

Nuevas aportaciones a la clínica psicoanalítica con niños



Psicoanálisis

niños y adolescentes



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Nuevas aportaciones a la clínica psicoanalítica con niños

Carlos Blinder, Joseph Knobel
y M.^a Luisa Siquier



EDITORIAL
SÍNTESIS

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: Manuel Gracia Gascón

© C. Blinder, J. Knobel y M.^a L. Siquier

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34 - 28015 Madrid
Tel.: 91 593 20 98
www.sintesis.com

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Depósito Legal: M-25.270-2017
ISBN: 978-84-9171-073-8

Impreso en España - Printed in Spain

*A mi nieta María Lynch
A nuestros hijos Gabi Blinder, Jan Blinder,
Alex Blinder, María Knobel y Julia Knobel*

Índice

| | |
|---|------------|
| Prólogo | 9 |
| 1. Introducción | 13 |
| 1.1. Los orígenes | 13 |
| 1.2. Los principales exponentes..... | 15 |
| 1.3. Particularidades | 27 |
| 2. El proceso diagnóstico | 35 |
| 2.1. Primeras entrevistas | 35 |
| 2.2. Entrevistas de devolución | 48 |
| 3. El encuadre | 53 |
| 4. La transferencia en niños | 67 |
| 5. La interpretación del juego | 81 |
| 5.1. Aproximaciones teóricas sobre el juego | 81 |
| 5.2. El espacio transicional | 84 |
| 5.3. Intervenciones del analista sobre el espacio potencial | 89 |
| 5.4. Las intervenciones del analista sobre el juego | 114 |
| 6. La interpretación del dibujo | 127 |
| 6.1. El lugar del dibujo en el psicoanálisis de niños | 127 |
| 6.2. Una mirada sobre el dibujo | 129 |

| | |
|---|------------|
| 6.3. El dibujo evolutivo | 132 |
| 6.4. El dibujo en la clínica | 135 |
| 6.5. La clínica con el dibujo | 137 |
| 7. La interpretación de los sueños | 165 |
| 7.1. Los sueños en la infancia | 165 |
| 7.2. Los sueños en la clínica | 172 |
| 7.3. Sueños, mitos, cuentos | 190 |
| 8. Cuando no se instala la latencia: niños hiperexcitados sexualmente .. | 209 |
| 8.1. La latencia | 209 |
| 8.2. ¿Qué ocurre actualmente? | 210 |
| 8.3. Consecuencias | 214 |
| 9. El TDAH ¿trastorno o síntoma? | 219 |
| 9.1. Introducción | 219 |
| 9.2. Los síntomas | 220 |
| 9.3. La medicación | 221 |
| 9.4. Conclusiones | 223 |
| 10. El trabajo con los padres en el psicoanálisis de niños | 227 |
| 10.1. Introducción histórica | 227 |
| 10.2. El trabajo con los padres | 229 |
| 10.2.1. <i>¿Consejos o recetas?</i> | 239 |
| 10.2.2. <i>Secretos y mentiras</i> | 247 |
| 10.2.3. <i>Padres separados</i> | 249 |
| 11. Fin de análisis | 255 |
| Bibliografía | 273 |

2

El proceso diagnóstico

2.1. Primeras entrevistas

Las entrevistas iniciales con el niño y sus padres son el primer acercamiento a una situación que les preocupa y que suele estar disfrazada como el contenido manifiesto de un sueño.

Como en el trabajo del sueño, el trabajo de la demanda implicará abrir otras vías al contenido manifiesto, remitiéndose a lo latente, al deseo que se mueve en la propia historia y al Edipo como organizador y estructurante.

Se trata de llegar más allá del síntoma, a lo que no se ve a simple vista.

Habrà que determinar si es posible este paso de lo manifiesto a lo latente y si el narcisismo de los padres lo permite, porque en el psicoanálisis de niños la situación se hace más compleja, ya que se despliegan las historias, los deseos y los edipos de los padres que sobredeterminan la del hijo.

