



EL NIÑO
RETARDADO
Y SU MADRE

Maud Mannoni

Psicóloga Psicológica Profunda



Título original: *L'enfant arriéré et sa mère*
La edición francesa de este libro fue publicada en
Le champ freudien, colección dirigida por Jacques Lacan
© Edition du Seuil, 1964
ISBN 2-02-002751

Traducción de Rubén Núñez

2^a reimpresión, 1992

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina
Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© Copyright de todas las ediciones en castellano

Editorial Paidós SAICF
Defensa 599, Buenos Aires
Ediciones Paidós Ibérica SA
Mariano Cubí 92, Barcelona
Editorial Paidós Mexicana SA
Rubén Darío 118, México D.F.

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso por fotocopia, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

INDICE

- PREFACIO**, por *Colette Audry*, 9
INTRODUCCION, 13 ,
Nota técnica, 17
- I. El trastorno orgánico**, 19
A. Descripción fenomenológica, 19
B. Enfoque analítico del problema, 22
- II. La insuficiencia mental**, 26
A. El débil mental simple, 29
B. Secuelas de encefalitis, traumatismos..., 40
C. Niños de estructura psicótica, 43
- III. La contratransferencia**, 47
- IV. La relación fantasmática del niño con su madre**, 53
- V. El lugar de la angustia en el tratamiento del débil mental**, 61
A. La angustia en el tratamiento, 61
B. La angustia en la interrupción del tratamiento, 63
C. La angustia en la curación, 64
- VI. El problema de la resistencia en el psicoanálisis de los niños retardados**, 69
A. Una resistencia parental, 70
B. Resistencia e interrupción del tratamiento, 72
C. Recibir el mensaje de los padres, 76
- VII. El problema escolar**, 81

VIII. Experiencia en consultorio externo médico-pedagógico. Historias de casos, 90

A. Anamnesis, 91

B. Conclusiones, 103

IX. Las etapas de una reflexión sobre el retardo, 107

APENDICES

I. Psicoanálisis y reeducación, 116

II. Efectos de una reeducación en un niño neurótico, 132

CONCLUSION PRACTICA, 153

PREFACIO

Este libro atrae al lector por sus relatos conturbadores. No es, por lo mismo, una obra fácil.

Vivimos en medio de nociones psicológicas, éticas y pedagógicas que se nos pegan, aun cuando hayan dejado de satisfacernos, total o parcialmente. Renunciar a ellas exigiría un trabajo considerable. Más grave aún: presentimos que tal esfuerzo equivaldría a despojarnos de nosotros mismos para saltar hacia lo desconocido.

Con ese bagaje hereditario de nuestras literaturas, de la historia humana, tal como es habitualmente relatada, de lecciones de moral y de religión, de los manuales de filosofía, han venido a amalgamarse hoy en día algunos términos freudianos. Los usamos de ordinario para designar ciertas zonas oscuras y para probarnos que conocemos la importancia del pasado infantil en nuestro propio desarrollo y de las pulsiones sexuales entre las fuerzas que mueven al mundo. Decretamos, pues, que un adolescente es tímido o perezoso "porque tiene complejos", tonto o agresivo "porque ha sido traumatizado". Esto viene a deslizar una fina capa verbal suplementaria y totalmente superflua entre nuestras exiguas explicaciones y nuestra ignorancia. No hemos comenzado aún a contemplarnos con la óptica freudiana, ni tan siquiera aquellos de nosotros que manejamos las obras psicoanalíticas. ¿Qué hay de común, pensamos, entre el "Hombre de los Lobos" y nosotros mismos? Al salir de esas lecturas que nos sustraen por un momento de lo cotidiano —verdaderos *westerns* de la psicología— volvemos a sumergirnos en nuestro universo estructurado y recomenzamos el juego con los demás y con nosotros mismos según las normas y las motivaciones de las que siempre nos hemos servido.

Ahora bien, el estudio de Maud Mannoni exige de nosotros el coraje de reconocernos y de comprometernos. Porque, para captar la significa-

ción de esas relaciones tan "naturales" y tan increíbles entre padres e hijos es preciso constreñirse a reencontrar tal recuerdo, tal conducta de un pasado infinitamente alejado; a resucitar cierto sueño entremezclado con la vida, cierta visión pueril cuya realidad nos resulta de dudosa decisión, ciertas impresiones de delirio durante un sarampión infantil; todas ellas experiencias casi inenunciables porque se situaron más allá de la palabra, sea en una época o en momentos en que no podíamos acceder al lenguaje, cuando sólo nuestro cuerpo les decía a los otros y a nosotros mismos lo que había que decir. Si acometemos el esfuerzo requerido, si logramos recordar *cómo sucedía aquello* en esos momentos, sólo entonces podremos volver a recorrer al tanteo el camino de nuestra común formación y sabremos que a través de esas aventuras "anormales" se trata siempre de nosotros mismos.

Tan sólo así podremos recoger el verdadero fruto de las investigaciones y las observaciones de la autora; es decir, entrever lo que deberían ser las relaciones correctas entre adultos y niños.

Médicos, pedagogos o simplemente padres, nos creemos convencidos de que los niños son seres humanos; sin embargo, no cesamos de tratarlos como cosas, con el pretexto de que su humanidad es algo del mañana. No cesamos de someterlos a juicios de la realidad que, de diversas formas, constituyen otros tantos veredictos aplastantes. Diagnósticos, medidas del cociente intelectual, elección de métodos de reeducación, nuestros esfuerzos por comprender y ayudar al niño débil mental comportan a menudo el riesgo de fijarlo a su enfermedad. Prueba de ello es que esas apreciaciones y esas mediciones son más de una vez desmentidas por la evolución del enfermo. Algún niño con cociente intelectual muy bajo terminará por desenvolverse mejor que otro que roza el término medio. La propia noción de debilidad mental vacila; es el momento en que se habla de falsos y verdaderos débiles. Maud Mannoni, que lo creyó durante un tiempo, nos enseña cómo debió abandonar esa diferenciación.

Esto no significa, por lo demás, que "la estimulación", el sistema que consiste en hacer "tomar confianza" al niño, tal como lo practicamos, valga mucho más. Porque el niño descubre la intención del adulto y adivina la duda tras el elogio simulado; descubre otra forma de encierro y su angustia no queda mitigada.

¿Es preciso, pues renunciar a todos nuestros medios de aproximación, a nuestros remedios y nuestros instrumentos? No, sin duda, con la condición de no asignarles más valor que el que en verdad tienen; a condición de no maniatar al niño por su utilización. Con la condición de proporcionar siempre, a través de ellos, suficiente juego para abrir paso a la libertad del *sujeto* cuando ésta despierte y quiera tomar vuelo.

La madre no termina jamás de batirse por su niño retardado. Cuando en torno de ella todos desesperan, es la única en proseguir las consultas, en exigir nuevos diagnósticos, nuevas investigaciones, nuevos tratamientos. La resignación le resulta imposible. Milagro de amor materno, pen-

samos; sublime ceguera. Esa madre lucha por otro ser como si se tratara de su propia existencia.

Sucede de pronto que interrumpe una psicoterapia bien encaminada; que se sumerge ella misma en la enfermedad a medida que resucita el espíritu de su hijo; que se lanza al suicidio en la víspera de la curación. ¿No estaba pronta, entonces, a salvar a su niño a cualquier precio?

No a cualquier precio, sin duda. Pues era en verdad por su propia existencia que luchaba; y esto no es ninguna metáfora. O, más bien, la vida misma es metáfora. Y descubrimos que la existencia de la madre englobaba también el retardo del niño; que la enfermedad del niño servía asimismo para proteger a la madre contra su angustia profunda. Que al luchar por él —para curarlo sin curarlo— luchaba también por ella misma, a riesgo de terminar por luchar también *contra él*, en nombre de esa parte enferma de éste que es ella misma y cuya desaparición no puede soportar.

El amor materno es uno de los tabúes de nuestra civilización. Pero el ser humano no alcanzará la plena humanidad hasta el día en que el verdadero rostro de cada tabú aparezca a plena luz. Maud Mannoni nos revela las frustraciones, los sentimientos de un paraíso perdido, los infortunios —ellos mismos infantiles— que conforman por adelantado el sentimiento que une a la madre, desde su embarazo, con el ser que saldrá de ella. Descubrimos el papel que puede desempeñar en una familia la enfermedad de un niño; lo que va a representar para todo un grupo, de tal modo que se hace imposible discernir, en el meollo de esta totalidad, la lesión orgánica original y saber dónde comienza la enfermedad del niño y dónde termina la neurosis de los padres.

Toda madre —todo padre también— debería meditar este libro. Porque el drama de un niño ha comenzado, a veces, veinte años, cuarenta años antes de su nacimiento. Los protagonistas han sido los padres; incluso los abuelos. Tal es la encarnación moderna del destino.

¿Cuál será, en ese drama, el papel del psicoanalista, tan mal conocido, tan mal comprendido?

Ni hechicero ni hipnotizador, como se querría obligarlo a ser muy a menudo; sea con la esperanza del milagro, sea para aniquilarlo mejor.

Pero tampoco médico, ni pedagogo, ni confesor ni tampoco reformador social, funciones todas a las cuales se querría reducirlo, pero que debe cuidarse de asumir si pretende llevar su tarea a buen término.

El es quien desata los hilos del destino, haciendo acceder a la palabra el universo imaginario que obsesiona a su pequeño enfermo. Es quien desobstruye los caminos de la libertad.

Este papel no es, por cierto, fácil.

Colette Audry

A la memoria de mi padre

- Tía, dime algo; tengo miedo porque está muy oscuro.
- ¿De qué te serviría, ya que no puedes verme?
- Eso no importa: apenas alguien habla, se hace la luz.

Sigmund Freud, *Tres ensayos sobre una teoría sexual*.

INTRODUCCION

El siguiente estudio trata de ubicarse en el sentido de la más auténtica tradición freudiana, en la medida en que ésta, a través de la terminología biológica de la época, nos ha revelado sobre todo la importancia de la historia subjetiva para la constitución y la comprensión de los trastornos psicológicos.

Jacques Lacan nos ha enseñado, tiempo atrás, que en una cura psicoanalítica, se trate de una neurosis o una psicosis, el sujeto es, ante todo, un ser que dialoga y no un organismo. Fue para informar acerca de hechos neuróticos y psicóticos que Lacan llegó a demostrar de qué manera los textos de Freud, incluso los más antiguos, implican un inconsciente estructurado como un discurso, del que deriva todo el simbolismo relacionado con el nacimiento, con los parientes, con el propio cuerpo, la vida y la muerte. Pero no es éste el lugar para exponer esas consideraciones teóricas.

Este libro podría ser contemplado como la extensión de esta orientación a un tercer campo hasta ahora descuidado: el de los retardados mentales, dominio en el que no se podía asegurar que fuera aplicable el mismo método hasta no haber intentado su utilización.

Si bien la obra de Freud se orientó en la dirección, hasta entonces inexplorada, de la palabra, la creencia en la naturaleza orgánica de ciertas afecciones continúa sin embargo influyéndonos en forma ambigua: en teoría, un mejor conocimiento de los factores orgánicos debería simplificar y reforzar nuestros medios de acción; pero de hecho, muy a menudo la creencia inicial en el carácter determinante de los factores orgánicos no nos satisface como excusa por nuestra impotencia.

Uno de los dominios donde la cuestión merece ser examinada sin preconceptos es el de los niños anormales; ya se trate de la entrada cir-

cunstantial de un niño anormal en una familia que no lo es en absoluto, o de niños de quienes puede decirse que es su destino familiar el que los impulsa en el sentido de la anormalidad. Cuando se los ve de cerca, los problemas reales son menos simples de lo imaginable; y si puede parecer paradójal tratar a la vez, como lo he hecho, reacciones de la madre llamada normal y reacciones de la madre patógena, en presencia de un niño a quien un accidente ha vuelto anormal y en presencia de niños simplemente retrasados o débiles mentales sin ningún terreno orgánico comprobado, la explicación es bien simple: me propongo abarcar en su conjunto la variedad de las reacciones fantasmáticas de la maternidad.

Cualquiera sea la madre, la llegada de un niño no corresponde jamás exactamente a lo que ella espera. Después de la experiencia del embarazo y el parto, debería llegar la compensación que hiciera de ella una madre feliz. Pero la ausencia de esa compensación produce efectos que merecen ser considerados, aunque más no sea porque nos introducen en otro orden de problemas aun más importantes. Porque puede ocurrir que sean las fantasías de la madre las que orientan al niño hacia su destino.

Aun en los casos en que se halla en juego un factor orgánico, ese niño no tiene que afrontar tan sólo una dificultad innata, sino también la forma en que su madre utiliza ese defecto en un mundo fantasmático, que termina por ser común a ambos.

Después de quince años de estudio de esos niños, considerados a menudo como no tratables, he llegado a cuestionar la propia noción de debilidad mental. Para definir esta noción no basta recurrir a la de déficit intelectual.

Yo comencé mi trabajo sin ningún juicio preconcebido y los primeros éxitos me orientaron hacia la distinción entre una "verdadera" y una "falsa" debilidad. En la actualidad, ya no sé más qué puede significar esta distinción.

