

Esquema del Psicoanálisis Adulto y del Niño

Autor: Lic. Basconcelo Juan Carlos

Derechos reservados.

Introducción

El presente trabajo trata de algunos conceptos cruciales del psicoanálisis adulto en relación al psicoanálisis del niño. Si bien el psicoanálisis no considera un “yo evolutivo” donde el niño se encontraría en una etapa evolutiva determinada sino un “sujeto” y “estructuras”, se intenta precisar a grandes rasgos la especificidad del psicoanálisis adulto en relación al del niño.

Entonces, vamos a repasar en forma esquemática los conceptos principales del psicoanálisis adulto y del niño especificando la índole de éste último en relación a la práctica.

En el psicoanálisis, se considera que nada está predeterminado, y solo la regla fundamental y la asociación libre operan como constantes desde un comienzo. La regla fundamental opera como marco simbólico que regula el encuentro del analista y el analizando. A esto se suma la atención flotante del analista, como vía regia para una lectura del síntoma, la estructura en juego y el tipo de análisis a practicar.

Del lado del analista, no nos interesa mucho el grado de coherencia o precisión del discurso yoico del paciente, sino el hecho de que la escucha del analista está dirigida a lo nimio, lo ausente, las reiteraciones, etc., que hacen “cortes” en la dimensión imaginaria del discurso. El analista tiene por misión el desciframiento de los significantes por los que circula el deseo. El analista no escucha significados sino significantes.

En los primeros momentos, no debemos omitir la enunciación de la regla fundamental. Dirección de la cura no es dirección del paciente sino cumplir la regla fundamental de libre asociación y atención flotante. ¿Porqué? Porque la sujeción del sujeto al significante como único medio de satisfacción de su deseo lo deja atrapado en la demanda del Otro como un discurso astuto e Inconsciente que el analista debe captar e interpretar. El deseo del que hablamos no remite a necesidad alguna en el sentido biológico, sino a la demanda que se abre más allá.

El analista al ubicarse como oyente, instituye una situación de demanda. Su oferta abre la demanda. Al hablar decimos algo más y queremos decir otra cosa. La “no-respuesta” del analista obliga a renovar la demanda, la regresión, la posibilidad de la neurosis de transferencia y el toque técnico que llevará desde el sufrimiento neurótico al infortunio cotidiano. ¿Cómo comienzo el proceso?. Todo comienzo de análisis supone la conmoción en la vida cotidiana del sujeto. Es el síntoma Freudiano como lo que no marcha, como imposibilidad del bienestar. Esto es el punto de partida de la clínica.

A esto se le suma la regla de abstinencia: no como privación de una necesidad cualquiera, sino como dijo Freud:

“...la cura debe ser dirigida de la tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutiva de sus síntomas. Para el analista, implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente, ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. En algunos casos, y en ciertos momentos de la cura, se concreta en consignas relativas a comportamientos repetitivos que entorpecen la labor de rememoración y elaboración”. Es decir, se rechaza toda descarga que no sea verbal (de la libido liberada en transferencia).

El poder de la cura se basa en la existencia de éste sufrimiento por frustración, pero tiende a disminuir a medida que los síntomas ceden puesto a comportamientos substitutivos más satisfactorios. Es decir, resulta necesario mantener ciertas dosis de frustración para evitar la paralización de la cura. Otro concepto clínico importante que más adelante pasaremos a analizar es la interpretación, porque se interpreta en lugar de satisfacer la libido. Las necesidades y aspiraciones deben mantenerse como fuerzas impulsoras del cambio y la cura y se debe evitar sean acallada por substitutivos. Dejemos hablar al maestro:

“Por cruel que ello pueda parecer, hemos de procurar que el sufrimiento del paciente no desaparezca prematuramente en forma marcada. Cuando por haberse disipado y perdido su valor los síntomas, se ha atenuado éste sufrimiento, estamos obligados a recrearlos en otro punto en forma de privación penosa.” ¿Cuáles son las medidas del analista para lograr esto?. Se pueden utilizar las interpretaciones como equivalentes a órdenes simbólicos y prohibiciones formales, respectos de

las repeticiones y actuaciones que afecten la labor. Respecto de esto último, debemos alejarnos de toda actitud represiva y respetar el lugar de analista (más adelante hablaremos al respecto)

La regla fundamental

Estamos hablando de la asociación libre: se invita al paciente a decir lo que piensa y siente sin seleccionar nada u omitir sus pensamientos y fantasías, aunque le resulten desagradable, ridículo o carentes de sentido.

¿Cuál es la ventaja de ésta regla?. No conduce al libre curso del tratamiento o de las asociaciones, porque sabemos que todo está determinado (determinismo inconsciente), sino que favorece la emergencia de un discurso determinado desde lo Inconsciente, al ponerse en evidencia nuevas asociaciones, lagunas, etc. Es decir, favorece la emergencia de las producciones del Inconsciente y esto implica que el sujeto se compromete a decirlo todo, y la regla pone en evidencia la forma en que opera nuestro inconsciente. La regla misma lleva a la resistencia, para respetarla, a usar palabras supuestamente inconexas, a demostrar su imposibilidad, etc. Sin embargo, la estructura de una buena clínica depende de ésta regla ya que estructura la situación en función del analista y una dirección de la cura que nos habla del fin de análisis, neutralidad analítica, etc.

Neutralidad analítica

La neutralidad es una recomendación importante ya que el analista debe ser neutral en cuanto a sus valores religiosos, morales y sociales. Es decir, no debe dirigir la cura en función de sus ideales. Por esto mismo, debe abstenerse de todo consejo. Mejor aún, la neutralidad versa respecto de las manifestaciones transferenciales del paciente: es decir, no debe conceder una atención selectiva a ciertos aspectos de los discursos de su paciente y menos aún la aplicación de prejuicios teóricos o esquemas predeterminados. No debe prescribir órdenes como de que el paciente debe reunir sus recuerdos, pensar en ciertos periodos de su vida, etc.

El establecimiento de una transferencia segura depende de ésta neutralidad y desde una “simpatía comprensiva” como aconsejaba Freud (neutralidad benevolente). El analista no debe formar a su paciente según sus ideales, buscar que éste se identifique con él o ella. Mejor dicho aún, la neutralidad no alude a la persona del analista sino a su posición: la de quién interpreta y soporta las irrupciones transferenciales.

¿Cuál es el rol de la neutralidad?. Tiene como misión la separación del analista de su imagen, de su fachada como persona, de la máscara. Esto le permite solucionar su implicación en la cura: debe pagar con su persona, para decirlo en sentido figurado. Esto, según las diversas clínicas, puede variar pero todos concuerdan en que deben guardar una zona neutral so pena de devenir en manipulación perversa de la situación clínica.

Expliquemos mejor el proceso: no se trata de que el analista carezca de pasiones, sino de que los sentimientos son inoperantes en la cura. Es lo que se neutraliza. La persona es sacrificada para evitar toda confrontación yoica, al neutralizar lo imaginario. Esto es distinto a confrontar al paciente con distintos aspectos de conducta. ¿Cuál es el

lugar del analista en todo esto?. Debemos decir que no opera desde su persona, desde lo imaginario sino como sujeto del Inconsciente. Esto debe ser así porque de lo contrario, el descubrimiento Freudiano no sirve. El analista opera como “semblante” de lo real.

¿Cuál es su objetivo?. Primeramente, no debe censurar el discurso de su paciente. Mejor dicho, “...debe tomar como modelo al cirujano, que impone silencio a todos sus afectos en incluso a su compasión humana y concentra todas sus energías (en la cura) y según las reglas técnicas” (Freud)

Las confesiones de sentimientos y conflictos del analista aumentan las resistencias, invirtiendo la situación clínica: es interesante la vida del analista. Este, debe permanecer impenetrable y no mostrar más que aquello que le es mostrado, como en un espejo.

Los sentimientos del analista tienen lugar en un solo juego: la del “muerto” y que si el analista se sale de ésta posición, no se sabe quién conduce a quién. Es un medio para superar la sugestión y la identificación del paciente al analista. El analista debe trascender esto, so pena de quedar en la sugestión y la manipulación.

En resumidas cuentas, el analista debe prohibirse el papel de profeta, salvador o Dios.

Otro concepto crucial, sobre el cuál volveremos, es el de contratransferencia, como obstáculo producido por el analista y que le sirve como brújula o guía de su accionar. La contratransferencia consiste en una respuesta equivocada que potencia el registro imaginario y lleva al enfrentamiento imaginario. Los sentimientos que el paciente suscita en el analista deben ser interpretados y comunicados al paciente. Es decir, asociando esto con la neutralidad, evitamos toda manifestación de sentimientos personales, nos despersonalizamos y dejamos que el Otro hable. ¿Y porque ésta maniobra simbólica? Para evitar la irrupción de la agresividad narcisista del paciente. Aunque, como se sabe, “el diálogo no implica la renuncia a la guerra”. Por esto, Freud le añade al diálogo la neutralidad del analista. Es que, nuestra responsabilidad se juega cuando respondemos. Por ello, lo mejor es “cadaverizar” nuestra posición. Por ello, conviene que el analista reconozca su rol como Otro, como sujeto y como otro del semejante, pero sin olvidar que su lugar es el de ser

“semblante de objeto”, es decir, de quién escucha y permite la asociación libre.

La transferencia

No es sino el proceso por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, en éste caso, el analista. Es una repetición de prototipos infantiles, vividas con marcado sentido de realidad. El analista es insertado en una de las “series” psíquicas que el paciente tiene ya preformado. Son prototipos, imagos del padre, la madre, el hermano (temidas o amadas). Podemos distinguir dos formas básicas: la positiva o sentimientos de ternura y las hostiles. La transferencia estructura el conjunto de la cura según un prototipo infantil y conduce a la Neurosis de transferencia tan útil para resolver la Neurosis. Es un obstáculo básico que se opone a la rememoración de lo reprimido, aunque el medio ideal para resolver los trastornos del paciente. El paciente repite, actúa en vez de rememorar y se desencadena en el mismo momento en que están a punto de develarse contenidos reprimidos importantes. Acá Freud nos trae la metáfora de la cebolla. (Véase Resistencia, más adelante).

En otros términos, la transferencia permite captar in status nascendi los elementos del conflicto infantil. Esto permite confrontar al sujeto con sus deseos y fantasías inconscientes. Es el terreno en el que debe

obtenerse la victoria. Pero es una tarea difícil e impone al analista un duro trabajo.

La transferencia se pone al servicio de la Resistencia (otro de los conceptos fundamentales de la clínica). El sujeto no puede recordar todo lo reprimido, por ello repite lo reprimido, como experiencia vivida actualmente. Según Freud, se debe limitar al máximo ésta neurosis de transferencia, esta reviviscencia del conflicto pulsional infantil. Se debe presionar la mayor cantidad de contenidos hacia el camino del recuerdo para abandonar la repetición.

Según Freud, el ideal de la cura es el recuerdo completo de lo reprimido para no repetir ¿Qué sucede si tal empresa no es posible?. Debemos confiarnos a las Construcciones para llenar las lagunas del pasado infantil. Volveremos sobre éste concepto príncipe del análisis.