Se ve con mayor crudeza lo que condiciona como humano: estar sujetado a los demás, a los otros.

Lo que marcará la acción del tratamiento es el deseo de saber del niño y de sus padres sobre lo que le ocurre. En estas primeras entre-

vistas habrá que evaluar la permeabilidad de la palabra del psicoanalista y desde qué lugar escuchan, cómo se despliegan las transferencias. Pueden aparentar aceptar lo que se les dice y rechazarlo, criticarlo, racionalizarlo, defenderse de una intensa persecución, y hasta confundirse.

La problemática del hijo puede estar condensando y desplazando una conflictiva familiar latente. A veces se encuentran casos en los que las entrevistas preliminares han permitido desplegar un funcionamiento familiar patógeno, sustrato de fantasmas y mitos familiares. Estos niños pueden ser los más sanos de la familia. La tarea será considerar si el niño por el que consultan es quien realmente necesita tratamiento, o bien orientar un tratamiento para el padre, la madre o un hermano, o tratamientos de pareja o de familia. Es de destacar esta cuestión ya que se suelen orientar tratamientos a niños cuya situación familiar es incapaz de sostener los cambios en la subjetividad del pequeño paciente y o bien lo retiran muy pronto del tratamiento, para desconcierto y frustración de los profesionales, o bien el tratamiento no logra ayudar al niño a desprenderse de los lazos que lo unen a la situación familiar y ese tratamiento se vive como un verdadero fracaso.

Caso Montserrat

MONTSERRAT tiene 12 años. Acuden los padres enviados por la pediatra porque “se encierra en su habitación, también en el lavabo, donde pasa horas, hay mucho papel en el váter y no sabemos si se masturba, es teledicta, no quiere salir de su infancia y duerme mal”.

La madre cuenta que en casa hay mal ambiente, Montserrat tiene una hermana dos años mayor que es muy agresiva: la agrede, le escupe, rompe puertas y cristales. El otro día le dio una patada. Montserrat dice que con su hermana mayor no se puede vivir; que se tiene que ir de casa. La madre la justifica: “siempre fue así, es su forma de ser... y no hay nada que hacer”.

Volviendo a Montserrat, cuentan que en ella todo fue tardío: no gateó, anduvo a los dos años, es retraída, es “el furgón de cola, es de los niños torpes”. Se pasa horas mirándose frente al espejo, por las mañanas hay que ayudarla a vestirse. Cada noche la madre le narra cuentos antes de dormirse, “es un momento de intimidad de ambas, solas, sin testigos”. Comenzó a hablar a los 8 años, fecha hasta la que se chupaba el dedo. Mantienen esa conducta

porque cuentan que fue, a partir de impedir que la hermana siguiera chupándose el dedo, cuando cambió y se volvió agresiva, sin registrar que a esa edad, a sus 2 años, nace Montserrat.

Indagando en las relaciones de la pareja, ella cuenta que supervisa todo, se queja de que su marido es despistado: lo dejaron de pequeño en un seminario “y ahí se pudrió”. El padre participa poco en la entrevista, y acota que “si habla con alguien de su mente antes de acostarse, no hay que desinflarle el globo...”. Ya se perfilan ciertos desacuerdos entre ellos.

Avanzan un poco más en la imagen que tienen de Montserrat: “hay algo en su andar; dice la madre, extraño, desarticulado, algo de subnormalidad, en el aspecto de su mirada, en su habitación hay un olor especial, fuerte, ácido, desagradable, como el de los chicos marginados”. “Su nombre lo elegimos porque le da personalidad...”.

