra.

De sus lazos en la familia dicen que se pelea con su hermano mayor, mientras que cuida y protege al menor. La relación con Susana también era de cuidado. Además refieren que es muy demandante con la mamá, con quien se enoja frecuentemente. Del vínculo con su padre dicen que él la protege, que es la nena de papá.

Les pregunto a los papás qué sabe Eliana acerca de esta consulta. Como aún no le comentaron nada les pido que le digan mi nombre, acuerdo con ellos la explicación que le darían y solicito que le digan cuál es la fecha en que vendría a la consulta.

### **8.3.2 La primera entrevista con la niña**

Cuando acude por primera vez, Eliana entra en silencio y fija sus ojos en mí. Noto en ella un profundo temor. Se sienta rígida en el borde de la silla.

Le preguntó si sabe cómo me llamo, si sabe qué hago y por qué está acá. Me dice a todo que no con la cabeza. Le digo quién soy y le explico que me ocupo de las cosas que les pasan a los chicos. Mientras yo hablo, ella asiente todo el tiempo con la cabeza pero no creo que me escuche. La percibo muy atemorizada y angustiada. Le tiemblan los labios. Le explico el tiempo que estaríamos juntas ese día y que su mamá está afuera esperándola. Le digo que podemos trabajar juntas en lo que ella crea que le pasa y que lo podemos hacer jugando, hablando, dibujando, modelando. Ella no atina a tomar ningún objeto ni a hacer algún comentario. Continúa rígida, diciendo que sí con la cabeza. La animo a que elija con qué trabajar pero no lo hace. Entonces me pongo de pie, abro el baúl de juguetes, revuelvo un poco, luego desparramo hojas en el escritorio, tumbo un lapicero y reviso los colores. Intento dar una imagen informal y distendida. Eliana sin embargo, permanece inmóvil. Corto una hoja por la mitad y le digo ¿Eliana es tu nombre, no? Y lo escribo grande. Le entrego el cartelito y ella cambia su actitud. Sonríe, toma lápices de colores y decora el nombre con estrellas. Escribe en la otra parte del papelito mi nombre y me lo entrega. “Yo escribo en cursiva” me dice (mi cartel era en imprenta). En esos nombres escritos se inicia una posibilidad de escritura. La diferencia que señala la niña en la escritura de los nombres anticipa asuntos esenciales del análisis de Eliana.

Desde ese momento, su modo de estar en el consultorio cambia radicalmente. Comienza a hablar con gran elocuencia. Me cuenta a qué colegio asiste. Relata que su maestra Macarena se accidentó y ahora tienen una suplente que también se llama Macarena (todos los nombres se han modificado para preservar la identidad de la niña). Me cuenta sobre sus amigos del colegio y sus primos preferidos: todos varones. Habla de ellos y de sus hermanos. Menciona a Susana: “es la que falleció”. De pronto interrumpe su relato “Ahora me doy cuenta, mirá”. Va escribiendo los nombres de sus primos y hermanos y anotando al costado de cada uno su edad en orden desde los cinco hasta los trece. “Una escalera” me dice. Luego dibuja a sus dos maestras Macarena (se hace referencia a este dibujo luego, dibujo A figuras 1 y 2)

Cuando doy por concluida la entrevista no se quiere ir. Le comunico el día en que volveríamos a vernos. Le muestro la carpeta donde guardaría esos dibujos, le digo que allí podemos guardar todo lo que hagamos juntas y le cuento que la próxima vez podemos seguir trabajando. Eso le agrada y se marcha sonriente.

### **8.3.3 ¿Por qué viene?**

En el transcurso de las primeras consultas fallece su abuelo materno. Justo después de la muerte de su abuelo, Eliana llega al consultorio, anuncia que dibujará a su madre y me pide permiso para regalarle el dibujo. Le digo que sí, sin embargo no dibuja. Me pregunta para qué viene. Me dice que su mamá le dijo que viene para hablar. Le cuento que sus papás se sintieron preocupados por ella y que ella venía por eso. Le explico que yo me ocupo de las cosas que les pasan a los chicos, si se sienten tristes, enojados. Si les pasó algo que les duele, si hay algo que los intranquiliza. Le explico que para eso podemos trabajar de distintas maneras: hablando, como dice la mamá; jugando, dibujando. Le manifiesto que independientemente de la preocupación de sus papás, a mí me interesa saber por qué cree ella que viene. Inmediatamente arma una escalera con

cubos, toma lápices con los que simula personas que van subiendo por la escalera. “Son una familia” afirma y va nombrando a cada uno. “La mamá, el papá, la abuela, etc.” Mientras los nombra hace que cada lápiz suba la escalera. De pronto arroja suavemente un lápiz que había nombrado como abuelo. “Se murió” afirma. Yo observo en silencio. Luego hace lo mismo con otro lápiz que había nombrado como hijo. Entonces detiene el juego y me cuenta sobre la muerte de su hermana y sobre su abuelo. Le pido que me hable de ellos. Le pregunto también sobre el vínculo que mantenía con cada uno. Sonriente, los describe y relata recuerdos.

Antes de irse me dice que también me tiene que contar otra cosa, que su hermano mayor la molesta y le dice que ella va a ver muertos. Intervengo diciendo que seguramente algunas veces podrá ver a su abuelo y su hermana que han muerto porque es común que recordemos a la gente que quisimos mucho.

Los juegos y relatos de esa sesión confirman que quedó claro para la niña por qué venía y señalan que tomó la decisión de hacer uso del espacio. En este encuentro ella necesita decir sobre sus pérdidas y también sobre las cuestiones que la perturban.

#### **8.3.4 Ya no siente miedo**

A partir del juego de las escaleras la mamá de Eliana me refiere que la niña lloró por su hermana y su abuelo y dijo que quería tener algo de su abuelo. Le dieron un rosario que llevó colgado dos días y luego dejó olvidado. Además le contó a su prima que había visto a su hermana y a su abuelo “como espíritus”. Después de eso la notaron muy alegre.

En sesión me cuenta que antes temía a los dichos de su hermano, pero ya no, porque vio a su hermana y a su abuelo. Me dice que no sintió miedo porque ella ya los conocía. Hablar en transferencia sobre sus familiares fallecidos resta el elemento atemorizante. Lo ominoso de las

fantasías relativas a los muertos cae y la niña recupera la familiaridad con sus seres queridos, a quienes ubica en un plano diferente del propio, como personas que ya murieron.

### **8.3.5 La armonía, el amor de transferencia. La ruptura de la armonía, el odio**

Durante una serie de entrevistas se suscita un juego musical. Ella toca instrumentos mientras yo debo bailar. Cuando ella se detiene yo debo hacerlo al mismo tiempo. Invertimos los roles varias veces y le causa mucho placer. Variamos los movimientos según los sonidos. Atentas la una a la otra. Música y baile. Repetición y diferencia. Acomodarse enseguida a lo que la otra propone. En un momento me pregunta si queda tiempo y le digo que sí. Luego le pregunto si tiene ganas de irse. “—No, yo me quedaría a vivir acá”— me contesta.

Independientemente del afecto que muestra por mí y por el espacio, esta declaración habla de su dificultad para habitar su mundo donde no hay tanta armonía como en nuestro juego. Habla también del temor a que un encuentro armonioso y placentero se interrumpa abruptamente, temor ampliamente justificado por sus experiencias de pérdida.

Los cortes de sesión resultan difíciles para Eliana. Si bien intento que los vaya anticipando para que no resulten tan bruscos, ella no los acepta inmediatamente. La mayoría de las veces expresa un lamento porque debe irse, pero luego acepta. Otras veces se ofende, se marcha sin saludarme y en una ocasión da un portazo al retirarse.

Resulta interesante que muchas veces deja objetos olvidados en el consultorio. Algunos los guardo y se los devuelvo, otros quedan en un cajón y espero que los solicite, otros se pierden. Cuando olvida cosas tras haberse marchado enojada, vuelve a buscarlas unos minutos después, las toma en silencio y me mira enojada.

### 8.3.6 Los dibujos

Desde la primera entrevista Eliana dibuja con entusiasmo e interés.

- El primer dibujo: Eliana dibuja a Macarena, su maestra titular (dibujo A, figura 1) y a Macarena, su maestra suplente. (dibujo A figura 2). Es interesante situar que me pide ayuda para dibujar. Me pide que agregue ojos y “aros como estrellas”. También me indica que anote debajo de cada una: “Macarena, a la que nunca le pasó nada” y “Macarena, cuando se curó”. Dos Macarenas. Una que se cura y una a la que nunca le pasó nada. Los nombres son iguales, sólo las distinguen las aclaraciones de Eliana.
- Mujeres y varones: En la segunda entrevista Eliana llega feliz anunciando que dibujará al resto de sus maestros. Me pide la hoja del primer dibujo y agrega a Sandra (dibujo A, figura 3), a Carla y Paola (dibujo B, figuras 2 y 3) Esta vez me pide que yo dibuje los ojos y el pelo, pero sólo de las mujeres. El único varón dibujado, Franco, uno de sus docentes, es realizado completamente por Isabela sin pedirme ayuda (dibujo B figura 1). Quizás el dibujo anticipa unas complejidades supuestas a lo femenino frente a las cuales la niña siente que no puede.

A una de las docentes, Paola, a quien describe como seria y mala le dibuja una cabeza enorme en relación a su cuerpo. Se ríe mucho mientras la dibuja. Me indica que escriba los nombres de los dibujos y señala que nunca les pasó nada. Le digo: tal vez nunca se enfermaron ni se lastimaron pero les deben pasar cosas. Tal vez alguna vez estén muy felices o muy tristes o muy preocupados. Ella sonríe y agrega “o muy enojados”; “O muy cansados” digo yo. Continuamos así una serie de estados de ánimo. Habilitados en transferencia, estos sentimientos encuentran lugar en la siguiente producción gráfica.

- El monstruo: Tras concluir el dibujo de los docentes, Eliana mira el dibujo de Paola y se ríe (dibujo B figura 3) “Mirá”, me dice. “Parece un monstruo”. Empieza entonces el dibujo de un monstruo (dibujo C). Cada parte del cuerpo que le agrega la hace reír. Me pide que le dibuje los ojos.<sup>6</sup>

Al concluir el dibujo me indica que escriba el orden en que se fue creando el monstruo. Lo nombra Paola. Cuando finaliza le pregunto ¿y qué título le ponemos? Me dicta Macarena es muy mala y fea. El deslizamiento del nombre Paola (la maestra que le parece mala y seria) y el de Macarena (sus maestras titular y suplente) resulta llamativo.

- la monstruo y la niña: En otra ocasión, posterior a una entrevista en que se marcha muy molesta por el corte de sesión que yo hice, me dibuja con una cabeza grande (dibujo D figura 1) y anuncia: “Voy a hacer tu cerebro” “Estás pensando” (Me pregunta mi segundo nombre. Le digo que es Marcela, como ella me llama habitualmente y el primero María. Escribe este nombre y tacha la cabeza de mi figura. Luego se dibuja ella misma al lado mío con gran cuidado (dibujo D figura 2). Un desdoblamiento. Su

---

<sup>6</sup> Resulta muy curioso para mí ver los ojos que tracé en cada uno de los dibujos en que me lo solicitó. No recuerdo qué pensé sobre los ojos en ese momento, pero resulta llamativa la insistencia, sobre todo en la figura del monstruo. Tal vez quise ofrecerle a esta niña una mirada más amable, aún hacia lo que ella ubica como monstruoso. Por otra parte, podría tratarse en cambio de una especie de prescripción que, como analista en sus comienzos, hice al avance de una objeción a la femineidad en Eliana. Una prescripción que tomó la forma del cliché de los ojos que se le realizan a los personajes femeninos en dibujos animados infantiles: ojos rasgados, con largas pestañas. La prescripción sería comparable al uso del color rosa que se elige para los objetos que comúnmente se regala a las niñas. Si así fue, no alcanzó para enmudecer los interrogantes de Eliana. Aun en esos tiempos iniciales de la tesista como analista, su posición permitió alojar la pregunta de la niña. Son necesarios demasiados errores, demasiado groseros, para acallar los interrogantes de un niño.

Lamentablemente no es poco frecuente recibir la consulta de niños y niñas que recibieron tratamientos previos, en ocasiones muy prolongados, en que es posible suponer que demasiados errores, demasiado groseros, tuvieron lugar. Sin embargo, aun en esos casos, hay espacio para un trabajo analítico.

analista Marcela a la que quiere y María, a la que representa como monstruosa, a la que trata en el dibujo con odio.

En el dibujo el resultado evidencia otros conflictos: una niña frente a lo monstruoso. Una niña frente a un dolor monstruoso. O bien una niña que cree ser habitada por algo monstruoso.

Comunica que agregaré a mi figura una hebilla. Realiza un círculo en la cabeza y luego círculos en el cuerpo. ¿Sería posible pensar que esos círculos corresponden a formas femeninas? En la figura que ubica como aquella que la representa aparece un lazo. ¿Podría acaso considerarse como un atributo fálico?

Escribe su nombre completo dos veces. Luego agrega su nombre a la figura que la representa y corrige la letra final de su nombre, la a, por la letra o. (dibujo d figura 2, si bien el nombre real de la niña fue borrado del dibujo, se simula lo descrito con el nombre ficticio).