Dijimos que el yo resiste a recordar los contenidos reprimidos de su Ello, lo que se denomina “Resistencia de transferencia” por el cual el yo renueva las represiones que dieron origen a sus dolencias. A esto se suma la compulsión a la repetición que actúa más allá del principio del placer, lo cual complica el panorama del analista. Pero no se tiene que asustar como aprendiz de brujo cuando llama a los fantasmas y éstos aparece.

Por último, debemos decir que lo que se transfiere en la cura no son pautas efectivamente vividas, como si fuera una repetición literal, sino hablamos de la fantasía y la realidad psíquica, por lo tanto, lo que se escenifica se vincula con lo fantaseado antes que con acontecimientos reales. Recordemos que Freud abandonó su teoría de la seducción real por lo traumático de la sexualidad infantil fundada en fantasías.

La contratransferencia

Habíamos hablado al pasar sobre éste concepto. La podemos definir como reacciones inconscientes del analista y especialmente frente a la transferencia del paciente. Es resultado de la influencia del paciente sobre los estados emocionales del analista. Esto trae como corolario la necesidad del análisis personal para revisar el instrumento persé del análisis que es el analista.

Se puede utilizar las manifestaciones contratransferenciales en la cura siguiendo la indicación de Freud: "...cada uno posee su propio inconsciente como instrumento con el cuál puede interpretar las expresiones inconscientes de los demás." El analista debe guiarse por sus propias reacciones contratransferenciales para interpretar. Esta actitud se funda en que la resonancia de "inconsciente a inconsciente" constituye la única y verdadera comunicación en la situación clínica.

Dirección de la cura e intervenciones sobre la transferencia

La transferencia opera al servicio de la resistencia y lo que importa no es tanto su faceta emocional o afectiva, sino el momento dialéctico en que deviene. ¿ Cómo explicar éste enunciado?. Primeramente, la transferencia es un hecho localizable en la cura. Es algo positivo o negativo y opera como dificultad. Como resistencia tenemos el ejemplo del amor de transferencia o la transferencia negativa erotomaniaca, etc.

El analista es el resto “diurno” sobre el cuál se proyecta el deseo. Este debe ser neutral y evitar el enfrentamiento de ego a ego. Es el conductor de la cura y el tratamiento depende de su operancia técnica. Pero, debemos trascender las emociones o la faceta emocional de la transferencia y enmarcar la transferencia en el devenir dialéctico de la cura. No es una propiedad extraña de los afectos sino un momento de corte, de detención de la cura, en suma, de repetición. Es el momento en que se identifica al analista con las imágenes alienantes que han cautivado al yo en su historia de impotencia. Ejemplo, nuestra Dora, niña víctima de un padre aventurero, que, cuando Lacan interviene y le pregunta cuál es su rol en lo que le ocurre, ella pasa de su posición de niña inocente a mujer implicada y con deseos en juego.

Por ello, la transferencia como proceso, marca los momentos de regresión del yo de una fase a otra de su historia, de un significante a otra de la historia de su deseo inmutable, pero debemos marcar que lo crucial de la transferencia es que la evolución de la cura depende de su resolución. La meta de la clínica es frustrar la demanda del paciente, provocar la regresión y la desposesión gradual del su narcisismo, hasta la emergencia del objeto causa del deseo u objeto de la carencia de ser eso que completo a la madre fálica. Entonces el paciente descubre que su yo no fue sino alienación en el deseo de otro cautivante.

Repetimos de nuevo, para lograr el cambio de posición del paciente, el analista debe ubicarse desde la neutralidad, de quién escucha y no como modelo identificatorio. El representa el orden simbólico para el sujeto y es el interlocutor en quién el paciente busca el reconocimiento de su deseo.

La resistencia

La podemos definir como todos actos y palabras del paciente que opone al acceso de este a u inconsciente. Es un obstáculo para el esclarecimiento de los síntomas y el progreso de la cura. Se ha comprobado que no basta con comunicar el sentido de los síntomas para que la resistencia desaparezca junto con el síntoma. Es decir, lo característico de la clínica, la interpretación del síntoma para su solución, se dificulta por la resistencia. La resistencia utiliza la transferencia pero no la constituye. Esto es importante. Es los “Estudios sobre la histeria”, dice Freud que los recuerdos se agrupan según su resistencia, en forma de capas concéntricas alrededor de un núcleo patógeno central. La resistencia es proporcional al acercamiento sucesivo de tal núcleo. Desde entonces, la resistencia consiste en una fuerza ejercida por el yo contra representaciones penosas. Con el advenimiento de su segunda tópica, el Inconsciente, o mejor, lo reprimido, no opone ninguna resistencia a los esfuerzos de la cura, solo tienden a lograr satisfacción. La resistencia proviene de lo los estratos superiores de la psiquis, que en su tiempo produjo la represión. Los mecanismos de defensas contra antiguos peligros retoman como resistencias a la cura, pues la curación es considerada como nuevo peligro para el yo. Así, incluso para su niña bonita, Anna Freud, la clínica de las defensas no se diferencia de la clínica de la resistencia.

Sin embargo, la resistencia del yo no es todo. En el vuelco de “Inhibición, síntoma y angustia” diferencia cinco formas de resistencia: tres son yoicas

- la represión.
- La resistencia transferencial.
- El beneficio secundario, que se basa en la integración del síntoma al yo.

A esto se suma la resistencia del Ello, que hace necesaria el trabajo elaborativo, es decir, el trabajo psíquico para controlar las excitaciones,

integrar y establecer lazos asociativos de la energía móvil. Existe cierta analogía con el trabajo psíquico y el trabajo de la cura. Además se suma compulsión a la repetición que opera más allá del principio del placer, y la resistencia superyoica de la que derivan la culpabilidad inconsciente y la necesidad de castigo. Todo esto complejiza la clínica y el rol del analista.

La interpretación

Es un instrumento característico del psicoanalista y permite la deducción del sentido latente del discurso del sujeto. Saca a luz modalidades del conflicto defensivo y apunta en último término al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la dinámica de la cura, la interpretación consiste en la comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible éste sentido latente. Se halla como núcleo del análisis como ya dijimos. Para recalcar, apunta al deseo inconsciente y a la fantasía que lo encarna. Se aplica a sueños, síntomas, actos fallidos, etc., y en gral., a todo discurso y comportamiento que lleva el sello del conflicto defensivo. La comunicación de la interpretación es por excelencia el modo de intervención del analista. No cubre el conjunto de sus intervenciones, como alentar a hablar, explicar un mecanismo psíquico o de un símbolo, etc., aunque todas ellas puedan adquirir valor interpretativo.

Construcciones en análisis

Es una forma en que el analista organiza el material. Se la define como la elaboración del clínico en forma más extensa del material producido por el paciente que la interpretación y destinada a reconstituir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto. En su texto “Construcciones...” Freud se plantea la dificultad del objetivo ideal de la cura: la rememoración completa con supresión de la amnesia infantil. Al proponerlas al sujeto (cuando es precisa y comunicada oportunamente), cuando el paciente está preparada para recibirla, hace surgir el recuerdo o fragmento olvidado y reprimido. Esto surge de la premisa básica del análisis de que el Inconsciente debe ser reconstruido en la cura. El conjunto disperso del material fragmentado y patógeno debe ser reconstruido. Sin embargo, debido a la fantasía, no podemos hablar solamente de una construcción continua en la cura. Las construcciones deben restituirles al sujeto los fragmentos de la realidad perdida y desprender así la pulsión de sus adherencias imaginarias.

Como dice Freud:

“la relación psicoanalítica se basa en el amor a la verdad, es decir, el reconocimiento de la realidad, y esto excluye cualquier clase de engaño o impostura”.

La dirección de la cura y los “principios de su poder”

Ahora nos toca definir nuestra concepción respecto de la cura, lo que no es sino la lógica de la clínica y del papel del analista.

Es claro que lo que se busca en la clínica radica en lo que podemos decir como la aceptación del sujeto respecto de su ser, la asunción de su deseo, de sus fantasías e incluso de su tragedia, porque todos somos Edipo, en cierto sentido. Podemos recordar la clásica definición de Freud de lo que significa salud mental: capacidad de amar y trabajar en forma creativa. ¿Cuándo se logra esto en la clínica?. No es sino cuando el sujeto consiente en aceptar lo inaceptable, lo que desfallece el ser, lo que hace tambalear cualquier desafío: la roca viva de la castración. Es la actitud respecto de la castración lo que todo sujeto necesita revisar para reposicionarse.

Esto no significa construir un nuevo sujeto ni borrar toda peculiaridad de su persona a favor de una normalidad estadística o normativa, ni tampoco esperar que carezca totalmente de conflictos. En “Análisis terminable...” Freud se pregunta si habría un fin natural en la clínica y que el sujeto pueda alcanzar solo. Si esto existe, entonces todos debemos tender hacia ella. Sin embargo nada de esto sucede: lo que opera la clínica es un nuevo sujeto, aunque sin perder la estructura de base.

En otro sentido, la cura es un camino a seguir, un pasaje por las fantasías traumáticas que marcaron nuestro psiquismo y esto requiere de la operancia del analista. Su misión consiste, si la acepta, en llevar al paciente de su miseria neurótica a la miseria de la vida cotidiana, lo cual no es poco.

Por otra parte, debe dejar de arrogarse el rol de hechicero y abstenerse de “curar” en el sentido de extirpar o cambiar totalmente la subjetividad.

Sin embargo, es lo que todos esperan del clínico: que restituya vida y verdad a la palabra de un sujeto.

El analista, en su camino por el mundo de la ficción, de la verdad subjetiva estructurada como ficción, se encuentra con que existe sujeto que repite su pena y que hay un cierto goce al respecto. ¿Cómo debe ser su reacción ante esto?. Porque el sujeto no es sino en su goce, en su sufrimiento, que paradójicamente lo satisface en forma inconsciente. Sin embargo, si su lectura del inconsciente Freudiano es lo que Freud dijo, deberá abstenerse de toda redacción, consejo, o parche suplementario a los padeceres de tales sujetos. El sujeto se estructuró así y solo podemos darle oportunidad para rever su posición ante esto. Es todo. El analista debe buscar la curación pero el “sanar” como lo dicta el modelo médico hegemónico. No es un adoctrinador de la desilusión y el “malestar en la cultura” puede ser un camino inevitable para su trabajo. ¿Cómo sino explicar que el neurótico ame tanto su padecimiento y resista tanto en abandonar sus síntomas o satisfacciones sustitutiva?.

Su rol no consiste en comprender sino en descifrar e interpretar. En esto agota su tarea. Al menos para el psicoanálisis que nos enseñara Freud.

Del psicoanálisis adulto al psicoanálisis del niño

Intentaremos ahora caracterizar y especificar el psicoanálisis de niño según el marco conceptual o encuadre del psicoanálisis adulto.