Como de paso, cuenta la madre que le han descubierto un tumor de mama y que puede ser maligno, y que hace un año muere una prima del padre con la edad que ahora tiene ella (51 años) de cáncer de mama. Todo esto lo cuentan sin mostrar señales de angustia, como tampoco cuando hablan de las agresiones de la hija mayor:

No les parece oportuno consultar sobre la hija mayor; porque lo hicieron hace años y la hija no quiso seguir yendo, y es probable que ellos tampoco insistieran mucho.

Es evidente la alta patología familiar: además de la problemática de Montserrat, destaca la violencia de la hija mayor; la negación de la madre frente a su posible cáncer y la desconexión del padre, al que luego acusará la madre de que responda con la misma violencia que la hija mayor:

Montserrat cuenta que viene porque le va mal en los estudios, y sus padres se enfadan con ella porque no les hace caso. Se lleva mal con la hermana, la pega y Montserrat la contesta. Además me cuenta que es muy lenta en todo, “mi madre me viste por costumbre...”.

Se le pasa el HTP, cuyos dibujos no se presentarán aquí, pero son llamativas las historias que cuenta.

De la *casa* dirá que “vive una familia muy numerosa, muy aventurera; la casa está en un pueblo y unos señores quieren derrumbarla y ellos no les dejan, dicen que es otra la casa, les dan otra dirección y el padre hace la voz del jefe y les dice que derrumben otra casa. Después viene uno que habla mucho, un charlatán, con otro y dice que hay un detergente que es muy bueno y que hay que probarlo. Pero destroza la ropa, le hace agujeros como la lejía. Se quejan al charlatán, pero ya se ha ido del pueblo y no tienen más remedio que olvidar el asunto”.

Hay una fuerte referencia transferencial: el terapeuta parece ser ese charlatán que puede destrozar sus ropajes, dejarla con agujeros y abandonarla... no habrá remedio? El padre "hace" la voz del jefe, pero el jefe en esa casa, quien supervisa todo, parece que es la madre.

Del árbol dirá: "que ahí viven animales: dos pájaros que se pelean porque quieren tener el árbol para ellos solos... tienen envidia, piensan que si viviesen juntos vivirían peor; pero al final piensan que es mejor compartir las cosas".

El conflicto con la hermana, las peleas en que parecen disputarse el árbol: la madre y el intento de compartirla parece proyectarse en esta historia.

La persona que dibujará primero es un niño: "es muy travieso, le gustan los caramelos, nadie le toma el pelo, pero le gusta tomarlo él. Va haciendo bromas pesadas a la gente. En casa no le gusta ayudar, porque le piden que ayude en cosas pesadas para él. Le gustaría tener muchos globos para irse a la luna, no para jugar; mejor dicho".

Parece representar a la hermana con sus "bromas pesadas". Me cuenta que el otro día metió en el horno al perro. Y expresa su deseo de irse a la luna, lejos, que es el intento que probablemente haga al encerrarse en su habitación y en el lavabo.

Al pedírsele que dibuje a una niña, dirá que "es muy simpática pero a veces se enfada y es egoísta. Es muy frágil, flaquita, no quiere que nadie la toque porque se pone muy nerviosa".

Parece alertar de su extrema fragilidad, que no se la toque, que también ella puede enfadarse mucho.

Después de las entrevistas diagnósticas se ve que, además de un tratamiento psicoterapéutico para Montserrat, es indicado propiciar que se consulte para su hermana mayor y trabajar además con los padres para sostener la situación familiar; y en especial con la madre para afrontar su enfermedad.

Se envía a la hija mayor a un servicio de psiquiatría infantil de un hospital de la red pública, desde donde se remite un informe en el que se orienta "una acción terapéutica muy intensa y urgente, en un tipo de Hospitalización de Día, debido al cuadro de grave descompensación comportamental con fuertes crisis de agresividad". Aconsejan que ese tratamiento no sea sustituido por una psicoterapia ambulatoria, que sería insuficiente por las características y la gravedad del caso.

