

Lo que el psicoanálisis aporta a la salud mental de niños y adolescentes.

Psychoanalysis, its Contribution to Children Mental Health.

Eva Rivas Cambroneró

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Moratalaz, Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del HGU Gregorio Marañón de Madrid.

Resumen: Se plantea el psicoanálisis como una herramienta imprescindible para contrarrestar los abordajes de la psicopatología de la infancia que se apoyan exclusivamente en la descripción y clasificación de las conductas de los niños. Se enumeran y explican las principales aportaciones del psicoanálisis al trabajo en salud mental de niños y adolescentes: aporta una ética basada en promover al niño como sujeto y rescatándole de la de objeto; escuchar al niño y no solo a los adultos que lo traen a tratamiento; orienta para trabajar con la demanda delegada; favorece el despliegue significativo; relativiza la demanda constante de pautas de actuación dado que hacer clínica psicoanalítica es saber trabajar independientemente de lo que se cree saber; sitúa las manifestaciones conductuales contemporáneas en la época del imperativo de goce en la que la angustia no aparece como afecto del niño sino del Otro; y por último piensa los síntomas como una vía de solución que el sujeto construye.

Palabras clave: psicoanálisis, salud mental infantil.

Summary: Psychoanalysis is an essential tool to counteract those child psychopathology approaches which are exclusively focused on describe and classify children behaviour. Along this work, the main contributions of Psychoanalysis to Childhood and Adolescence Mental Health are expounded: it establishes a genuine ethos where the children voice is taken into consideration beyond the account of those adults who bring them to treatment, promoting the subject position and rescuing the child from de object place; it provides a guidance to work throughout the delegate demand; it entitles the unfolding of the signifier; it minimizes significance of providing constant counselling, since Psychoanalytic work does not take anything for granted; it enables to think the contemporary behavioural manifestations within the time of the imperative of joy- where the angst does not appear as a child's affect but the Other's-; and finally, Psychoanalysis understands the symptom as an individual work towards the self resolution.

Key words: psychoanalysis, children mental health.

El psicoanálisis surge gracias a problemáticas patológicas que la medicina no llegaba a explicar. Hoy día la medicina y por ende su especialidad, la psiquiatría, sigue sin poder explicar las

problemáticas patológicas por lo que se conforma en describirlas y clasificar sus descripciones atóricas. No es raro entonces que muchos psiquiatras infantiles entrevisten a los padres y

basen su juicio clínico y sus decisiones terapéuticas exclusivamente en la descripción que éstos o los profesores hacen del comportamiento del niño. Pero en muchas ocasiones el niño dice con la conducta lo que el adulto es capaz de decir con la palabra. En este contexto el psicoanálisis es imprescindible para ofrecer una alternativa a las terapias exclusivamente orientadas a la modificación de las conductas, las reeducaciones del síntoma, la reducción biologicista de trastornos como el TDAH, la psicosis, el autismo, la anorexia, la depresión. Un niño de 9 años es llevado a la consulta del Centro de Salud Mental porque en el centro de día donde su madre le deja por las tardes durante su horario laboral se enfada, se porta mal, arroja objetos, es expulsado. En consulta afirma que no quiere estar allí, que tiene rabia hacia las educadoras porque no juegan con él, tiene un lapsus: “mi madre...las educadoras no tienen tiempo para mí”, se lo señalo, finalmente le brota el llanto y puede decir que está triste porque es a la madre a la que querría tener a su lado y, no pudiendo decírselo, ya que sabe que ella ha de trabajar y no quiere disgustarla, vuelca su rabia contra las educadoras y el lugar en el que la madre delega.

Aceptar en bruto un diagnóstico DSM es fijar al niño una etiqueta, le quita su parte de responsabilidad y le sitúa fuera de la norma, se borra así la dimensión del sujeto.

El sujeto, por definición, no es un concepto estático, etiquetado, diagnosticado sino una instancia en movimiento que encuentra sus identificaciones en la palabra y en el lenguaje.

Como sostiene Doménico Cosenza, la operación freudiana es lo contrario que la kraepeliniana, si en ésta última el sujeto es separado de su enfermedad y de alguna manera desresponsabilizado del problema de su causa, Freud reintroduce al sujeto en el corazón de la “enfermedad” de la que es portador, haciendo de ella su enigma, responsabilizándolo en su decir en torno a lo que la ha causado. El síntoma, para el psicoanálisis, será pues la operación de implicación del sujeto en el malestar que padece cuya causa le resulta enigmática.