He sido inducida a tomar otra dirección, distinta por completo. A buscar, de entrada, el sentido que puede tener un débil mental para la familia, en especial para la madre; a comprender que el niño asigna él mismo, en forma inconsciente, a la debilidad, un sentido impuesto por aquel que le dan sus padres. Pienso que he descubierto un abordaje psicoanalítico que abre posibilidades de éxito y de desarrollo.

Esta obra es el resultado de largos años de clínica. No la hubiera podido llevar a cabo sin Nyssen y Ernest De Craene (Bruselas), que me iniciaron en la psiquiatría y en la criminología; sin Dellaert (Anvers), Sylvain Decoster y Drabs (Bruselas), que, en mis comienzos, me abrieron generosamente sus servicios; sin la Société Belge de Psychanalyse, donde me formé; sin Schlumberger, Leuba y Lagache, de París. Debo a Françoise Dolto haber podido beneficiarme con su enorme experiencia; la jus-

teza de su sentido clínico en psicoanálisis fue decisiva en la orientación de mis trabajos.

Hago llegar mis agradecimientos a todos los miembros de la Société Française de Psychanalyse, a quienes debo la posibilidad de hacer este trabajo.

Mi reconocimiento a Colette Audry y a mi marido por sus consejos durante la redacción de esta obra.

Este libro, en fin, no podría haber sido escrito sin Jacques Lacan, quien me ha alentado a plantearme interrogantes más bien que a adelantar las respuestas.

NOTA TECNICA

En el curso de este libro, los términos *psicoterapia* y *psicoanálisis* serán empleados alternativamente. Importa subrayar desde el comienzo que no se trata de una diferencia esencial; que en realidad son dos formas de psicoanálisis propiamente dicho (se trata de diferencias de posición, sentada o acostada, y de un ritmo de sesiones más espaciado).

Esta cuestión de terminología debe ser revista, en momentos en que, en ciertos ambientes psicoanalíticos, el término *psicoterapia* es opuesto al de *psicoanálisis* (se trata entonces de una psicoterapia de apoyo o de sugestión o tan sólo de una ayuda afectiva, como todo psiquiatra o pediatra puede ser llevado a proporcionar). Como lo destacó Held en el Congreso de Lenguas Romances (París, 1963), a partir de ahí intervienen toda una serie de factores para distinguir netamente, y hasta oponer, el espíritu de la psicoterapia y el del psicoanálisis (en especial por la ausencia comprobada de neurosis de transferencia y la reducción en el tiempo de duración del tratamiento).

Cuando empleo el término *psicoterapia*, se trata siempre de una pura captación psicoanalítica del caso (con posibilidad de una neurosis de transferencia). Que quede bien claro para el lector que mi posición es siempre estrictamente psicoanalítica y que, por lo mismo, estoy en desacuerdo con la extensión reeducativa dada en ciertos medios analíticos al espíritu de la psicoterapia llamada analítica, cuando ésta se aleja, en la conducción del tratamiento, del rigor analítico indispensable.

En cuanto a la duración de una psicoterapia, he abordado esta cuestión en el capítulo V. Si es verdad que, en psicoterapia, se acepta más fácilmente la interrupción del tratamiento motivada por la sola desaparición de los síntomas; si es un hecho que, en los niños, la intervención de un psicoanalista en ciertos momentos de una crisis puede resolverla

“como por arte de magia”, y si ciertos tratamientos psicoanalíticos pueden ser asombrosos por su brevedad, no es menos cierto que se trata aquí de nociones que es preciso rever en el plano teórico.

El cuestionamiento de mis propios “tratamientos cortos” me ha conducido a una prudente reserva: una duración media del tratamiento parece indispensable, cualquiera sea el número de sesiones semanales. Si la *extensión* del tratamiento es demasiado abreviada *en el tiempo*, se corre el riesgo de dejar al sujeto, a posteriori, pugnando con otra forma de neurosis. He tratado de abordar esta cuestión en el capítulo VI.

Deseo subrayar que no estoy de acuerdo con las diferencias que establecen algunos, en oportunidad del diagnóstico, entre las indicaciones de tratamientos cortos, de sostén y las indicaciones de tratamientos psicoanalíticos, largos. Esto, es claro, cuando se trata de una psicoanalista; porque es evidente que todo médico es llevado a veces a hacer alguna forma de “psicoterapia” de tipo corto.

Si el caso de un sujeto plantea sesiones psicoanalíticas, desde el punto de vista de la *técnica*, la mejor actitud para el psicoanalista es no tener una idea preconcebida sobre la duración (de lo contrario, corre el riesgo de errores idénticos a los denunciados a lo largo de todo este libro y por los cuales un niño, etiquetado como débil mental, queda marcado para el desempeño de ese rol). La perspectiva del tratamiento corto o largo entraña el peligro de fijar asimismo al psicoanalista en un papel y tener una influencia inoportuna sobre sus actitudes contratransferenciales. Si es verdad que, de hecho, tenemos tendencia a “largar pronto” a cierta categoría de niños, se trata de una cuestión que merece ser revisada y repensada en el plano teórico. Este problema es de gran importancia, pero no tiene nada que ver con la diferencia establecida por algunos entre psicoanálisis y psicoterapia.

CAPITULO I

EL TRASTORNO ORGANICO

A. DESCRIPCION FENOMENOLOGICA

Examinaré aquí el caso de niños retardados graves o mongólicos, cuya organicidad, desde el comienzo, va a acentuar el carácter fatal de la enfermedad, que lleva a los médicos a plantear muy pronto un diagnóstico definitivo.

Mi estudio es, por fuerza, parcial, porque no abarca más que los casos en que los padres han sido llevados a consultar a un psicoanalista; no se trata de un estudio general del problema, sino de un examen muy limitado de padres puestos en dificultades por la llegada de un hijo enfermo, llamado desde el comienzo irrecuperable y, por lo tanto, en camino de ser un día huésped de un asilo.

Los padres tratarán de hacer revisar cien veces el diagnóstico (es decir, la afirmación del carácter casi irrecuperable de la enfermedad); de tal modo, desde su nacimiento, el bebé se convertirá en concurrente asiduo de los consultorios médicos.

La madre es quien emprenderá contra la inercia o la indiferencia social una larga batalla cuya meta es la salud de su niño desahuciado, salud que ella reivindica, manteniendo una moral de hierro en medio de la hostilidad o del desaliento.

Si el padre está vencido, resignado, si es ciego o inconsciente del verdadero drama que se desarrolla, ella, la madre, es muy a menudo de una terrible lucidez. Hecha para dar la vida, está hasta tal punto sensibilizada frente a cuanto amenaza esa vida surgida de ella, que puede incluso

sentirse dueña de la muerte cuando el ser que ella ha traído al mundo le hace imposible toda proyección humana.¹

La relación amorosa madre-hijo tendrá siempre, en ese caso, un trasfondo de muerte, de muerte negada, disfrazada, la mayor parte del tiempo de amor sublime; a veces de indiferencia patológica; en ocasiones, de rechazo consciente; pero las ideas de muerte están, en verdad, ahí, aunque todas las madres no puedan tomar conciencia de ello.

La aceptación de ese hecho está, por lo demás, ligada, la mayor parte del tiempo, a un deseo de suicidio; ello es tan cierto que se trata aquí, concretada en forma ejemplar, de una situación en la que madre e hijo no son más que uno. Toda ocasión en que se desprecia al niño es recibida por la madre como un ataque a su propia persona. Todo desahucio del niño significa para ella su propia condena de muerte. Si decide vivir, será preciso que lo haga en oposición al cuerpo médico, con la muy frecuente complicidad callada del marido, impotente ante un drama que jamás lo afectará de la misma manera.

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

¿La curación de su niño?

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

¿Un diagnóstico?

Ha sido formulado ya múltiples veces por eminentes especialistas.

¿La verdad, entonces?

Pero, ¿qué verdad, ya que sólo la madre *sabe*?

¿Qué sabe ella, exactamente?

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

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

La señora B. sabe que su hijo es mongólico desde su nacimiento. Sólo que ella no *oye* las palabras del partero. Cuando el niño tiene tres meses, un pediatra confirma ese diagnóstico. Esta vez, la madre lo entiende y rechaza los exámenes orgánicos que permitirían establecer el diagnóstico en forma irrevocable.

“¿De qué sirve lo que me piden? A un ser anormal se le mata; no se

¹ ¿Por qué? Porque, digámoslo desde ya, la enfermedad de un niño afecta a la madre en un plano narcisista: hay una pérdida brusca de toda señal de identificación y, como corolario, la posibilidad de conductas impulsivas. Se trata de un pániculo ante una imagen de sí que ya no se puede reconocer ni amar.

le puede dejar vivir. No es el grito de una madre —agrega— sino una rebelión metafísica.”

Esta madre ha elegido no saber, al precio de una agorafobia que apareció el día en que se planteó con nitidez el problema de la muerte de su niño y de su propio suicidio.

Este niño se halla, a los dieciocho meses, en un estado de estupor fóbico, que paraliza un desarrollo de por sí perturbado. A la anorexia sucede el negativismo motor (aunque técnicamente haya adquirido la marcha). Para *Pedro*, la única manera de no dejarse arrastrar a los deseos de muerte de la madre es ser negativo. En esta oposición encuentra el apoyo del padre, quien puede así reconocer en su hijo una “virilidad”.

Julia es una hermosa niña de ocho años, condenada desde su nacimiento por tres profesores. “Es una mongólica; no hay ninguna esperanza de que camine.”

A los dos años y medio es tratada por un especialista alemán, que declara que la niña tiene las siete vértebras cervicales bloqueadas. Algunos días después la niña camina y sus tics desaparecen.

Comienza luego para la madre la batalla de la educación: de ahí en más quiere que esa niña, que le debe el no ser una enferma, sea además instruida. Pero el contexto fóbico es tal que, sin la madre, *Julia* se siente perdida. ¿Eso es todo, en verdad? Examinó a la niña sola, pese a la oposición de la madre. ¿Qué va a suceder?

Por el lado de la niña, un desarrollo contenido (desarrollo que se manifiesta en diversos malestares somáticos); pero por parte de la madre un pánico que la hace irrumpir tres veces en el consultorio *para ver si Julia está todavía* (es decir, si *Julia* está todavía viva).

En casos análogos, las tentativas de psicoterapia son por lo común rechazadas, porque la madre no puede admitir sin gran dificultad la intrusión de un tercero: es preciso que el niño escape de alguna manera a la ley del padre. Es la madre sola quien le asignará su lugar. La ronda de los médicos continuará, pero ahora se tratará, tan sólo, de hallar una causa orgánica “curable”.

Tal es, asimismo, la situación de *Liliana*, de catorce años, C.I. 49, anoréxica desde el nacimiento. La madre rechaza la prueba de psicoterapia que se le propone y opta por dejar a la niña encerrada en una habitación mientras trabaja en la fábrica, antes que confiarla a una extraña. De todos modos, no renuncia a otros exámenes, buscando el factor responsable del estado de la niña en un trastorno orgánico endocrino.

En todos estos casos, los padres no se sienten con el derecho a ser tratados como interlocutores válidos. “Un niño enfermo —me decía uno de ellos— es asunto de la mujer.” Y cuando, por excepción, el padre se siente involucrado, no es raro que reaccione con episodios depresivos o persecutorios. Entonces interviene para interrumpir una psicoterapia en marcha, porque sabe que “todo está perdido”, “está hasta la coronilla de médicos que lo explotan”, etcétera.

Si el padre acepta con serenidad la enfermedad de su hijo, es casi

siempre al precio de una enorme culpabilidad: como hombre, como padre, es siempre en alguna medida un fracasado. La madre se siente hasta tal punto comprometida con su niño que le es difícil renunciar. Su rol está marcado: volcará lo esencial de su dinamismo en los instintos de vida y muerte; reivindicativa, rebelde, será sublime en su abnegación, intransigente si se trata de matar y guardiana de una fortaleza si se intenta una psicoterapia. Tendrá conciencia de su papel de madre hasta en el rechazo del derecho de su hijo "en peligro" a devenir un sujeto autónomo. Identificándose con los hombres de su prole, hallará en la desgracia una fuerza sobrehumana, no agotada jamás.

B. ENFOQUE ANALITICO DEL PROBLEMA

¿Qué es, para la madre, el nacimiento de un niño? En la medida de lo que desea durante el curso de su embarazo es, ante todo, la revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos: un sueño encargado de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona "real" del niño. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar.

Si ese niño, cargado así de todos sus sueños perdidos, llega *enfermo*, ¿qué será de él? La irrupción en la realidad de una imagen del cuerpo enfermo va a causar en la madre un shock: en el instante en que, en el plano fantasmático, un vacío era llenado por un niño imaginario, surge el ser real que, por su enfermedad, no sólo va a despertar los traumas y las insatisfacciones anteriores, sino que impedirá más adelante, en el plano simbólico, que la madre pueda resolver su propio problema de castración. Porque ese verdadero acceder a la femineidad debe pasar ineluctablemente por la renuncia al niño fetiche, que no es otro que el niño imaginario del Edipo.