La respuesta de los padres es ambigua, negando la gravedad del trastorno de la hija mayor; así como niegan la gravedad de la enfermedad de la madre, a quien ya desde hace varios meses le han sugerido una biopsia preoperatoria, pero ella consulta con un especialista en "medicina blanda" que le aconseja,

según dice, "una medicación para disolver las células cancerígenas y eliminarlas por la orina".

Aliada con esta negación, Montserrat le dice: "tú serás eterna, no te morirás nunca". Su hija mayor le comenta: "ojalá te mueras de un cáncer maligno".

Los padres aceptan en lo manifiesto la propuesta terapéutica para Montserrat, pero se adhieren a la resistencia de la hija y, después de una serie de entrevistas, deciden interrumpir: "la dejamos llorando, no quiere venir más...".

En una entrevista anterior, Montserrat la había anunciado, relatando un sueño: "El ministro de educación dice que van a cerrar por un año los colegios. Y viene una excavadora y lo van a tirar abajo al colegio... a todos los colegios de España. Y resulta que era uno que había secuestrado al ministro. El malo era joven, de unos 40 años, con barba... el otro mayor, de 60 años, calvo. Lo secuestró para pedir dinero, o porque el otro no le había dejado hacer cosas o porque le había hecho algo a su mujer".

Asocia que está contenta porque no va a ir más al colegio (¿su análisis?), pero que le asusta cuando todo se caía abajo. Parece ser el temor que ante la fragilidad de la estructura familiar, cualquier intento de mover algo es recibido como una excavadora que lo tira todo abajo.

Hay que considerar entonces, el grado de tolerancia de los padres frente a futuros cambios, cuando las cosas comienzan a moverse.

Los cambios conllevan desestabilizaciones de estereotipos que a veces implican a varias generaciones. Consultar puede ser ponerlos a prueba y cuestionarlos.

Pero habrá también otro criterio a considerar, y es si el analista en cuestión es el indicado para llevar a cabo ese proceso, si puede hacerse cargo de las transferencias que surgen y lo movilizan en esos encuentros, transferencias con el niño y con sus padres y, a veces, hasta con quienes los envían, como pueden ser el maestro o el pediatra.

Para ello hay que darse un tiempo; fijarse un periodo de espera para llegar a cierta orientación diagnóstica del niño, de sus padres y del analista frente a ellos. Un autodiagnóstico que permita saber si el analista está dispuesto a ofrecerse como continente de esa relación transferencial que, como se dijo, no se trata de una transferencia, sino de un juego de intertransferencias múltiples y muy variadas.

Se trata realmente de un doble diagnóstico. Es en este sentido en el que P. Aulagnier dice que resulta deseable que el diagnóstico esté establecido aun bajo la forma de vagas presunciones.

En ese tiempo para el diagnóstico se pondrá en juego la formación del analista ya que la iniciación de un tratamiento también depende de los criterios con que se maneje el analista, criterios que se articularán con las conceptualizaciones metapsicológicas sobre las que va a descansar su escucha y la orientación de la cura. Es decir, cuál es su modelo de la constitución subjetiva, de las complejas relaciones entre historia y estructura, las articulaciones entre inconsciente y represión, el lugar estratégico que ocupa el conflicto psíquico, el par resistencia-represión, las condiciones de lo transferencial durante las primeras entrevistas, el lugar del deseo en el proceso de la cura, así como el vínculo que liga a la demanda con la interpretación.

Los criterios para fijar el análisis han variado mucho.

El juicio de analizabilidad no coincide con etiquetas nosográficas. En los últimos años han aparecido nuevas formas clínicas cuya complejidad supera lo imaginable por Freud en su época.

Muchas veces los padres llegan a consultar a un psicoterapeuta casi como último recurso. Hay mucho trabajo por hacer con respecto a la difusión de esta especialidad, ya que desde el imaginario social todo lo relacionado con lo psicológico queda del lado de la locura, incrementándose así el temor a consultar.