El interés por la psicología del niño es muy reciente, data del siglo XX y el psicoanálisis ha sido

el que más insistió en la importancia de la vida infantil y en su supervivencia en la vida adulta.

Pero lo que el Psicoanálisis aporta es principalmente **una ética** en el abordaje de los síntomas de la infancia. Una ética que consiste en estar del lado del sujeto niño, reivindicar su estatuto subjetivo y apostar porque encuentre las vías de propio deseo. Estar del lado del niño, escucharlo a él, su motivo de consulta, ayudarlo a que formule su demanda, esclarezca su deseo... cosa que no es posible si solo atendemos la demanda de los adultos implicados (padres, profesores, ...). El niño es un sujeto de pleno derecho y no solo un objeto a tratar, corregir, adiestrar.

El profesional de salud mental que dispone del armazón teórico del psicoanálisis no pretende nunca tratar el síntoma sin el sujeto, sin su consentimiento, valora primero qué función cumple el síntoma para él, no pretende neutralizarlo sin hacerle participar en la demanda de alivio sintomático. Al niño ha de brindársele la oportunidad de hablar a solas con su terapeuta. Esto puede parecer obvio para nosotros pero hay que subrayarlo porque en muchas consultas a los niños no se les recibe a solas o se les excluye excesivamente de las entrevistas con padres, se trata a muchos niños sin escucharles nunca: una adolescente que llegó a mi consulta ya con 17 años, había sido diagnosticada de TDA desde los 9 por una neuropediatra pariente suya que vivía en otro país, a distancia, sin haberla entrevistado jamás, cuando lo que padecía era una tendencia a la abstracción, una huida a su mundo interior al que no estaba dispuesta a renunciar, imaginando ser la heroína de un videojuego, eligiendo estar en ese mundo a costa de evadirse del de la realidad.

La **demanda delegada** ha de convertirse en demanda en primera persona del sujeto a tratar, que no siempre es el niño: muchas veces es una demanda encubierta de los padres para llegar ellos mismos a un tratamiento. Es decir el profesional de salud mental infantil tiene una primera tarea: esclarecer cuál es el sujeto a tratar... que no siempre es el niño. Muchos padres consultan por su hijo como vía para desplegar sus propias angustias. En estas ocasiones habrá que legitimar las angustias de los padres y derivarles incluso a ellos a un tratamiento propio. Una madre

de 25 años que consulta por la actitud impositiva y desafiante de su hijo de 3 años para con los abuelos con los que conviven ambos desde que el niño nació siendo ella casi adolescente. Habiendo tenido que demorar su emancipación, en las entrevistas se hace patente desde el principio que es la madre la que está dividida: la ambivalencia respecto a sus propios padres, a los que debe agradecimiento por acogerla con su hijo y cuidar de él mientras ella trabaja pero de los cuales necesita separarse y sentir que su criterio es el que prevalece en relación a la crianza, es el inicio de su despliegue subjetivo en análisis...

A veces consultan solos los padres: unos me piden consulta porque leyeron en el móvil de la hija algunos pensamientos de muerte: no traen la hija sino su texto: no consentir a leerlo, señalar la imposibilidad de trabajar con el sujeto si esto se hiciera, devolver la responsabilidad a los niños y a los padres por sus actos, no cumplir un papel que no nos corresponde: no acceder a ser quien les explique una situación difícil que corresponde a los padres transmitir, no resolverles la encrucijada a otros, señalar en todo momento la responsabilidad subjetiva: lo que el sujeto tiene que ver con su síntoma, situando el control sobre él mismo, nunca avalar el “no me controlo”, o el “no hago nada para que los demás me aparten”, algo siempre tiene que ver el sujeto en lo que le pasa.

Se trata de **favorecer el despliegue significativo**, el paso del S1, el motivo de consulta, al S2, la red de significantes que permitirán el acceso al saber inconsciente. Para eso no hay una indicación técnica clara, salvo permitir al sujeto que elabore su propio discurso, preguntarle cuál es su motivo de consulta independientemente del que traen sus padres, y no ceñirse solo a lo que una encuesta estructurada o una escala protocolizada preguntaría porque en el texto de un juego, en los comentarios sobre un dibujo de la familia o en el relato del argumento de un videojuego el niño puede decir más sobre sí mismo que en una entrevista muy dirigida en la que contestará lo que él cree que el interlocutor espera que diga.