Debemos considerar el psicoanálisis del niño como un psicoanálisis en sentido estricto, es decir, como un método de abordaje de la

subjetividad y sus dolencias, considerando las variaciones necesarias de la cura tipo ya esbozado.

¿Porque diferenciar entre psicoanálisis de niño y psicoanálisis adulto?

¿La diferencia radica en la naturaleza del objeto o en el abordaje técnico y teórico, por ejemplo, la egopsicology vs. Teoría del significante?

Para la egopsicology, el concepto de adaptación del niño a su medio es universal. Esto define incluso, el fin de análisis. La adaptación a la realidad, desde una doble referencia (imaginaria y real, como realidad perceptiva) sintetiza la dirección de la cura como “adaptación al niño a su medio”. Debemos insistir respecto del estatuto de la “realidad” para ésta corriente de pensamiento: no es una realidad delimitada por un orden simbólico, de la cuál derivan un mundo imaginario y real. Cuando van a teorizar sobre el Inconsciente, la transferencia o el lugar del analista, lo hacen desde la doble referencia consistente en considerar lo real material y las fantasías del sujeto, sus defensas que distorsionan o imposibilitan una lectura cabal de la realidad. No valorizan lo Inconsciente como un mundo simbólico, ni la fantasmática como producto de éste Inconsciente, sino como un “deposito” que influyo sobre el yo, centro de la escena. Insistimos, aluden a una realidad empírica, material, al cual, el yo del niño debe adaptarse. Creemos que las ideas del Inconsciente sostenido por ésta corriente son las de los acontecimientos incriptos, traumas que elaborar a través de la terapia. Si leemos esto desde Freud, sabemos que él abandonó la teoría traumatista del síntoma, donde cobra valor el valor del fantasma en la conformación del síntoma.

En el tratamiento de niños, el analista se debe centrar en la “trama historizada” donde el discurso de los padres intervienen a través de palabras, expectativas, etc., de la cual; el niño, elabora su “mito familiar” fundante de su posición subjetiva a nivel simbólico.

Esta dimensión simbólica de una trama historizada, se repite a través de generaciones y los padres no encuentran la relación entre sus deseos y su forzamiento en el hijo. Se centran en la demanda de adaptación, sin poder codificar la dimensión repetitiva de sus deseos. Como todo mito, es de origen, y el sujeto niño constituye el plus emergente, el resto o resultado del mismo.

Como el sujeto niño se estructura en el edipo, cuando ello no ocurre, por ejemplo en la psicosis infantil, la dirección de la cura apunta a la construcción de un mito sustitutivo, a fin de que el sujeto pueda asumir su palabra y su identidad desde una genealogía que abarque las tres generaciones. ? En este, debemos recorrer el camino que va del síntoma (fracaso escolar, problemas de comportamientos, enuresis, encopresis, depresión, etc.), deseo de los padres y la posición del niño en el universo discursivo familiar.

El psicoanálisis posfreudiano y el psicoanálisis de niño.

Vamos ahora a presentar los aportes de Melanie Klein al psicoanálisis de niño y su peso o utilidad en la dirección de la cura.

Para ella, el psicoanálisis de niño se basa en el juego y las asociaciones espontáneas del niño. El juego “habla” los conflictos. Lo utiliza como análogo de la libre asociación en el psicoanálisis adulto. Con esto puede armar un encuadre lúdico.

Nos habla de un niño que atraviesa posiciones esquizoparanoideas y depresivas, con las defensas y ansiedades específicas. La cuestión es que el niño se puede integrar, se puede conectar con la realidad (perceptiva) y se puede curar al pasar de la posición psicótica a la de la neurosis infantil. De entrada, nos trae un niño enfermo: todos los niños pasan por una fase psicótica.

También nos habla de un Superyo temprano, anterior al Edipo, lo que tiene peso en la etiología de los diversos trastornos (melancolía, neurosis

obsesiva grave). Este superyo temprano no amenaza con castrar sino con devorar. Esto causa angustias y síntomas. Y todo es anterior al Edipo.

La culpa se alivia por una intervención rápida, que apunta a las fantasías inconscientes. El suceder del análisis es por Integración, no por el recuerdo. No consiste en que el niño pase de un estadio preedipico a otro edípico y su resolución sino pasar de la posición esquizoide a la depresiva, a la integración del yo. Según ella, la transferencia es inmediata en niños y se da a través del juego y algunas asociaciones, lo que posibilita el descifrado de las fantasías inconscientes ligadas a la vida pulsional. Para ella, la angustia y las defensas ante ella, es más importante que el Edipo como estructura. Esto es definitorio de un tipo particular de dirección de la cura: la cuestión es integrar un yo disociado, defensivo, que no se conecta con la realidad. ¿Qué críticas pueden establecer al enfoque Kleiniano del psicoanálisis de niño?

La crítica radical puede establecerse al sentar que su enfoque valoriza lo imaginario, y que desde el lugar del analista, se sitúa en el eje imaginario (ego a ego) con el niño. Con esto, se “baja” al nivel del Otro gozador de que nos habla Lacan y torna al niño como objeto de su deseo (de psicoanalista) y como semejante especular, lo que lleva a los dinamismos lúdicos de la transferencia. Es decir, el registro prevalente en la teorización Kleiniana es un enfoque del Yo, sus defensas, la necesaria búsqueda de elaboración de los mismos, y la curación como integración.

Otra cuestión que M. Klein no considera es el concepto de identificación en Freud: los conflictos no son pulsionales sino identificatorios y desde éste concepto puede entrever la posición del niño con relación al Otro primordial, el padre, etc.

Lejos de interpretar fantasías, consideramos que la cuestión radica en descentrar al niño de su encierro imaginario en un mundo especular teñido del deseo del Otro, como ejes del análisis.

Con Anna Freud:

Ella nos trae un niño “normal”, es decir, pasible de un progreso saludable, a través de las líneas de desarrollo. Habría un pasaje desde un nivel de inmadurez a otro de madurez mayor. También existen desvíos respecto de un desarrollo saludable y Anna Freud pone hincapié en la prevención: de ahí su preocupación por una pedagogía respecto de los padres.

Su óptica de la dirección de la cura abarca un primer periodo pre-analítico, donde busca la alianza terapéutica y la transferencia positiva. La alianza terapéutica ya nos habla del lugar atribuido al analista en la dirección de la cura: es el modelo identificatorio y regulador de los desvíos del infante. El saber se ubica del lado del analista y en relación con la familia, es quién normativiza la función paterna y materna, en una suerte de psicoanálisis pedagógico didáctico. El analista es el amo que sabe respecto de lo que les ocurre al chico y su familia. Si lo vemos desde Lacan, se ubica del lado del Otro, y cuando se “baja” al nivel especular o imaginario, del lado del “a” (otro chico). ¿Por qué decimos esto?. Porque para Anna Freud, el Yo es centro de la terapia. Por eso debemos hacer alianza (nivel especular), solucionar las defensas patológicas e integrar al Yo. Y esto se logra con el segundo periodo de la cura o análisis propiamente dicho.

Incluso, habla de aprendizajes en la terapia, en una suerte de guía o conserjería familiar, donde el niño, por fin, es integrado en el mundo de los adultos. Una versión evolucionista de la terapia y de la ontología subjetiva. Hay desarrollo, desvíos, puntos de fijación, defensas patológicas, y por lo tanto, posibilidad de reorientación e integración.

¿Podemos preguntarnos respecto de quien sostiene el análisis? .Los trabajos de Anna Freud nos puede responder que el analista, el contrato, pues el niño se olvida por sus impulsos. Lo del analista parece lógico, aunque nos preguntamos desde qué lugar. Ya habíamos dicho hace un momento que el analista se ubica como modelo, amo, garante y dueño de

la realidad del deseo tanto del niño como de la familia. Lo del contrato, parece acudir al orden o legalidad simbólica, aunque no suena así: es simplemente el encuadre enumerado como prescripción a cumplir junto a una guía experta en el Inconsciente del niño e incluso de los padres. Por lo tanto, creemos que, a la pregunta de quién sostiene el análisis, podemos responder que el capricho de lo imaginario donde no podemos ubicar un sujeto regulado desde el orden simbólico, porque éste orden es excluido en el nombre de un analista imaginario no tocado por el padre simbólico. Es decir, el lugar asumido por el analista, invalida sus intervenciones en el nombre de la sugestión. ¿Dónde se ubica el analista?. En el lugar del Ideal del Yo, por supuesto. ¿Y cuál es la finalidad o fin de análisis promovida por la actora?. Pues la adaptabilidad ideal, o mejor, la adaptación del yo a la realidad en el sentido perceptivo de adecuación. En conclusión, podemos ubicar los aportes de Anna Freud en el eje imaginario, con una consecuencia evolucionista del yo, que desvirtúa la dirección de la cura, al dar prevalencia a las facetas imaginarias de la cura.

“La dirección de la cura, una lectura crítica”

En el psicoanálisis de niño no se trata de adaptar al niño a la realidad. ¿De qué se trata entonces?. De cambiar la posición subjetiva del niño con relación a la mortificación de la pulsión a través del síntoma como “pregunta cerrada”. Se trata de abrir esta pregunta a través del juego, el modelado, la asociación libre (según edad), etc. Volvamos nuevamente a la propuesta de M. Klein, a fin de diferenciar mejor nuestra propuesta.

M. Klein no concibe el inconsciente en función de la autonomía del significante, ni al falo como estructurante de las etapas anteriores, ni valoriza al falo como la función que ordena la posición del sujeto con relación al goce bajo la forma de castración. En M. Klein, el padre no es lo que descompleta al otro materno, porque queda incluida en el imago materno en forma de “superyo temprano”.

Sin la Función simboliza del padre y del falo, M. Klein desemboca en el desarrollo del sujeto y a una clínica de lo imaginario que trata de conectar con la realidad. El problema del desarrollo, entonces, se simplifica en que si el niño en su pasaje por la posición esquizoparanoide no ha sido frustrado en exceso podrá atravesar la posición depresiva en forma integrativa ... de las percepciones. El pecho bueno introyectado le da fortaleza para afrontar la realidad. Como vemos, M Klein utiliza dos referencias (lo imaginario y la realidad, en el sentido empírico o perceptivo) lo cual determina el tipo de dirección de la cura. ¿Porque sucede esto en M. Klein?. Porque su referencia última no es el significante siguiente del objeto pedido (el falo) y la castración.

No considera la incompletud materna vía intervención paterna y busca suturar el deseo del Otro, con lo que lleva a fijar el síntoma como llamado a saldar la angustia del niño a merced del deseo del Otro.

M. Klein prioriza las ansiedades tempranas (esquizoparanoideas y depresivas) ante la angustia de castración, privilegiada por Freud como central en toda psicopatología. La fundación del sujeto y de la realidad no es resultado de la castración simbólica o separación del Otro, sino como resultado de la elaboración de la ansiedad depresiva, lo cual depende de la “prueba de realidad” del yo del niño. Indefectiblemente esto lleva a la educación y manipulación del niño.

¿Qué consecuencias tuvo para la dirección de la cura? Todo depende de si el sujeto se desarrolla o esta inhibida en una etapa del desarrollo.