Este miedo a consultar está muy relacionado con la herida narcisista que representa el reconocer que algo no funciona bien en el hijo. Es el temor a ser culpados en sus funciones parentales por un profesional, al que le suponen un saber que los va a sancionar o que va a verificar todo lo que han hecho mal. Este temor aparece a menudo bajo la pregunta: “¿en qué nos hemos equivocado?”, “¿qué hemos hecho mal?”, o más veladamente relatando una historia acerca del hijo en la que se describe un pasado “impecable”, sin fisuras de ningún tipo, al estilo de “todo ha ido bien hasta ahora”. Como vemos, estamos hablando de sentimientos de culpa en el primer ejemplo, o de la negación, en el segundo.

El terapeuta que está revisando con los padres la historia de su hijo, es decir, que los está colocando frente a sus funciones como padres,

debe ser extremadamente respetuoso con esas funciones, ya que las mismas están ancladas en una historia personal que abarca en muchos casos más de una generación y, sobre todo, incluye a esos padres en lo que fueron como hijos dentro de un sistema psicosociocultural determinado.

Todo esto da cuenta de un trabajo especialmente complicado en la escucha de los padres que consultan. La difícil tarea será no dejarse aprisionar por estos límites y ayudarlos a articular su demanda, incluyéndolos siempre que sea necesario en el tratamiento del niño. En estas entrevistas que se tienen con ellos se podrán desplegar los conflictos de los padres como padres, es decir, atrapados en cuestiones de su propio pasado que se actualizan en los síntomas que presenta el hijo, como un eco que proviene de su historia y les recuerda aquello que creían superado, reprimido o simplemente negado.

Caso Pedro

ACUDE UNA MUJER acompañada de un hombre. La mujer cuenta que en la escuela le aconsejaron que consultase acerca de su hijo de 8 años porque “nos vuelve locas, no juega, toda actividad que realiza es improductiva, no para, no tiene amigos, solo está con un niño al que domina. Pierde el control y está agresivo. De más pequeño aterrorizaba a las niñas, las perseguía e intentaba darles un beso con la lengua”.

Cuenta que “nació inmaduro, tuvo trastornos del sueño y del alimento. Al año me planteé separarme, mi exmarido aterrorizaba al niño, es un padre anormal. Ahora lo quiere, me asustan los contactos de mi hijo con él. Y se está destacando la personalidad de mi hijo, está agresivo en la escuela”. Aquí ella llora y el hombre aprovecha para hablar: “nos conocimos hace 5 años...”.

Ella replica: “ah, me había olvidado de ti...”.

Él acota que el niño siempre está molestando, “te da patadas y luego dice perdona, como si nada, te hace pensar que no es normal, es mentiroso, no asume ninguna responsabilidad”. La madre agrega que “se enteró de la agresividad del hijo por la escuela. Su padre es un indeseable, el niño es igual, y eso me asusta. El padre es egocéntrico, desconfiado, psicópata y paranoico... mi hijo es la imagen del padre, tiene una carga genética, veo en él a un adulto... son clavados, gemelos. Tiene un instinto natural, disfruta haciéndole daño a los débiles, él es el amo”.

Se le pregunta cómo conoció al padre del niño y contesta que “no me dejaba ni a sol ni a sombra, me dio pena. Me quedé embarazada, no me interesaba como hombre, olía mal. Tenía pensado dejarlo y me planteé abortar, pero mi

familia no me ayudó. Nos casamos y vi cómo se destapaban sus rarezas, veía al niño como a un rival, como a su enemigo. Decidí separarme y él utilizaba al niño, le decía mala la mamá, a matar a la mamá, me amenazaba y llegó a pegarme. Ahora ve al padre domingos alternos por la tarde, lo ideal sería que se acabaran las visitas al padre. El niño no quiere, tiene mucha avidez de padre. A los cuatro años de separarme lo conocí a él, somos grandes amigos, amantes, pero esto no lo sabe el niño. El niño es uno más de los tres. Él no se encargó de suplantar papeles, es un compañero. Me preocupa que el padre vea en él a un rival”.