Le digo que puede ser verdad lo de mi cerebro. Le cuento que pensé mucho en ella y en su enojo. Me pregunta por qué digo que ella está enojada. Le digo que la vez pasada ella se había ido sin saludarme, dando un portazo “Yo no estoy enojada con vos” me dice, toma un lápiz y se da golpecitos en la cabeza. Le digo que no lo haga, que podemos trabajar hablando, jugando, dibujando, no podemos golpearnos ni romper nada. Deja de hacerlo y me aclara. “Son golpes chiquitos. Ni duelen.”

Le digo que yo sé que es difícil estar triste o enojada, es muy difícil tener algo adentro de la cabeza que molesta mucho y no sabemos muy bien qué hacer con eso. Le digo que entiendo que en algunos momentos moleste tanto que parece que se lo quisiera sacar a los golpes pero la invito a que veamos juntas de qué se trata y qué vamos a

hacer con eso porque golpearse no sirve y no es una opción. Me dice. Bueno está bien. ¿Vos también te enojás a veces? “Sí, claro, muchas veces. Y pongo la cara así.” (Hago un gesto extraño con el rostro) Ella lanza una carcajada y me dice: “te voy a dibujar”. Realiza entonces una representación mía ya no monstruosa (dibujo E). Es la primera figura femenina que dibuja con pantalones y en que da un tratamiento distinto al pelo.

### **8.3.7 Los juegos con el rostro**

Inicia una serie de juegos en los que ella me indica estados de ánimo y yo debo realizar las expresiones que den cuenta de ellos. Ver los cambios en mi cara le produce gran placer. Repite las indicaciones con distintos ritmos. Le divierte ver cómo me esfuerzo por adecuarme a sus requerimientos cuando el ritmo es veloz. Disculpa mis fallas: —no importa— me dice cuando mi rostro no concuerda con lo que ella había solicitado.

En el primer momento, Eliana apuntaba en el juego a la armonía entre su pedido y mi respuesta facial. Luego, le produce algarabía que se genere una distancia entre ambas, distancia que propicia a través de un ritmo acelerado.

### **8.3.8 El juego del quién es quién**

En la entrevista posterior a la realización de los dibujos D y E trae un juego de mesa que consiste en dos tableros, uno para cada participante sobre el cual se colocan figuras de rostros. Mediante la realización de preguntas cada una debe inferir cuál fue el rostro elegido secretamente por la otra.

Cuando veo el juego le digo “Ah, el ¿quién es quién?”. “No, el ¿quién soy yo?” Se trata, efectivamente, de un juego que se comercializa bajo estos dos nombres, dos preguntas que nombran trabajos en el análisis de Eliana.

El juego “¿Quién soy yo?” será el centro de las siguientes entrevistas. Los rostros de los tableros dan lugar a conversaciones sobre los parecidos y las diferencias. La niña hace frecuentes comentarios con los que convoca mi mirada respecto de las particularidades de los personajes: ¿Viste que Ruth tiene cara graciosa? ¿Viste la barba que tiene? ¿Viste que estos dos no tienen pelo?

Mientras jugamos me pregunta si noté que hay más mujeres que varones. Le digo que sí y plantea con tono confidente: “Te tengo que contar algo. Yo odio a las mujeres. Yo quiero ser un varón.” Le pregunto por qué. Afirmo que son tontas, “siempre calladitas, siempre quietitas”. Intervengo diciendo que tal vez algunas sean así, pero que conozco muchas nenas divertidas e inteligentes. Las nenas no son todas iguales y los varones tampoco son todos iguales.

### **8.3.9 El juego de los dibujos de construcción de un cuerpo**

En una oportunidad anuncia que me dibujará. Dibuja una cabeza en la que noto que falta la boca. Comienzo a hacer gestos simulando desesperación, indicando que no puedo hablar. Le causa gracia. Se ríe con entusiasmo. Cuando dibuja la boca señalo que me siento aliviada: —Al fin. Con todo lo que tengo para decir— exclamo. Ella se ríe.

Se inicia un juego por turnos de dibujos de rostros. Ella dibuja el mío y yo el de ella, siempre olvidando alguna parte, que se agrega tras un pedido. Cuando la parte por fin es restituida al rostro nos mostramos aliviadas.

El juego se extiende al dibujo del cuerpo. Las intervenciones apuntan a señalar todo lo que una niña puede hacer sin estar “quietita” ni “calladita”

### **8.3.10 Interrupción del tratamiento**

Es preciso señalar que el tratamiento de la niña implicó además del espacio de trabajo con Eliana, entrevistas con los padres.

Lamentablemente, el tratamiento se interrumpió a partir de desavenencias de la pareja, por cuestiones ajenas a la niña.

#### **8.4 Consideraciones acerca del caso**

##### **8.4.1 El diagnóstico apresurado no corresponde a la práctica del psicoanálisis**

Apresurar el diagnóstico en el caso de Eliana implicaría poner el acento en el fallecimiento reciente de su hermana y prescribir lo que en su libro *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*, publicado en el año 2011, Jean Allouch, psicoanalista francés, discípulo de Jacques Lacan, denominó con fina agudeza, una “analítica del duelo” a la que ubica del lado de un “discurso de la norma” (Allouch, 2011, p. 67).

Allouch ubica en tal prescripción un saber pretendido al que considera abusivo:

Se cree saber lo que el niño ha perdido, en todo caso se pretende saberlo, y esa pretensión, además de que corta lo que se le ocurra decir, sigue siendo abusiva de punta a punta. (Allouch, 2011, p. 48)

Así, para Allouch, la prescripción de una analítica del duelo, fruto de un saber pretendido, resulta opuesta al psicoanálisis, por cuanto impide que se desplieguen las ocurrencias que parten del sujeto.

De lo recién expuesto se desprende la importancia de no apresurar el diagnóstico en el caso de Eliana, pues hubiera operado como obstáculo para el trabajo psicoanalítico.

##### **8.4.2 Conjeturas diagnósticas acerca del caso de *una niña frente al espejo***

Para ceñir el diagnóstico psicoanalítico de Eliana resulta preciso situar tres elementos esenciales:

- La consulta inicial
- Los tropiezos en los trabajos especulares

- El conflicto acerca de la posición femenina

#### 8.4.2.1 La consulta inicial

Es de vital importancia señalar que si bien no se puede reducir el diagnóstico de la niña al acontecimiento de la muerte de su hermana, este hecho constituye un elemento central que motiva la consulta.

Los padres de Eliana solicitan la entrevista una semana después de que la niña dijera que en caso de muerte de la madre mataría a su familia y se iría con la hermana y con su mamá. El tiempo da cuenta de la urgencia y revela la magnitud de la angustia y temor que movilizó en ellos esta afirmación de Eliana.

Además de los dichos disruptivos de la niña, la consulta es motivada por una circunstancia de profundo dolor para toda la familia.

Cabe señalar que en la actualidad, la mayoría de los padres de niños pequeños, concibe a la muerte de un ser querido como un hecho traumático que podría afectar la estabilidad psíquica de su hijo. Además, el consultorio de un psicoanalista es percibido como un espacio propicio para que un niño pueda tramitar esa pérdida.

Entre su vasta producción escrita, Arminda Aberastury escribió relatos sobre niños que estarían atravesando distintas circunstancias vitales. Se trataba de relatos dirigidos a toda la familia, en que Aberastury mostraba interés por ubicar que ciertos síntomas son indicadores de sufrimiento en los niños y que es posible hacer algo para transformar ese padecimiento. Corresponde a esa serie de relatos el libro *La muerte de un hermano*, publicado en el año 1976.<sup>7</sup> En ese libro Aberastury relata la intervención de un médico que habla a la madre de un niño en presencia de éste. Se trata de un niño cuyo hermano había fallecido, pero nadie había hablado con él sobre ese hecho. El relato de Aberastury es el siguiente:

---

<sup>7</sup> Otros libros de la misma serie publicados por Arminda Aberastury son *Una operación*, *La mudanza*, *Un niño adoptado* y *Un divorcio*

Se siente tranquilo cuando el médico dice a su madre: “No lo engañe. Todos los chicos saben lo que pasa en la casa. ¿Cómo no va a saber que su hermano ha muerto? Usted misma lo ha dicho recién, delante de él. Converse mucho con Tomás y conteste sus preguntas”. Lo miró con cariño, le tocó la cabeza y no le dio remedios.

Así, Aberastury apuntaba a situar el dolor de un niño frente a la muerte de un ser querido, como un acontecimiento doloroso de la vida que los adultos pueden ayudar a tramitar. Se trataba de una idea que la autora intentaba transmitir en una época en que el Psicoanálisis no estaba tan difundido como en la actualidad.

En la primera consulta, los padres de Eliana dan cuenta de que portan esa idea. Buscan un espacio terapéutico para acompañar a su hija a elaborar el dolor por la muerte de Susana.

En la primera entrevista con la niña, Eliana presenta inicialmente una posición de rigidez física. Es posible situar que algo del orden de lo real desbordó la escena y dejó a la niña con pocas posibilidades de responder frente a la situación.

En transferencia la niña logra hablar de su hermana y su abuelo fallecidos; referirse a sus temores y fantasías sobre la muerte, a través de sus dichos y juegos; y de ese modo elaborar este asunto que le causaba gran dolor.

#### 8.4.2.2 Los tropiezos en los trabajos especulares

Se tiene noticias de la primera respuesta que logró dar la niña ante la muerte de su hermana, a través de la primera entrevista con los padres que refieren la amenaza proferida por Eliana. Esa amenaza permite situar una fantasía de asesinato y suicidio. En esa fantasía queda expuesto que la muerte de su hermana, lleva a Eliana a imaginar la muerte de su madre: no es difícil imaginar la fuerte ligazón que unió a Susana y su madre en los últimos tiempos de vida de la niña; largos períodos juntas, de cuidado y cariño, que las haría parecer inseparables ante los ojos de Eliana. Por eso, en la fantasía de la niña, la muerte de la madre es ubicada como correlato lógico tras la muerte de la hermana. Esta fantasía de muerte de la madre resulta insoportable para Eliana, que resuelve el dilema situando a través de su amenaza, a todos los miembros de la familia en una misma condición: ya no como vivos, sino como muertos.

La amenaza vehiculiza una idea en la que se revela la falta de separación: si muere un miembro de la familia, mueren todos. El grado de alienación que la fantasía revela comienza a delinear un elemento diagnóstico.

En la primera entrevista con la niña, cuando la analista la invita a salir de su posición de rigidez, la niña apunta a situar una diferencia entre los carteles de los nombres. La búsqueda de esa diferencia será de vital relevancia en el diagnóstico y la dirección de la cura de Eliana, pues constituirá el mecanismo a partir del cual se hará posible un proceso de individuación que estaba estancado.

Numerosos pintores se han interesado por la imagen de una mujer frente al espejo. Distintos artistas ofrecen respuestas diferentes frente al enigma que representa una mujer contemplando su imagen: algunas acentúan la coquetería, la belleza o la delicadeza; otras hacen énfasis en la exuberancia o la sensualidad; en algunos casos se exalta la juventud, en otros la madurez, la desnudez, la femineidad. Otros cuadros revelan inquietud, tensión, vanidad, desarreglo entre la figura y su imagen.

La imagen de la niña frente al espejo fue menos considerada por los pintores. Además, resulta curioso que en este caso la respuesta pareciera ser más homogénea: o bien la contemplación de una belleza inocente, o bien la contemplación de una coquetería puberal que comienza a florecer. Una niña frente a un espejo no pareciera generar pregunta. Los dos sentidos: la inocencia y la coquetería incipiente son los sentidos delineados por las distintas obras.

Así, podría pensarse, parafraseando a Lacan que *La niña frente al espejo* no existe, sino como fantasía de los pintores. *La niña frente al espejo* es una ilusión de los adultos. Es preciso pensar cada vez, en cada momento singular los avatares de una niña frente al espejo; en este caso en particular, en lo relativo a la constitución psíquica de Eliana.

De sus primerísimos encuentros con la madre, es posible situar que hubo un comienzo con tropiezos. La mamá refiere imprecisa, que no se sintió bien en el embarazo. Desde ya no podría situarse un desencuentro radical entre la madre y la niña, pero sí un encuentro con dificultades. Posteriormente, el tiempo de la niña con la madre se vio limitado por los cuidados de ésta hacia su hermana. Es dable pensar que esto debe haberle restado a la niña tiempo de juegos, de mimos, de atención, de mirada materna dirigida hacia ella. Los padres refieren que Eliana empezó a portarse mejor cuando su hermana ingresó al colegio. ¿La habrá aliviado que su hermana no estuviese enferma, que estuviese cerca de ella o bien que no fuese la única que se quedaba en la casa disponiendo del cariño de la madre?

Resulta interesante valerse de dos obras de Klimt, pintor austríaco, uno de las figuras más representativas del modernismo pictórico; para pensar el encuentro entre Eliana y su madre.

En su obra *Madre e hija* (figura I), del año 1905, Klimt presenta la pura satisfacción de un abrazo sin interrupciones. Cada cuerpo guarecido en el otro, en un estado de perfecta calma.