¿Cuál es el lugar de la interpretación? Debe apuntar al progreso del niño, a desenquistar las defensas psicóticas y neuróticas para permitir el pasaje del nivel pregenital al genital o maduro. El problema son las fijaciones que no permiten integrar el objeto en una buena percepción de la realidad de M.Klein.

El progreso integrativo lleva a elaborar el sadismo temprano, a reparar el “superyo terrible” y en suma a la simbolización y separación gratificante. Todo estriba en que el niño pueda, jugando, fantaseando, monologando, etc., introyectar el objeto bueno que le dará poder y confianza.

De este modo, la curación depende de sí el niño escindido progrese hacia un yo integrado, genital y maduro.

En el caso de la niña, culminará en desear tener un niño, como definición de la femineidad.

El varón elaborará su paranoia y culminará integrando a la madre.

El analista asume el lugar del S/ yo, que debe integrar el yo del niño, y debe concebir el desarrollo del niño en términos de maduración: integración del objeto, de las ansiedades en juegos, y posibilidad para la relación sexual desde una armonía preestablecida. Como se ve una inversión de la enseñanza de Freud y Lacan en cuanto a la dirección de la cura.

El lugar de la familia en el psicoanálisis infantil

El niño, su rol en la constelación familiar consiste en sintomatizar los conflictos paternos. La zona de silencio del encuentro entre los padres, lo no dicho o los secretos dejan marcas en el niño.

Un conflicto edípico normal puede agravarse o predisponer a graves conflictos con posterioridad. De ahí la obligación de tomar al niño como sujeto en doble sentido; a saber, como sujeto al discurso familiar y como sujeto del inconsciente, para entrever posición ante el discurso familiar.

Climas familiares muy permisivos llevan a la omnipotencia e inadaptación del niño, como así, las situaciones violentas.

Entonces el niño aparece como metáfora de las tensiones inconscientes de los padres. Pero también como la metonimia del deseo de los padres, lo que se ve en el carácter bifacial del síntoma: el niño como significante del deseo de los padres. Lo sintomático radica en que ambos padres toman al niño real como foco de sus proyectos inconscientes, de la cual, el síntoma constituye un intento de solución fallida.

Importante localizar la posición subjetiva del niño en la estructura edípica, si hubo pasaje, su modalidad, el Nombre del Padre y en qué posición se ubica el niño a posteriori. En el caso de una “metáfora congelada” (como una fobia enquistada) y sin mediación adecuada del rol paterno a sus sustitutos, el rol del analista debe consistir en movilizar y significantizar el goce desmedido del Otro materno para que se pueda instaurar la separación y cese de la angustia.

Todo esto se relaciona con la evidencia de que la dinámica preedípica y postedípica, se vinculan al modo en que fueron vividas por los padres desde lo real (angustia), fantasmática (temor a la castración imaginaria) y simbólica (simbolización).

En otras palabras, debemos entrever si los deseos incestuosos fueron resueltos en los padres y actualmente en el niño.

Una madre no sometida a la castración simbólica, no admitirá la “entrada” del padre en la diada narcisista, lo que repercutirá en la subjetividad del niño: metáfora congelada como en Juanito, proceso incompleto como en el “Hombre de los lobos”, exclusión del Otro y del sujeto como en Schreber, etc.

El diagnóstico en cuestión

Clásicamente, desde A Freud a Melanie Klein, se buscaba las características de las etapas de fijación en juego, los objetos y las defensas típicas de cada cuadro (neurosis, psicosis, etc.). La tarea del analista deberá centrarse en proveer “fuerza al Yo”, gracias a la ayuda de las “áreas libre de conflicto” de Hartman y toda la Egopsicology. Este enfoque se centraba en lo imaginario y especular. Si analizamos esto desde el estadio del espejo, vemos que los teóricos del “Yo redondo” o self no pudieron salir de un enfoque imaginario y sin poder ubicar la posición simbólica del niño.

Con el enfoque estructural o teoría del significante, la idea es ubicar la subjetividad del niño gracias al Edipo ampliado, es decir, con el estudio del lugar que ocupa el niño en el deseo de los padres y de estos en función de sus padres. En otras palabras, intentando entrever el rasgo unario del sujeto del Inconsciente, el ideal del yo, es decir, los referentes simbólicos fundantes de la subjetividad del niño a través de la spaltung en la castración simbólica vía metáfora paterna. Para precisar mejor, debemos entrever las identificaciones preedípicas y edípicas fundantes de la identidad del niño, desde las características del ideal del Yo familiar. Como se sabe, el ideal del Yo se erige en unificante de las identificaciones sucesivas de un sujeto al deseo.

Para enunciarlo en otros términos, debemos caracterizar si el niño ha reprimido el falo imaginario en que fue enquistado por el deseo materno y al cual se identificó.

Si por ejemplo, estamos ante un caso de Fobia, debemos caracterizar los datos previos al desencadenamiento, que dice la madre y el padre, la coyuntura del desencadenamiento, la naturaleza de la angustia y la dirección de la cura.

Las dificultades paternas serán captadas como tensión inconsciente, como imágenes resistentes a la simbolización, lo que enfrenta al niño a la no-aceptación de la castración de parte de los padres. El camino es la inscripción en un linaje, en llevar al niño a relativizar la constelación familiar morbígena, vía juegos y verbalizaciones, donde el analista debe analizar las fantasías fragmentarias del cuerpo, las identificaciones en juego y la posibilidad de insertar su subjetividad en ascendientes sanos, superando las identificaciones alienadas y alienantes de los padres. La superación del daño narcisístico se logra vía fantasía, juego y creación (sublimación). Podemos pensar que la sublimación es buena indicador de los progresos del niño. Un niño que no posee habilidades creativas, gráfica un mundo pobremente catextizado, lo que habla a su vez de su pobreza libidinal y subjetiva. Hablamos aquí de sublimación en sentido de un mecanismo de defensa exitosa, que permite utilizar la pulsión en fines socialmente valiosos y donde se juega un interés narcisístico. Esto se verifica a través de las producciones escolares y actividades sociales establecidas por el niño según su edad.

En el caso del juego, sabemos desde Freud (For-da) que representa una forma de simbolización y subjetivación, y que como sostiene Winnicott, el juego es esencialmente creativo y curativo. Es una función estructurante, aunque desde el psicoanálisis estructural, nosotros lo vamos a considerar como una “formación del Inconsciente más” y vamos a intentar una lectura en términos de significantes, de los avatares de la posición del sujeto en el deseo del Otro primordial y cuál es la función paterna. Si el caso fuese como el padre de Juanito, que desfallece en su función y pide ayuda al analista, nuestra función será de apoyo a la función paterna, pero sin invalidar la función del padre. Se nos dirá entonces, si el análisis es del niño o de los padres o de toda la familia. Responderemos que en el caso de todo niño, y como el aparato psíquico no está constituido cabalmente, el niño requiere de controles externos omnipresentes y de principios de realidad provenientes de los mayores para guiarse en su universo hedonista y regido por el principio del placer.

En pocas palabras, el psiquismo infantil no excluye al Otro, debido a la separación incompleta, lo que acaece recién en la “metamorfosis de la pubertad” como nos lo asegura Freud.

En cuanto a los padres, sabemos que quién no puede cumplir su paternidad desfallece de conflictos no resueltos que requieren de análisis para solucionar los problemas inherentes a los complejos infantiles no resueltos.

El encuentro con el Niño

Debemos buscar la particularidad del caso, el motivo de consulta, la naturaleza de la demanda y la posición subjetiva del niño en la estructura familiar. Se debe diferenciar lo imaginario de lo real: es decir, las fantasías y el juego del niño y los sucesos reales de su cotidianeidad. La diferenciación en tres registros (imaginario, simbólico, y real) evita intervenciones sobre los hechos, las sugerencias o manipulaciones y permiten entrever la posición simbólica del sujeto en el Edipo. Debemos buscar que el niño “juegue” su realidad, es decir, la simbolización o fantasmaticación a través del juego y la verbalización.

El analista no debe agregar nada sino permitir el descubrimiento de la alineación en el discurso del Otro.

Lo específico de su rol consiste en su escucha, su receptividad. Esto es lo que Freud descubrió: un psicoanalista. Ni siquiera consiste en que deba intervenir, sino en escuchar. Dejar fluir la libre asociación, poner al

sujeto a jugar, a asociar y esto permite que los significantes “hablen” la verdad oculta o destino ignorado en que está atrapado el sujeto. Es permitir al “Asterión” de Borges, el descubrimiento de que está atrapado en una casa sin fin, lo que solucionaría su alienación. Las intervenciones podrían ser dobles: una orientada hacia los padres, y operando como Freud en Dora, es decir, interrogando al sujeto respecto de su implicación, sobre “qué papel juega” en eso que tanto lo agobia, logrando que pase de un padre pasivo o ausente a otro más consecuente con la necesaria para transmitir la masculinidad a su hijo. La otra intervención podría orientarse hacia el niño, para poder diferenciar el S1 y el S2, entre un momento de alienación y otro fundante de una subjetividad, lo que también podemos graficar con Dora: ella viene como una chiquilla sometida a los juegos perversos de un padre seductor, y Freud la reposiciona al recordarle su protagonismo en el escenario de seducción. Si recordamos a dora es para graficar el proceso de intervención sobre la transferencia. Más adelante vamos a profundizar respecto de éste rol crucial del analista.

Volvamos ahora a las formas de intervención de intervención del analista según los tres registros. Si el analista evita intervenir en lo real, por ejemplo, siguiendo las sugerencias paternas, evitará tomar la demanda de los padres al pié de la letra, con la posibilidad de vislumbrar la pregunta que conlleva todo síntoma y demanda. Esto último corresponde con un nivel simbólico de intervención. Otras formas de intervenir en lo real podrían ser en el caso de un niño con dislexia o digrafía, cuando el analista hace caso de las sugerencias de los docentes derivantes. La escucha del Inconsciente es la única intervención simbólica y garante de una dirección de la cura positiva.

El sentido del síntoma

Desde los primeros momentos, la demanda de los padres es urgente, lo que puede llevar al clínico al lugar del Otro del saber cuándo no a la intervención en lo real (ego – a ego). Sin embargo, hay un sujeto que sabe de las dolencias y es por eso que los padres acuden al analista. Esta suposición del saber adjudicada al analista es central y funda la transferencia. Por ahora, lo que vamos a analizar es el síntoma y su sentido.

El síntoma del niño también habla del síntoma de la pareja paterna. Es el significante de un desorden familiar. El síntoma oculta y muestra lo fallido de la función paterna y materna.

Vehiculiza lo no-dicho, las zonas de silencios, las tensiones, inconscientes, o el proyecto narcisístico de una madre no tacada por la ley del padre. Nos recuerdan esto las madres de los niños autistas, niños esquizofrénicos, entre otros.