Por otro lado, como plantea Pablo Peusner, los padres tienden a pensar que el niño sabe qué lo obliga a comportarse así, le suponen cierta in-

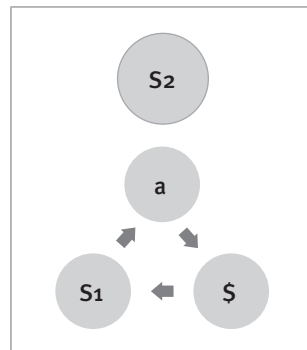
tencionalidad como si los niños supieran por qué hacen lo que hacen y sus padres no, pero el saber, el S2 que en la escritura de los discursos llamamos saber, es una red significativa que no pertenece a persona alguna, es un saber que está en máxima tensión con el lugar del Otro, pero no puede confundirse con ninguna voluntad oscura del niño ni debe ser asociado con ninguna motivación en lo profundo de su ser que justificaría iniciar el análisis del niño sin incluir a sus padres.

Como sostiene Peusner *desde la perspectiva angustiada del Otro, lo real del síntoma esconde un saber que el analista tiene que lograr hacerse transferir (...)* los padres sufren por los niños y su división subjetiva los obliga finalmente a confesar que no saben bien qué hacer. Pero es mucho más frecuente cuando el Otro sabe y consulta para que arreglemos lo que no funciona en el niño, sin importarle lo que marcha mal y preferiblemente con una pastilla remedio inmediato. Demandan así reparar lo que no se deja dominar por el amo, pero el analista puede ver que el niño muestra su subjetividad en un síntoma que de alguna manera alivia.

Los niños que sufren hablan, dibujan o juegan interrogando un saber que les resuelva el enigma sobre el deseo del Otro, ¿por qué no me quiere?, o ¿por qué me quiere tanto?, ¿qué quiere de mí?....

Pero muchos niños encarnan el efecto del rechazo del discurso (a), haría falta acceder al saber que organiza dicha posición, el problema es que ese saber (S2) en el discurso del amo, permanece inaccesible al circuito.

El Discurso del Amo: S1/\$/S2/a se puede formular como propone este autor:



Encontramos como efecto la división subjetiva del lado de los padres, que reaccionan utilizando la autoridad, el S1, la cual es respondida con (a) es decir, más rechazo del discurso que a su vez produce más división subjetiva, pero si los padres insisten en la misma dinámica se volverán más autoritarios, más normativos realimentando esta circularidad. Al terapeuta le pasa lo mismo: cualquier indicación directiva, cualquier consejo de cómo se deben hacer las cosas relanza el efecto de rechazo de discurso, generando impotencia en los padres, en el terapeuta, en el maestro. La impotencia a la vez genera más violencia, castigos, más aplicación del S1. Y el lugar de la verdad, el S2 es inalcanzable para cualquiera de los operadores, es el saber en el lugar de la verdad, la cadena significativa que resulta inalcanzable si entramos en el juego de este circuito.

El marco teórico del psicoanálisis ayuda a enfrentar la **demanda constante de pautas de actuación** que hacen los padres angustiados. Como decía Françoise Dolto¹ *los padres de nuestros pacientes hacen lo que pueden, como todos los padres. A menudo se confunde el rol ideal de padres con el efectivo de pedagogos o educadores*. No se trata de convertir a los padres en expertos pedagogos, tienen que poder ser padres particulares, evitemos homogeneizar. No hay que dejarse abrumar por esta demanda insistente, generalmente han escuchado ya pautas que no han servido, las pautas generales son eso solamente: recomendaciones generales, que si para este sujeto fueran útiles no hubiera llegado a consulta, las publicaciones pedagógicas divulgativas sobre la crisis de adolescencia, sobre las rabietas de los niños pequeños, sobre el fracaso escolar tienen un público extenso porque los padres contemporáneos buscan en la ciencia (pedagógica) los principios a seguir que en el pasado se buscaban en la tradición o en sus propias experiencias de hijo, en el saber de las generaciones anteriores actualmente cuestionado. A veces es necesario simplemente autorizarles en sus propios criterios, decirles que no tienen que hacer nada diferente salvo hacer con convicción lo que ya hacen sin éxito por hacerlo con dudas, vacilaciones e inconsistencia.