En su obra *Muerte y vida* (figura II) del año 1916, Gustav Klimt expone abrazos de ternura y amor en inquietante cercanía respecto de una figura mortífera. La frialdad de los colores de esta figura rompe con la calidez de los abrazos. Lo mortífero, a un paso del amor vital. Los ojos de las figuras que se abrazan están cerrados, en estado de placentera tranquilidad. Sólo la figura mortífera tiene los ojos abiertos y dirige su mirada hacia quienes se abrazan, acechante. Los cuerpos de las figuras pintadas en tonos cálidos son flexibles, se entrelazan con los otros. Sólo la figura de tonos fríos permanece rígida.

Es posible ubicar la obra *Muerte y vida*, como matriz del encuentro entre Eliana y su madre, un encuentro de intenso amor, que empero, estuvo asediado por distancias que excedían lo que a Eliana le resultaba tolerable. Distancias que marcaron el encuentro con frialdad y cierta rigidez.

Cabe suponer que esas distancias tenían una causalidad diversa, pero correspondían en su mayor parte al cuidado que la madre brindaba a Susana.

Así, el trabajo de apositamiento de caricias entre la niña y su madre, debió haber tenido lugar de manera acotada, en un modo que no logró complacer los requerimientos de la niña.

Los juegos de encuentro armonioso entre la niña y su analista permitieron la realización de unos trabajos psíquicos que habían quedado pendientes. En esos juegos la analista se ajusta a los pedidos de la niña: baila de acuerdo al ritmo que ella propone, o gesticula en perfecta adecuación con las solicitudes de Eliana. Luego la niña se interesa por provocar desajustes.

Así, en transferencia, la niña avanza desde el odio que le provoca el intervalo que se genera en su encuentro con el Otro, hacia un empeño por separarse que le provoca alegría.

En un primer momento Eliana presenta dificultades para soportar el corte de sesión. Pareciera que la niña vivencia una experiencia de ser desalojada. Este sentimiento se repite cada vez que se marcha enojada. La niña actúa en transferencia. Aparece el odio frente a quien siente que la desaloja y no responde a sus necesidades como ella esperaría.

Luego, a través de los juegos, es Eliana quien produce el intervalo con el Otro en un movimiento deseante.

Podría suponerse que la pintura *Madre e hija (figura I)* correspondería para Eliana al arquetipo del encuentro entre su madre y su hermana, un amor pleno que su madre le habría brindado a su hermana y negado a ella. Esta fantasía causaría:

- en primer lugar, una relación hostil de la niña hacia su madre y figuras sustitutivas, que tiene consecuencias en la asunción de una posición sexuada en Eliana, asunto sobre el que se volverá luego;

- en segundo lugar, una identificación con su hermana que tiene complejas derivaciones, pues se trata de la identificación a una niña que murió.

En el primer dibujo de Eliana podemos ubicar el trabajo de la niña con esta identificación (ver dibujo A). El dibujo expone un espejo, un espejo con fallas. Aparecen allí dos figuras femeninas, con el mismo nombre. Esto representa una similitud con su situación, pues ella y su hermana tienen nombres parecidos. En una figura se sitúa que se curó, lo que lógicamente implica que se enfermó antes (dibujo A, figura 1); en la otra figura se establece que nunca le pasó nada (dibujo A, figura 2). Aparece en este dibujo expuesto el conflicto. Dos figuras casi idénticas, portan sin embargo un destino muy diferente. Del mismo modo que ella y su hermana.

La pregunta ¿quién es quién? con que erróneamente la analista nombra un juego que trae la niña, nombra sin embargo el conflicto de la indiferenciación.

Ocurre con frecuencia que en distintos ámbitos se compare a hermanos y se sitúe las diferencias entre ambos, más aún si se trata de mellizos o gemelos. En el caso de Eliana, la diferencia se instala en los desfiladeros de la enfermedad y la muerte y en tiempos tempranos de constitución de su psiquismo. Sería posible suponer en Eliana la pregunta acerca de cuánto de esa sustancia de enfermedad y muerte hay en ella misma. Este es uno de los sentidos, no el único, de lo monstruoso en sus dibujos.

Acerca de esta indiferenciación ominosa es interesante lo relatado por Juan Forn (2011), escritor, traductor y asesor literario argentino:

Mark Twain tenía un hermano gemelo en su infancia. Para diferenciarlos le ataban a cada uno una cinta a la muñeca, de un color diferente. Un día los dejaron solos en la bañera y uno se ahogó. El chapoteo en el agua había desatado las cintas, de manera que nunca se supo a ciencia cierta cuál de los dos había muerto. “Desde entonces no sé si yo soy yo o mi hermano”, remataba siempre la anécdota Twain. (Forn, J., 2011, párr.1)

Una indiferenciación ominosa se revela en el relato de Forn. Es posible suponer en Eliana asuntos de esta índole obstaculizando su constitución por vía de lo especular.

Los dibujos de monstruos de Eliana, implican no sólo la expresión de la ambivalencia amor-odio, sino también que hay un elemento siniestro que no ha sido integrado en el yo.

En su libro *El niño del dibujo* publicado en el año 1993, Marisa Punta Rodulfo señala:

El encuentro entre las necesidades del niño y la función materna de la madre suficientemente buena (Winnicott) produce la escritura de lo corporal, literalmente hablando, su dibujo, el dibujo del cuerpo del niño que a la vez en un momento ulterior producirá el dibujo del mundo. Es decir *se dibuja cuerpo* si se produce una inscripción erótica positiva pero se dibuja agujero si el desencuentro entre la madre y el niño que en ese momento se experimenta como un desencuentro entre el niño y otra parte de sí produce una inscripción tanática negativa. (Marisa Punta Rodulfo, 2016 c, p. 130- 131)

Así, según Punta Rodulfo los encuentros entre un niño y su madre pueden dar lugar al dibujo de un cuerpo si tienen lugar inscripciones eróticas positivas. Eliana pudo dibujar cuerpo, pero es posible pensar que en el espejo la niña ve algo siniestro que no pudo integrar a su imagen.

#### 8.4.2.3 El conflicto acerca de la posición femenina

Finalmente, hay en Eliana un conflicto en torno de la femineidad. Este conflicto se pone de manifiesto por medio de distintas expresiones de la niña en transferencia:

- a través de dichos verbales:
  - cuando declara que odia a las mujeres y quisiera ser un varón
  - cuando declara su preferencia por los primos y su hostilidad a distintas figuras femeninas
  - cuando explica que considera tontas las niñas porque siempre están “calladitas”, “quietitas”; comportamiento que le resulta lamentable.
- a través del tratamiento de lo escrito en que cambia en su nombre la letra a por la letra o

- a través del tratamiento hostil hacia algunas figuras femeninas en los dibujos y la incorporación de atributos viriles al dibujo que la representa.

Es posible situar que la primera dificultad en el conflicto en torno de asumir una posición femenina en Eliana está determinada por los tropiezos en el encuentro con su madre. Cabe suponer una intensa ambivalencia en los sentimientos de esta niña hacia su madre que le ofrecía afecto de manera intermitente, lógicamente volcada a la atención de una hija enferma.

En la primera entrevista los padres sitúan que es “la nena de papá”. Seguramente, esa es la posición a la que la niña es invitada, pero no es posible que sea nena de papá quien no terminó de ubicarse como bebé de la mamá. Es decir, la hostilidad de Eliana con su madre y con las mujeres no corresponde a factores edípicos, sino pre- edípicos.

Esta distinción diagnóstica representa una precisión necesaria para la dirección de la cura.

## **8.5 Conclusiones**

En el presente capítulo se situó el análisis como una experiencia de transformación de la posición subjetiva.

Un análisis implica un tiempo en que se atraviesa una experiencia de castración en un modo que produce efectos subjetivos nuevos, coherentes con una posición deseante.

La clínica psicoanalítica surge allí donde fracasa lo esperable. En ese punto, se abre la posibilidad de construcción de un saber- hacer del lado del psicoanalista.

La presentación de casos clínicos, entonces, lejos de apuntar a la verificación de saberes previos; constituye un empeño del analista por esclarecer la experiencia y delinear su saber- hacer.

El caso de *la niña que busca diferencias frente al espejo* fue presentado con la intención de situar el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica psicoanalítica con niños.

Se tomó en consideración diversos materiales del tratamiento de la niña: primera entrevista con los padres, primera entrevista con la niña, juegos, dichos, dibujos. Así, se incluyó la diversidad de las manifestaciones que tuvieron lugar en transferencia, en la elaboración de las conjeturas clínicas.

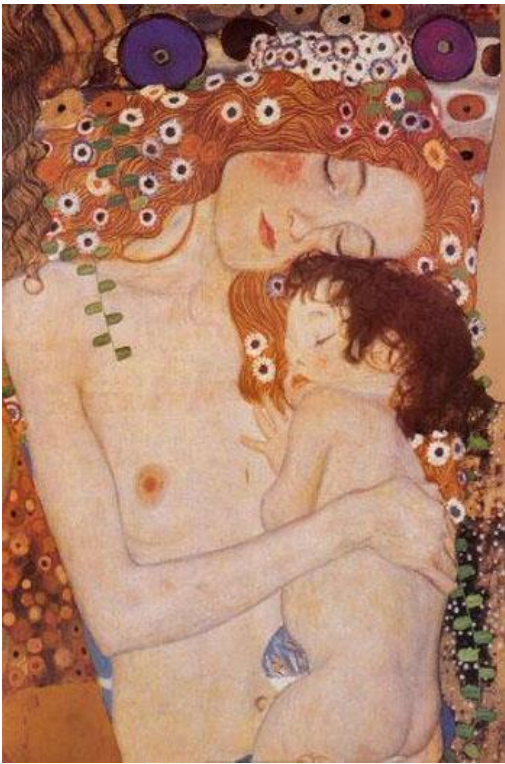
Se desestimó la realización de un diagnóstico apresurado que ligue al entendimiento del caso a un elemento único, como la muerte de la hermana de la paciente.

El diagnóstico psicoanalítico apuntó en este caso al reconocimiento de tres elementos de gran valor para la elaboración de una hipótesis diagnóstica:

- en primer lugar, la circunstancia de la consulta, ligada a una amenaza de asesinato de la familia y suicidio que había proferido la niña tras la muerte de su hermana. Se reconoció en esa respuesta sintomática la posición de la niña, sus temores y fantasías. Situar este elemento diagnóstico permitió la elaboración de la pérdida de sus seres queridos.
- en segundo lugar, los tropiezos en los trabajos especulares de esta niña, que se habían visto entorpecidos por un lado, por la poca disponibilidad que pudo tener su madre con ella, atareada con el cuidado de una hija enferma y por otro lado, en la identificación con una hermana enferma que muere tempranamente. En esa identificación hay un elemento siniestro que la niña no logra integrar a su imagen y que la deja presa de una angustia feroz que la lleva a interrogarse: ¿es también su destino la enfermedad y la muerte?
- en tercer lugar, una posición conflictiva a propósito de la femineidad. La falta de armonía en el lazo con su madre, llevó a la niña a un trato hostil contra ella. Sin embargo, no se volcó a su padre, como explica Freud en la posición de la niña que reconociéndose castrada, responsabiliza a su madre y se dirige hacia su padre con la fantasía de recibir de él un niño. La hostilidad de Eliana es anterior a reconocerse castrada y corresponde a una dificultad

en la posibilidad de ocupar el lugar del falo para el Otro. Además de los elementos culturales a los que la niña pudo haber estado expuesta, la interacción con una hermana débil, y una madre abocada casi por completo a su cuidado, pudieron haber colaborado en ligar la femineidad a la falta de movimiento y de posibilidades, posición frente a la cual la niña se revela.

**Figura I**

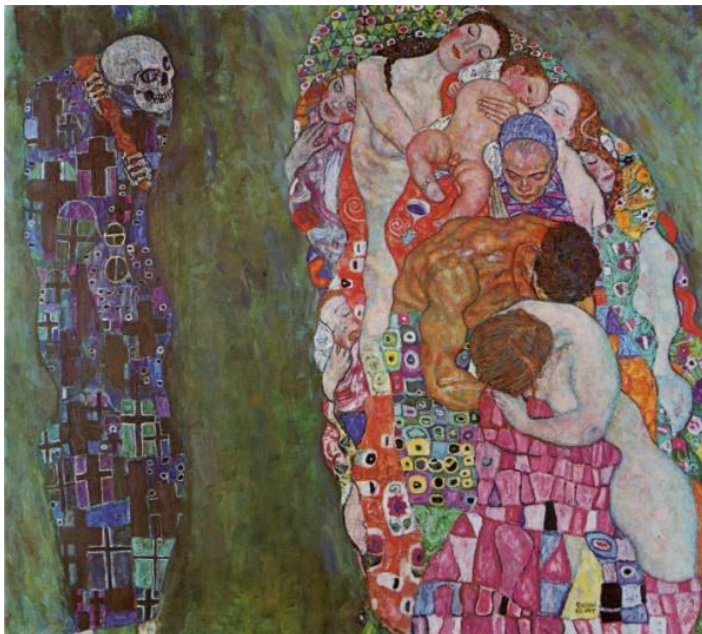


Gustav Klimt: *Madre e hija* (1905)

Galería Nacional de Arte de Roma

Óleo sobre lienzo 180 x180

**Figura II**



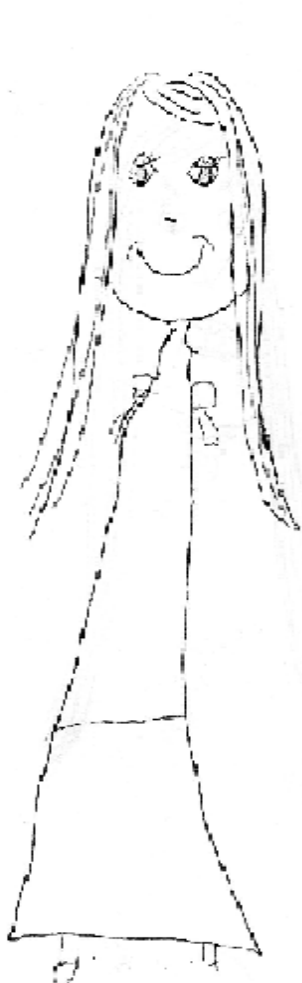
Gustav Klimt: *Muerte y vida* (1916)

Viena, colección privada

Óleo sobre lienzo 180 x180

Los nombres que aparecían en los dibujos originales fueron borrados y reemplazados por otros ficticios para resguardar los datos de la niña.