Como dice Mannoni es crucial la palabra de los padres y en particular la de la madre, ya que la posición que el padre tenga para el niño, dependerá del lugar que aquel ocupe en el discurso materno. Ante desordenes escolares, dificultades caracteriales, reacciones somáticas o psicósomáticas, o de indicios de psicosis infantil, etc., y a través del síntoma, entramos de lleno en la fantasía materna. Como dice Mannoni:

“La cuestión del niño es la de realizar los sueños que ella no concretó. Su error, a menudo es el de no aceptar ponerse en el lugar que se le designó de entrada”.

(“La primera entrevista con el psicoanalista”)

El Edipo imposible de la madre hace síntoma en el niño. El caso de dificultad en el terreno de las matemáticas que Mannoni problematiza en su texto “La primera entrevista con el psicoanalista”, habla de un niño que rechaza la imagen del tío materno propuesto como ideal del Yo, a causa de la dimisión paterna. Por consecuencia, la identificación con una imagen masculina estructurante se trastoca. El chico se transforma en una cuestión materna exclusiva. En éste caso, lo que la pareja callaba era el lugar imposible del esposo en el deseo materno. Como consecuencia, al niño se le negaba toda posibilidad de una identificación masculina. Como se sabe, la masculinidad que una madre transmite no es tomada en serio por ningún hombre. Lo masculino, sobre todo, es lo que surge cuando el deseo materno permite la entrada de la función paterna y donde el chico capta los rasgos fundamentales o insignias paternas, lo que le permite armar su identidad imaginaria o semblante de masculinidad. Esto no es posible sin la operatoria de la metáfora paterna, vía castración simbólica. Si esto falla, el destino sexual y sexuado del niño corre peligro. Puede que existan casos en que ésta operatoria se produjo, porque el padre simbólico se diferencia del padre real, pero lo que debemos observar es la naturaleza de las identificaciones, para entrever si el niño puede realizar una elección de objeto consecuente con su identidad masculina o si esa identidad masculina permite solamente, la asunción de una masculinidad deficitaria, como le ocurrió al Joven Rousseau, que solamente podría elegir una mujer para amarla, y no para desearla. Así, en su vida afectiva, las mujeres eran otros semejantes, afuera de hermanas o madres sustitutas, con quienes solo podía intercambiar vínculos de igual a igual. Por eso, nunca pudo realizarse como hombre ante una mujer e incluso necesitó superponer a una mujer, como forma de acceder al enigma de la masculinidad, en una forma inversa a como hacen las histéricas para acceder a la feminidad. Por eso Rousseau se llevaba mejor con los hombres gracias a que idealizaba a ciertas mujeres. Su elección de objeto era intermedia entre una anaclisis y una elección narcisista, como dice Colette Soler en sus “Estudios sobre la psicosis” (editorial Manantial, 1993). Indiquemos que, si damos el ejemplo de Rousseau es para graficar la constitución de la identidad masculina y sus vicisitudes, lo que cuenta

para el pronóstico y la profilaxis de todo caso, si es que el psicoanalista cuenta para algo en la sociedad.

Volviendo al niño con dificultades en el terreno de la matemática que nos presenta Mannoni, observamos la consecuencia de que al niño se le negaba toda posibilidad de una identificación masculina.

El síntoma localizado en el terreno de la matemática, fue el grito de alarma en esta situación. En este sentido, el síntoma es un lenguaje a descifrar. Los 3 registros del síntoma, a saber, como demanda explícita o imaginaria, como cortocircuito en lo real de una situación insoportable para el niño, y como pregunta dirigidas a los padres.

En otros términos y viéndolo desde el punto de vista de la angustia, y considerando la angustia como falta de falta, como la percepción de la imposibilidad de separación, constituye el motor del síntoma como intentos de solución.

Ante el síntoma, se debe intervenir- como ya lo remarcamos hace un momento- a nivel simbólico, abriendo la pregunta, buscando la posición subjetiva del niño, el deseo materno y el rol del padre.

Ante que búsqueda de significados a tal o cual trastorno (adaptativo, etc.) lo que debemos buscar es la posición del niño (somático, adaptativo, caracterial, etc.), lo que debemos buscar es la posición del niño en (su fantasía) en función del deseo del Otro y su posibilidad de ascenso de lo imaginario no simbolizado a la simbolización significativa.

La cuestión de la Transferencia

En el psicoanálisis de niños debemos trascender una concepción de la transferencia que se centra en su aspecto afectivo, como reactualización de sentimientos positivos o negativos respecto del analista. Como sostiene Lacan en “Intervenciones sobre la transferencia”, la lógica de la transferencia adquiere su sentido en el momento dialéctico en que se produce. La identificación a las imágenes parentales que cautivan al niño nos indicará su posición respecto del Otro, así como los significantes a través de las cuales fue articulando su demanda. La transferencia de estos significantes elementales del inconsciente y su exteriorización en la cura, es identificada al progreso del análisis, pues vehiculan la demanda intransitiva del sujeto alienado en un deseo inmortal.

La estrategia del analista debe consistir en “dejar hablar” al inconsciente (del niño, de la madre, etc.) a través de entrevistas individuales y conjuntas con la familia a fin de descifrar la transferencia como “inconsciente puesto en acto”.

Para ello, la meta del analista consistirá en frustrar la demanda para provocar la emergencia regresiva de los significantes que nos llevaría a la posición del sujeto del inconsciente y al proceso de elaboración y subjetivación o el clásico dejar de ser el falo para tenerlo, en el caso de las niñas, la ecuación “pene=niño” como culminación del Edipo.

Todo esto es solidario de la deposición por el niño de las imágenes narcisistas en que el deseo del Otro lo fijó y que el síntoma transmite desde su bifacialidad: como metáfora y como metonimia de un deseo enquistado en la demanda.

¿Cuál es el lugar de la palabra en la dirección de la cura?

De entrada, debemos tomar el discurso consciente como separado del discurso del Otro del sujeto o inconsciente. La palabra como instancia de mediatización que aliena al YO que cree decir su verdad a través del saber. Los padres podrían contar el “acontecimiento”, la sucesión de “hechos” donde nuestro héroe, el niño, descuella, pero poco importa esta realidad histórica. El Discurso familiar opera en el ámbito de lo imaginario. A través del imaginario familiar los padres “re – presentan” sus deseos, sus ideales, prejuicios, etc. El discurso que importa al analista se ubica en el ámbito de la enunciación, a nivel del significante, que debe ser leída como un “rebús” o un jeroglífico.

La cuestión radica en localizar los cortes del discurso, los silencios y vacilaciones, los lapsos y fallados, etc., que remiten a la verdad inconsciente en ejercicio. Son las rupturas del discurso, las formaciones del inconsciente que remiten a un nuevo contenido: las motivaciones inconscientes. Esta centración en el discurso familiar marcha solidaria con la atención flotante.

¿Qué lugar para el analista?

¿De qué se ocupa un analista? Hablamos de una clínica analítica y fundada en la lógica del inconsciente. Según esto, el analista es quien

escucha, interpreta e interviene al calor de la transferencia. Sobre todo, como ya lo dijimos más abajo, es quién debe escuchar.

El analista es alguien que autorizado (hace “deseo advertido” y con “autoautorización”, por aquello de que se debe autorizar a sí mismo, lo que ninguna institución podría lograr cabalmente según Lacan) como traductor o intérprete de una lengua cuyo elemento no es el signo (no estamos hablando de la comunicación, sino ésta misma comunicación retraducida desde la referencia Lacaniana).

No debe ser modelo identificatorio para el niño ni para los padres.

¿Cuál es su posición entonces? Primeramente, el analista constituye el Otro garante de la verdad para los padres y para el niño. Es quien sabe (SsS) y quien se invoca como testigo de la verdad reprimida, denegada o forcluida en el ámbito familiar.

En segundo lugar, el analista representa lo simbólico, la cultura que le permite interpretar lo inconsciente como estructura segunda, producto de la incidencia del lenguaje y la cultura.

En tercer lugar, el analista representa al semejante, al “a” pequeño, al objeto plus de goce, a los cuales se dirige el sujeto en búsqueda del reconocimiento de su deseo. El analista hace de “semblante” del objeto “a” se negativiza, calla, y esta neutralidad le permite ubicarse en el cuarto lugar o posición inherente a su función: la del “muerto”, lo que se traduce como la frustración sistemática de toda demanda.

Este le permite intervenir a nivel simbólico sobre la transferencia y no caer presa de la transferencia como resistencia (intervención imaginaria, cuando no real).

La frustración de la demanda en clínica de niños adquiere otro rostro: no implica el olvido del juego, los modelados de Doltó o el dibujo. Consiste en la asunción de este cuarto lugar, cuya característica radical consiste en la neutralidad y la no-intervención en sentido de lo imaginario. Sin embargo, esta actitud requiere un retoque en lo que hace a intervención en técnica con niños. El jugar, los modelados o los dibujos requieren de un cierto activismo, lo cual debe manejarse desde una disociación instrumental flexible. El objetivo de esto radica en provocar la regresión, la desidentificación alienante vía intervención y

posibilitar la emergencia de los deseos ocultos que historizan la arqueología de la subjetividad.

Intervenciones sobre la transferencia

La intervención en psicoanálisis de niños no difiere de las intervenciones con adultos porque se trata del sujeto. No estamos con la visión evolucionista, que considera un individuo que evoluciona a través de “estadios” o “etapas” del desarrollo. Consideramos un sujeto estructurado de manera singular. Estamos en una clínica de la singularidad. Lo que nos interesa no son tanto los hechos reales como los lugares simbólicos, las posiciones con relación al discurso del Otro. Mejor dicho, nos interesa la constitución o no-constitución del sujeto, lo que podemos observar desde una “prefobia” hasta su resolución y la asunción de un destino dentro en un linaje familiar. En esto nos inspiramos en el famoso caso de Freud, Juanito, donde su intervención permite el pasaje desde la prefobia a la metáfora fóbica que posibilita la fundación del sujeto del Inconsciente de Juanito.

En el caso de un adolescente, la “metamorfosis” puede sufrir desfasajes o enquistarse en un síntoma, lo cual requerirá una muleta simbólica que la familia buscará en el analista.

Para localizar las problemáticas, se debe realizar una “feliz escansión” del discurso familiar: identificar los elementos capitales, lapsus, cortes de los discursos o en suma, las formaciones del

Inconsciente, a través de juegos, los detalles de un dibujo, sueños repetitivos, etc.

La familia ignora el sentido de los símbolos en que se encuentran alienadas el deseo de falo de una madre o de un padre que no encuentra lugar en el universo materno. En esta coyuntura, la intervención tomará forma a partir del “mito familiar” y del “mito individual” del neurótico en proceso. Es decir, la inscripción del deseo de los padres va solidaria de un lugar en la estructura y el problema puede consistir en la naturaleza de los deseos en juego (deseo vivo o muerto, posibilidad o imposibilidad de separación, es decir, castración simbólica).

Leyendo el “Jeroglífico” familiar, se desembocará en la trama inconsciente. La traducción, desanuda los nudos secretos, la verbalización de los lugares asumidos u negados, implicar, explicitar las mentiras astutas, etc., constituyen intervención imprescindible para repositonar al niño en la dirección de la asunción de su deseo y de un destino donde el Otro se encuentre relativizado y regulado desde la prohibición del Incesto.