En revancha, vemos que en la realidad se concreta cierta situación fantasmática: se le da ese niño como un objeto para cuidar, fuera de la influencia del marido; y bien a menudo hallará la fuerza para criarlo remitiéndose a su propio padre (y no a su madre).

Esta situación, que para un niño normal sería neurotizante, por satisfacer un deseo materno de tipo histérico, es considerada, en el terreno real, como adecuada al bienestar del niño: ¿no es sobre la madre que se revierte, como muy natural, el cuidado de gestar eternamente a su hijo deficiente? ¿No está ahí, precisamente, en ese niño que se le va a dejar,

la verdadera dimensión del drama? Es en otro lado, es decir, en ella misma, que la madre va a sentir, por consiguiente, la inseguridad de ser.²

Cada mujer, ante la falta de las señales de identificación de su niño enfermo, va a vivir su angustia³ en función de aquello que la ha marcado en su historia; es decir, en función de su propia castración oral, anal, fálica. Cada madre vivirá así, según su propio estilo, un drama real que siempre hace eco a una experiencia vivida con anterioridad en el plano fantasmático y de la cual ha salido de algún modo marcada.

"Yo estaba segura —me dice la señora B.— de que el parto iba a ser algo terrible; mi partero tenía la mano mutilada".

"Quería ser una buena madre —me decía otra— y ensayaba, en mi imaginación, sentirme como mi bisabuela". Esta mujer, en efecto, no había podido hallar en su madre ni en su abuela señales de identificación válidas.

La llegada de un niño enfermo al hogar de una mujer que ha mantenido *malas relaciones con su propia madre*, puede llegar a despertar conflictos neuróticos compensados por el casamiento. Se presenta angustia y, a veces, reacciones fóbicas.

Por el contrario, si la mujer ha permanecido *muy appegada a su propio padre*, el niño va a encontrar un lugar definido en la familia. Será a menudo el preferido; aquel a quien, en la fantasía materna los otros hermanos y hermanas tendrán que servir hasta su muerte.®

Está visto que el niño enfermo es rara vez incorporado a una situación verdaderamente triangular. Pero hay casos en que es *el padre* quien se preocupa por el niño; se trata entonces, la mayor parte de las veces, de una identificación con su propia madre. En tanto que custodio de la ley, el padre no puede sino sentirse perplejo ante un niño que, desde el comienzo, está destinado a vivir fuera de todas las reglas.

Si se trata, en fin, de una *madre llamada normal*, la llegada de un niño enfermo no puede no tener incidencia sobre ella. En efecto, en res-

² La ausencia de diálogo, una situación a dos en una soledad total, es reponsable de la angustia y de la depresión de esas madres que, a los ojos del mundo, "aguantan admirablemente el golpe". Esta angustia que no pueden dar a compartir es pesada para soportar. Por ello es que hay un momento, en la historia del niño enfermo, en que más allá de su problema es el de la madre que se plantea agudamente.

³ Angustia y castración: "Lo propio de la angustia —declara Aulagnier— es que no se la nombra para nada. Decir que se está angustiado es haber tomado distancia como para reconocer la angustia. Hablar de castración es una metáfora. Nosotros vemos la angustia, o el síntoma. ¿La castración? Es lo que aparece bajo la forma de angustia cuando el Otro no reconoce más al sujeto como objeto de deseo (paralelamente a la absorción de la leche, hay absorción de una relación fantasmática, deseos de uno y del otro)... El fantasma fundamental se da cuando el sujeto ya no puede orientarse frente al deseo del otro. La angustia surge en torno de lo que no se puede nombrar: transformarse en un objeto cuyos signos ya no son decifrables. Al decir oral, anal, fálico, se definen los signos con los que el yo se recubre para reconocerse".

puesta a la demanda del niño, deberá proseguir, de alguna forma, una gestación eterna (que llena un deseo en el plano de la fantasía inconsciente). Dicha madre va a dejar a ese niño, que no puede liberarse de ella por agresividad, en un estado a-dinámico, como el pájaro empollando un huevo que jamás podrá abrirse. Tales madres terminan por quedar marcadas por la prueba y adquieren un aspecto esquizoide, a fuerza de comportarse también ellas, en respuesta a la criatura, de manera a-tónica, a-dinámica.

Nos hallamos aquí en una situación dual. En el interior mismo del retraso mental se halla un abanico de diversas reacciones perversas (hasta llamadas fondo orgánico perverso), psicóticas, fóbicas, que hacen evidentemente pareja con determinada forma de relación madre-niño, ya que la madre responde a la demanda del niño con sus propias fantasías. Pero hay otro factor que no se debe subestimar: es la forma en que el niño va a modelar él mismo a su madre, aun si es normal, e inducirle a adoptar, con respecto a él, un tipo de vínculos sado-masoquistas. La madre ha vivido ese vínculo en un plano fantasmático, en un momento de su historia y le recuerda algo muy primitivo, muy fugaz, experimentado a veces con una muñeca fetiche de ella misma; se trata de algo que tiene un carácter destructor y difícilmente ubicable en una relación con el Otro; sería aun más exacto decir difícilmente confesable. El niño va a despertar algo semejante, que en la madre no fue jamás simbolizado.⁴

El estado de estupor del niño reclama la educación llamada de adquisición de automatismos. El niño está, por supuesto, *alienado como sujeto autónomo*, para devenir objeto a cuidar. En el caso del niño a-dinámico, madre e hijo se dejan estar en una vida vegetativa, en la que no hay sitio para el esfuerzo, mientras la vida continúa. La madre, entretanto, acepta ser parasitada, o más bien habitada por un ser que sólo existe en un cuerpo parcelado.⁵

⁴ No simbolizado: que no puede ser traducido en palabras, por no entrar ni en el orden de la ley ni en el orden de la cultura.

Se trata de una experiencia muy particular, vivida en una relación imaginaria del otro; el otro que no es ese sujeto, mi semejante, sino mi doble en una especie de reflexión especular. La situación así creada es sin salida, o más bien, la única salida es la violencia.

Para llegar a sobrepasar esta lucha imaginaria es necesario un tercer término. Para Hegel, éste está constituido por el don del trabajo, mediante el cual el sujeto encuentra un dominio de sí mismo y una posibilidad de expresión. Para Lacan, esta tercera determinación, aunque imaginaria, es precisamente lo simbólico.

⁵ Sucede que hay estados de estupor fóbico que vienen a agravar el retraso y la dependencia del niño hacia su madre, creando hasta un estado vecino al que se halla en ciertas formas psicóticas: el niño no puede tener de sí mismo una imagen de cuerpo unificado; su "parcelamiento", que traduce en sus dibujos, indica su imposibilidad al respecto; sucede así que nos expresa que no puede ser sino una boca, una boca para alimentar. La ausencia de imagen unificada de sí mismo lo pone en situación de peligro, en pánico de ser rechazado; de ahí que busque refugio en un adulto al que va a parasitar.

Si, por el contrario, el niño se manifiesta como *sujeto deseoso*, es su cuerpo el que no le pertenece ya y que está como alienado. Se crea una situación en que madre e hijo no tienen más soporte de identificación. Ante el animal dañino en que se convierte el niño por momentos, la madre reacciona con la actitud imperativa que enmascara la angustia ante el ser humano que ya no reconoce.

Y, sin embargo, todas las madres están siempre en busca de una luz, felices con una nada que es en ciertos casos del orden del más allá. "Lo que yo pido —me dice una madre— es poder imaginarme que Dios habita en mi criatura". Dios y no un abismo insondable.

Por otra parte, tan sólo la música es capaz de aportar a esos niños una especie de alegría pura.

Las madres oscilan entre la actitud imperativa y una suerte de indiferencia apacible, fuera de lugar, a imagen del niño que se siente por completo fuera de un cuerpo y fuera de una relación con el Otro.

Madres sublimes, tranquilas o feroces, pero en quienes siempre habita la angustia y cuyo autodomínio es negarla, ya que el rechazo de saber es para ellas prenda de salud. Esas madres sitúan netamente su angustia en la relación con el Otro; en efecto, su problema gira en torno de lo que imaginan que el Otro espera o puede soportar de ellas.

Cuando se tiene un hijo anormal —parecen decir— se está a la vez muy *sola*, pues en ese niño una no se reconoce como ser humano, y muy *vigilada*, ya que, más que otra madre, se debe dar de sí misma cierta imagen soportable.

Dicho de otro modo: todo lo que en el inconsciente queda de fantasías sin uso, de residuos de una herida que ha quedado cicatrizada, es muy necesario guardarlo para sí, porque de lo contrario, como decía una madre, hay un "retorno al remitente". "Una niñita echó un día a la basura algo que no tenía aspecto humano.⁶ Una vez vaciado el tacho, un *resto* le fue expedido como *retorno al remitente*. ¿Qué quiere usted que yo haga con ese sueño, con ese resto?", concluyó la cliente.

La verdad y el dolor no son, en efecto, reconocidos sino en la medida en que el Otro acepte la pena a través de su propia angustia.

Uno de los dramas de las madres de anormales es, por cierto, su soledad frecuentada por fantasías de las que no pueden hablar; el niño, que participa siempre del mundo fantasmático de la madre, está en cierta forma marcado. ¿Pero qué decir de la madre, por siempre embrujada, trabajada por la idea de que su hijo jamás revestirá un rostro humano?

⁶ 1971. Utilizo en este libro el término *diálogo* en una forma que corre el riesgo de prestarse a confusión. Hoy formularía las cosas de diferente forma. Se trata, en concreto, de una referencia a la teoría lacaniana según la cual es el símbolo (el lenguaje) lo que permite salir de una situación imaginaria o especular. El diálogo de que se trata no es un intercambio de información. Se trata de la presencia del lenguaje en la situación.

CAPITULO II

LA INSUFICIENCIA MENTAL

He examinado en las páginas precedentes la relación muy particular que une al *retardado grave* con la madre. El diagnóstico de irrecuperabilidad pesa por sí mismo sobre ambos destinos y los modela en cierta forma.

Para el niño *débil mental*, la situación es diferente. El retardo no es siempre percibido de entrada; la anomalía no se presenta como fatal desde el comienzo; llega a suceder a menudo que la insuficiencia mental no sea descubierta sino en forma casi accidental, en ocasión de una consulta médica.

Sabemos que, en el consultorio de pediatría, sucede que una madre acude por malestares del hígado, del estómago, síntomas que, en esa ocasión, no son más que una manifestación de angustia (de la madre o del niño), que se traduce en ese lenguaje sin palabras que es la enfermedad. El auxiliar psicoanalítico que el pediatra puede tener en esos casos permite la solución de ciertos casos de "urgencia"; tan es verdad que el peligro de muerte en que se halla el niño es, a veces, de entrada, una impotencia para soportar solo una carga de angustia excesiva.

La intervención de un médico que, en lugar del niño, se hace receptor de la perturbación materna permite una recuperación de las relaciones normales madre-niño, indispensable para que el pequeño pueda continuar su vida.¹

Hay que subrayar un hecho: se consulta por un síntoma preciso que alcanza dimensiones de real gravedad y se trata a menudo de algo distin-

¹ Se han hecho estudios sobre el tema en el servicio de la Sra. Aubry; el equipo publicó de inmediato un libro sobre el psicopatismo. Por otra parte, el Dr. Benoit escribió un artículo sobre la significación de los casos de urgencia en pediatría.

to por completo. La carga emocional, la culpabilidad que implica lo que se oculta, no sólo a la propia conciencia, sino a la del médico, es de tal importancia que no se puede cuestionarla de entrada.

Tratando la enfermedad somática, pero teniendo a la vez al auxiliar psicoanalítico para lo que por otra parte no marcha, el médico ayuda a la madre a hacer ella misma el desplazamiento que rechazaba.

Lo mismo sucede, en cierta medida, cuando se nos viene a consultar por un "retardo mental". Raros son los casos en que los padres aceptan de buen grado que se asigne una dimensión psiconalítica a un problema que para ellos debe resolverse en un nivel práctico: debemos, o bien negar que haya un retardo, o dar un remedio concreto (clase especial, operación, medicamento) para desembarazarse de un mal muy concreto, sin el que, se nos dice, "todo marcharía bien".

Pero, ¿qué es en realidad la debilidad mental?

Aquí son posibles dos actitudes: o bien el consultor "sabe", y con toda conciencia orienta al niño hacia un servicio de reeducación competente, o bien trata de comprender y el tiempo poco le importa: para condenar a un ser, la hora suena siempre demasiado pronto.

En forma deliberada, yo he optado por no saber. Quiero decir que, consciente del problema psiquiátrico que se plantea, me he tomado siempre tiempo para reflexionar, llevando, para el niño, el tiempo del diálogo lo más allá posible.