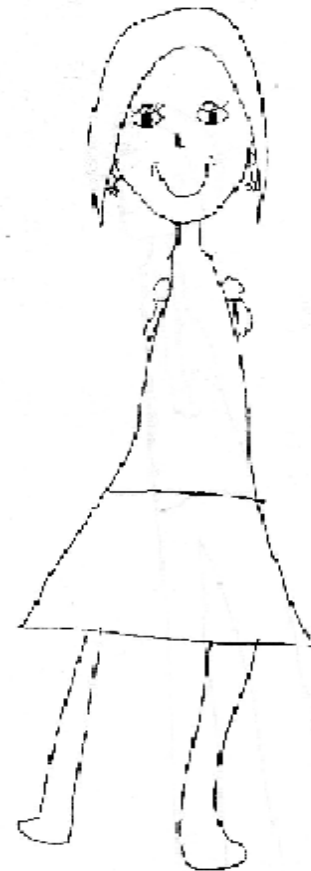
Dibujo A



**Sandra**  
a mi que  
le  
pasó  
figura 3.



**Macarena**  
a la que  
nunca le  
pasó nada.  
figura 1



**Macarena**  
cuando  
se curó

figura 2

Dibujo B



**Figura 1 (Franco)**  
que nunca  
le pasó  
nada



**Figura 2 (Carla)**  
la que  
nunca le  
pasó  
nada.



**Figura 3 (Paola)**  
la que  
nunca  
pasó  
nada  
(por algo)

Dibujo C

Macarena es muy mala y fea

Paola es muy mala

Ella es ...

primero le hicimos el pelo  
después le hicimos la cabeza  
después la boca arriba de todo  
después la nariz en el medio  
y los cinco ojos abep de todo

le hicimos un cuerpo más  
chiquito que una hormiga

y brazos en el pelo.

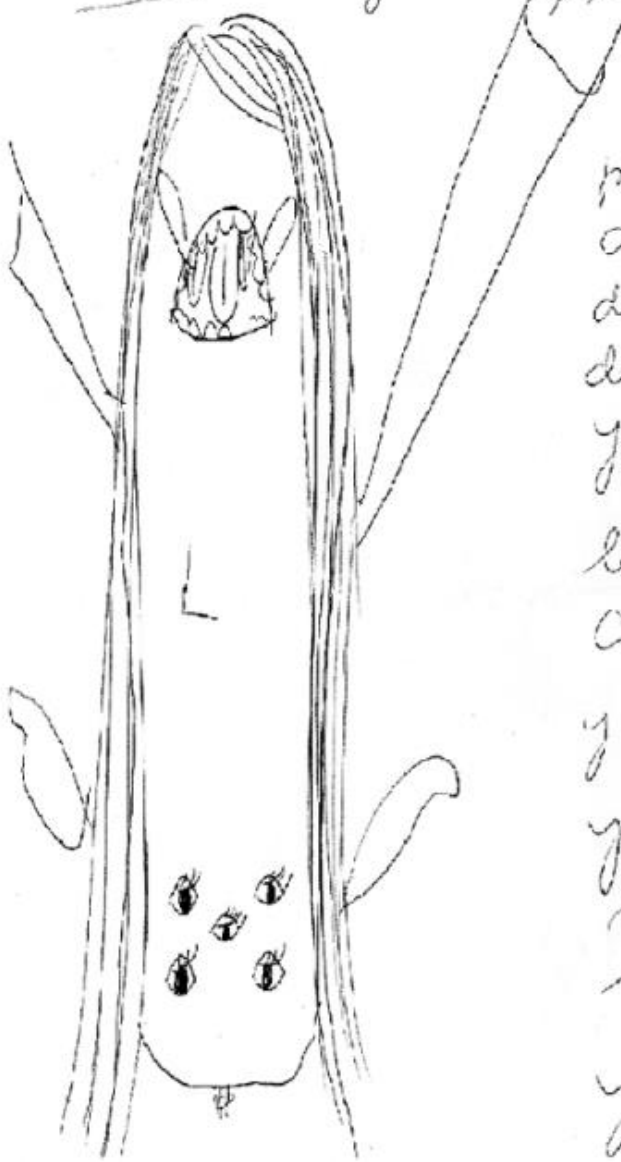
y también pies en el pelo.

orejas en la boca

se le salieron cuatro

dientes

y tiene tres lenguas.



**Dibujo D**

Se procuró generar el mismo tratamiento que la  
da a su nombre al nombre ficticio.

niña



figura 1

figura 2

**Dibujo E**



## **Capítulo 9: El niño que no quería morir**

El presente capítulo se basa en la presentación de un caso que fue atendido por la tesista. Interesa situar allí cómo se despliega el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños.

Para dar marco a la presentación del caso, el primer apartado, estará dedicado a realizar algunas puntualizaciones acerca de la relación entre el saber- hacer del analista, la experiencia analítica y la escritura.

Para dar inicio a estas elaboraciones, se tomará en consideración una objeción a la escritura realizada por un niño en un diálogo que éste entabla con la escritora argentina Griselda Gambaro y que ella transcribe en su libro *Conversaciones con chicos*, publicado en el año 1977.

Además, serán valoradas algunas contribuciones de los siguientes autores:

- Jorge Larrosa, que el autor vierte en su artículo *El ensayo y la escritura académica*, publicado en el año 2003;
- Theodor Adorno, que el autor expone en su trabajo *El ensayo como forma*, publicado en el año 1962,
- Juan Bautista Rivo, que el autor desarrolla en su artículo *¿Sobrevivirá el Psicoanálisis?*, publicado en agosto de 2016 en la Revista *Psicología Digital*,
- Luciano Lutereau, que el autor expone en su libro *La experiencia analítica*, publicado en el año 2017.

El segundo apartado, corresponde a la presentación del caso clínico *El niño que no quería morir*, que se basa en un niño de siete años que fue atendido por la tesista.

Finalmente, el tercer apartado, apuntará a realizar un análisis del caso clínico con la intención de situar el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños. Para este abordaje resultarán de interés los aportes de:

- Jacques Lacan, en su escrito *Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis*, publicado en el año 1953 y en el *El Seminario V. Las formaciones del inconsciente*, dictado en los años 1957 y 1958.
- Luciano Lutereau, en su libro *Los usos del juego*, publicado en el año 2013; así como también el libro *Reinventar el psicoanálisis*, publicado en el año 2015, que el autor escribe en coautoría con Liora Stavchansky,
- Marisa Punta Rodulfo, en su libro *Bocetos psicopatológicos*, publicado en el año 2016.

### **9.1 Algunas consideraciones acerca de la escritura en Psicoanálisis y el saber- hacer del analista**

En su libro *Conversaciones con chicos*, publicado en el año 1977, Griselda Gambaro reproduce diálogos que mantiene con niños de seis meses a doce años de edad. En un clima distendido, los niños se refieren a sus padres, sus miedos, la escuela, el teatro, etc. En ocasiones, sus planteos surgen en forma espontánea. En otros casos, son respuestas a preguntas de Gambaro.

En una charla que mantiene con niños de doce años, la autora les pregunta si conocen a un escritor que escribe mucho sobre laberintos. Los niños dicen que no. Luego Gambaro les refiere su nombre: Borges. Un niño recuerda haberlo visto por televisión y señala que es ciego. Otro niño, por su parte, muestra desinterés por ese dato, repite que él no lo conoce y agrega: “Escribir sobre laberintos no vale. Lo que vale es meterse adentro.” (Gambaro, G., 1977, 131 )

Interesa retomar aquí la reflexión de este niño, por lúcida e irreverente. Se trata de una afirmación que:

- por un lado, exalta la experiencia, como instancia de desafío, y
- por otro lado, desprecia la escritura, definida como una actividad que no vale; pues no se ocupa de lo realmente importante, sino que refiere desde afuera, lo valioso que supone en el adentro.

Para esta definición, quien se mete adentro de un laberinto cobra valor y quien escribe lo que intuye desde afuera, resulta un cobarde. La afirmación del niño es categórica y provocativa. Desde esta afirmación es posible interpelar la escritura del psicoanalista.

Que sea un niño quien realiza la objeción, no implica que sea desechable o menos digna de generar interrogantes. Sólo quien concibe a la infancia como una etapa frágil y de escaso valor, podría desestimar los planteos de un niño a causa de la edad de quien los profiere. Hay pensamiento en lo infantil. Pensamiento acerca de su cuerpo, de su realidad, del mundo. Los niños expresan esos pensamientos de distintas maneras. ¿A quién, si no a los psicoanalistas de niños, corresponde tomar en consideración sus pensamientos, sus inquietudes, sus objeciones?

La afirmación del niño que conversa con Gambaro se refiere a dos elementos, la experiencia y la escritura. El capítulo anterior, expuso sobradamente el valor de la experiencia para el Psicoanálisis. Ese sería el punto de acuerdo con el niño. Tanto desde el psicoanálisis, como desde esa mirada infantil la experiencia tiene valor.

Se apunta a situar aquí el valor de la escritura. En la afirmación del niño interlocutor de Gambaro, la escritura es situada como una actividad sin valor, pues se produce desde un cómodo afuera, a resguardo de los desafíos, distante de la experiencia.

Sin lugar a dudas existe una escritura de esa índole, una escritura que sólo ofrece una conexión entre conceptos, pero no llega a rozar lo que verdaderamente tiene valor en Psicoanálisis: la experiencia. Esa escritura puede tener valor en otros campos, pero sin dudas, resulta infecunda

en el campo psicoanalítico. Es posible describirla como una escritura en que se desarrollan saberes, pero la escritura en Psicoanálisis debe transmitir un saber- hacer.

En el capítulo anterior se destacó la aseveración de Luciano Lutereau en su libro *La experiencia analítica*, publicado en el año 2017, en que el autor afirma: “El Psicoanálisis instituye la experiencia, [...], o no es Psicoanálisis.” (Lutereau, L., 2017, 7). Siguiendo esta lógica podría además situarse que la escritura psicoanalítica ancla en la experiencia y es ella misma experiencia, o no es escritura psicoanalítica. La escritura psicoanalítica despliega un saber- hacer o no es escritura psicoanalítica. Ahora bien, ¿cuál es la forma de escritura coherente con el Psicoanálisis?

En su artículo *El ensayo y la escritura académica*, publicado en el año 2003, Jorge Larrosa denuncia que los dispositivos de control del saber, son asimismo dispositivos de control del lenguaje. Según el autor, estos dispositivos de control, validan ciertas formas de escritura en detrimento de otras tales como el ensayo, los tratados breves, las confesiones, etc. Las formas de escritura dominantes, según el autor, muestran el triunfo de la forma sistemática de hacer filosofía y el triunfo de la forma tecnocientífica de la razón. El autor ubica al ensayo como una de las figuras excluidas de las formas del saber y del pensar dominante en el mundo académico. De allí que el ensayo se constituya en la forma de escritura adecuada para la elaboración psicoanalítica:

- en primer lugar, porque el Psicoanálisis tiende a ocuparse de lo que cae, de lo que resta de otras disciplinas en que se produce un borramiento del sujeto, y
- en segundo lugar, porque, advertidos de la castración, en este campo, caen las aspiraciones de completud y las pretensiones de exhaustividad; aunque por supuesto se sostenga un interés por la rigurosidad.

En *El ensayo como forma*, publicado en el año 1962, Theodor Adorno plantea que el ensayo niega toda sistemática y se rebela contra la idea de totalidad, contra el saber absoluto. Para

Adorno el ensayo no apunta a una construcción cerrada. En este sentido, aparece como la forma de escritura coherente con el Psicoanálisis, en tanto hay en el ensayo una aceptación de las discontinuidades.