Hacer clínica psicoanalítica es saber trabajar independientemente de lo que se cree saber, esta

actitud paradójica es lo propio del método clínico en psicoanálisis².

Si no cuestionamos el cientifismo pedagógico con la actitud de escucha del caso por caso que el psicoanálisis preconiza terminaremos por ser un instrumento más de la inútil promoción de la adaptación a la vida productiva que, sin embargo, es contestada por la vida pulsional que escapa al exceso normativizante. En un adolescente hay que recomendar hábitos saludables para que recupere el ritmo circadiano de sueño-vigilia evitando el uso de videojuegos por la noche para poder dormir y madrugar para irse a clase cuando a diario pierde la primera hora por su rechazo a levantarse cuando su padre le llama, en otro sin embargo, en un periodo de alivio sintomático de una sintomatología obsesiva con trances obsesivos paralizantes habrá que responderle al padre cuando pide que se le apoye en que el hijo tenga horarios, que está de vacaciones y que es legítimo que algún día pueda acostarse tarde o levantarse pasado el mediodía, para introducir cierto cuestionamiento de la rigidez con la que desde pequeño este padre también obsesivo ha querido dirigir la vida y el tratamiento del paciente ahora adolescente. También decía Dolto *un terapeuta es todo lo contrario de un profesor o de un maestro de buena conducta o al menos, si lo es, lo es indirectamente*³.

Por otro lado el psicoanálisis permite **situar las manifestaciones conductuales contemporáneas**: en la época del imperativo de goce, de la fantasía de llenar la falta con objetos de consumo como si fuera un vacío real lo que hay que llenar. La pulsión, que no se satisface con el objeto, se manifiesta reiteradamente como hiperactividad, agresividad, negativismo... Asistimos a una exhibición de lo real del goce que antes se velaba: los adolescentes que publican en redes sociales fotos de cortes autoinflingidos, conductas de riesgo, actos sexuales, violencia, peleas, abusos (bullying,...) lo que contrasta con un pudor extremo en mostrar el amor, por lo que implica de mostrar la falta.

Unos padres me traen a su hijo que, recién iniciada la adolescencia cambia de carácter, volviéndose hosco y huraño, empieza a manifestar agresividad, conductas disruptivas y pasividad con el trabajo escolar, tras una primer rechazo a hablar

en consulta podrá luego enunciar en consulta que está siendo víctima de abuso y agresión por parte de su exnovia, de 12 años, que le amenaza con denunciarle por violación, que le da celos mostrándose en brazos de otros, que le induce a autolesionarse e incluso a suicidarse y que finalmente le agrede con un cuchillo ante la mirada incrédula de una profesora.

El psicoanálisis permite pensar las **nuevas formas de malestar de la infancia⁴: en las que la angustia no aparece como afecto del niño sino del Otro**: la impulsividad, la hiperactividad, los trastornos de conducta, las adicciones comportamentales, dividen y angustian a padres y maestros, el niño contemporáneo divide al Otro insistiendo en su goce del que no puede prescindir. La impotencia paterna llega a las consultas para hacer gala de esta imposibilidad de decir que no, lo cual lleva a eludir una castración simbólica, esto no ayuda a que el niño ceda algo de goce por la vía de la enunciación y el amor, el dar lo que no se tiene a quien no lo es. Hoy el niño es el falo, el objeto preciado al que es difícil parar, frenar, privar. Uno de los efectos de la caída de la función paterna es la pérdida del sentido y al final para el sujeto enfrentarse con la pérdida de sentido implica angustia, una angustia que concierne al cuerpo por fuera de los efectos de sentido, enfrentando al sujeto al deseo sin corte significativo de un Otro que incita a gozar. Si falla la regulación del goce por la castración encontramos efectos como la confusión de la imagen del cuerpo con lo real, una imagen para la que no opera la función del velo, el velo que es la pantalla que oculta la falta. En lugar de angustia encontramos perturbaciones de este cuerpo-falo como la anorexia-bulimia, la disregulación pulsional, de los afectos, de la alimentación y del sueño, de los ritmos en general, del movimiento y la actividad... La función paterna, la castración, daría apertura al deseo permitiendo la separación del objeto. La función del analista es poner en marcha la cesión de goce.