La intervención posible al paso de lo imaginario no simboliza a lo imaginario simbolizado. Permite el paso del ser el falo al dejar de serlo para tenerlo o el deseo de un niño como equivalencia simbólica en las niñas.

¿Fin de análisis?

El Edipo como proceso estructural de lo subjetivo y la “metamorfosis” como reestructuración esencial, ¿nos habilitan para

hablar de fin de análisis en niños? Una vez superado la crisis del Edipo y el niño puede continuar desarrollando sus funciones psíquicas (pensamientos, inteligencia, etc.) como sujeto. En el caso de un niño psicótico, creemos que el análisis debe prolongarse hasta que la familia adquiera una “dirección” adecuada para que la estabilización del niño adquiera un status de “sinthome”. Esto depende de qué tipo de psicosis, el tipo de familia, un pronóstico promisorio, etc.

En los casos graves, tanto para la familia toda, como el niño sujeto de tratamiento, debemos prescribir la concurrencia a fin de evaluar los progresos creativos o sublimatorios del niño. Se debe combinar la terapia del niño y de los padres a fin de reposicionar el universo forcluido en aras de la estabilización del niño-cuando no de los padres-. Deben considerar la existencia de patologías “límites”, de psicosis no desencadenadas por falta de una coyuntura que la eclosione, y trabajar hacia la instauración de un “Ego” del niño en el sentido preventivo del término. Según lo anterior, no podemos asumir un fin de análisis en niños, porque esto depende de si hay problemáticas predípicas, edípicas, reviviscencia adolescente del mismo (“Metamorfosis...”), procesos psicóticos, etc.

Como en el relato de Borges “las ruinas circulares”, el niño debe lograr descubrir que todos somos soñados por un Otro, como forma de emancipación del deseo materno y asunción de una identificación humana estructurante. Gracias a la transferencia y las intervenciones, el niño debe realizar el tránsito desde él “El Yo soy” (alineación en el deseo del Otro) al “Yo no soy el que soy” (castración simbólica, desalienación), como camino ideal hacia el fin de análisis.

Técnica analítica y estilo clínico

No vamos a olvidar a un tecnicismo en el sentido teocrático de la clínica. El psicoanálisis y su aprendizaje no consisten en un aprendizaje más.

Los procedimientos tecnicistas sólo existen si forcluimos el ser y el sujeto del inconsciente.

La clínica se vincula en la verdad y el saber técnico sólo tiene validez si vincula con la dimensión de la palabra, el campo del inconsciente, ajeno a la realidad y las matemáticas.

Como decía Lacan: “La verdad tiene estructura de ficción”, que se diferencia del saber que pretende totalizar el mundo.

La clínica trata de una verdad que “habla” a través de las formaciones del inconsciente. Por esto, las prescripciones técnicas son resistidas por la lógica del deseo inconsciente que no se deja atrapar por molde alguno. Tratamos del \$ entre saber y verdad. El formalismo técnico constituye otra versión de la resistencia a la verdad, como un “no quiero saber nada de eso” que impide una escucha verdadera.

¿No existe una “técnica” analítica entonces? Sabemos que para Lacan no existe una “técnica – analítica”. Al menos no en el sentido cientificista que forcluye al sujeto del inconsciente.

Esto conduce a que la técnica cede puesto al estilo.

El estilo sintetiza la relación del analista con su “ciencia”, su práctica y el Otro. El estilo se vincula con un deseo advertido, con la posición del sujeto ante su Otro.

En otras palabras, el estilo se vincula con el plus de goce, con el objeto a causa del deseo, que nos posiciona en forma singular ante el semejante, en el sentido de “a”.

Lo podemos decir desde la lógica del deseo, como la búsqueda particular de lo perdido.

El motor de la terapia, la fuerza oculta que dirige la clínica es el deseo. Lo que empuja a Freud a interrogar a sus histéricas y el abandono de la sugestión. Lo que llevó a Lacan a las sesiones breves y su dinámica particular según cada sujeto.

El estilo de abordaje del Otro se vincula con la forma singular de estructura subjetiva en el *spaltung* simbólico del nacimiento del sujeto del inconsciente.

No creo que el estilo deba surgir de la identificación al maestro o al Amo de la “horda” (Freud o Lacan, etc.). Aunque, como todo analista, estemos atrapados en el deseo de Freud, que nos dio destino y del cual debemos despertar para advertir nuestro deseo y la dirección de toda cura.

Más bien hablemos de identificación simbólica (no imaginaria) que funda al sujeto del inconsciente en su dimensión significante, como rasgo unario, que ordena la posición del sujeto ante el Otro y el otro. Esto lleva al analista a una verdadera “compulsión a la repetición” del amor a la verdad, que está más allá del amor al conocimiento. Pero el estilo, es incluso, inconsciente para el propio analista: está del lado de la verdad reprimida, y por ello mismo, eficaz para motivar la práctica.

La formación, el propio análisis, la experiencia y el plus de estilo resultante, conforman el estilo característico de cada analista. El estilo conlleva las marcas del deseo antes que de una técnica cualesquiera. Mejor dicho, la técnica particular de cada analista lleva las marcas de su deseo (advertido).

La dirección de la cura en la neurósis del niño

Intentamos ejemplificar a través de la fobia como proceso estructurante de la subjetividad. Podemos realizar una pregunta crucial: ¿Siendo la fobia un proceso de estructura de la subjetividad, tal como lo estudiamos en Juanito, porqué hablar de dirección de la cura o de intervención clínica sobre el proceso fóbico por consecuencia?. Antes de continuar con la dirección de la cura, intentaremos un estudio comparativo entre “neurosis infantil” como proceso estructurante y “neurosis del niño” como pasaje sintomático por la estructuración edípica, para poder vislumbrar la lógica de la intervención del analista.

Intentaremos especificar ambas categorías de acuerdo a las propuestas teóricas de S. Freud , De Ajuriaguerra , J. Lang Louis , Ana Freud, Melanie Klein , G. Diatkine y S. Lebovici para despejar lo específico de la neurosis infantil y la neurosis del niño desde nuestro enfoque estructural de la neurosis infantil como momento estructural y estructurante de la subjetividad.

Una cuestión fundamental

El cuestionamiento de la autonomía de la Neurosis en la infancia. No se habla de neurosis constituidas ni estados neuróticos. Trataremos de caracterizar lo “infantil” en función de las dos categorías (neurosis del niño y neurosis infantil evitando caer en el adultomorfismo). En el caso del niño - sobre todo- se habla de reacciones, compromisos pasajeros, o crisis estructurantes (de Ajuriaguerra). Por lo tanto, la neurosis infantil es entendida como desprendimiento de posiciones arcaicas, de puntos de fijación. Pero también como punto de partida de una evolución potencialmente patológica (neurosis futura). Preguntémonos lo siguiente, ¿ cómo se verifica éste proceso de pasaje de una pre-estructura neurótica a otra estructura neurótica?. No bastan los síntomas y defensas para determinar la naturaleza neurótica de las manifestaciones. Por ello, se habla de Organización o Estructura neurótica si encontramos en un síndrome y organizados coherentemente:

- Síntomas característicos.
- defensas peculiares
- mecanismos adaptativos específicos
- procesos dinámicos, genéticos y económicos
- naturaleza neurótica del conflicto: angustia de castración, triángulos, castración simbólica, compromiso yo-ello, investimentos objetales estables, predominio del proceso secundario, etc.

Las estructuras neuróticas en el niño

Habíamos dicho previamente que para Ajuriaguerra, la neurósis infantil constituye un episodio regular del desarrollo. Un compromiso pasajero y como producto del conflicto directo entre el yo y el ello. Esto conformaría la base de la neurósis adulta.

Para M. Klein la neurósis infantil constituye un pasaje normal. Constituye una forma de elaborar angustias psicóticas precoces ligadas a la posición esquizoparanoideas (escisión del yo, objeto bueno y malo, defensas, angustia persecutoria) y depresiva (objeto total ambivalente, inhibición, conflicto, angustia depresiva o temor a la pérdida). Es una conflictiva neurótica si la intensidad es excesiva (el niño sufre y hace sufrir). M. Klein lo vincula con la reparación de la madre atacada vía identificación proyectiva.

Para Ana Freud la verdadera neurósis infantil con la característica de “conflicto patógeno”, quiebra defensiva, etc. , solo se da en la latencia. El sinequanon: tópicos o instancias constituidas. Para ella, la neurosis infantil constituye una organización de la sexualidad infantil (estructuración), un arreglo neurótico de la psiquis. En cuanto a lo etiológico, nos habla de las series complementarias, entre lo hereditario y lo adquirido.

Tanto para De Ajuriaguerra, M. Klein, y Ana Freud, el valor del síntoma depende de toda la “historia” historizada, del tipo de personalidad, la labilidad o rigidez caracterológica y la capacidad yoica para superarlo.

Freud insiste sobre el “après coup” de recuerdos infantiles sexuales reprimidos (escena primaria) que toman sentido en un segundo momento (eclosión pulsional puberal). La neurosis infantil se centra en el conflicto edípico, la castración, y constituye una estructura básica de la organización psíquica posterior.

Posteriormente daremos una conclusión final comparando las ideas de los distintos autores.

Lebovici distingue por su parte, una Neurósis infantil de la Neurósis del niño. El primero marcaría un momento organizativo de la sexualidad infantil, modelo fundante del sujeto (reproducido posteriormente en la

neurósis transferencial). Se puede manifestar en síntomas o no. El segundo, emerge por la no-integración de síntomas de la Neurósis infantil y la insuficiencia defensiva, persistiendo peligros para el yo. Otras características cruciales: no es estable ni persistente, conlleva una “apariencia neurótica”, labilidad yoica, pasajero y modificable a pesar de la connotación “neurósis patológica”. Sobre todo debemos considerar:

- edad del niño.
- la labilidad o rigidez
- cómo interfiere el síntoma en la vida del niño y su entorno.

La histeria en el Niño:

Para De Ajuriaguerra se da entre los 5 y 10 años. No aparece antes de los 4 años. (prepuberal o puberal). Una verdadera neurósis no comienza antes de la latencia. Lo que A. Freud decía respecto de las instancias constituidas. Aunque puedan darse convulsiones y parálisis hacia los 18 meses. Ana Freud diferencia, además, los “Temores precoces o tempranos” (temor a oscuridad, soledad, extraños, etc.) a las fobias. La historia habla el lenguaje del Inconsciente, el síntoma como expresión de deseos y defensas, un compromiso entre el yo y el ello. En la histeria de conversión la defensa típica en la conversión somática y en las fobias el desplazamiento.

Los síntomas típicos son : 1- trastornos motores: parálisis, temblores y contracturas.

2- Sensitivos y sensoriales: dolores, sordera y ceguera temporal, afonía, tos, hipo, vómitos, crisis, gesticulaciones, gritos, llantos, autoagresión, etc. Importa determinar el significado inconsciente del síntoma, las fantasías, identificaciones, el desarrollo psicosexual caracterizado por el renunciamiento, la configuración yoica invertida (pasivo femenino en el hombre y activo masculina en la mujer).