Cabe señalar que el ensayo supone, a su vez una determinada forma de lectura. En el artículo ya citado Jorge Larrosa entiende que los dispositivos de control del saber, son asimismo dispositivos de control del lenguaje y “de nuestra relación con el lenguaje, es decir, de nuestras prácticas de leer y de escribir, de hablar y de escuchar.” Lo expuesto por Larrosa implica determinadas formas validadas de escritura y de lectura.

El escritor de un ensayo es también un lector. La escritura en Psicoanálisis es en sí misma una experiencia que implica además una determinada experiencia de lectura.

En su artículo *¿Sobrevivirá el Psicoanálisis?*, publicado en agosto de 2016 en la Revista *Psicología Digital*, Juan Bautista Ritvo, señala que:

Leer un autor consiste en sacarlo del lugar que la institución le ha atribuido y darle otro que permita una operación de lectura. ¿Y cuál es la operación de lectura esencial?  
Leer no lo que el autor dijo, sino lo que no dijo pero corresponde a su decir. Es un efecto de su decir. Eso es leer. (Ritvo, J. 2016, párr.19- 20)

Así, la tarea de leer, no es la repetición de lo escrito; sino que constituye una operación activa sobre el texto que implica:

- en primer lugar, irrespeter la ubicación que en un sistema jerárquico, la academia o las instituciones psicoanalíticas ubicaron a un escritor, pues resulta tan imposible leer a un escritor sacralizado, como a uno que cayó en descrédito. Es preciso que el ensayista- lector se interese por las obras, por fuera de esos criterios de validación dominantes.
- en segundo lugar, que pueda pensar, ubicando las consecuencias lógicas de lo escrito.

Para retomar el diálogo con el niño interlocutor de Gambaro, es posible afirmar que no hay escritura psicoanalítica desde afuera de la experiencia. Una escritura psicoanalítica posible implica necesariamente “meterse adentro” del laberinto de una experiencia, con los riesgos que eso supone —de desorientarse, de perder el hilo, de no encontrar salida—. Una escritura psicoanalítica posible implica estar advertidos de la vertiente interminable de la tarea, así como de la vertiente de un final posible.

La presente tesis en general, y el presente capítulo —último de la tesis—, en particular, constituyen un intento en ese sentido.

## **9.2 Presentación del caso clínico: El niño que no quería morir**

El presente trabajo se refiere al tratamiento de un niño de siete años a quien se nombrará Pedro, que fue atendido por la autora del presente texto

### **9.2.1 La entrevista inicial con los padres**

La primera entrevista con los padres está signada por la desazón. Angustiados, refieren que no habían visto nada extraño en Pedro hasta que empezó la escuela primaria. Siempre había sido un niño muy alegre e inteligente. Sin embargo, desde que empezó primer grado, todo había cambiado. Pedro se mostraba distante y abúlico. No se vinculaba con sus compañeros ni con su maestra y no mostraba interés por nada de lo que sucedía en el colegio. Sólo hacía rayones en su cuaderno. La principal inquietud de los padres y de su docente era que Pedro aún no hubiera aprendido a leer y a escribir. Los padres aseguraban que se trataba de un niño inteligente. No podían explicarse qué era lo que sucedía.

En la escuela temían que se tratara de “un caso de dislexia”. Les recomendaron consultar a Psicopedagogía. La profesional que los atendió profirió que muy probablemente Pedro fuese “un TGD”, diagnóstico que constató en la posterior consulta con el niño.

Tras un tiempo de tratamiento los padres no notaron ningún cambio. Pedro continuaba sin interesarse por nada. Lo que más preocupaba a todos era que aún no aprendía a leer y a escribir. Su desaliento crecía, por eso decidieron abandonar ese espacio y realizar una nueva consulta. Acudieron a mí, por recomendación de los padres de una paciente a quien había atendido hacía algunos años. Se trataba de una niña de seis años que había llegado al consultorio después de haber sido diagnosticada como autista, diagnóstico con el que no acordé.

### **9.2.2 Las entrevistas con el niño**

En la primera entrevista con Pedro, me encuentro con un niño vivaz, que escucha con interés lo que le digo y que responde inmediatamente a la invitación de elegir el material con el que íbamos a trabajar. Toma algunos autos pequeños y los mueve rápidamente de un lado a otro hasta dejarlos caer estrepitosamente. El escritorio, los sillones y el diván se transforman en rutas a lo que denominaré lo inevitable. En el juego se produce la irrupción de lo real. Los autos circulan a gran velocidad hasta estrellarse contra el piso, caerse o golpearse entre sí. La operación se repite varias veces, siempre con el mismo final inevitable.

En una de las repeticiones, Pedro hacía circular el autito por su sillón- ruta; todo parecía indicar que cuando llegara al brazo del sillón el autito tendría el mismo desenlace calamitoso que habían tenido sus predecesores; entonces extendí una hoja entre los brazos del sillón de Pedro y el mío. Pedro se sonrió y el autito cruzó por la hoja- puente. Considero que cuando *su* auto cruzó *mi* puente, iniciamos el trabajo analítico. Entiendo que mi intervención inicial y la respuesta del niño inauguraron la posibilidad de una experiencia de análisis para Pedro.

Las siguientes semanas me invitó a jugar con muñecos que atravesaban distintas peripecias, siempre con un destino trágico acechándolos: otra vez lo inevitable. A veces interrumpía el juego y me contaba hechos importantes de su vida: como el accidente que había tenido su padre y que lo

obligó a usar un yeso durante muchos días, o la muerte de su perro, o el día en que su vecino fue atropellado por un auto. Sin embargo, el hecho que relataba con mayor detalle le había sucedido a él. Se trataba de una situación que había ocurrido en su escuela. Se había realizado un simulacro de incendio. El procedimiento lo había impactado fuertemente. Me contaba con toda precisión los pasos a seguir, donde estaban los matafuegos, por qué escaleras debía bajar cada grupo. No podía explicarse cómo algunos chicos no prestaban atención y jugaban mientras realizaban el simulacro. En el colmo del desconcierto, Pedro formuló su pregunta: ¿Qué iba a pasar con los padres si todos los niños se morían? Se iban a quedar sin niños. Sólo con sus huesitos.

Intervengo diciendo que me parece bien que él quiera cuidarse.

Como queda de manifiesto, mi respuesta apunta a algo distinto de lo que el niño dice. La pregunta de Pedro ubica que él no puede faltarle a los padres. Mi respuesta, sitúa un deseo de cuidarse.

La intervención apuesta a la construcción del fantasma de un niño que no quiera morir, que quiera cuidarse y que abandone, para ello, la posición en que se ofrece como objeto del fantasma de los padres.

Otra serie de juegos siguió a estos planteos. Ya no había muñecos. Nosotros mismos atravesábamos circunstancias adversas. En cada versión del juego nos cuidábamos mejor. El consultorio era un campo minado. Esquivamos proyectiles, nos guarecimos detrás de unas rocas, corrimos hasta aquella cabaña. Nos hicimos compañeros en esa travesía. Él me ayudaba cuando no me percataba de algunos peligros: “¡Cuidado amiga! ¡Por acá amiga!” Pedro me animaba a protegerme cuando, distraída, caminaba sin prestar atención. Me tenía paciencia.

Después de un tiempo, inició nuevos proyectos. Con cartones, lana y papel glasé realizó unos artefactos asombrosos: *la máquina de la Crecisión y la máquina de la Chiquitición*. Como

todos los artefactos vienen con instrucciones, yo preparé unas fichas y anoté sus nombres. Entusiasmado, él me dictaba las propiedades y los modos de uso de las máquinas. Intervine explicándole que lo que tenía que escribir era extenso y que la tarea se hacía ardua, entonces le dije que él también debía participar en la escritura. Mi intervención apuntó a implicarlo subjetivamente en su crecimiento. Él tenía que hacer algunas cosas si quería crecer.

La respuesta de Pedro fue instantánea, aceptó sin dudarlo. Con la urgencia que presentaba la tarea que estábamos haciendo, me hacía preguntas sobre letras. Yo le respondía. No era mi intención ubicarme en un lugar pedagógico, sino no dimitir como *partenaire* en ese juego que ahora requería de la escritura. Así, colaboramos mutuamente en todas las tareas. Nos hicimos fabricantes y nos hicimos escritores.

*La máquina de la Crecisión* permitía a quien la utilizara volverse más grande, crecer. La probamos. Yo salí viejita. Él, un hombre, como su papá. Cuando quise volver a mi edad actual pregunté si debía entrar en la otra máquina. Pedro me explicó que no. En la misma máquina de la Crecisión hay una función para volver al tiempo de donde partimos. Me dijo que si yo quería me podía meter a la *máquina de la Chiquitición* y convertirme en una niña de siete años, pero él no pensaba entrar porque si lo hacía iba a salir como un bebé. Ese día, en ese juego Pedro asumió una posición nueva, él quería vivir y crecer, ya no volver a ser un bebé.

Pocas sesiones siguieron a esa. Juntos escribimos un breve diario sobre nuestras vivencias con los artefactos que él había diseñado. Pedro empezó a tener un buen desempeño en la escuela. La última vez que nos vimos armó un envoltorio con papeles y cinta scotch y me regaló las dos máquinas.

### 9.2.3 Algunas consideraciones a partir del caso

El análisis de Pedro es una experiencia que se sostuvo en el despliegue del juego. Comenzó y concluyó con un juego.

El caso pone en primer plano que el juego resulta fundamental en la constitución subjetiva y resulta un elemento esencial en el diagnóstico y tratamiento del niño.

A propósito de esta cuestión, resultan de interés las conceptualizaciones que Luciano Lutereau, psicoanalista argentino contemporáneo, plantea en su libro *Los usos del juego*, publicado en el año 2013. Allí, el autor entiende al juego como una experiencia constitutiva del sujeto y descarta posibles referencias psicologistas a estadios graduales de formación del psiquismo.

Desde una concepción coherente con las enseñanzas de Lacan, Lutereau plantea que la constitución subjetiva en el juego, es posibilitada por una serie de operaciones, a partir de las cuales, es posible situar una determinada posición subjetiva.

Así, el juego adquiere valor diagnóstico, pues permite al analista situar una determinada modalidad de satisfacción y de lazo al Otro, una determinada posición subjetiva.

En el análisis de Pedro tienen lugar cuatro series de juegos:

- En primer lugar: el juego de autitos que avanzan en una ruta hacia lo catastrófico e inevitable;
- En segundo lugar: el juego de muñecos que son asediados por peligros;
- En tercer lugar: los juegos en que el niño y la analista —posicionada en lugar de un otro semejante— se cuidan de peligros que los acechan
- Finalmente, los juegos conclusivos del análisis: la invención de la *máquina de la Chiquitición* y la *máquina de la Crecisión*.

Las distintas series de juegos permiten realizar una conjetura diagnóstica, pues en cada una de ellas se revela una determinada posición subjetiva que se constituye mediante la experiencia lúdica.

La primera serie de juegos muestra de manera descarnada la cara pulsional de la repetición. Autos que avanzan hasta estrellarse. Lo inevitable una y otra vez. Un encuentro con un real que irrumpe se juega en los autos que caen en el vacío, una y otra vez.

La analista interviene en ese juego ofreciendo una hoja que el niño significa como puente. Esa respuesta del niño brinda un pronóstico muy favorable: da cuenta de la sujeción al significante, a partir de la cual el niño hace lazo y se muestra permeable a introducir variaciones en la repetición. Surge lo novedoso. En la primera versión del juego, los autitos caen al vacío o se estrellan de manera inevitable. En la nueva versión, los autos ya no caen al precipicio, sino que circulan por rutas y cruzan puentes. Hay un pasaje de una pura puesta en acto de un goce desmedido, a un juego en que empieza a delinearse un modo de hacer con lo real.

La nueva versión del juego constituye un momento fundacional del análisis, sobre el cual se despliega el lazo transferencial.

La segunda serie de juegos corresponde a muñecos acechados por peligros, de los cuales se retraen. En este juego, los personajes no avanzan en un camino hacia lo inevitable, en que se presentifica un goce desmedido. Este aspecto distingue al juego de los muñecos de la primera versión del juego de los autitos y es posible situar en este distingo un primer movimiento de la posición de Pedro en el análisis: hay un pasaje que va de la pura manifestación de un goce desmedido al montaje de una escena en que los personajes se retraen de un peligro acechante.

Queda ilustrado así, el valor constituyente de la experiencia lúdica para el niño. La posición que surge es del orden de lo nuevo, no estaba dada antes de jugar. Se constituye en el juego.

En ocasiones, el niño acompaña el juego con dichos, que cobran el valor de ocurrencias. En el caso de Pedro, es en el despliegue verbal que acompaña al juego de los muñecos, que el niño realiza su pregunta: qué sería de los padres si él muere.

Cobra valor aquí la afirmación de Jacques Lacan en *Función y campo de la palabra y el lenguaje en Psicoanálisis*, en que el autor afirma: “Lo que busco en la palabra es la respuesta del Otro. Lo que me constituye como sujeto es mi pregunta.” (Lacan, J. 1953, 288)

Para Lacan el sujeto se constituye en su pregunta. La pregunta da cuenta de la posición del sujeto.