El hombre cuenta que “hago las veces de padre sin serlo. Soy soltero (tiene 40 años) y vivo con mis padres. Si no nos casamos es debido a este problema y a que los padres de ella son muy religiosos y muy mayores y ella no quiere darles un disgusto, casarse sin la nulidad matrimonial. Ella es tan cautelosa que no hace nada para no complicar nada. El niño me quiere como a un padre”.

La madre agrega que “el niño le tiene miedo a su padre, pero tiene mucha avidez de padre. Cada vez que ve a su padre, vuelve peor, es otra persona. Cuando vuelve nos pregunta si es verdad que cuando me voy os metéis en la cama. Su padre se lo dice, sería importante que no lo viera más. La semana que viene hay un juicio...”.

El porqué de la demanda en estos momento parece ahora aclararse: ante la proximidad de un juicio contra el padre, la madre quiere que el terapeuta certifique que los encuentros con el padre son contraproducentes, que el niño que “ya es clavado al padre” ha de ser preservado de seguir visitándolo.

Llama la atención que si bien la madre argumenta en un comienzo que se enteró por la escuela del mal comportamiento del hijo, luego confirmará que en casa también actúa así, pero esto no la ha motivado a consultar. Como su compañero acota, “es tan cautelosa que no hace nada para no complicar nada”. Parece que el tratamiento puede ser una complicación para la madre y que será mejor para ella no hacer nada.

Habrà que ir trabajando esa demanda para que ella reconozca el malestar de su hijo, y ayudarla a diferenciarlo de su exmarido, que no son “clavados ni gemelos”. Ser gemelo a su padre es pretender romper la cadena de filiación: el hijo no es hermano de su padre. La avidez de padre de Pedro, su necesidad de restituir la función paterna, le hace identificarse con esos rasgos psicopáticos que parece que el padre tiene. Es una forma de traer a su padre a la escena familiar, para que pueda separarlo de su madre. A ella, él “no le interesaba como hombre, le dio pena...”. Tampoco parece interesarse por ese otro hombre que la acompaña, a quien ni siquiera presenta: “me había olvidado de ti”, y que “no se encargó de suplantar papeles”. Sus propios

padres están tan presentes para esta mujer que no se atreve tampoco a presentarlo como su nueva pareja. También lo oculta para su hijo: "somos grandes amigos, amantes, Pedro esto no lo sabe...". Pero el hijo sí lo sabe y probablemente no solo porque lo denuncia su padre. Hay un mecanismo de renegación familiar: todos saben pero hacen como si no supieran. Y esto tiene un alto efecto patógeno para el niño: "te da patadas y luego dice perdona, como si nada", "antes aterrorizaba a las niñas, les quería dar un beso con la lengua". La ley está transgredida y Pedro repite esa trasgresión con su mal comportamiento.

En las posteriores entrevistas, la mujer va dando más espacio a su actual compañero y ambos se van preguntando si actúan bien, "es difícil educar a un niño, Pedro necesita una terapia". También va dando más espacio al terapeuta al otorgarle un lugar de saber y de autoridad. Acepta que se convoque a su exmarido a una entrevista con el terapeuta.

El padre del niño comentará que "era muy joven cuando me casé y nació Pedro, tenía solo 21 años, cinco menos que ella. Con esa mujer no pude. Ahora tengo otra familia, un hijo pequeño. A Pedro lo quiero, pero la madre pone siempre tantas trabas para que lo vea, que me rindo". Aceptará, aunque sin hacerse cargo económicamente que el hijo se trate. Esto es de gran importancia porque supone una cierta presencia del padre en la terapia de su hijo en el sentido que no es algo a ocultarle, como la relación de la madre con su compañero, ni que puede favorecer la resistencia de Pedro, que podría argumentar que no quiere venir porque su padre no lo sabe o no está de acuerdo.