Fobias en el Niño:

Se lo define como el temor injustificado ante animales, seres o situaciones. Aparece la inhibición de la acción y a menudo la representación.

Para Freud son síndromes que toman parte en diversas neurósisis (y no tiene autonomía como sostuvimos al comienzo del presente estudio). Es, sobre todo, la neurosis normal de la infancia.

El síntoma fóbico es un mecanismo de defensa que provoca el desplazamiento de la angustia. El objeto fóbico tiene un valor sustitutivo (disfraz simbólico).

Existe una diversidad de objetos y situaciones fobígenas (miedo a oscuridad, truenos, animales, ataques, movimientos, etc.) importa tener en cuenta la organización yoica (ver infra, característica de la Neurosis infantil. Ajuriaguerra) y sus defensas(es decir, sí las quejas pueden ser superadas o no).

El niño evita o elabora formulas conjuratorias para protegerse o elaborar la angustia, gracias al juego simbólico, donde vuelve activo una situación vivida pasivamente.

Intentaremos ahora, caracterizar el mecanismo de la organización fóbica.

Freud y el caso Juanito.

Juanito es un chico presenta fobia a los caballos, con miedo a salir a la calle y temor de que el caballo entre a su pieza. El temor real era a ser mordido por el caballo. La fobia, en éste caso, se debía a la represión libidinal debido a prohibiciones de los padres, lo cual provoca angustia que se fija sobre el objeto fóbigeno (caballo). Este desplazamiento tiene dos ventajas: ahorra conflicto porque el padre es amado y temido y es reemplazado por un animal que al ser evitado lo libera de la angustia.

Sin embargo, el giro de los años veinte obliga a reconsiderar la temática: “Los contenidos de la angustia-ser mordido por el caballo (...) son desfiguraciones del miedo a ser castrado por el padre. Es éste contenido de la angustia el que ha sufrido la represión. Pero la angustia de la fobia no deriva de la represión, sino de los factores represivos mismos: el temor ansioso en la zoofobia es el temor a la castración. Es una angustia real, peligro inmanejable y verdaderamente amenazador o juzgado como tal. Aquí, es la angustia la que produce la represión y no al revés. La angustia nunca nace de la libido reprimida” (Freud, Caso Juanito). Freud demuestra sí, como sostienen De Ajuriaguerra, Lebovici, A. Freud, y Lang, que la Neurósis Infantil es la primera inscripción de lo que luego constituirá las “neurósis de transferencia del adulto. La neurosis infantil remite a los fantasmas inconscientes del adulto y su historia tal como es reconstruida permanentemente. (reinscripciones retrospectivas a posteriores permanentes).

Una puntualización importante es que, las fobias pueden preceder a la aparición de una Neurósis obsesiva o ser el primer signo de una psicosis infantil. Más adelante caracterizaremos la Neurósis obsesiva en el niño y su relación con la Neurosis infantil.

Las obsesiones:

Lo que sostuvimos para la histeria infantil es también válida para la neurosis obsesiva en el niño. Recién en la etapa de latencia es posible vislumbrar verdaderos síntomas al consolidarse las defensas y en la adolescencia. La edad de comienzo es de 7 años más o menos. Se habla de manifestaciones obsesivas durante el desarrollo normal, que posibilita una estructuración del yo: le otorga límites, diferenciación, por oposición al objeto indiferenciado o anaclíticos.

Las obsesiones nos hablan de un sujeto asediado (por ideas obsesivas) y con apremios compulsivos. Los síntomas característicos son:

- ideas obsesivas como temores respecto de seres queridos.
- rituales al acostarse, verificar juguetes, cosas (repetitivas).
- dudas sobre el amor de los padres, eticidad, escrúpulos.
- perfeccionismo, intelectualización, racionalización
- conciencia de enfermedad
- actos compulsivos como: manía de lavado, orden, necesidad de control, aislamiento
- es típico la inhibición, los impedimentos, temores a cometer actos y lucha ansiosa por evitarlo.
- rasgos de carácter.

Para Ana Freud los ritos y ceremoniales no tienen carácter de síntomas obsesivos si no se acompaña de regresión (pregenital por angustia de castración). También como ya dijimos respecto de la histeria, la Neurósis obsesiva supone instancias constituidas. Además, en la

latencia, normalmente, aparecen rasgos obsesivos y es cuando se consolida el síndrome (obsesión patológica). Otro momento de aparición puede ser la adolescencia.

El rasgo distintivo de la neurósis obsesiva es que el sentido de realidad no se deteriora ante la irrupción de fantasías, pánico o ansiedad.

Para Lebovici y Diatkine las obsesiones edípicas reflejan solo las primeras estructuraciones yoicas (ritos y ceremoniales) tal como afirma Ana Freud.

Otra cuestión importante es que pueden existir pasajes de manifestaciones fóbicas a obsesivas (ver infra, Fobias como primera manifestación previa a la neurósis obsesiva).

Para S. Freud la neurósis obsesiva es resultado de la regresión libidinal a puntos de fijación sádico-anal, tras experiencias amenazante a nivel fálico. Emergen así, impulsos, fantasías sexuales agresivas, angustia, culpa y defensas como la formación reactiva (que mantiene la represión en la neurósis obsesiva) aislamiento, anulación, intelectualización y racionalización. El síntoma y su formación, implica la frustración o privación, la regresión a puntos de fijación, el retorno de lo reprimido, fracaso defensivo y síntomas sustitutivos. En esto existen coincidencias con los autores precedentes.

Para Melanie Klein la N.O. del niño tiene por finalidad curar el estado psicótico (esquizoparanoide normal y depresiva) y su gravedad es correlativa de la ansiedad esquizoparanoide de base y su intensidad.

Otra cuestión radica en que, ciertos rasgos obsesivos (preocupaciones metafísicas, moralidad, culpas, etc.,) son manifestaciones normales y transitorias de la adolescencia normal. Aunque pueden cronificarse y evolucionar hacia la N.O adulta. Es decir, los síntomas obsesivos como defensas ante la angustia despertada por la metamorfosis adolescente.

Por lo tanto y habiendo realizado el racconto de las diversas posturas respecto de la Neurósis del niño y la Neurósis infantil, vamos a intentar despejar la especificidad de la Neurósis infantil. Para ello, nos apoyaremos sobre todo en los aportes Freudianos y Lacanianos, es decir, dando prevalencia al proceso de estructuración subjetiva.

Habíamos visto que, para Freud, los síntomas de la N.O estaban ligados a un momento del desarrollo, al pasaje por el Edipo y el complejo de castración. Sobre todo, Freud solicita síntomas específicos y la causalidad ligada a lo sexual. De ahí las series complementarias como fórmula etiológicas: un factor interno, endógeno, como constitución sexual y predisposición por fijación.

Otro factor, externo, exógeno, traumas, privación o frustración. Más el conflicto psíquico.

El camino de la formación de síntomas va de la frustración, privación, introversión libidinal, cargas de fantasías, conflicto actual, regresión, represión, y retorno de lo reprimido como síntomas sustitutivos.

La regresión potencia vivencias infantiles. Pero, y esto es lo específico:

tal regresión no ocurre en el caso del niño. Debemos recordar que tanto para Ana Freud, Lebovici, Diatkine, De Ajuriaguerra, ésta regresión implica la “Neurósis en la infancia” (y es la neurósis patológica).

Entonces, como no hay regresión, las vivencias pulsionales son directas y los síntomas son consecuencia directa de las vivencias traumáticas.

En cambio, en la neurósis patológica posedipiana hay regresión, conjugándose el punto de fijación y el factor accidental, activando recuerdos infantiles. Tales vicisitudes de la sexualidad infantil la hacen esencialmente traumática, aunque no estamos hablando de acontecimiento desgraciado, doloroso o impresionante, sino del exceso estructural frente al cual el sujeto no tiene prevención posible (energía libre y flotante) que la neurosis buscará tramitar.

Entonces, para ir concluyendo, la neurósis infantil como actual, no refiere a la falta de elaboración psíquica de la energía sexual (neurósis actual) sino a una neurósis en curso, como tránsito fundante del sujeto. No hay rememoración de lo ocurrido, transcurriendo en la actualidad transferencial como construcción.

Hay un despliegue de la significación fálica que no implica el pasado como causa.

La historia de angustia constituye así la neurósis de la infancia. Lo traumático de la sexualidad aparece como peligro de castración, articulando así, represión, sexualidad y Edipo. Tal articulación permitirá al sujeto anticipar la situación traumática (exigencia pulsional) como angustia de castración. Posibilitando la defensa y su fracaso (síntomas).

Según lo anterior, la fobia permite nombrar la angustia como miedo metaforizado y extendiendo una red significativa mítica. Así, la Neurósis infantil es una operación sobre el deseo que implica el paso de ser falo de la madre a la asunción de la castración. Dejar de serlo para tenerlo. La operación edípica metaforiza el deseo materno e inscribe la castración en el campo del inconsciente dando una significación fundada como ficción. Gracias a ésta inscripción, el sujeto se representa y asume simbólicamente su sexo.

La neurósis infantil se revela así como apoyatura de la función paterna fallida por estructura (recordemos el padre de Juanito).

Pero en esto surge un interrogante fundamental: de si los modelos evolutivos pueden dar testimonio de ésta operación o estamos hablando de un momento lógico de constitución subjetiva.

Habíamos visto que Lebovici distinguía la neurósis del niño como conflicto patológico temporal, momentáneo. También Ana Freud nos habla de éste pasaje y sosteniendo que para que exista neurósis patológica debe existir regresión, lo que supone ésta inscripción previa de la neurosis infantil gracias a la castración que la hace funcionar retroactivamente como represión primaria previa amnesia. También De Ajuriaguerra distingue el pasaje estructurante y las neurósis sintomática de la latencia. Entonces y como conclusión final, creemos haber diferenciado los diversos aportes respecto de la neurósis infantil y la neurósis del niño. Creemos que la más consecuente respecto de “lo infantil” en psicoanálisis es la propuesta Freudiana y Lacaniana.

Entonces, en Freud, la neurosis infantil alude a la causa de las neurosis.

Por esto debemos diferenciar entre neurosis infantil y neurosis en la infancia. Principalmente, a neurosis en la infancia alude al aspecto clínico, a la emergencia de síntomas fóbicas por ejemplo.

A todo lo interior, a saber que la neurosis en la infancia como una metáfora sintomática congelada, la dirección de la cura se justifica desde una intervención que permite el “descongelamiento” de la posición del niño en la estructura.

Las intervenciones sobre la transferencia deben buscar el reposicionamiento del niño en el discurso familiar a través de la metáfora paterna y la castración simbólica. La escucha debe apuntar a captar el decir del niño en su proceso de mitificación fundante, que nosotros leemos como separación, desalienación del deseo del Otro primordial y la asunción de las insignias paternas. Apuntamos a la ubicación del niño en un linaje simbólico y la asunción de la castración como destino inevitable en el pasaje de ser el falo al dejar de serlo para tenerlo.