En esta línea, cabe tomar en consideración las ideas de Luciano Lutereau, y Liora Stavchansky, psicoanalista mexicana contemporánea, que los autores expresan en su libro *Reinventar el Psicoanálisis*, publicado en el año 2015.

Para Lutereau y Stavchansky la clínica con niños no remite a una edad cronológica, sino a una posición determinada. Para los autores, niño es aquella posición desde la cual se formula la pregunta: ¿qué desea mi madre?

Si tomamos la pregunta de Pedro es una pregunta en que se ubica la posición subjetiva. Pedro se pregunta por la muerte de los niños para los padres. Identificado con sus pares la pregunta alude a su propia muerte, qué causaría su muerte en sus padres.

En el *Seminario 11* afirma Lacan:

El primer objeto que propone a ese deseo parental cuyo objeto no conoce, es su propia pérdida -¿puede perderme? El fantasma de su muerte, de su desaparición, es el primer objeto que el sujeto tiene para poner en juego en esta dialéctica y, en efecto, lo hace. (Lacan, J., 1964, 222)

Para Lacan la primera forma en que el sujeto formula la pregunta por el deseo del Otro, es fantaseando con su propia pérdida. Este es el asunto que Pedro plantea en su análisis. Esta es la pregunta que motoriza su juego. Allí, puede situarse su posición, como falo del Otro. De esta

manera, Pedro, el niño que no quería morir, está posicionado en realidad como un niño que no quiere morírsele al Otro. La fantasía sobre su muerte es el modo en que plantea la pregunta por su lugar en el deseo del Otro.

La respuesta de la analista a la pregunta de Pedro toma la forma de una interpretación de un deseo de cuidarse, al que la analista sanciona positivamente. La intervención de la analista apunta al pasaje de una posición de objeto ofrecido al fantasma de los padres a una posición en que sea posible el cuidado de sí mismo como manifestación deseante.

En Su escrito *Función y campo de la palabra y el lenguaje en Psicoanálisis* Lacan afirma:

Aparece la función decisiva de mi propia respuesta, y que no es solamente, como suele decirse, ser recibida por el sujeto, como aprobación o rechazo de su discurso, sino verdaderamente reconocerlo o abolirlo como sujeto. Tal es la responsabilidad del analista cada vez que interviene con la palabra. (Lacan, J., 1953, 259)

El analista puede tener así, una intervención subjetivante o una intervención que genere efectos desubjetivantes. La pregunta de Pedro leída como un deseo de cuidarse, es el modo en que en este análisis, se produce el reconocimiento de un sujeto. Este reconocimiento no es sin efectos; abre paso a una nueva serie de juegos, en que juntos, niño y analista, se escapan de los peligros acechantes.

En la tercera serie de juegos, Pedro se va separando de su lugar de ser el falo del Otro. Su analista es ubicada como un semejante. Barrada, como semejante. Pedro no está en posición de inermidad frente a un real amenazante, como ocurría en el juego de los autitos. Ahora el niño da cuenta de sus destrezas para correr, saltar, esconderse y ayudar a su compañera. El juego es el marco en que el niño prueba sus potencias.

En el juego de Pedro, la pérdida del lugar de falo de la madre, permite al niño ir situándose en un lugar de potencia. En el juego, Pedro va abandonando un lugar de ser, para ir situándose en función de un tener.

Sin embargo, el tiempo del ejercicio de una función viril no corresponde al presente. La pertinencia de un tiempo específico para ello, es postulada por la serie de juegos conclusivos del análisis de Pedro.

Esta última serie supone la construcción por parte del niño de artefactos tendientes a crecer o a volverse más joven. En estos juegos, Pedro declina su posición de ser el falo de la madre a través de su rechazo de convertirse en un bebé, y en cambio valora la posibilidad de crecer y hacerse un hombre, como su papá. Para ello, sin embargo debe mediar un tiempo que el niño registra en su artefacto a través de la tecla que vuelve las cosas a su tiempo actual.

El viaje de Pedro en la *máquina de la Crecisión* a una edad futura y luego de regreso a la edad actual no es sin consecuencias. Se trata de una experiencia que produjo un movimiento importante en Pedro. Podría pensarse que el niño logró salir de ese juego, con “sus títulos en el bolsillo” (Lacan, 1957- 1958, 175), tal la expresión lacaniana en el *Seminario V*, que da cuenta de la salida del complejo de Edipo para el varón.

Estos juegos coinciden con la adquisición de la lecto- escritura por parte del niño. No es casual. No es posible que escriba quien no acepta perder un lugar de alienación al Otro. No es posible que lea quien no logra separarse del Otro.

El diagnóstico de Pedro, en cada tramo de su análisis, lejos de hacer hincapié en las dificultades con la lecto- escritura implicó situar la posición del niño. Restituida la posibilidad del jugar el niño pudo transitar el proceso de separación que estaba obturado con alegría.

Para Marisa Punta Rodulfo, en su libro *Bocetos psicopatológicos*, publicado en el año 2016, la alegría es un afecto inherente a cualquier proceso de separación propio de la estructuración subjetiva, en que el niño se encuentra movido por un deseo de ser grande.

### 9.3 Conclusiones

El presente trabajo apuntó a situar el saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños, a partir de la formalización de la experiencia del análisis de un niño de siete años que fue atendido por la tesista.

Para dar marco al capítulo —último de la tesis— se procuró situar algunas características de la escritura psicoanalítica y la relación de ésta con el saber- hacer y con la experiencia.

Se desestimó como modelo de la escritura en Psicoanálisis cualquier forma que pueda aspirar a la completud y a lo sistemático. En cambio, se ubicó al ensayo como forma de escritura coherente con el Psicoanálisis, en tanto acepta las discontinuidades y rupturas, no sin sostener aspiraciones de rigurosidad.

En el ensayo no se trata de la conexión de saberes, sino del despliegue de un saber- hacer en que se pone en juego una experiencia. La escritura en Psicoanálisis remite a una experiencia y es en sí misma una experiencia.

La escritura de un ensayo supone además, operaciones de lectura que desestimen un ejercicio de repetición de los autores y los textos sancionados como sagrados por cualquier sector dominante en los distintos dominios del saber. Un psicoanalista, aún en instancias de ser tesista, puede seleccionar su propio *corpus* en función de los interrogantes que guían su investigación.

La escritura de un ensayo psicoanalítico supone además un reconocimiento de una vertiente interminable de la tarea y una vertiente de un final posible.

El capítulo realizó además, la presentación del caso clínico *El niño que no quería morir*, referido a un niño cuyos padres consultan por su actitud abúlica y sus dificultades en la adquisición de la lecto- escritura. El niño ya había recibido diagnósticos apresurados invalidantes en instancias previas a la consulta.

Las entrevistas psicoanalíticas con el niño tuvieron al juego como modalidad de trabajo privilegiada. En el caso del *niño que no quería morir* se pone de manifiesto la posición que la analista del Pedro y autora del presente texto sostiene respecto del lugar del analista en el juego.

Podría pensarse, parafraseando a Lacan, que el lugar del analista en el juego en clínica con niños es al menos dos. Ese al menos dos incluiría:

- en primera instancia, una posición del analista, coherente con las teorizaciones winnicottianas, en que el analista se muestra disponible al juego y participa de éste, en sintonía con las necesidades del niño. Desde esta posición el analista permite el despliegue del juego y aún contribuye brindándole mayor textura; sostiene el juego y aporta lo que es preciso desde su lugar de *partenaire*.

Desde esta posición se aloja a un juego que se considera una actividad creadora que resulta terapéutica en sí misma.

- En segundo lugar, una posición del analista en el juego que refiere a la intervención. La autora del presente trabajo ubica este aspecto en concordancia con las teorizaciones lacanianas. Desde esta posición el analista interviene en una economía de goces y da lugar a la emergencia de lo novedoso. Una intervención, cuando es eficaz, tiene por efecto la resignificación del juego, la transformación del mismo juego o la aparición de un juego nuevo.

En el caso del *niño que no quería morir* la analista sostuvo ese “al menos dos” recién aludido y el trabajo analítico avanzó en distintos momentos que dieron cuenta de distintas posiciones subjetivas: hacer un puente- formular una pregunta- cuidarse- jugar a crecer y finalmente la escritura de su posición en el juego que supone la construcción de un lugar

pacificador en el fantasma. Cada uno de esos momentos implicó un diagnóstico de la posición subjetiva y un reconocimiento de los trabajos psíquicos que el niño necesitaba realizar.

El análisis restituyó las posibilidades lúdicas y por tanto una vía de constitución psíquica en que fue posible la separación unida a exteriorizaciones de alegría inherentes a un proceso de separación en que habita al niño el deseo de ser grande.

## CONCLUSIONES

En el Seminario 16, con el objeto de situar el saber- hacer, Lacan retoma las palabras del Eclesiastés: “haz anillo de ese agujero, de ese vacío que está en el centro de tu ser.” (Lacan, J., 1968, 24).

La presente tesis retomó dichos planteos para ubicar el saber- hacer del psicoanalista como la habilidad para construir un marco que permita ceñir el vacío. El psicoanalista se caracteriza así por saber- hacerse anillo que encauce aquello del orden de lo real.

La tesis *Saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños* se desarrolló como la construcción de un anillo en torno de un interrogante. Esta tarea supuso por un lado la creación de un borde, de un recorrido en que se fueron entretejiendo las respuestas; y por otro lado, la delimitación de un vacío que invita a nuevos recorridos, pues en él se formulan, otros interrogantes.

A partir de la pregunta acerca del saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños se fue realizando un recorrido de respuestas, que por supuesto no fue homogéneo, sino que permitió la restitución de debates propios del campo del Psicoanálisis, habilitando la aprehensión de conceptos operadores para la *praxis* que permiten dar cuenta de la experiencia analítica.

Además, en paralelo al despliegue del anillo de respuestas, la tesis fue formulando un vacío desde el cual surgieron interrogantes que propician la apertura de nuevas investigaciones.

Por eso, en estas palabras finales, interesa situar algunos puntos básicos de la construcción del anillo y las respuestas que se pudo situar; así como también de los interrogantes que la construcción de la presente tesis permitió delimitar.

## **1 De la construcción del anillo de respuestas en la presente tesis**

La redacción de la tesis *Saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños* implicó tomar en consideración tanto cuestiones subjetivas como elementos de época. En ese sentido, se empeñó por ofrecer un aporte para pensar el diagnóstico, sin dejar de atender a un síntoma de la actualidad: la patologización de la infancia presente en los mecanismos de medicalización y biomedicalización.

En el comienzo de la tesis se apuntó a ubicar distintas respuestas ante la pregunta por el sufrimiento humano. Allí quedó de manifiesto que, a pesar de la amplia diversidad de campos de los que provienen esas respuestas, insiste en ellas una lógica común: la adjudicación del saber respecto del sufrimiento humano a factores externos al sujeto: Dios, los dioses, la ciencia.

Así, en esas respuestas, el sufrimiento queda ligado a explicaciones que sólo permiten al ser humano soportar los tormentos que le han sido impuestos o le han tocado en suerte, pues constituyen entidades frente a las cuales sus habilidades son impotentes: el pecado ya cometido, la revancha de los dioses por una afrenta ya realizada y finalmente la enfermedad.

En oposición a la lógica imperante en esas respuestas, la tesis ubica la posición radicalmente diferente del Psicoanálisis frente al padecimiento del ser humano, al que no le atribuye un sentido universal. El Psicoanálisis desentraña los mecanismos presentes en cada respuesta subjetiva al sufrimiento y sostiene la formulación de preguntas. No se erige como portador de un saber totalizante.

La tesis sitúa así, una diferenciación inicial en la relación entre saber y sufrimiento humano:

- por un lado, expone un mismo mecanismo de pensamiento presente en la tradición judeo- cristiana, la mitología griega y los procesos de medicalización y biomedicalización contemporáneos, en que se realiza una adjudicación de saber acerca del padecimiento a entidades externas al sujeto;
- por otro lado, señala la suposición de saber al sujeto, presente en la experiencia psicoanalítica.

Desde esta diferenciación inicial, la tesis introduce la distinción entre los diagnósticos apresurados y los diagnósticos psicoanalíticos. A los primeros, los define como rótulos invalidantes coherentes con los mecanismos de medicalización y biomedicalización, que son adjudicados a quienes no responden adecuadamente a las expectativas sociales. Se trata de etiquetas que mantienen una relación paradójal con el tiempo, pues, por un lado plantean la necesidad de ser atribuidas con carácter de urgente, pero por otro, ofrecen un carácter definitivo y concluyente en tiempos de constitución del psiquismo.

Estos rótulos impactan gravemente sobre el psiquismo infantil puesto que:

- destituyen al niño del lugar sujeto, dejándolo anclado en el lugar de objeto,
- generan estigmatización, y
- alteran la dinámica familiar y escolar en un modo que resulta nocivo para el niño.

La condición de definitivo y concluyente del diagnóstico apresurado está íntimamente ligada con una determinada concepción de saber. En la práctica de adjudicación de diagnósticos apresurados el saber es algo que el profesional adquirió en instancias previas al encuentro con el paciente y que se verifica en esa instancia. El encuentro tiene la función de constatar lo que el profesional sabía de antemano.