Entonces, en cada caso se ha desprendido, más allá del síntoma, una significación que podría tener su importancia en un tratamiento eventual. Aparecía cada vez un tipo de relación interhumana que permitía, si se la aclaraba, introducir en el lenguaje lo que a menudo quedaba enmascarado en el solo síntoma. Al reeducar apresuradamente el síntoma, no sólo hubiera dejado escapar una posibilidad de expresión esencial, sino que me hubiera hecho cómplice de una mentira en el terreno de los padres. Mentira que el sujeto respetaría de algún modo, permaneciendo también él en su universo cerrado.

He tomado para ilustrar mi propuesta, casos de niños diferentes desde el punto de vista del grado de gravedad del síntoma. Se trata, en primer término, de lo que se llama de ordinario el *débil simple*, aquel cuyo C I se escalona entre 50 y 80 y que no manifiesta trastornos caracteriales evidentes ni una evolución psicótica caracterizada.

Esta "etiqueta" de débil mental ha sido adjudicada a los niños luego de una consulta médica. Los padres han recibido una indicación de orientación basada en el examen del sujeto.

Por diversas razones, los padres han buscado una confirmación del diagnóstico emitido y el azar los ha llevado al circuito psicoanalítico. No se trataba ya de "orientar" desde entonces, apresuradamente, sino de abarcar, aun al precio de varios meses de entrevistas o de psicoterapia, un problema complejo que, a nuestro juicio, no se hallaba resuelto con la simple orientación. A propósito de diversos casos —los de *Daniel*,

Felipe, Raimunda, Carlota, Irene— plantearé, por etapas, las cuestiones que me preocupan acerca del examen de un niño retardado.

Esa puerta, "debilidad simple", se abrió para mí sobre un universo desconocido. Encontré allí dramas, relaciones humanas patógenas, tal como las hallamos en las anamnesis de los psicóticos. Los casos elegidos servirán aquí para señalar puntos y subrayar notas que serán retomadas más adelante.

Abandonando el dominio del "débil simple", he tomado el ejemplo de un caso llamado "*secuela de encefalitis*"; el ejemplo de un niño marcado por una historia masiva de *traumatismo* y después dos casos de niños de *estructura psicótica*.

Mi investigación, en todos los casos, rechaza ser congelada como definitiva. No se trata, para mí, de hallar una causa nueva del retardo ni menos de establecer un mejor diagnóstico. Me esfuerzo, muy simplemente, por ir más allá de un rótulo que ha sido el punto de partida de la cristalización de una angustia familiar.

El problema que me planteo no es el de si es débil o no. Antes bien, este problema sería del orden siguiente: ¿qué hay de perturbado en el nivel del lenguaje (en la relación madre-hijo), que se expresa por un camino extraviado, inmovilizando al sujeto en el estatuto social que se le ha adjudicado; fijando a la madre en el rol que ella misma se ha asignado?

El método de composición que empleo en este capítulo va a tomar, pues, en forma muy primaria, como punto de partida los diagnósticos formulados por otros profesionales. No trato de reintroducir una clasificación distinta. Por el contrario, a partir de un veredicto me limito a cuestionarlo. A través de estos casos, señalo lo que puedo descubrir en ellos de aberrante: rasgos psicóticos, perversidad, dramas familiares. ¿Cómo van estos rasgos a reunirse luego para conformar la imagen del niño retardado, tal como la concibo? La continuación del libro permitirá retomar estos temas, para acentuar lo que ha sido señalado pero dejando, a pesar de todo, en penumbra el retrato del "retardado", porque a esta altura de la investigación es preferible un paseo en la noche que la seguridad que brinda la luz.

"Vea, parecen pedirme estos niños, dígame lo que yo soy; dígame lo de una vez por todas, a fin de que pueda, con toda tranquilidad, recuperar mi lugar en la sombra y volver a hallarme cómodo en la noche".

No quiero en absoluto, por mi *decir*, impulsar el *hacer* del sujeto. Tiene sus razones para permanecer en la noche. Trato de seguirlo. La luz no llega sino a pantallazos y me disculpo ante el lector por dejarlo en esta angustia, indispensable, de la penumbra y del desorden.

A través del desorden se va a liberar un cierto orden. No será tal vez el mío ni el vuestro, sino el del sujeto; entonces se le comprenderá mejor.

¿Qué otra cosa es la aventura psicoanalítica que ese avance a través de senderos sin cesar inexplorados, donde se entrevé la verdad, sin jamás atraparla?

A. EL DEBIL MENTAL SIMPLE

Volvamos ahora a nuestro estudio: como acabo de explicarlo, estudio a los niños no caracteriales* cuyo C I se escalona entre 50 y 80.

Lo que me plantea un problema es la muy grande diversidad de éxito escolar y social en estos niños de C I insuficiente: que algunos logren un certificado de estudios primarios con un C I de 65, en tanto que otros, con un C I de 80 tengan dificultades para su calificación en el plano profesional, he aquí algo que plantea un interrogante y merece un examen atento. Al estudiar más detenidamente el tema, no se puede dejar de sorprenderse por la diversidad de los casos que se nos presentan: cada niño tiene su historia bien particular, que pesa sobre todo su devenir humano. No hay aquí nada de banal, pero el contexto afectivo del que la debilidad mental ha surgido ha sido descuidado durante años, en beneficio de una orientación basada estrictamente en un factor cuantitativo deficiente. Ahora bien, la gravedad del desorden psicomotor de estos niños es también, en ocasiones, función de la relación fantasmática del sujeto con la madre y con su propio cuerpo.

Esta relación es, pues, lo que de entrada interesa aclarar.

Daniel es un niño que tiene ocho años en el momento del examen; C I, 60. Niño no descado, pero que ha sido bien recibido al nacer. Desarrollo normal, al parecer, hasta la edad de seis meses, en que debe ser realizada de urgencia una operación quirúrgica (hernia). La madre observa, sin embargo, que se inquietaba con respecto al niño desde su nacimiento, porque no sentía en él inclinación hacia el otro. Los médicos la tranquilizaron: "su bebé es normal". Sin embargo, si bien no tenía dificultades de alimentación, iba a presentar un retardo en todo su desarrollo psicomotor (marcha a los dos años, lenguaje a los cuatro años, etcétera). Al examen físico, presenta un retardo del desarrollo óseo de dos años y un retardo estaturoponderal de dos años también. Este retardo de maduración aparece en el examen psicológico: niño dulce, amable, que no sabe su edad o dice de pronto que tiene cinco años; le cuesta realizar indicaciones simples. Se halla sometido a la dominación de una hermana dos años menor, que se ocupa de la deficiente motrici-

* En francés suele emplearse el término *caracteriel*, que traducimos aquí por caracterial, para referirse a "niños o adolescentes que presentan perturbaciones de la conducta relacionadas con la estructura de su personalidad o con dificultades afectivas". (Gilbert de Lanashève, *Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation*, París, P.U.F., 1979, pág. 32). [E.]

dad del hermano: le ata los cordones de los zapatos, lo orienta en la calle, etcétera.

Lo que sorprende, en un examen más profundo, es la forma en que el sujeto vive por completo en un mundo fantasmático, donde predominan las ideas de muerte, de asesinato, especialmente la muerte de un niño de cinco años (de su edad, en suma, porque dice tener cinco años) o de la edad de la hermana a la que está emparejado. Este miedo a la muerte responde, por lo demás, a todo un contexto fóbico referido a los motores, los caballos; todo cuanto es dinámico es sentido como peligroso y se traduce en fantasmas de ingestión antropofágica.

Una anamnesis más profunda revelará que, a los cinco años, el niño asistió a un accidente de automóvil en el curso del cual el padre aplastó a su compañero de juegos (cinco años). Ahora bien, ese padre es, él mismo, un fóbico, criado por una madre autoritaria, exclusiva y tratado siempre como "minus" por su propio padre.

El accidente dejó al padre de Daniel abrumado, "como si eso significara que mi padre tenía razón", dirá.

La madre sólo me confesará en el curso de la psicoterapia que aquel a quien llama "papá" y a quien parece muy adicta, no es en realidad su propio padre. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía dos años; en cuanto al padre verdadero, siempre lo ha detestado.

Si la madre de Daniel tuvo, desde el nacimiento de su hijo, el presentimiento de que sería anormal, fue por miedo a que se pareciera a ese padre real, cuya existencia ocultaba a todos.

Por su parte, el padre de Daniel ve en el retardo de su hijo una confirmación de su propia nulidad, un eco de las predicciones de su padre.

Aun si Daniel hubiera sido normal, habría sido incluido en el fantasma de los padres, quienes desde el comienzo tenían miedo de reencontrar en el niño la evocación o los rastros de lo que los había herido, a uno y al otro, en su infancia, en forma irremediable.

Y el retardo global de la maduración de este niño no podía sino ser vivido por ambos padres con una intensidad dramática, equivalente al sufrimiento de la castración, porque sabían, aun antes de las comprobaciones médicas, que ese niño simbolizaría lo que siempre les había *faltado*. En torno de esta carencia se cristalizó la demanda de la madre en todas las consultas médicas. Esa carencia se constituyó en expresión de un deseo que desde entonces ha tendido a realizarse. Y el niño, en respuesta, se ha querido pájaro, para "no tener cuerpo, no tener deseos, salvo el de no estar nunca por mucho tiempo en el mismo sitio".

Recordémoslo ahora: este niño ofrecía, cuando nos lo presentaron, un cuadro físico y psíquico de debilidad simple tan uniforme, sin presentar, por lo demás, ningún trastorno caracterial, que no lo hubiera sometido jamás a la psicoterapia si el médico de la familia no hubiera insistido en forma especial sobre el interés de una prueba psicoterápica, a fin de aliviar a la madre, que reclamaba desesperadamente "que se hiciera algo".

Sólo me parecía indicado un instituto médico-pedagógico²: el cuadro clínico era banal, la anamnesis pobre. Lo esencial del contexto familiar no apareció sino gradualmente a través de las fantasías aportadas por el niño (fantasías que los padres se esforzaron por "explicar" cuando les hablaba de ellas).

Lo que engaña en este tipo de examen es la reserva de los padres, que no quieren orientar la investigación fuera del solo retardo intelectual, rechazando muy a menudo el abordaje psicoanalítico del problema y ateniéndose a que su solicitud de ayuda escolar sea tomada estrictamente.

"Estoy harta de médicos —me decía la mujer de un viñador—; sin embargo, es muy simple. Se les presenta a nuestro pequeño; hay ahí, en el cerebro, algo que no se ha llenado; es necesario llenarlo, operarlo. Se sacan tantos apéndices y cosas así .. debe haber también un *médico que los meta*, esos chismes que faltan. Lo demás son cuentos".

Y el niño a quien le falta ese algo va a reproducir con el médico o el analista la actitud que ha inducido en él la de sus padres, corriendo así el riesgo de una respuesta idéntica: el terapeuta sólo tratará de modificar la deficiencia desde el ángulo esencialmente pedagógico.

Ya que ese vacío llama lisa y llanamente a la angustia, la angustia del terapeuta ante su propia impotencia, el único enfoque psicoterapéutico posible es no desear nada *en lugar del niño*; si no, éste se hace pájaro —como decía muy graciosamente Daniel— para evitar tener un cuerpo y tener deseos. El niño aspira a recibir del Otro una respuesta que lo libere de responsabilidad en el plano instintivo; pero ante esa respuesta, se evade presa de pánico. Vedándose toda respuesta es como se le conduce hacia la sola salida posible: hacia una eventualidad, no de curación, pero sí de utilización máxima de sus posibilidades intelectuales, en un cuerpo por él reconocido.

Si la deficiencia psicomotriz de este tipo de niño es a menudo el signo clínico que confirma el retardo intelectual, no es menos cierto que ese cuerpo enfermo tiene una relación fantasmática con el niño imaginario de la madre.

"Yo no quería un hijo —me dijo la madre de Felipe (C I : 0,80; anoréxico desde el nacimiento). Mi madre murió cuando yo nací; mi hermana gemela está muerta y la otra es loca. Mi madrastra me dijo: tu lugar no está más aquí; nada de esta casa es tuyo. Mi padre me ha dejado expulsar. Me casé para no sentirme huérfana. Un niño es algo que separa del marido; ya no es más lo mismo."

Felipe se ha vuelto el protegido del padre (este mismo con sentimiento de culpa por una escolaridad deficiente y fracasos profesionales); hace lo posible para que el niño no moleste a la madre, es decir, no

² Institutos Médico-Pedagógicos: internados especializados, abiertos a los niños de inteligencia inferior a la media. Los niños retardados se encuentran allí, por el hecho mismo de su internación, privados de toda relación con el mundo "normal".

pase por los rigores de la ley que ella encarna. Algo que asombra en estos niños es la forma en que siempre logran desarrollar una situación a dos, convirtiéndose en objeto de uno de los padres. El sentido de la insuficiencia motriz se inscribe en esa relación (el cuerpo del niño pertenece siempre a uno de los dos padres).

“Mamá y yo, somos dos contra uno —postula *Néstor*, un débil mental de dieciséis años, difícilmente recuperable en el plano profesional—; siempre soy yo quien gana y eso le sirve de lección.” “Le” se refiere al padre. Este ha tenido siempre vergüenza de este hijo que no le hacía honor; la madre del niño, fijada a su propio padre de un modo histérico, reivindicaba de alguna manera un macho para ella sola; un macho que no tuviera que dar brillo a los hombres que no eran de su prole.