Retomando lo que se dijo anteriormente, la demanda no suele aparecer clara y precisa, llega generalmente cargada de disfraces, la mejor de las veces disfrazada de "ganás". Se suele consultar porque lo sugirió el pediatra, porque lo señaló el maestro en la escuela, o incluso porque se probó de todo, o como en el caso anterior, para pedir un informe para un juicio de separación.

Suele ser a pediatras y a maestros a quienes en primera instancia consultan los padres sobre problemas de salud, las dificultades de aprendizaje o trastornos de conducta que a veces se consideran características de niños perezosos, vagos o "pasotas". En algunos casos no se suele ofrecer una escucha adecuada al problema o se espera que la solución llegue con el paso del tiempo sin orientarlos a los profesionales especializados. En otras ocasiones se les recomienda la consulta que no

siempre se realiza, ya sea por miedo, prejuicio o incompreensión de los padres.

La petición inicial, que no se debe apresurar a homologar a la demanda, tiene la oportunidad de ser transformado a través del circuito transferencial. Mediante este rodeo por la transferencia los consultantes llegarán a tomar una decisión que será la suya. Solo por esta vía es posible suscitar en ellos, en ocasiones por primera vez, una escucha diferente de los síntomas de un niño. Es decir, que no solamente se las escucha en forma diferente de la habitual, sino que a través de la situación analítica ellos se escuchan de otra forma, cobrando sus mismas palabras una dimensión nueva. Por lo tanto, deseo inconsciente y resistencia inconsciente han de ser descubiertos y desplegados por esa particular escucha del analista.

El analista tiene que tener la disposición de hacer varias entrevistas con el propio niño, a quien escuchará y observará, respetándolo como sujeto. En estas entrevistas con los niños se registra la angustia que sienten, los sentimientos de amor y odio y las propias fantasías que tienen respecto a sí mismo y a su ambiente familiar y social. La escucha permitirá, tanto a los padres como a los niños, que un pedido inicial, si se está dispuesto a oírlo en su complejidad, se diversificará, se ramificará, se desplazará, constituyendo de este modo las características de una verdadera demanda. Es imprescindible que ambos padres acudan a estas entrevistas, y no solo la madre porque “el padre tiene mucho trabajo y no tiene tiempo”. Y en el caso de padres separados también es importante escucharlos a ambos, aunque la demanda sea de uno de ellos. Es indicado verlos por separado y, si lo toleran, también juntos.

Es importante diferenciar cuando son los padres los que se dan cuenta de que algo funciona mal en el hijo, o cuando son otros fuera de la familia. En esta última situación hay una marcada negación del conflicto. Suelen llegar sorprendidos, no entendiendo por qué han de consultar, con una visión del niño diferente de la del analista y del derivante. Son los padres que consultan desmotivados, por obligación, en una actitud pasiva o desconfiada, que asisten solo a la primera entrevista o concluyen la etapa diagnóstica y no aceptan continuar en un tratamiento. Vienen por acatamiento al principio de autoridad de dos instituciones con gran peso autoritario: la escuela o el hospital.

En estos casos habrá que hacer un trabajo previo para que ellos puedan asumir su propia demanda y para que sean los que pidan. Es difícil para los padres aceptar un conflicto en su hijo cuando se manifiesta en otro lugar, por ejemplo la escuela, ya que pueden ser niños inhibidos que fueron considerados como “buenos y tranquilos y que en la casa no hay problemas”. Se achaca a la escuela las dificultades del niño: “no enseñan bien, son exigentes, le tienen manía”. Habrá que discriminar hasta dónde es problema de la escuela, del niño o de ambos.