Esta modalidad inhabilita la consideración de elementos nuevos o discordantes. Motivados por el afán de verificación y en lo que podría pensarse como un horror por la complejidad, los profesionales cuyas prácticas se inscriben en los procesos de medicalización y biomedicalización, desestiman todo aquello que no respalda sus aseveraciones acerca del malestar del paciente. Así, los niños quedan anclados a rótulos que dejan por fuera la inmensa riqueza de lo singular.

La concepción de diagnóstico en clínica con niños ofrecida por el Psicoanálisis es esencialmente diferente, pues en esta práctica el diagnóstico opera como una conjetura clínica en la que, según la concepción teórica a la que adscriba, el analista habrá de situar:

- la posición subjetiva, es decir la modalidad del lazo entre el sujeto y el Otro;
- los trabajos psíquicos que se han realizado, los que están en curso y los que se encuentran trabados por alguna razón;
- los tiempos del sujeto que son tiempos de constitución del psiquismo;
- los modos de funcionamiento psíquico, que registra en los mecanismos que están operando.

Lejos de portar un saber previo que verifica en el encuentro con el paciente, el psicoanalista despliega un saber- hacer con el diagnóstico en la experiencia analítica, que constituye una de las especificidades de la clínica psicoanalítica con niños.

Es preciso resaltar que los saberes teóricos del psicoanalista no rigen su *praxis*, sino que el hecho clínico constituye un real en torno del cual el analista irá tejiendo su saber- hacer.

Se plantea en la presente tesis que el saber- hacer del analista con el diagnóstico implica por un lado saber- hacer con el diagnóstico apresurado y, por otro, un saber- hacer del orden de una conjetura clínica, que el analista formula teniendo en cuenta diferentes elementos.

Si bien el psicoanalista no realiza diagnósticos apresurados, recibe con frecuencia consultas vinculadas a este tipo de rótulos. De allí la necesidad de que opere adecuadamente con ellos.

El saber- hacer del analista con el diagnóstico apresurado implica la realización de las siguientes operaciones:

- intervenciones estructurantes con el niño,
- la apertura de un espacio de escucha con los padres,
- la creación de un dispositivo de intercambio con la escuela, y
- la realización de un gesto disruptivo que quiebre la certeza del diagnóstico apresurado, con la escuela y/ o los padres.

En cuanto al saber- hacer con el diagnóstico como conjetura clínica, la tesis realza el valor clínico de:

- la entrevista a padres
- el síntoma
- el juego
- el dibujo

Cada uno de estos elementos constituye en sí mismo una especificidad de la clínica con niños.

En relación a las entrevistas con los padres, el psicoanalista encuentra en esas instancias valiosos elementos diagnósticos que por supuesto no son concluyentes, pero que permiten conocer acerca de la historia libidinal del niño, y distinguir el lugar del niño y de su sufrimiento en el discurso de los padres. En estas entrevistas también se puede vislumbrar el lugar que ocupa el

análisis y aún la figura del analista para los padres, dato de gran relevancia para orientar las intervenciones y posibilitar que el tratamiento se sostenga.

La reconstrucción de la historia libidinal del niño permite al analista conocer el modo en que tuvieron lugar ciertas experiencias de constitución del psiquismo y ubicar allí cuál fue el lugar del sujeto y de sus Otros primordiales.

Situar el lugar del niño en el discurso de los padres permite advertir si las mociones de amor, deseo y goce hallan límite en las otras o si, por el contrario se satisfacen ilimitadamente, lo cual no es sin consecuencias para el niño.

Ubicar el lugar del padecimiento del niño en el discurso de los padres como fuente de interrogación y angustia o bien como molestia permite entrever las satisfacciones pulsionales que colaboran o no en el mantenimiento de ese sufrimiento.

Finalmente, entender el lugar del análisis del niño y el analista brinda elementos para realizar intervenciones adecuadas que permitan sostener el tratamiento del niño.

Con respecto al síntoma del niño, el analista encuentra allí la respuesta que éste ofrece en determinadas circunstancias del deseo, lo cual supone ya una toma de posición subjetiva que será revisada tras la pubertad.

El modo en que opere o no la represión será un elemento diagnóstico esencial, que el analista deberá ser capaz de pesquisar. A partir de las elaboraciones de Silvia Bleichmar, en su ponencia *Diagnóstico: una perspectiva metapsicológica* en la 7ª jornada interna de Psicoanálisis de niños y adolescentes. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados, en el año 1998, ubicar el mecanismo de la represión permite distinguir entre síntomas y trastornos.

En la conceptualización de Robert Lévy, por su parte, expuesta en su libro *Lo infantil en Psicoanálisis. La construcción del síntoma en el niño*, publicado en el año 2008, la modalidad en

el funcionamiento de la represión lleva al analista a situar síntomas propios del *infans*, lo infantil o la infancia.

En lo tocante al juego, la tesis retoma distintas concepciones de juego dentro del campo psicoanalítico:

- el juego como instancia de simbolización que permite la elaboración y la descarga,
- el juego como actividad creativa que resulta en sí misma terapéutica, y
- el juego como experiencia constitutiva del psiquismo, a través de operaciones de pérdida y extracción de goce.

En todas estas concepciones de juego, presentes en diferentes corrientes psicoanalíticas, el juego no es un elemento cuyo sentido sea el de respaldar concepciones previas del psicoanalista. El saber-hacer del analista con el juego para fines diagnósticos supone la formulación de hipótesis clínicas a partir de elementos que encuentra en los juegos que el niño desarrolla en transferencia de modo espontáneo.

En lo que concierne al dibujo, la tesis adscribe a los postulados de Marisa Punta Rodulfo quien en su libro *El niño del dibujo*, publicado en el año 1993, da cuenta de una expresividad infantil polimorfa.

Esta concepción ubica las distintas manifestaciones infantiles como una trama en la que ningún elemento adquiere *a priori* un carácter central. Así el dibujo, es una manifestación infantil entre otras y no está supeditada a lo verbal.

El dibujo permite al analista ubicar los tiempos en la constitución del psiquismo. Además, en el dibujo tiene lugar una operación deseante que produce algo nuevo. Por eso, el analista sitúa

allí tanto elementos repetitivos como disruptivos, para advertir en un fondo de repeticiones, eso novedoso que el dibujo logra hacer surgir.

Como se trata de una tesis clínica, el final del recorrido planteado no podía ser otro que la presentación de dos casos clínicos. Esta presentación obedece a la intención de desplegar un saber-hacer en el esclarecimiento de esas experiencias, en el reconocimiento de que la clínica no es una instancia de verificación de saberes previos, sino más bien un encuentro con aquello que no se esperaba.

En este sentido, los casos de *La niña que busca diferencias en el espejo*, y *El niño que no quería morir*, ambos correspondientes a la práctica de la tesista, habilitan al pensamiento en concordancia con la fórmula lacaniana según la cual "Es indispensable que el analista sea al menos dos: el analista para tener efectos y el analista que a esos efectos los teoriza" (Lacan, J., 1974)

## **2 De la formulación de nuevos interrogantes**

La redacción de la tesis *Saber- hacer del analista con el diagnóstico en clínica con niños* implica para la tesista la formulación de interrogantes que la motivan a la realización de nuevas investigaciones, a saber:

- el saber- hacer del analista en un escenario de criminalización de la pobreza
- el saber- hacer del psicoanalista en el trabajo con padres de niños ubicados como objeto de goce
- el saber- hacer del analista con los dibujos en clínica con niños

## **2.1 El saber- hacer del analista en un escenario de criminalización de la pobreza**

En una entrevista realizada por el suplemento de cultura del periódico *Los Andes* el día 16 de agosto de 2014, el psicoanalista Luciano Lutereau plantea que los dos malestares de la época son la patologización de la infancia y la criminalización de la pobreza.

La presente tesis constituye una respuesta posible, entre otras, al escenario de patologización de la infancia, pues implica una lectura crítica de ese problema de época y ubica la posición del psicoanalista frente a ese síntoma contemporáneo. El analista ofrece esta respuesta en su práctica clínica cotidiana.

Queda abierto el interrogante referido a la respuesta del analista a otro síntoma de época: la criminalización de la pobreza.

A diferencia a de la patologización de las infancias que el analista encuentra dentro de su consultorio mismo, con el incremento de consultas de niños estigmatizados como enfermos; la criminalización de la pobreza ocurre lejos del consultorio, en poblaciones de niños y jóvenes cuyas subjetividades arrasa, estigmatizándolos como delincuentes. En la Argentina, no pocas veces quienes reciben este tratamiento social, se identifican al rasgo identitario donado por el Otro, asumiéndose como “pibes chorros”. Así, identificados a esos significantes, ganan un ser, pero su destino queda irremediamente atado a la marginalidad social.

Podría decirse entonces que a través de los dos malestares de la cultura señalados por Lutereau, —la patologización de la infancia y la criminalización de la pobreza— la sociedad atenta contra la constitución del psiquismo infantil a través de la estigmatización de dos grupos sociales. Aquellos que tienen sus necesidades básicas satisfechas pero no coinciden con las expectativas sociales son catalogados como “niños enfermos”. Quienes, en cambio, tampoco coinciden con lo

que la sociedad espera de ellos, pero no tienen cubiertas sus necesidades básicas son estigmatizados como “niños o jóvenes delincuentes”. En este último caso, como si existiera una sensación de pudor de nombrar como delinciente a un niño en constitución, en la Argentina se apela con frecuencia a los calificativos de “futuro delinciente” o “pichón de delinciente”, expresiones que sellan un destino inevitable para quienes nacen en familias con escasas posibilidades materiales.

A fines del siglo XVIII, se requirió de los servicios de la Psiquiatría para distinguir a los “locos” de los delincuentes. La tarea de Philippe Pinel, médico francés dedicado al estudio de las enfermedades mentales, estuvo motivada por realizar ese distingo. Así, quedaron inaugurados dos tipos diferentes de encierro: la cárcel y el manicomio.

Actualmente no se requiere del psiquiatra o del psicoanalista para realizar esa tarea de discriminación. Se ejerce un control social que encierra a niños en significantes invalidantes: enfermos o delincuentes.

Surge entonces el interrogante: ¿Puede el psicoanalista desplegar un saber-hacer en el trabajo con niños o jóvenes sobre quienes cae el peso de significantes discriminatorios, producto de la criminalización de la pobreza? ¿De qué manera puede el psicoanalista intervenir en dispositivos distintos que su consultorio para trabajar con niños de poblaciones estigmatizadas por su vulnerabilidad social?

## **2.2 El saber-hacer del psicoanalista en el trabajo con padres de niños ubicados como objeto de goce**

En el cuarto capítulo de la presente tesis se señaló la importancia de que el analista sea capaz de situar el lugar que un niño ocupa en el discurso de sus padres. Para ello, resultó de gran

valor la distinción que Alba Flesler propone en su libro *El niño en análisis y el lugar de los padres*, publicado en el año 2007. Allí, la autora distingue niños ubicados de manera prevaeciente como objetos de deseo, de amor o de goce por sus padres.

La autora plantea que generalmente, cuando los niños son ubicados especialmente como objetos de goce, llegan a la consulta a través de unos padres que fueron conminados por otros a solicitar ayuda profesional. Por ello, en estos casos, muestran una gran molestia por la intervención de una terceridad.

Para Flesler las funciones materna y paterna no pueden llevarse a cabo de manera adecuada si no hay un enlace adecuado entre las mociones de amor, deseo y goce.

Según la autora, un padre ubicado en una abierta posición de goce respecto del hijo, supone una falta de regulación desde la cual es imposible la transmisión de la ley.

En el caso de la madre que toma a su hijo como objeto de goce, promueve la alienación del niño y obtura en él la adquisición de una posición autónoma.

Por ello, interesa indagar cómo opera el analista en el tratamiento de niños cuyo lugar en la estructura parental es como objeto de goce: ¿cómo propicia el analista, a través de sus intervenciones, una posición deseante en el niño, al mismo tiempo que trabaja con los padres, cuya posición ligada al goce necesariamente pone en cuestión?

En el cuarto capítulo de la presente tesis se señaló que cuando un niño es retirado abruptamente de un espacio en que había entablado un lazo transferencial importante en que se desplegaba un vínculo de confianza, se refuerza en él una posición de objeto, pues no se atiende a su subjetividad. El niño queda ubicado como un objeto al que se trae al consultorio y del que se lo

retira, por pura voluntad parental. Los espacios así concluidos pueden dañar la posibilidad del niño de confiar en el otro y fundamentalmente dañar la idea de que algo puede hacerse con el malestar.

Interesa investigar: ¿de qué manera el saber- hacer del analista permite el trabajo con un niño ubicado como objeto de goce por sus padres sin generar una reacción terapéutica negativa en ellos que provoque la interrupción del tratamiento y el daño que eso pudiera generar en el niño?

### **2.3 El saber- hacer del analista con los dibujos en clínica con niños**

En el séptimo capítulo de la presente tesis se abordó el saber- hacer del analista con el dibujo con fines diagnósticos.

El dibujo constituye una manifestación infantil de innegable valor clínico en el diagnóstico y tratamiento en clínica con niños.