Tales conductas parentales traen aparejado, como consecuencia, un lote de comportamientos asociales, cuyo origen es menos orgánico que fruto de la reacción a una situación familiar patógena.

Este carácter patógeno pasa a menudo inadvertido cuando el niño es pequeño, pues el médico, a instancias de los padres, se preocupa ante todo de la readaptación escolar, sin darse siempre cuenta de hasta qué punto el medio familiar pesa sobre la génesis de los trastornos caracteriales que se agregan a la debilidad mental, o simplemente sobre la retención misma del éxito escolar o profesional. El débil a quien se ha asignado un lugar como tal en la familia hallará siempre muchas más dificultades que aquel que, a pesar de su retardo, es pasible de las sanciones paternas.

¿Por qué encontramos débiles mentales “tontos” y débiles mentales “inteligentes”, con C I idénticos?

La respuesta no está, por cierto, en el sentido de la distinción entre verdadera y falsa debilidad; más bien reside en el sentido que la enfermedad ha tomado en la constelación familiar. Es lo que trataré de aclarar a través de los casos siguientes.

Raimunda tiene catorce años cuando se me viene a consultar su caso. En todos los tests arroja un nivel homogéneo de débil mental (C I, 63).

Tiene la apariencia física de una gran retardada: presenta una gran incoordinación y debilidad psicomotriz; tiene marcha “de pato” y sus brazos parecen estar allí para estorbarla más que para serle útiles; de una extrema torpeza, su manualidad no parece servir para nada.

A un examen afectivo más profundo, aparece como una muchacha neutralizada por completo, criada en la imposibilidad de oponer el menor negativismo activo. Todo es “amable” y los seres humanos son descritos por ella como seres sin vida, sin contacto. En sus relaciones con la madre, *Raimunda* oscila entre el negativismo pasivo y la agorafobia.³

³ Su posición es pasiva; el negativismo no es franco; es una “pequeña que, por momentos, no comprende nada; no puede ejecutar ya ninguna orden”. Culpabilizada por una actitud sentida como revoltosa, la niña tiene otros momentos de agorafobia, obligando a la madre “detestada” a acompañarla por doquier.

El problema que se me plantea es saber para qué podría servir la inteligencia de Raimunda si la tuviera (los otros niños de la familia, no débiles mentales, tienen, en efecto, un retardo escolar enorme; son disléxicos y caracteriales; pero he aquí que el padre es universitario).

Para poder estar en buenos términos con esa madre rígida y fóbica, es preciso, en el caso límite, no existir. "Desde el momento en que se mueve —me dice la madre— grito". De hecho, no soporta nada de sus chicos, sobre todo su dinamismo. La madre es el terror; niños y marido están de algún modo reducidos al estado de objetos que se dejan manipular para evitarle una depresión. Los muchachos reaccionan con trastornos caracteriales; Raimunda se hace momia para no ser rechazada.

Su debilidad mental tiene, en cierta forma, un carácter compulsivo de defensa. En respuesta a la exigencia de la madre, es una pequeña aterrorizada, pronta a hacerse olvidar.

Si el padre asume una responsabilidad, la madre aúlla o cac en estados confusionales. En consecuencia, será ella quien mande; ella va a ser la ley, sin ningún soporte simbólico.⁴ "Jamás pude imaginar lo que podía ser un niño —dice—. Cuando estaba encinta, sentía su vejiga pesar sobre la mía; por lo demás, siempre se hace pis en la cama. Su cabeza —agrega la madre, tocándose la suya— tal vez haya sufrido un episodio meníngeo". Raimunda es vivenciada por la madre como formando parte de su propio cuerpo. Si la madre se muestra tan severa en la educación de hábitos higiénicos es, agrega textualmente, "porque no me gusta sentirme mal".

La debilidad mental de Raimunda parece tener una base orgánica innegable. Los especialistas están todos de acuerdo en sostener que se trata de una "historia *in utero*". Todo el desarrollo físico inicial de la niña fue perturbado: marcha a los dos años, habla a los seis años, después un período de afasia.

Ahora bien, ¿qué fue para la madre, desde el punto de vista psicológico, ese embarazo?

Soltera, encinta pese a los medicamentos abortivos, llegó al término del embarazo en constante peligro de ser abandonada por quien llegó a ser su marido y que no la desposó hasta que la viabilidad de la criatura fue debidamente comprobada. "Si no hubiera llegado —me dijo el padre— no me hubiera sentido obligado a desposarla."

"Si no la hubiera tenido como uno de mis propios órganos, no habría conocido la vergüenza", me dijo la madre.

Y cada uno de los dos padres refiriéndose entonces a su propia familia. La madre ha tenido, a su vez, una madre rígida, que jamás soportó la intrusión de un hombre en sus asuntos. El padre tuvo una madre so-

⁴ Es decir, sin ninguna referencia a una imagen humana estructurante y sin que su niña represente en verdad para ella un ser humano situado en un devenir. A esta madre le es preciso ejercer un poderío en forma cuasi "gratuita" y, por lo tanto, absurda.

breprotectora que jamás pudo resignarse al matrimonio de su hijo preferido.

En ambos existe, pues, el pánico de tener un niño, es decir, algo inconfesable, que no sería *reconocido* por sus propios antecesores, con el agravante, para la madre, de la obsesión de traer al mundo un ser que corría el riesgo de ser hermafrodita, como sucedió —dice— con la hermana de una abuela.

Por lo tanto, Raimunda tenía ya su destino marcado antes de nacer. Sería ese algo no simbolizable para los dos padres: persiguiendo a la madre en el nivel de los órganos; obligando al padre a mostrarse como tal, cuando hubiera querido liquidar toda idea de comercio sexual con respecto a la madre.

Esta niña de catorce años, enurética con nula escolaridad después de seis años de clases diferenciales, era también nula en el plano motor: no podía andar en bicicleta, ni nadar, ni limpiar la vajilla, ni coser; apenas si descender las escaleras sin caerse.

Una psicoterapia la llevó a una recuperación motriz tal que la jovencita es en la actualidad ayudante en un jardín de infantes, toma el tren, viaja y tiene una recuperación escolar que le permite estar en un 5^o grado.* El C I se ha modificado apenas: 67. La recuperación social ha sido espectacular, al extremo de que la muchacha forma parte de grupos de jóvenes y se mueve en un medio de su edad, realizando un trabajo a su medida.

El tratamiento de la niña llevó a la madre, en varias ocasiones, a accesos confusionales. No se efectuó sino a través de trastornos caracteriales violentos, que alteraron con crisis de agorafobia.

El análisis puso en evidencia en Raimunda un núcleo persecutorio, con aparición, en cierto momento, de "espíritus" malignos que la habitaban. Estos espíritus malignos se oponían a una curación. Ahora bien, no es superfluo aquí relacionar este contexto persecutorio con los rasgos hipocondríacos de la madre; la forma particular en que ella se sentía invadida desde el comienzo de su embarazo por un "órgano suplementario" e impotente como madre, al nacimiento de la niña, salvo para los cuidados de higiene y alimentación.

Raimunda no pudo devenir "inteligente" y socialmente desenvuelta hasta el día en que pudo habitar sola en un cuerpo de su propiedad. En tanto ese cuerpo estaba habitado por los espíritus de la madre, no podía ser más que un animal aterrorizado, aterrorizante, sin ninguna referencia simbólica humana.

También aquí el retardo de maduración ha sido vivido por la madre antes de toda comprobación médica. Ella *sabía* que engendraría la desgracia. Pero a diferencia de la madre de Daniel, no buscó jamás la cura-

*Se emplea en todos los casos la denominación de nivel escolar en la Argentina.

ción de su hija. Fue el padre quien tomó el asunto en sus manos y permitió, a través de los dramas familiares, una normalización del estado de la niña.

La madre, devastada por la angustia, necesitaba que esta parte enferma de sí misma permaneciera enferma *a la vista de todos*. Raimunda devenía así el objeto testigo que protegía a la madre contra su propia fobia.

La "curación", como hemos visto, sólo pudo lograrse a costa de una grave crisis de la madre. En efecto, ésta se hallaba en peligro desde que se modificaba determinado tipo de relación con su niña, calificado por ella misma como de "equilibrio humoral".

Raimunda no ha alcanzado, en los tests, una inteligencia normal. Pero el hecho de no estar más paralizada, congelada, para todo lo que es calificado como "malo", el hecho de poder moverse pese a las cóleras maternas, le ha permitido emprender el camino que la conduce hacia una autonomía efectiva, el día en que cesó, por fin, de habitar como parásito el lugar del propio cuerpo materno. Según su medio, ella se ha "adaptado socialmente".

¿Qué podemos decir? Su C I ha permanecido casi incambiado; sin embargo, ya no es tonta. ¿De modo, pues, que se desenvuelve bien con el 60 por ciento de la inteligencia de que dispone?

En otros términos, ¿es en el plano de la eficiencia que hay que situar la noción de inteligencia? En tal caso, las reeducaciones especializadas emprendidas debieron ser suficientes para "readaptarla".

En cambio, las reeducaciones fueron inoperantes mientras la psicoterapia no hubo devuelto a la niña su dimensión de sujeto autónomo. Mientras era un parásito de la madre, su inteligencia y su motricidad no le pertenecían.

Resulta, pues, que más allá de un déficit capacitario interviene otro elemento que desempeña el papel de freno en toda relación interpersonal que el sujeto va a establecer. Y de aquello de que "ese otro elemento" está hecho dependerá a menudo el grado posible de recuperación.

Carlota, dieciséis años, es una niña cuyo determinismo orgánico va a jugar, como en Raimunda, un rol importante.

Su C I se sitúa entre 50 y 60. Puesta en una escuela diferencial a los ocho años, sale a los dieciséis, sabiendo apenas leer y escribir. Enurética, la jovencita tiene, además, un carácter tiránico que hace penosa toda inserción familiar.

El electroencefalograma arroja "un trazado anormal para la edad de la niña, dada la lentitud de los ritmos dominantes, pero en el que no se ponen en evidencia signos de comicialidad ni de sufrimientos focalizados".

Seguida con mucha regularidad en el nivel médico, la joven recibe, entre otros, extractos tiroideos, maxitón glutamínico, vitamina B 12.

Desde el punto de vista neurológico, no se observan trastornos im-

portantes del tonus. "Posibilidad de un leve síndrome piramidal en el miembro inferior izquierdo".

Desde el punto de vista motor, se emprende una reeducación especializada.

Mantenida durante ocho años en una escuela especializada, sale inapta desde el punto de vista profesional, con un nivel escolar de 2º grado.

El origen del retardo permanece enigmático. El desarrollo inicial fue desde el comienzo el de una niña retardada: marcha a los diecinueve meses, habla a los seis años.

Carlota, hija no deseada, vino al mundo seis años después del nacimiento de la hermana mayor, en un momento en que el padre, fatigado por trastornos cardíacos, requería cuidados especiales.

Fue la hija preferida del padre; la madre "se la dejó", en cierto modo, para distraerlo, sin comentarle jamás las dificultades caracteriales de su hija "porque —había afirmado el cardiólogo— la menor contrariedad podía provocarle la muerte".

En efecto, el estado del padre empeoró cuando la niña tenía cinco años. Murió cuando ella tenía catorce, sin haber querido admitir jamás el estado patológico de su hija menor. El abuelo paterno, que vivía en la casa parte del año, falleció algunos días después, de un "ataque cerebral", como su hijo y su mujer.

A los catorce años, Carlota se halla pues sola con la madre y la hermana mayor, sin imagen masculina. La madre de Carlota pierde, con su marido, la única imagen masculina que en verdad conoció (huérfana de padre a los dos años, vivió en un medio compuesto por miembros esencialmente femeninos).

Ese medio femenino es el que las tres mujeres van a tratar de resucitar. Sin embargo, debido a la desaparición del padre, por primera vez se pide para Carlota una consulta psicoanalítica. Ya que, durante la vida del padre, Carlota no había desempeñado otra función que la de ser ese objeto mal definido que servía al deseo paterno.

Su necesidad de destrucción, sus actitudes masoquistas (dar con la cabeza en tierra hasta sangrar) eran, en cierta forma, una respuesta a una supuesta demanda. Lo que contaba para Carlota era menos la existencia del padre en tanto que Otro, que su presencia como soporte fálico ante el cual Carlota hacía, en cierta forma, el exhibicionismo caracterial.⁵

En el examen afectivo, Carlota rehúsa ubicarse en el tiempo. Dice con toda claridad que está contra todo y que encara ser "papá junto a mamá".

⁵ Había negación del padre como sujeto. Se servía de él como objeto de tortura o de placer, en una construcción fantasmática perversa.

A la pregunta:

-¿Y si mamá no estuviera más?

-Bueno, sería papá junto a mi hermana.

-¿Y si tu hermana tampoco estuviera?

-Bueno, sería papá para algún otro.

En otro momento, la niña agregará que no sabe qué es eso de tener pena en el corazón. "No hay más que el mal físico que valga la pena para llorar."