Hay un prejuicio extendido que los problemas de aprendizaje tienen su área delimitada: la cognitiva y que deben ser resueltos en la escuela. De ahí se desprende la frecuente indicación de tratamientos psicopedagógicos que si bien en muchos casos son necesarios no se debe olvidar que los trastornos en el aprendizaje también son síntomas neuróticos o psicóticos. El síntoma es la forma como se muestra la enfermedad, no su causa.

En algunas derivaciones hechas por el médico los padres pueden quedar fuera del discurso sintomático si se reduce el problema al cuerpo y no a un sujeto, cuando no se incluye la relación intersubjetiva en la causa de los conflictos emocionales. Se llega a prescribir medicamentos o se valoran comportamientos con clichés: caprichos, llamar la atención, ser el centro, sin apuntar a la singularidad del síntoma del niño sino, por el contrario, aludiendo a “perfiles”.

El síntoma no se escucha como señal de algo que no funciona, sino que se busca taponarlo, y se intenta no implicarse en él.

Cuando la consulta es pedida directamente por los padres es un indicador que sufren y que ellos se dan cuenta de la dificultad de su niño. Implica una primera ruptura de la homeostasis familiar en las regulaciones narcisistas y conlleva la inevitable comparación entre el niño ideal y el niño real, que padece algo.

En los síntomas del niño habrá que determinar cuánto hay del retorno de lo reprimido de sus padres, de deseos insatisfechos y no elaborados. Se puede estar reprimiendo algo de otra historia no simbolizada, ocupando personajes de los padres o sus interlocutores, como en el caso de una madre que sufrió el abandono de sus padres y cuya historia se repite con su hija, ya sea abandonándola, o sintiéndose abandonada cuando su hija intenta separarse de ella.

Si el padecimiento del niño toca algo del discurso familiar acontecido y no simbolizado en la historia de los padres, puede ponerse a prueba el deseo de incluirlo como síntoma propio o distanciándolo, disociándolo como ajeno. La problemática del niño deberá dar cuenta de lo no resuelto en ellos, evitando su implicación. A veces puede llegar a tocar lo grotesco cuando la sintomatología es especular y parece estar frente a uno de los padres.

Hay que esclarecer la relación entre la patología del niño con la de los padres y con el lugar asignado en su discurso. Es el momento de trabajar con los padres esta situación, relacionándolo con sus propios aspectos infantiles no elaborados que el niño con su síntoma les hace revivir. La paternidad y la maternidad están marcados por lo que se ha recibido: hay un entrecruzamiento edípico y tres generaciones en juego.

Es el momento en el que el narcisismo de los padres puede sentirse vulnerado, con las consecuencias que esto puede acarrear, como ser el abandono de las entrevistas.

El fantasma infantil es ocupado por la historia de los padres que da lugar a la sintomatología neurótica en el niño. El síntoma muestra la fuerza de una repetición de la historia familiar de la que no puede salirse.

Tendría mejor pronóstico cuando hay una identificación de los padres con el sufrimiento sintomático del hijo. Por ejemplo, es frecuente que los padres, frente a una dificultad de aprendizaje, se identifiquen más con la exigencia escolar que con el sufrimiento y la herida narcisista que la familia produce en el niño. Si se identifican con la exigencia duplican la exigencia superyoica; si se identifican con el sufrimiento, pueden escuchar lo que impide al niño aprender.

La historia que traen los padres constituye “su historia”, es el primer relato de cómo viven y sienten ellos lo que les pasa con su hijo. Este primer encuentro abre un lugar de reflexión para ellos. A partir del código de los padres, que incluye las relaciones con sus propios padres y ancestros, es posible acceder la trama proyectada en el hijo.

No se trata de instrumentar largas y tediosas historias clínicas ni baterías de test interminables, que suelen tener como objetivo calmar la ansiedad del terapeuta, pretendiendo así conocer todos los datos, que “no se le escape nada”. Hay que aceptar que la falta, la castración, también está presente en el psicoanalista, que no puede saber todo