Interesa indagar el saber- hacer del psicoanalista con el dibujo en el tratamiento de niños. Para ello resulta pertinente interrogarse:

- ¿Cuál es el lugar del analista cuando un niño dibuja? ¿Sólo posibilita el dibujo o además interviene?
- ¿Cómo interviene el analista con los dibujos realizados por un niño? ¿Los interpreta?, ¿De qué manera?, ¿verbalmente?, ¿a través de un juego?, ¿a partir de un nuevo dibujo?
- ¿Cómo opera el analista con niños inhibidos para dibujar que sin embargo muestran interés por este tipo de producciones y piden que sea el analista quien dibuje lo que ellos dictan?
- ¿Cómo opera el analista con los dibujos que angustian a padres y educadores, motivando la consulta por un niño?

Para concluir, como se señaló al inicio de estas palabras, la presente tesis se desplegó como un anillo de respuestas en torno de un interrogante que permite ahora la apertura a nuevas preguntas a transitar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1951) *El juego de construir casas: Su interpretación y valor diagnóstico* Buenos Aires: Paidós.
- Aberastury A. (1962) *Teoría y técnica de Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- Aberastury A. (1972) *Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños en El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. México: Paidós, 1999.
- Aberastury, A. (1976) *La muerte de un hermano*. Buenos Aires: Edigraf.
- Adorno, T. (1962) *El ensayo como forma en Notas de Literatura*. Barcelona: Ediciones Ariel.
- Allouch, J. (2011) *Erótica del Duelo en tiempos de la Muerte Seca*. Buenos Aires: El cuenco de plata.
- Assoun, P. (2002) *La metapsicología*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bercherie, P. *La clínica psiquiátrica infantil. Estudio histórico*. (Traducción de Graciela Manrique). Conferencia presentada el 22 de abril de 1921 en la Sección clínica del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Paris VUI. Pam dans Ornicar, 1983, N 26-27, p. 100-113.
- Bernstein, J. (1951) *El test de la casa de Arminda Aberastury* (Prólogo a la primera edición) en Aberastury, A. *El juego de construir casas: Su interpretación y valor diagnóstico* Buenos Aires: Paidós, 1961.
- *Biblia Latinoamericana* (2005) Hurault, B (trad.) Estella, España: Editorial Verbo Divino.
- Bleichmar, S. (1998) *Diagnóstico: una perspectiva metapsicológica en Cuestiones acerca de la técnica psicoanalítica con niños y adolescentes* en 7ª jornada interna de Psicoanálisis

de niños y adolescentes. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados. (2 de julio de 1998)

- Bleichmar, S. (2001a) *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bleichmar, S. (2001b) Reportaje realizado por Mirtha Benítez, Diego Soubiate y Ariel Pernicone, realizado el 19/ 5/ 2001. Buenos Aires: *Revista Topía* número 4 Revista de Psicoanálisis con niños.
- Bloj, A (2015) *Retazos del Psicoanálisis con niños en la Argentina: Creaciones institucionales, biografías mínimas y algunas curiosidades —1940- 1969—* Buenos Aires: Letra Viva 2015.
- Cena, M. (1990) y otros. *Niños de difícil diagnóstico* en Revista *Diarios clínicos* n° 2
- Dolto, F *Prefacio* en Mannoni, M. (1990) *La primera entrevista con el psicoanalista*. Buenos Aires: Gedisa Editorial.
- Dvoskin, H. (1992) *De los diez mandamientos a la regla fundamental: trabajos en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Xavier Bóveda.
- Dvoskin, H. (1996) *Los mismos- distintos lugares*. Buenos Aires: Editorial Xavier Bóveda.
- Fedida, P. (1999) *Importancia de la psicopatología en las indicaciones psicoterapéuticas hoy en día*. En *Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. n° 27 p. 5- 33.
- Flesler, A. (2007) *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Buenos Aires: Paidós
- Flesler, A. (2011) *El niño en análisis y las intervenciones del analista*. Buenos Aires: Paidós, 2016

- Flesler, A. (2014) *Niños en análisis. Presentaciones Clínicas*. Buenos Aires: Paidós
- Forn, J. (2011) *El hermano muerto* en Página 12. 28 de octubre de 2011
- Freud, S. (1894) *Neuropsicosis de defensa* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo II)* Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- Freud, S. (1901) *Psicopatología de la vida cotidiana* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo VI)* Buenos Aires, Amorrortu, 2010
- Freud, S. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo VII)* Buenos Aires: Amorrortu, 1996
- Freud, S. (1908) *El creador literario y el fantaseo* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo IX)* Buenos Aires: Amorrortu, 1988
- Freud, S. (1909) *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo X)* Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- Freud, S. (1911) *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo XII)*. Buenos Aires: Amorrortu, 2011
- Freud, S. (1912 a) *Sobre la iniciación del tratamiento* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo XII)* Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- Freud, S. (1912 b) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo XII)* Buenos Aires: Amorrortu, 1996
- Freud, S. (1920 a) *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo XVIII)* Buenos Aires: Amorrortu, 2012

- Freud, S. *Más allá del principio de placer*. (1920 b) en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo XVIII)* Buenos Aires, Amorrortu, 2012
- Freud, S. (1920 c) *Asociación de ideas de una niña de cuatro años* en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo XVIII)* Buenos Aires: Amorrortu, 2012
- Freud, S. (1930) *El malestar en la cultura* en Freud, S. *Obras Completas Tomo XXI*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2012
- Freud, S. (1933) *34ª Conferencia, Esclarecimientos, orientaciones, aplicaciones*, en *Obras Completas: Sigmund Freud (tomo XXII)*. Buenos Aires: Amorrortu, 2011
- Gambaro, G. (1977) *Conversaciones con chicos*. Buenos Aires: Timerman Editores
- Graves, R. (1955)) *Dioses y héroes de la Antigua Grecia*. Carles Serrat trad. Madrid: Unidad Editorial, 1999
- Illich, I. (1975) *Némesis Médica*. Barcelona: Barral Editores
- Iriart, C.; Iglesias Ríos, L. (2012) *Biomedicalization and childhood: attention deficit hyperactivity disorder*. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.43, p.1011-23.
- Iuale, L; Lutereau, L. y otros. (2012) *Posiciones perversas en la infancia*. Buenos Aires: Letra Viva
- Janin B (2004) *Psicopatología infantil, aprendizaje y estructuración subjetiva* en Janin, B., Tallis, J, Rojas, M. C. y otros (2004): *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Janin, B. (Marzo 2013) *El D. S. M. y la medicalización de los niños* en *Actualidad Psicológica*

- Janin, B. (2014) *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños* Buenos Aires: Noveduc.
- Kononover de Kancyper, J & Bajraj, S. *Hora de juego diagnóstica de Arminda Aberastury* en *Diccionario de Psicoanálisis Argentino* p 43-45 Buenos Aires: Asociación, 2014
- Klein, M. (1929) *La personificación en el juego de los niños* en *Melanie Klein tomo 1. Amor, culpa y reparación* Buenos Aires: Paidós, 2015
- Klein, M. (1930) *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo* en *Melanie Klein tomo 1. Amor, culpa y reparación*. Buenos Aires: Paidós 2015
- Klein, M. (1955) *La técnica psicoanalítica del juego. Su historia y significado* en *Melanie Klein tomo 3. Envidia y gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós, 2015
- Lacan, J. (1945) *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada* en *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2014
- Lacan, J. (1953) *Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis* en *Escritos 1* Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2014
- Lacan, J. (1956- 1957) *El Seminario IV. La relación de objeto*, Buenos. Aires, Paidós, 1995
- Lacan, J. (1957- 1958) *El Seminario V. Las formaciones del inconsciente*. Paidós, Buenos Aires, 1999.
- Lacan, J. (1957) *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud* en *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2014
- Lacan, J. (1964- 1965) *El Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Buenos. Aires, Paidós, 1987
- Lacan, J. (1969 a) *Dos notas sobre el niño* en *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires: Editorial Manantial, 1993
- Lacan, J. (1968- 1969) *El Seminario XVI. De un Otro al otro*. Buenos Aires: Paidós, 2003

- Lacan, J (1972) *Entrevista para la televisión belga*, por Françoise Wolff en [www.elsigma.com/historia-viva](http://www.elsigma.com/historia-viva) (trads. Mater, O., Freschi, A.)
- Lacan, J. (1974-1975) *El Seminario XXII*. (1974-1975) Clase del 10/12/74. Inédito
- Lacan, J. (1976) *Apertura de la Sección clínica* en *Ornicar*, No. 3 Barcelona: Petrel
- Larrosa, J. (2003) *El ensayo y la escritura académica*, en *Revista Propuesta Educativa*, año 12, N°26. Buenos Aires: FLACSO, julio 2003
- Lebovici, S; (1989 a) *Psiquiatría general y Psiquiatría del niño y del adolescente* en Lebovici, S Diatkine, R y otros (A. Lasa y J. M. Marco, trads) *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca nueva
- Lebovici, S; (1989 b) *Psiquiatría infantil y Psicoanálisis* en Lebovici, S Diatkine, R y otros (A. Lasa y J. M. Marco, trads) *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca nueva
- Levín, I. (2013) *Autismos y perturbaciones graves. De la soledad al encuentro con el Otro*. Buenos Aires: Letra viva
- Lévy, R. (2008) *Lo infantil en Psicoanálisis. La construcción del síntoma en el niño*. Buenos Aires: Letra Viva, 2011
- Lutereau, L. (2013) *Los usos del juego. Estética y clínica*. Buenos Aires: Letra Viva
- Lutereau, L. (2014 a) *El idioma de los niños. Lo infantil en nuestra época* Buenos Aires: Letra Viva
- Lutereau, L. (2014 b) Entrevista realizada por Augusto Munaro. Buenos Aires: *Los Andes*, 16 de agosto de 2014
- Lutereau, L. (2015) *Clínica psicoanalítica y usos del caso* en Iuale, L. y otros. *El sujeto en la estructura. Fundamentos clínicos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra

- Lutereau, L. y Stavchansky, L. (2015) *Reinventar el psicoanálisis. Introducción a la clínica con niños*. Buenos Aires: Letra viva
- Lutereau, L. (2017) *La experiencia analítica. de la ética a la técnica*. Buenos Aires: Letra Viva
- Mannoni, M. (1964) *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2015
- Mannoni, M. (1965) *La primera entrevista con el psicoanalista* Buenos Aires: Gedisa Editorial, 1990
- Mannoni, M. (1967) *El niño, su “enfermedad” y los otros* Ediciones Nueva Visión, 1990
- Mannoni, M. (1970) *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1981
- Mannoni, M. (1973) *La educación imposible*, Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2005
- Mortgenstern, S. (1948) *El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles* en *Rev. APA*, N° 3
- Nietzsche, F. (1873) *Verdad y mentira en sentido extramoral* en *Consideraciones intempestivas*. Buenos Aires: Alianza, 2002
- Nietzsche, F. (1878) *Humano, demasiado humano* Ciudad de México, D. F.: Editores mexicanos unidos, 1986.
- Nietzsche, F. (1887) *El ocaso de los ídolos o cómo se filosofa a martillazos*. Barcelona: Tusquets Editores, 2003
- Nietzsche, F. (1882) *La gaya ciencia* Madrid: Ediciones Akal, 1998.
- Punta Rodulfo, M. (2015) *La clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Punta Rodulfo, M. (2016) *El niño del dibujo*. Buenos Aires: Paidós.

- Reca, (1936) *T Personalidad y conducta del niño* (1936) Buenos Aires: El Ateneo, 1969.
- Reca, T. (1943) *La inadaptación escolar*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1964.
- Reca, T y colaboradores. (1961) *Problemas psicopatológicos en pediatría*. Buenos Aires: EUDEBA
- Reca, T. (1966) *El caso de Ricardo Mendia. Psicosis y Psicología profunda del niño*. Buenos Aires: Editorial Poligráfica.
- Reca, T. (1973) *Psicología, psicopatología, psicoterapia*. Buenos Aires, Siglo veintiuno editores
- Ritvo, J. B. (2016) *¿Sobrevivirá el Psicoanálisis?* en *Revista Digital de Psicología*. Rosario: U. N. R., agosto de 2016. :
- Rodulfo, R. (1999) *Dibujos fuera del papel*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. (1992 a) *Estudios clínicos. Del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R (1992 b) *El adolescente y sus trabajos* En *Del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Said, E. (2010). *Estructuras diferenciales y conjetura clínica*. En *De fantasmas, ancestros, espectros y otras inexistencias más o menos amenazantes*. Buenos Aires: Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Soler, C. (2009) *La querrela de los diagnósticos*. Buenos Aires: Letra Viva
- Winnicott, D. (1959) *Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?* En Winnicott, D. *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia, 1975.

- Winnicott, D. (1962) *Proveer para el niño en la salud y en las crisis* en Winnicott, D. *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona. Laia, 1979.
- Winnicott, D. (1965) *El valor de la consulta terapéutica* en *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós, 2015
- Winnicott, D. (1968) *El juego del garabato* en *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós, 2015
- Winnicott, D. (1971 a) *Notas sobre el juego* en *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 2015

Winnicott, *Realidad y juego* (1971 b) Buenos Aires: Gedisa, 2003