Habiendo seguido en el fondo de sí misma como una "mona malvada", Carlota no vive más que para fastidiar al prójimo. Esta suerte de identificación con el padre, que apareció con el deceso de éste, no es en realidad más que una identificación con un objeto de placer.

La tentativa de psicoterapia analítica, emprendida muy tardíamente, luego que todas las formas de reeducación fueron ensayadas, puso en evidencia en qué medida el fracaso en el trabajo, la no-inserción social, habían devenido para Carlota su forma de relación con el Otro (el Otro que era por eso hasta negado).

El psicoanálisis permitió a Carlota no transformarse en asilada, pero la recuperación fue sólo parcial; la joven pudo, al menos, ser aceptada como ayudante de cocina en una comunidad religiosa y no vivir en su casa como un parásito.

Carlota había dado tal sentido de perversión a su retardo, instalado así en forma masiva, que ninguna reeducación especializada había podido ser eficaz. Mejor: el análisis permitió poner en evidencia que todas esas reeducaciones terminadas en fracaso habían sido para Carlota la principal fuente de placer.

Al estudiar el sentido que puede tener, en el niño retardado, su retraso, se descubren situaciones que recuerdan en forma extraña las que vemos en las familias de psicóticos o en las estructuras perversas.

Al cambiar de entrada el tipo de relación de esos niños con el mundo, se les da al mismo tiempo la posibilidad de beneficiarse con una educación especializada. En tanto que al ignorar los trastornos psicógenos subyacentes se corre el riesgo, como en el caso de Carlota, de hacerle el juego a la neurosis.

Una psicoterapia precoz es tanto más preciosa en esos niños, porque están mucho más expuestos que los otros a inmovilizarse en forma definitiva en un lugar donde representan inconscientemente para el Otro una carencia que tienen por misión llenar con su situación de objeto.

Si éste es, en efecto, el caso, se comprende por qué la torpeza de ciertos débiles mentales no es otra cosa que el precio de un lazo que sólo el psicoanálisis puede desatar, a condición de que sea emprendido bien pronto, antes de que una rigidez de estructura perversa no la haya coagulado como tal.

Los trastornos témporo-espaciales de estos niños, aun en la hipótesis de una organicidad definida, se acompañan siempre con dificultades para los puntos de referencia en lo imaginario. Estos niños tienen proble-

mas para ubicarse con relación al significante paterno. Una reeducación espacial, que utilice como intérprete la palabra, portadora ella misma de un elemento significativo, tiene a veces incidencias negativas en el niño en el nivel mismo del lenguaje. Tanto es así que una reeducación corre siempre el riesgo de ser tomada por el sujeto en el sentido de sus trastornos más bien que en el de su curación.⁶

Un mismo tipo de pedagogía especializada puede, desde ya, mostrarse enriquecedora para uno y deformante para otro, sin que la naturaleza de la pedagogía sea, sin embargo, cuestionable.

Lo que hay que cuestionar es el tipo de niños al que esa reeducación se dirige y el papel sobredeterminante que está destinada a desempeñar con relación a ellos, en la relación madre-niño. En los casos en que el reeducador sustituye a una madre sabihonda, se corre el riesgo de que el niño responda a su demanda con una evasión...

Un estudio sistemático de los éxitos y fracasos en las reeducaciones especializadas sacaría a luz el sentido que adquieren en el fantasma de cada niño, en respuesta al lugar que el propio niño ocupa en los fantasmas de los padres.

Otro aspecto no desdeñable es la contratransferencia del educador ante el niño retardado. Es frecuente que este educador se conduzca con él en función de su situación de madre adoptiva, haciendo tabla rasa con toda adquisición positiva que una madre, aun torpe, ha podido aportar a su niño y reclamando la separación de la madre y la ubicación en un establecimiento donde se prestará especial atención a la "adquisición de automatismos". Esta reacción, inoportuna y bastante frecuente, merece ser mencionada. Es en general la expresión de un miedo ante el abismo instintivo que el niño presenta. Es una forma de no dejarse arrastrar a él rechazar a un niño con C I catalogado como notoriamente insuficiente. Estos niños responden al pánico del adulto con una actitud aun más estructurada o aun más violentamente caracterial. Es dable que un medio normal, del tipo escuela nueva, aporte una mejoría espectacular, contradiciendo los pronósticos pesimistas de reeducadores especializados. ¿Por qué?

Porque el sujeto va por fin a hallarse en un medio donde nada en concreto le es pedido. Ante la ausencia de deseos del adulto con relación al niño, éste responderá entonces manifestando sus propios deseos.

Tal fue el caso de *Irene*, doce años, muy fóbica, de C I 62, "rechazada" en un establecimiento especializado, cuya directora hizo lo imposi-

⁶ Curando demasiado pronto el síntoma por una "reeducación", se corre en ciertos casos el riesgo de provocar un brusco brote psicótico; es otra forma de expresar su alienación por el niño en proceso de "reeducación". Un discurso perturbado, una desorganización completa en la orientación y el ritmo, tienen a menudo una causa psicógena, que corresponde tomar en consideración.

ble por enviarla a un establecimiento de niños más afectados que ella. Irene se desarrolló a tal punto en un medio de escuela nueva que llegó a cursar allí una clase de 5^o grado excepto en cálculo (donde las lagunas en el dominio témporo-espacial son tales que exigen una técnica especializada).

Casos de este género no son raros y muestran hasta qué punto debemos desconfiar, los adultos, de toda actitud normativa con relación a un ser infradotado. Este, aun más que un niño normal, reclama esa dimensión de sujeto que le es acordada con tanto retaceo.

Estos niños que, desde el comienzo, son, por su estado, objeto exclusivo de los cuidados maternos, sin intervención de la ley encarnada en la imagen paterna, recrean en su vida escolar un mismo tipo de relación dual, con una mujer otra vez dedicada por completo a ellos y preocupada por encarnar en su lugar el deseo (deseo de adaptarse, de progresar). Se crea de tal modo una situación muy particular, donde en la relación con el Otro, el deseo del Otro no es simbolizado: el niño, puesto al resguardo por la solicitud del adulto, no tiene la posibilidad de afrontar el sufrimiento de la castración. El mensaje del padre no le llega jamás. Está llamado a permanecer en cierta relación fantasmática con la madre, que por la ausencia del significante paterno en ella, lo deja reducido al estado de objeto, sin esperanza alguna de acceder al nivel de sujeto. Por el contrario, para este tipo de niños, la imposibilidad de establecer una identificación significativa los deja sin defensa ante las situaciones de dependencia dual. No tienen la posibilidad de interrogarse sobre su falta de ser, porque esta falta, captada en el nivel de la realidad por el ambiente, los condicionará de algún modo para no sufrir, y para llenar un vacío (su vacío intelectual, escolar) sin que jamás se plantee el interrogante de saber si ese vacío real no se duplica en la madre por su propia falta de ser, cuyo acceso se encuentra rara vez impedido al niño por el significante paterno.

Estos niños que, en un nivel consciente, no han tenido la posibilidad de pasar por la castración significativa, mantienen, frente al mundo objetivo, un comportamiento particular: no pueden cargar significativamente los objetos⁷ y es en especial en el dominio témporo-espacial y en las matemáticas que se evidencia un tipo muy singular de dificultades, rebelde a la pedagogía tradicional.

Falta hasta tal punto una determinada dimensión de lo simbólico que es rechazada la noción misma de las cifras como tales: tres manzanas, en la realidad de esos niños, pueden ser aceptadas como una entidad correspondiente a la cifra 3; pero a la desaparición de las manzanas corresponderá la desaparición del significante y, por consiguiente, la cifra 3 no corresponde más a nada.

La reeducación en matemáticas, tal como hasta el momento de escri-

⁷ Permanecen desprovistos de sentido.

bir esta obra ha sido concebida por Francine Jaulin, se orienta en esencia, en un primer período, a reintroducir mediante juegos progresivos en el dominio abstracto, ese soporte esencial faltante, que no tiene nada que ver con una carencia en el nivel de la Realidad o de la comprensión. Más allá de las manzanas, de los celadores, hay algo que no puede ser asimilado por el débil mental; los ejercicios en el terreno concreto son insuficientes. Desde el comienzo debe introducirse un trabajo que lleve a una confrontación del *sentido*, a partir del sentido más elemental de las cosas. Es inútil abordar los rudimentos del cálculo, agrega Francine Jaulin, si el sujeto no puede ubicarse con relación a su cuerpo, con relación al espejo, al espacio, a la familia, a su lugar en ella. Por lo tanto, es preciso introducir de entrada un diálogo, como si uno se hallara comenzando con un niño de dieciocho meses.

“¿De qué sirve —me decía, por ejemplo, Isabel— ser la segunda entre cinco o la séptima entre cinco?” ¿De qué sirve, en efecto, en la medida en que el sujeto no ha asimilado en sí mismo una situación triangular que le permita dar un sentido a cuanto sobrepasa una relación primitiva con la madre?

Además, la inquietud del medio, en lo que atañe a las lagunas intelectuales o motrices del niño, lo fija como objeto parcial, dándole en su fantasma un valor privilegiado. “Mi inteligencia está bloqueada —me dice Pedro—. El doctor X. ha dicho que soy un débil mental por la fiebre que he tenido a los cinco años; así que tengo lagunas de memoria, lagunas para el pasado y para el cálculo.” Este niño, en realidad muy dotado pero tratado como débil mental después de una encefalitis, no se ha recuperado jamás de no haber pasado por la Ley del Padre. Se ha hundido en una especie de autismo donde la preocupación principal era no sufrir. “Me haré monje —me dijo el propio niño— para no tener problemas.”

Debido a que el significante paterno no se ha encontrado con el inconsciente materno, el sujeto se halla desprovisto del sentido de su propia vida y en peligro de no sentirse dueño de sus pulsiones.

B. SECUELAS DE ENCEFALITIS, TRAUMATISMOS...

La encefalitis puede llegar a crear reacciones persecutorias tan profundas que el carácter del sujeto se ve inmediatamente alterado. La intervención precoz de la psicoterapia (un mes después de la enfermedad) previene trastornos graves que, al fijarse, podrían concluir en conductas perversas. El nivel intelectual de algunos de esos niños no es siempre tan irrecuperable como se supone. Un psicoanálisis pone a menudo de manifiesto, al comienzo, sentimientos persecutorios (debidos a la agresión de la enfermedad, asimilada con frecuencia a una imagen parental), y si el ataque ha sido precoz, veremos que la ausencia de significante paterno va a crear en esos sujetos un verdadero pánico con relación a sus pulsio-

nes, pánico que puede traducirse por la apatía, la obesidad, la "estupidez masiva" de un niño que, de hecho, no quiere saber nada de nada.

Pedro, trece años, C I 70, encefalitis a los cinco años, ha presentado en el curso de su enfermedad una especie de episodio ansioso: se sentía habitado por un diablo que le daba vueltas en la cabeza; en otros momentos, tenía la impresión de ver sobre el balcón a un hombre que amenazaba matarlo.

A continuación sobrevinieron dificultades en el terreno del habla. Caricia significaba asno gentil. Malvado significaba perro peligroso. Se produjo una verdadera detención en la posibilidad de comunicación, como si la cadena verbal se hubiera interrumpido por palabras cuyo rol esencial era remitir a otros objetos tranquilizantes o aterrorizadores, es decir, susceptibles o no de ser incorporados.

Instalada la inhibición, el niño se cerró cada vez más a los problemas intelectuales, hasta el día en que el médico dio su opinión, que él hizo suya de inmediato: "débil mental".

¿Qué me aportó de esencial la primera entrevista que tuve con el padre?

La edad real del niño no era la de su estado civil. En efecto, la madre, para hacerle "olvidar" su retraso, lo había declarado después de su enfermedad con un retraso oficial de dos años; de ahí, me dijo el padre, surgió todo un embrollo familiar, "pero por lo que hace al niño, siempre la he dejado hacer a mi mujer; ella podía, mejor que yo, darse cuenta de lo que requería su enfermedad".

En el curso del análisis, la revelación al sujeto, a través del padre, del engaño de la madre, provocó una crisis grave, equivalente a un verdadero rechazo del sufrimiento de la castración. "No quiero continuar más, sufro mucho, quiero ser monje."

Fue el padre quien intervino para que el análisis prosiguiera, causando así en la madre del niño un desarrollo idéntico, debido a la intervención de la ley.

A raíz de esta crisis descubrí la existencia de una hermana mayor esquizofrénica y de otra caracterial. Todo el análisis del niño se desarrolló desde entonces *a través del miedo de traicionar un secreto*; es decir, el miedo de desagradar a la madre revelando palabras dichas "terribles o feroces", pronunciadas en ausencia del padre y referentes a la abuela materna. Estas palabras habían sido sentidas en realidad por el niño como un peligro de muerte dirigido contra él, "porque mamá, entonces, parecía la más poderosa de todos".

No es superfluo agregar que, a partir de la intervención paterna, pudieron ser adquiridos los signos matemáticos + y -, y se entrevió una esperanza de escolarización.