Reivindicar la función paterna no es añoranza del autoritarismo. El nombre del padre lacaniano es el que dicta la ley, pero es también el que la transgrede cuando hay que hacerlo, en momentos particulares sabe transgredir la ley donde hace falta. Lo que aboca a la disregulación es el automatismo, es cuando la regla funciona sola

(⁵), la función paterna sabe hacer excepciones, y el analista que la reivindica ha de hacer tantas excepciones como niños recibe en consulta, ninguna regla general sirve para cada niño particular, la ley no es la norma pero es el aceite del engranaje del deseo. A lo que el padre dice sí es al deseo, el padre humaniza la ley convirtiendo el deseo en posible. La ley solo tiene interés si se encarna de la buena manera, si se humaniza particularizando el deseo⁶.

La función del padre es una función de freno al goce, pero no solo por la interdicción. Poner freno al goce también es abrirle al sujeto una vía que no sea la del empuje al goce mortal, autorizar una relación fiable con el goce, diferente al empuje hedonista contemporáneo, que puede tener una cara mortal como la que se constata en las adicciones⁷.

Finalmente, el Psicoanálisis permite pensar los **síntomas como vías de solución que el sujeto ha construido** para salir airoso de conflictos subjetivos difícilmente solventables: no hay que tender por tanto a liquidarlos sin antes haber explorado con el sujeto alternativas. Esto es muy claro en la anorexia, para la que el acceso a la feminidad plantea una serie de preguntas a la niña que resuelve por la vía de hacerse una imagen como la otra, la modelo, la amiga, la madre... hemos de cuidar la vía del sujeto: La potencia de la teoría lacaniana permite no juzgar a la anoréxica por su conducta alimentaria sino plantear la lógica del significativo del deseo y la economía del goce⁸.

En nuestro equipo la enfermera supervisa el mantenimiento del peso, la dieta para no engordar... pero paralelamente se trabaja la cuestión subjetiva en la base de la decisión de adelgazamiento para encontrar vías alternativas a la pregunta por la feminidad.

Di Ciaccia da la consigna de No juzgar al loco en términos de déficit ni de disociación de funciones⁹.

No debemos tratar las elaboraciones sintomáticas o producciones como déficit. El sujeto es víctima de un déficit, pero es dueño de su defensa. Así la manera de trabajar con el autismo o la psicosis cambia radicalmente si los entendemos como modos defensivos ante un Otro que por las circunstancias que sean (prematuridad, enfermedad neurológica, contexto abandonico,

depresión materna...) es vivido como invasivo o amenazante. El uso de la fantasía por el niño psicótico es otra manera de eludir o vadear el agujero forclusivo en la red de significantes que lo sostienen, como Pedro, que solo a través de un muñeco Batman que siempre llevaba consigo podía hablar con los semejantes. El sujeto psicótico no dispone del Nombre del padre, entonces ¿cómo hacer lazo social? va a tener que inventar algo que cumpla esa función, algo que pueda mantener ensamblados los tres registros de la experiencia subjetiva: Real, Simbólico e Imaginario y que le permita sostener un lazo social. Si a Pedro le impedimos hablar a través de Batman, se corta la posibilidad de cualquier lazo con el otro. Hay que facilitar pues esa invención de un nombre del padre (*Sinthome*), los niños psicóticos no tienen buenas soluciones para inscribirse en el lazo social, pero debemos pensarnos mucho el atacar esas soluciones encontradas a veces con mucho esfuerzo.

La pregunta es cómo civilizar el síntoma de los niños para que pueda servir mejor a esta función de hacer lazo, cómo respetar el síntoma de los niños a la vez que permitirles un espacio de invención para tratar el goce nocivo que les invade¹⁰.