Con todo, la neurosis fóbica consiste en una pregunta por el ser y por el deseo del Otro. Proceso que concluye en la constitución del sujeto del inconsciente, el deseo, la identidad, etc. Implica un pasaje por la ley del padre como representante de la cultura y lo simbólico para desembocar en un “más allá del padre” según la teoría del significante.

Conclusión

El psicoanálisis de niños plantea la necesidad de ubicar el lugar del niño en el deseo del Otro, entrever la dirección de la cura en su

verdadero sentido. Todo debe apuntar a la constitución de un sujeto cuestionado en su estatuto de “parletre”, es decir, hacia un sujeto en constitución.

La hipótesis básica: que los síntomas emergen como producto del obstáculo para la constitución y estabilización subjetiva del niño.

Las intervenciones deben cuestionar la relación madre – niño, porque como decía Freud, entre las faltas esenciales de la mujer está incluido el falo, lo que lleva a un vínculo demasiado adecuado a nivel de lo imaginario. La madre encuentra en el niño un punto de calma en su vacío subjetivo, en algo que sutura su necesidad de falo y esto lleva a comprometer el devenir simbólico del niño. De ahí la angustia y los síntomas resultantes.

El niño ocupa y puede ocupar diferentes lugares en la estructura: como síntoma de la neurosis familiar, lo cual extiende el campo de intervención del analista, o, como objeto del fantasma del deseo materno.

Existen problemas de aprendizaje, de conducta, etc., donde el foco del psicoanalista debe ser la dificultad para la constitución subjetiva del niño. Los ámbitos de la demanda pueden ser la escuela, el jardín o la familia, pero lo crucial es que el niño busca solucionar la angustia, la falta de falta, como intento de salida de la órbita materna. Es decir el síntoma en el niño constituye un llamado al nombre del padre, en el sentido de un llamado a la inscripción de la función paterna inscrita en el inconsciente o en vías de su constitución

Si el problema consiste en una enuresis o una encopresis, los síntomas adquieren sentido como producto de la posición del niño en el discurso del Otro.

La dificultad en la constitución subjetiva, la constitución de un “sí mismo” unificante, requiere de la operación simbólica del Nombre del Padre que obligue a la madre a reprimir su deseo de falo y al niño sus deseos incestuosos.

Esto indica que el objetivo del análisis radica en posibilitar o facilitar la castración simbólica, la constitución de un Yo y un sujeto del

Inconsciente, lo cual es solidario de la relativización del Otro materno y de la función paterna fallida.

Recordamos a un Juanito amenazado ante la ruptura de su “premisa lógica universal del pene” y su angustia ante la falta de un padre que le otorgue un lugar en el conjunto de los “no todos”.

En otras palabras, un deseo materno no limitado por el toque de la ley paterna, lleva a la búsqueda de un objeto de sutura, lo que ubica al niño en la fórmula de la angustia y los intentos de salida a través de síntomas como la fobia, enuresis, etc.

La dificultad para la separación del Otro, lleva a perturbar a nivel del imaginario, lo que explica las dificultades de adaptación, funcionales o en el establecimiento del lazo social. Precisamente debemos barrar el desarrollo evolutivo y las fijaciones, puesto que lo que se desarrolla y torna disfuncional o sintomática son las funciones del YO (el pensamiento, la inteligencia, la función corporal, etc.), pero el sujeto no se desarrolla. Con esto, marcamos una línea divisoria entre el evolucionismo psicológico y el enfoque estructural, que desarrollaremos en forma más detallada.

Para dar un ejemplo de la importancia de la cadena simbólica y la posición subjetiva en la estructura, observamos el desmantelamiento sensorial que ocurre en niños autistas cuando falla la metáfora paterna o la función fundante del Otro primordial. Con esto, sentamos la importancia simbólica del Otro y no puramente imaginaria, como ocurre en los animales.

Otro eje a considerar es lo que Lacan diferenció como la no-instauración de la distancia entre la identificación con el ideal del Yo y la parte tomada del deseo materno, lo cual está asegurada con la función paterna. Esto angustia al niño como objeto de goce del Otro.

Desde el “Grafo del Deseo”, el “infans” se encontró con un A (Otro), lo simbólico y quedó capturado en el deseo del Otro. Pero, la asunción de la subjetividad depende de si trasciende el primer piso del Grafo, lo que se supedita a la pregunta por el deseo del Otro y su relativización (A barrado). Es este paso crucial lo que debemos considerar en la dirección de la cura en psicoanálisis de niños.

También debemos, considerar la dialéctica del deseo y la demanda. En los casos de alteraciones psicopatológicas del niño, todo intento deseante del niño es intervenido por la madre, la madre impide la demanda, lo cual congela la metonimia del deseo en una metáfora sintomática congelada. El niño deviene en “objeto a” de puro goce y hasta el registro imaginario se compromete. Su cuerpo, sus funciones intelectuales sufren alteraciones.

¿Cuál es el lugar del analista?

Su lugar no debe ser el eje a – a" ni tampoco del “Otro que sabe” porque esto llevaría a evidenciar el temor de los padres: es decir, de parte de los padres, ser replanteado en sus funciones como fallidas, lo cual puede comprometer la dirección de la cura.

El lugar del analista debe ser el de “semblante del objeto (a)”. Esto no quita su estatuto de semejante(a) o del Otro que sabe (SsS) para los padres. Más adelante analizamos en detalle esta cuestión.

De acuerdo con lo dicho, las intervenciones deben apuntar a la vacilación del deseo materno, consistente en reducir al niño a objeto de un deseo insaciable. Se debe considerar el eje imaginario y esto sin desconsiderar lo simbólico. Es decir, si ponemos el cuerpo del niño del lado de lo imaginario y si constituye un apéndice del cuerpo materno o si el niño posee un cuerpo propio, unificado y consiste. Esto constituye la estabilización imaginaria vía Nombre del Padre y castración simbólica. Porque, el intercambio simbólico sitúa al Yo en función del otro chico(a), es decir, el surgimiento de la identidad gracias a la identificación. Para esto, volvemos a hablar del Ideal del Yo como unificante de las identificaciones.

¿Cómo sale el niño de su lugar de objeto del deseo materno?

Para que el niño asuma su subjetividad, debe poder hacer de semblante de objeto, o mejor, poder captar que está en el lugar de otra cosa, es decir, en el lugar del falo imaginario.

Para pasar al estatuto de falo simbólico, dependerá de que la madre quede borrada, es decir, que pueda salir del lugar de narcisismo y la omnipotencia.

Bibliografía

- Freud, Sigmund. Obras Completas.
- Jacques Lacan, Dos notas sobre el niño. En “intervenciones y textos 1 y 2, Editorial Manantial, 1989.
- Jacques Lacan, Seminario 4: Las relaciones de objeto. Editorial Granica 1995.
- Jacques Lacan, Escritos I y II, Siglo XXI, 1988.
- Laurent y Otros, ¿Cómo se analiza hoy?. El psicoanálisis con niños. Manantial 1984.
- Silvestre, Michel, Mañana el psicoanálisis. Manantial, 1991.
- Maud Mannoní, La primera entrevista con el psicoanalista, Granica, 1988.
- Rabinovich, Diana, Modos lógicos del amor de transferencia.
- Diccionario de psicoanálisis, Laplanche-Pontalis, Labor. 1987.
- Serge Cottet, Freud y el deseo del psicoanalista, En “Hacia el tercer encuentro del campo freudiano”. 1984.
- Nasio, David, Enseñanza de cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Edit. Gedisa, 1990
- Idem, Cómo trabaja un psicoanalista, edit. Gedisa. 2000.
- Lang, J.L: Segunda parte. Estudios clínicos y teóricos Capítulo 3: Estructuras pre-neuróticas y neuróticas.
- Ajuriaguerra de, J. Capítulo XVIII: Las organizaciones neuróticas en el niño (Página 607), Capítulo XXIII: El niño y la escuela (pág. 821).
- Burszteng, Claude y Danios-Grillias, Anne (1995): Neurósisis y trastornos neuróticos en el niño.

- DSM IV: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y adolescencia(pág. 116-128)
- Lebovici, S: La obra de Ana Freud
- Lebovici, S: Las histerias en el niño y el adolescente. Tomo III: Capitulo VI(separata)
- Diatkine, R: Las fobias infantiles y algunas otras formas de ansiedad infantil Capitulo VII.
- Diatkine G: Obsesiones y neurósis obsesivas en el niño. Tomo III . Cap: VIII.

Índice:

Esquema del psicoanálisis adulto y del niño.....	1
Introducción.....	2
La regla fundamental.....	5
Neutralidad analítica.....	6
Transferencia.....	9
Contratransferencia.....	11
Dirección de la cura.....	12
La resistencia.....	13
La interpretación.....	15
Construcciones.....	16
La dirección de la cura y los principios de su poder.....	17
Del psicoanálisis adulto al psicoanálisis del niño.....	19

El psicoanálisis posfreudiano.....	22
Construcciones en análisis.....	24
La dirección de la cura.....	26
El lugar del analista.....	29
El diagnóstico en cuestión.....	31
El encuentro con el niño.....	34
El sentido del síntoma.....	36
La cuestión de la transferencia.....	40
¿Cuál es el lugar de la familia en psicoanálisis del niño?.....	41
¿Qué lugar para el analista?.....	42
Intervenciones sobre la transferencia.....	44
¿Fin de análisis?.....	46
Técnico y estilo.....	48
La dirección de la cura.....	50
Una cuestión fundamental.....	51
Las estructuras neuróticas en el niño.....	52
Freud y Juanito.....	56
Conclusiones.....	64
Bibliografía.....	68
Índice.....	70

Este libro fue distribuido por cortesía de:



Para obtener tu propio acceso a lecturas y libros electrónicos ilimitados GRATIS hoy mismo, visita:

<http://espanol.Free-eBooks.net>

Comparte este libro con todos y cada uno de tus amigos de forma automática, mediante la selección de cualquiera de las opciones de abajo:



Para mostrar tu agradecimiento al autor y ayudar a otros para tener agradables experiencias de lectura y encontrar información valiosa, estaremos muy agradecidos si

["publicas un comentario para este libro aquí"](#)



INFORMACIÓN DE LOS DERECHOS DEL AUTOR

Free-eBooks.net respeta la propiedad intelectual de otros. Cuando los propietarios de los derechos de un libro envían su trabajo a Free-eBooks.net, nos están dando permiso para distribuir dicho material. A menos que se indique lo contrario en este libro, este permiso no se transmite a los demás. Por lo tanto, la redistribución de este libro sin el permiso del propietario de los derechos, puede constituir una infracción a las leyes de propiedad intelectual. Si usted cree que su trabajo se ha utilizado de una manera que constituya una violación a los derechos de autor, por favor, siga nuestras Recomendaciones y Procedimiento de Reclamos de Violación a Derechos de Autor como se ve en nuestras Condiciones de Servicio aquí:

<http://espanol.free-ebooks.net/tos.html>