También a partir de una acción paterna la escolaridad de *Nicolás* fue detenida y quedó definitivamente comprometida en matemáticas, don-

de cualquier problema hundía al sujeto en un estado de pánico vecino al estupor fóbico.

El niño había sido separado de los suyos a la edad de siete años: en un acceso de violencia, el padre acababa de asesinar a su mujer y su suegra. Fue también el padre quien, en un momento de irritación, había partido con un hacha un dedo de su hijo cuando éste tenía cuatro años.

La irrupción en la realidad de una imagen paterna castradora debía cerrar al niño el acceso a la castración simbólica fijándolo a un cuerpo fantasma parcelado. Toda exigencia social había entonces de conducir al objeto parcial con el que Nicolás estaba identificado en la época del drama y despertar en él la angustia que expresaba su fantasía.

Todo sucedería a continuación como si cada prueba pusiera en juego su cuerpo. Para protegerse, Nicolás se haría obsesivo, "amable pasivo" y de una torpeza no justificada en absoluto por un C I relativamente alto: 87.

Sólo después de siete años de reeducaciones varias se aceptó un psicoanálisis, en condiciones difíciles, porque el sujeto había tenido tiempo de estructurar defensas contra toda reeducación que le hiciera correr el riesgo de volverse inteligente.

En efecto, era necesario que Nicolás guardara para sí solo, a cualquier precio, el secreto (el crimen del padre), sin que, sin embargo, tuviera que *reconocerlo*. No obstante, a la muerte de su madre el niño había dicho estas palabras⁸: "Debo morir para reencontrarla... ¡ah, cuando yo sea grande le pediré un fusil y veremos!"

Estas serían sus últimas palabras agresivas (el drama de sus padres iba a serle ocultado) y el niño iría a hundirse en "ausencias" cada vez más frecuentes, que lo aislarían del ambiente.

Habrían de instalarse trastornos de la palabra y una inhibición escolar enorme lo volvería rebelde a todas las reeducaciones. Esta inhibición era del tipo de "rechazo de reconocimiento de lo adquirido la víspera". Así, pues, estancamiento en un presente que, sobre todo, no debía tener relación con un pasado ni con un porvenir. Nicolás había olvidado el pasado. En cuanto al porvenir, rehúsaba vislumbrarlo.

Se trataba, con toda evidencia, de un caso de *falsa debilidad mental*, aunque el valor que se había concedido a la insuficiencia intelectual había conducido al niño a cultivar ese síntoma (al que manifiestamente adhería toda la familia de adopción, ya que se trataba de un desplazamiento de la verdadera naturaleza de la enfermedad de Nicolás, en relación con la importancia del drama).

Nicolás se había, pues, encerrado en un círculo, al abrigo de la angustia; el síntoma era el significante de algo que el sujeto no quería hacer aparecer en su conciencia. Por lo demás, la familia de adopción se esmeraba en no darle la clave que le permitiera develar el secreto.

⁸ Relatadas por un amigo de la familia, en cuya casa el niño había encontrado refugio en el momento del drama.

La torpeza de Nicolás, su amabilidad, no eran sino el reverso de ideas de muerte, de sentimientos de odio y de rebeldía. La debilidad mental, en este caso, había resuelto todo; y los trastornos de la palabra, que algunos trataron de eliminar, no eran otra cosa que la entrada a la senda que conduce a la noche, a esa especie de olvido que brinda la locura.

Este caso ejemplar ilustra hasta qué punto la inteligencia no es un factor puramente cuantitativo, así como tampoco equivale a una adaptación. Está ahí para servir a fines que corremos el peligro de no captar. En este caso, la falta de inteligencia permitía el olvido y la ausencia de rebeldía.

C. NIÑOS DE ESTRUCTURA PSICOTICA

La insuficiencia intelectual sirve a veces para otros fines. Pero antes de abordar esta cuestión, veamos cómo se presentan aparentes debilidades en casos que no son otra cosa que estructuras psicóticas, no reconocidas como tales en una primera consulta.

Eduardo tiene siete años cuando su primer examen. Inclasificable en los tests, corre el riesgo de una internación.

Esta solución parecía convenir a maravillas a la madre. "Usted comprende, señora, que lo que se hace por un hombre no se hace por un niño".

La madre es universitaria; el padre, sin empleo, es el "bebé" de la madre y hace frecuentes estadas en casas de salud.

Eduardo nació después de varios abortos naturales; llegó como un intruso, desalojando al padre de su papel de hijo único. Desde el principio fue considerado por este padre como un rival (zancadillas desde que trató de caminar); tratado luego sádicamente en presencia de una madre pasiva. "¿Me matarás cuando seas grande, verdad?" De este modo el padre hostigaba al niño para sacarlo de su presencia.

Eduardo se transformó en un asocial, destructivo, peligroso para los demás, sin que jamás su familia se conmoviera.

Fue necesario que llegara a la edad escolar para que la maestra alertara al médico escolar y se hiciera un primer diagnóstico de debilidad mental profunda, con la mención de que "no tiene la apariencia de un oligofrénico", sin embargo.

Comenzó entonces la aventura psicoanalítica.

Muy pronto, *Eduardo* nos declaró que había perdido la cabeza y la memoria. Siguió meses de conductas agresivas de autodestrucción, equivalentes al suicidio, antes de que el niño, un día, con una voz humana, me dijese llorando: "No hay un jefe en la casa. Papá se ha ido; está enfermo; no es cómodo tener una mamá que ha elegido un papá como éste."

Estas palabras fueron pronunciadas por el niño sobre el diván de análisis. Precediendo este giro, hubo actitudes regresivas, cuasi fetales, de un niño replegado sobre sí mismo, que decía con rabia: "Yo no he nacido."

De paso, es curioso notar que este nacimiento, con la dirección simbólica implicada, se produjo en el clima del rigor analítico. "Sufro tanto —me decía el niño— que voy a perder el corazón de mi corazón."

También aquí la debilidad era para el niño una máscara que ocultaba cierta confusión entre lo real y lo simbólico en un ser a quien se le había impedido el acceso a lo imaginario.

El reclamo de Eduardo jamás había sido simbolizado por el Otro. Fantasía y realidad estaban hasta tal punto confundidas que padres y niños vivían una fiesta sacrificial perpetua, pero en ausencia de Dios.

Eduardo se había estructurado a sí mismo como un "gorila", rechazando toda otra dimensión que la satisfacción inmediata de sus pulsiones. El débil aparentemente —en realidad psicótico— se presenta, ya sea con grandes trastornos caracteriales, como Eduardo, sea con una especie de apatía rebelde a todos los estímulos.

El débil mental "difícil" tiene más posibilidades de ser orientado en psicoanálisis que el débil mental tranquilo, amorfo, cuya estructura subyacente es a menudo de difícil definición. A veces, la familia se ha apropiado de un diagnóstico desde tiempo atrás y no quiere en absoluto que se lo cuestione. Ella acude tan sólo a pedir una orientación, una reeducación y no siempre es cómodo para el médico diferir el pedido.

También se presenta el caso en que la "debilidad mental verdadera" aparece como un "accidente" en una familia numerosa y parece ser tan clara de por sí que ni se intenta ponerla en duda.

Mónica, diez años, C I 56, ha seguido cuatro años de clases preparatorias sin haber aprendido a leer. ¿Qué me dice esta niña, luego de una breve entrevista que mantengo con ella? "¡Oh, sí, sí, ahora usted! ¡Usted bien sabe que no puedo!"

Esta niña ha encontrado su ubicación en una familia numerosa en tanto que débil mental y ni ella ni su madre desean que se la saque de ahí.

El análisis de este tipo de niños, no caracteriales, no francamente psicóticos o perversos, se parece en cierta medida a las curaciones en las enfermedades psicósomáticas, con la diferencia, en cuanto al sujeto, que en lugar de a partir su malestar de estómago, traen como regalo su torpeza. Su discurso es el relato detallado, sin color afectivo alguno, de los pequeños hechos de la semana: "Esta mañana fui a hacer compras; ahora voy a almorzar con mamá en el centro; tuve un diez en lectura. Mi hermanito camina."

Tendréis este relato sesión tras sesión, con algunas pequeñas variantes: el hermanito habría sonreído o llorado, en vez de caminar.

Lo único imprevisto (confirmatorio, a los ojos de algunos analistas, del diagnóstico irrefutable de debilidad) es la forma en que el niño esca-

pa a veces de su relato, para decir: "Mire, una mosca; mire un obrero sobre el techo", para retomar enseguida, con un aire tan desesperantemente estúpido, la continuación de su historia que no es tal. Pues las solas palabras verdaderas están en aquello que le es *ajeno*: el obrero sobre el techo y la mosca le interesan. Sólo que como esos detalles no se consideran de interés para el analista, el sujeto, objeto del deseo del Otro, vuelve a su disco de tono impersonal, ya que no se trata de él. La trampa en que cae el analista es que, a pesar suyo, se ha hecho una idea de la debilidad y toma por buena moneda lo que no es más que un tipo de relación del niño con la madre. Pero lo que satisface a la madre está lejos de satisfacer al analista: de ahí el malentendido actual en torno de las curaciones de los niños débiles mentales. El analista se aburre con ellos en gran forma; se domina para guardar las apariencias y resuelve la cuestión terminando en la incurabilidad del caso. No quiero significar con esto que todos los débiles sean curables. Pero, en el centro de la propia noción de debilidad, hay un problema importante que merece atención.

La debilidad mental, cualquiera sea el origen que se le atribuya, es concebida en general como un déficit de la capacidad del sujeto. Los tests son considerados como *medida* de la capacidad restante y no como indicaciones de un *síntoma*. Esto influye en el pronóstico en el sentido de una incurabilidad fundamental; el analista no espera, desde el principio, más que una mejoría más o menos marcada como resultado del tratamiento. La curación está orientada en el sentido de una utilización práctica de la capacidad restante. El éxito de la cura se va a definir en términos de *readaptación*.

Si, en el plano pedagógico y práctico, reeducación y readaptación son factores no desdeñables en la cura de los débiles, no es menos cierto que, como analistas, debemos cuestionarnos nosotros mismos, si queremos llegar a poner al día, en el plano teórico, el psicoanálisis de los débiles, así como tratamos en la actualidad de consolidar nuestras bases de acceso a las curas de los psicóticos.

El psicoanálisis de los débiles mentales es una experiencia muy particular, que no tiene nada de común con el psicoanálisis de los neuróticos. Se relaciona con el análisis de los psicóticos por la forma en que la familia del sujeto entra en juego en forma masiva en ocasión del tratamiento.

Y, en efecto, es porque la familia detenta el poder de frenar en el sujeto todo desarrollo que el analista debe cuidar tanto no tomar la posición de esta familia como parte de la concepción que él puede tener de la noción de debilidad.

La debilidad mental concebida como déficit de la capacidad *aisla* al sujeto en su defecto. Al buscar para la debilidad una causa definida, se niega que pueda tener un *sentido*, es decir, una historia, o que pueda corresponder a una *situación*.

Lo que más me ha sorprendido en las anamnesis de los débiles mentales, es hasta qué punto podían aparecer "vacías": sólo algunas entre-

vistas prolongadas nos permitían conocer la existencia de un familiar mayor esquizofrénico, de un acontecimiento traumático o de una historia familiar grave de uno de los padres, historia a la que el niño débil mental da, por su mismo estado, un sentido.

Si el psicoanalista está en general de acuerdo sobre el carácter defensivo "neurótico" de la estupidez, piensa, no obstante, que un psicoanálisis, que pone en juego la palabra, sólo puede destinarse a seres dotados de inteligencia normal. Como caso límite, acepta de buen grado un débil "inteligente", pero, para el débil verdadero, ¡nada que hacer!

Ahora bien, detrás de la máscara de la debilidad mental se disimula a veces una evolución psicótica o perversa. En otros casos, se trata de un equivalente psicosomático al que tiende el enfermo. Pero lo que nos engaña es la influencia de una familia que trata de mantener el lugar que le ha asignado al niño.

Por eso el estudio del débil mental, como el del psicótico, no se limita al sujeto, sino que comienza por la familia.

El fracaso de las terapias en los débiles nos enseña por lo menos tanto, si no más, que los éxitos.

Pero el analista no puede estudiar esos fracasos sino cuestionándose también él ante ese tipo tan especial de enfermos. Porque es por el desvío de la *contratransferencia* que se abre el camino que conduce a la comprensión de los débiles mentales.

CAPITULO III

LA CONTRATRANSFERENCIA

No se puede abordar el psicoanálisis de los débiles mentales sin mencionar el lugar que en él ocupan los sentimientos contratrtransferenciales del analista. Este es puesto a prueba desde el primer momento. Una puesta a prueba siempre "imprevista", que no recuerda en absoluto la situación analítica tal como se presenta en el neurótico.

En los casos de los *niños oligofrénicos* que hemos estudiado en el primer capítulo, el analista está muchísimo más cómodo en el hospital que en su consultorio particular. Lo que le molesta, en efecto, es hacer pagar el tratamiento a una familia sin ninguna certeza de mejoría. Al principio, se defiende o no, será identificado, en el pensamiento de los padres, con esos "mercaderes del dolor" que van a consultar aunque sabiéndose por adelantado explotados. El psicoanalista después del curandero, ¿por qué no? *Pero no se cree en él.*

O más bien la madre quiere creer y el padre deja hacer, por cansancio o culpabilidad.