El síntoma, aunque sea desadaptativo, una manifestación patológica en el sentido de malestar, es una solución subjetiva para tratar el goce, por eso el análisis ha de operar con el síntoma. El síntoma en análisis se debe tratar para hacerlo

más eficaz y no para eliminarlo, hay que pasar de su vertiente disfuncional a su aspecto reparador, de localización de un goce posible para el sujeto. Adrián, con una psicosis infantil que le impedía parar quieto, con una impulsividad que le hacía dar volteretas y saltos durante las sesiones del grupo de niños mientras los demás ordenaban un role playing, cuyo lenguaje idiosincrático le diferenciaba de los chicos de su edad, se hace un atleta de competición acotando su motricidad desbocada, en vallas, altura, longitud, metros lisos... dándole unas coordenadas simbólicas que nunca halló en el vínculo de discurso. No se trata en este caso de descifrar el síntoma, sino de saber hacer con él, darle un uso al goce que sea compatible con el sujeto y el lazo.¹¹ El goce en la psicosis, en vez de localizarse por la operación simbólica, al no existir el significante que ordena y rige el orden simbólico, se desborda, por eso la invención de un *sinthome* es más vital que en la neurosis.

El tratamiento de la psicosis por vía de la neoformación simbólica que supone la creación de la metáfora delirante no sirve a los sujetos que rechazan tratar el goce por la significación, y no es accesible a aquellos sujetos en que el goce retorna en el cuerpo siendo la elaboración delirante escasa o inexistente como en la mayoría de psicosis desencadenadas en la infancia en las que encontramos más otros fenómenos como la confusión fantasía/realidad, los fenómenos de lenguaje, o en el cuerpo.

Contacto

Eva Rivas Cambroneró • evarivascambroneró@gmail.com
C/ Mateo López 2, piso 2 A - escalera izda. • 28007 Madrid

Referencias

1. Wikipedia, Psicoanálisis.
2. de Halleux B (2014). *Novedades sobre la Práctica entre varios*, en Cocoz V La Práctica Lacaniana en Instituciones I Otra manera de trabajar con niños y jóvenes, Grama Ediciones, pág. 89.
3. Cosenza D (2013). El muro de la anorexia Madrid Editorial Gredos pág. 33.
4. Diatkine R, Ferreiro E, García Reinoso, Levoboci S y Volnovich (2006). Problemas de la Interpretación en Psicoanálisis de Niños. Gedisa, pág. 9.
5. Peusner P (2008). El Niño y el Otro letra Viva, pág. 29.

6. Peusner P (2008). El Niño y el Otro, letra Viva, pág. 11.
7. Dolto F (1987). El Trabajo Psicoterapéutico. Gedisa, pág. 9,
8. Ansermet F (2014). Reconfiguraciones Contemporáneas sobre el Autismo, en Cocoz V, La práctica lacaniana en instituciones II, pág. 280.
9. Dolto F (1987). El trabajo psicoterapéutico. Gedisa, pág. 93.
10. Cazenave L (2007). En el camino del sinthome: La dirección de la cura en la psicosis de la infancia, en Golber S y Stoisa E, Psicoanálisis con niños y adolescentes lo que aporta la enseñanza de Lacan. Buenos Aires, Grama Ediciones, pág. 96.
11. Caroz G (2017). Conferencia en el ciclo madrileño *La Práctica lacaniana en Instituciones*, en Cocoz V La Práctica lacaniana en instituciones II Soluciones, Invenciones. Buenos Aires, Grama Ediciones, pág. 86.
12. Laurent E, Las nuevas inscripciones del sufrimiento en el niño, en Golber S Stoina E, Psicoanálisis con niños y adolescentes. Lo que aporta la enseñanza de Lacan. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2007, pág. 45.
13. Cosenza D, El muro de la anorexia. Madrid, Editorial Gredos 2013, pág. 122.
14. Ciaccia A, citado por Halleux B, *Novedades sobre la práctica entre varios*, en Cocoz V. *La práctica lacaniana en instituciones*. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2014, pág. 70.
15. Seynaheve B, El padre del cual uno se sirve, en Cocoz V La Practica Lacaniana en Instituciones. Otra manera de trabajar con niños y jóvenes, Buenos Aires, Grama Ediciones 2014, pág. 149.
16. Cazenave L (2007). En el camino del sinthome: La dirección de la cura en la psicosis de la infancia, en Golber S y Stoisa E, Psicoanálisis con niños y adolescentes lo que aporta la enseñanza de lacan, Buenos Aires Grama Ediciones, pág. 99.

• Recibido: 25/11/17.

• Aceptado: 5/12/2017.