La analista mujer va a ser de inmediato atrapada en la red materna. Pero la madre no confía a su niño, en el extremo límite, más que para probarse y probaros que nadie sino ella es capaz de afrontar la situación.

El llamado indispensable al padre se salda a menudo con un balance de carácter negativo. El padre os acusa de entrada de ser, en alguna forma, "el aprovechador de la desgracia ajena"; ahí está su hijo, como una cruz que él carga; no comenta para nada su desesperación con su mujer, para no acorralarla al extremo. O bien, si en lugar de ser agresivo, el padre se muestra amorfo, la situación no es por eso mucho mejor; atrincherado detrás de su mujer, os dice más o menos así: "Arréglense ustedes dos; éste no es asunto mío". Se trate de un padre terrible o huidizo,

la situación será, pues, siempre muy especial al principio: "Esto se arreglará entre mujeres". Y la madre va a despertar en la analista a la Todopoderosa Maternal que esta última ya encontró en su propia primera infancia.

El trabajo del analista con el niño es, o bien negado (la madre cree que su sola presencia puede sacar al niño de la situación), o bien elogiado con exceso, calificando de *milagrosos* sus efectos y ahí está la trampa: la madre os invita a entrar como ella en la zona de omnipotencia (ella tiene necesidad de creer en eso, para "aguantar el golpe"). Olfateando el peligro, el analista, para no hacerse sostén de los fantasmas maternos, corre el riesgo de denunciarlos, a fin de defenderse. De golpe detiene el tratamiento. Al decir a los padres, después de tres meses de cura: "Creo haber llegado a un límite y no sé si se puede esperar una mejoría prosiguiendo", el analista se satisface mostrándose sincero, mientras que no hace sino defenderse de los fantasmas agresivos de los padres, que tiene miedo de aceptar.

Ese fantasma de la pareja parental está también presente en el curso del tratamiento, entre el analista y el niño. Si, al comienzo, el analista entra en una relación emocional de madre adoptiva, se deja besar, abrazar por el niño baboso (es decir, en estado de pánico), puede, cuando esas reacciones fóbicas cedan, dejarse ganar por la impaciencia ante el rechazo del niño de vivir los afectos en otra forma que dé un modo instintivo puro. Al impedir la rotura de objetos, se está expuesto, en contrapartida, a alaridos destinados no sólo a afectarlos, sino también a alertar a la madre que aguarda y oye. La tonalidad aguda del sonido es un desafío a los tipos de protección antiacústica más perfeccionados. Al final de la sesión se encuentra una madre que se compadece de vuestros males. Y si, a la sesión siguiente, el niño no aúlla más, la propia madre, asombrada, hará esta observación: "¿Qué es lo que no marcha? Hoy no lo he oído. Pienso que está fatigado."

Lo que, en los casos graves, puede aliviar a una madre, es la idea de que su niño os permite saber tanto como a ella. Si el niño falta a esta regla, la entrevista con la madre será aun más útil, porque tendrá todavía más reflexiones negativas para hacerlos.

La interrupción de la terapia, a menudo por intervención del padre, deriva la mayor parte del tiempo de la contratransferencia del analista: éste tiene bastante ya, no se atreve a decirlo y termina por declarar a los padres que no tiene ya gran esperanza. Ellos tenían ya conciencia de esta realidad, pero se resistían a *reconocerla*. Si el analista está dispuesto a continuar el tratamiento, la expresión de una duda resulta inoportuna; en el estado actual de nuestros conocimientos, no podemos permitirnos afirmar demasiado pronto que toda esperanza es vana.

En los casos de *debilidad mental simple*, la relación del analista con los padres dependerá del rol que éstos han asignado al niño, en tanto débil.

1) *Si se trata de que el niño permanezca como débil mental*, su estado encubre un riesgo de depresión grave de la madre, quien, desde el comienzo, va a intervenir para “detener” el tratamiento, tomando en general como pretexto los progresos realizados por el niño.

El analista puede, por cierto, apelar al padre, pero en la mayor parte de los casos la madre es la ley y la apelación al padre resulta inútil. Existe el error de querer, desde el comienzo, deshacerse de una madre tan frágil, enviándola a lo de otro analista, para hacer en forma autónoma, “por su cuenta y riesgo”. Esto no es posible, porque para ella es el niño “su cuenta y riesgo”. Lo que requiere es el analista de su hijo, para deprimirlo en lugar de ella. El secreto del éxito de esos tratamientos reside, en realidad, en esta relación de grupo, donde cada uno, en tanto que individuo, es impulsado a plantear su problema. Soportando de entrada la depresión de la madre, con el riesgo de su suicidio, a veces, es como el analista tal vez llegue después a conducir un análisis con un niño sujeto, en lugar de un niño objeto fóbico de la madre.

No es raro ver entonces al padre entrar en escena, para quejarse a su vez; pero, cosa curiosa, esta queja llega en momentos en que todo marcha ya mucho mejor y cuando el padre sabe que sus reproches no comportarán riesgo alguno. Detrás del niño débil se transparenta así, a veces, un perfil de pareja sadomasoquista, congelado en su doble neurosis por el estado estático, inmovilizado, del niño.

La disposición de esos niños consiste, en general, en “hacer hablar” a los padres en su lugar. Los padres son quienes, al principio, tienen la misión de expresar la relación transferencial; es importante tenerlo en cuenta y recibir los mensajes de donde provienen.

2) *Si, al contrario, la debilidad mental del niño no es soportada por los padres*, éstos asignarán, de entrada, al analista un rol de reeducador.

Se topa entonces con un tipo de madre sabihonda, a quien, una vez más, es preciso tener en cuenta. Si se pone en evidencia el sentido de la relación materna, se corre el riesgo de provocar la detención del tratamiento, dado que se crea en la madre una angustia insoportable.

Si, con un niño normalmente dotado, puede uno permitirse pedir a la madre que se ocupe de sus propios asuntos más bien que de los del hijo, no es posible semejante conducta pedagógica normativa con la madre de un débil mental, ya que se tropieza con el mundo fantasmático materno. “Antes de que los médicos me lo dijeran, yo *sabía* ya que sería anormal”.

A esta madre es preciso hacerla hablar de ella, de su sufrimiento, soportar su angustia, para que el niño esté menos impregnado. Para ese tipo de madres, se es “el analista milagroso”, con todo lo que ello comporta de ambivalencia.

El análisis de estos niños es largo, porque se resisten a reproducir durante la sesión su tipo de relación con la madre: son “objetos buenos” cuya sola forma de existencia consiste en llenar la existencia del Otro.

“Has trabajado bien con la señora”; tal será siempre al fin de la sesión, la frase de la madre ansiosa, quien tiene siempre el arte de hacer el tipo exacto de observaciones que no debe hacer. Sin embargo, de nada sirve violentar las cosas, en momentos en que madre y niño no forman aun más que un solo cuerpo. Al oponerse a la madre, se crea en el niño una angustia que hace imposible la continuación del tratamiento. Lo único por hacer es analizar con el niño y la madre ese tipo de observación, a fin de comprender lo que significa para el uno y la otra.

Para el débil mental de estructura psicótica, hallamos madres que recuerdan a las de los esquizofrénicos que hemos aprendido por otra parte a conocer; por lo tanto, estamos con menos peligro de rechazarlas, porque sabemos mejor a qué corresponde su presencia en la propia conducción del tratamiento.

Al ocuparme del análisis de los niños débiles, me he hallado de entrada incorporada al mundo de los padres; tan cierto es, que el camino que conduce al sentido de la debilidad mental pasa primero por el sendero de los padres. Es aclarando, en el nivel de los padres, la situación del niño en los fantasmas de ellos, como se llega a obtener cierta liberación que permitirá después, continuar el análisis.

Y en relación con esto, ¿podemos en realidad hablar aquí de análisis? ¿No se trata, más bien, de una serie de pruebas por las que nosotros, en nuestro papel de analistas, debemos pasar?

1) De entrada, experiencia de *no satisfacción integral*, en la mayoría de los casos de débiles mentales no psicóticos o perversos: el analista se aburre en compañía de un paciente estúpido, de buena voluntad, para quien lo real y lo simbólico están a tal punto confundidos que el humor le es raramente accesible.

De hecho, esta “realidad” tan envolvente que se vuelve de una mediocridad repugnante, es el caparazón que sirve al sujeto para no asirse de su impotencia, ya que al sentirse impotente se vuelve fóbico, en forma automática. Lo que, de hecho, complica el trabajo, es la colusión madre-niño en el interior de ese caparazón. Al incidir en la impotencia del niño, se incide en la carencia de ser de la madre, provocando así, a menudo, reacciones en el nivel de la realidad, carente de mediador simbólico. Si el niño llega, en el análisis, a cierto pasaje fóbico verbalizado, está salvado, porque se va a introducir un nuevo orden: en lugar de hallarse dentro de la madre, el niño partirá fuera de ella en busca de una solución y hará entonces, en general, lo necesario para introducir al padre en el diálogo analítico. Pero, en este momento, la madre se hallará aislada hasta tal punto que a menudo quedará como guardiana para siempre de una fortaleza, que no es otra cosa que un compromiso familiar en el seno de la neurosis materna.¹

¹ Neurosis de una madre que acepta mal una verdadera situación de tres, donde el padre desempeña el papel de guardián de la ley. La situación “de dos” provoca

2) Muchos análisis de débiles mentales —volveré sobre esto largamente— quedan *inconclusos*. En estos casos, el analista se conforma con la sola *readaptación social*. Desde el punto de vista técnico, estos análisis con frecuencia ni siquiera han comenzado; lo que ha sido modificado por la presencia del analista es el tipo de relaciones intrafamiliares. El verdadero trabajo, desde el punto de vista del análisis, queda por hacer.

Ese trabajo debe ser proseguido a través de las ideas de muerte; tan cierto es que el sujeto no puede ser accesible a los símbolos más que comprendiendo la relación existente entre el sentido de su deseo y el homicidio.

Si al débil mental le es difícil hablar, es porque personifica de alguna manera la muerte, la negación, en su conducta y en su discurso. El es esta negación viviente; como tal llama a su madre y eterniza su deseo. Su existencia no puede tomar un sentido sino a partir de esta experiencia. Falta todavía poder introducirlo en la palabra. Es decir, en general, hallar un analista bastante paciente como para no desear nada, al cabo de los años y volverse, por fin, para el sujeto, más muerto que él mismo, de forma que la angustia pueda por último surgir.²

Si en el análisis de los adultos esta actitud "va de sí", es mucho más difícil de mantener en un análisis de niños, pues el niño tiene siempre la opción de hacer hablar a los padres en su lugar. Con frecuencia es necesario buscar el inconsciente del niño en el de los padres, para poder hacer con ellos cierto trabajo que haga posible la curación del niño. Esto conduce a crear una situación en la que al fin sea concebible que la Verdad oculta detrás de los síntomas sea asumida por el sujeto. Esta Verdad, tan difícil de alcanzar en los padres, a veces ata los cabos de "secretos" que el niño no quiere traicionar, por miedo de sentirse en peligro de perdición. Dicho de otro modo, el niño es, en tales casos, el testimonio vivo de una mentira en el nivel de la pareja. Ni bien se lo toca, se desmorona el edificio.

a veces en la madre satisfacciones tales que la evolución del niño corre el peligro de ser sentida por ella como una pérdida de objeto; como si el niño dejara una parte del cuerpo materno. En estos momentos en que surge la esperanza de una mejoría del niño, no son raros mecanismos de duelo patológico. Tal otra madre busca un instituto para débiles mentales el día en que recibe la confirmación de que el niño se ha recuperado en el plano intelectual; en este caso, sólo la intervención del padre pudo poner al niño al abrigo de un retorno al estado de enfermedad que, de hecho, convenía a la madre.

² El sujeto tiene que sobrepasar una negación primitiva donde el Otro está ausente, para acceder a una posibilidad de identificación a través del uso reencontrado de su función imaginativa. Se trata para él de pasar del estado de objeto al de sujeto; pero devenir sujeto comporta un riesgo y sucede que el paciente elige "hacerse el muerto" o también "petrificar" al analista, por la inercia que opone en todos los aspectos. ¿Recubre la debilidad mental, en esos casos, rasgos psicóticos o una neurosis obsesiva grave? Tal es la pregunta que el analista es llevado a plantearse...

Y es, tal vez, ante esta posibilidad de reacción en cadena que el analista se protege, declarando curado a un niño adaptado, pero que no ha llegado en su discurso al dominio del yo, dado que su verdad queda todavía alienada en la de los padres.

CAPITULO IV

LA RELACION FANTASMATICA DEL NIÑO CON SU MADRE

Hemos visto hasta qué punto el niño retardado y su madre forman, en ciertos momentos, un solo cuerpo, confundiéndose el deseo de uno con el del otro¹, al punto que ambos parecen vivir una sola y misma historia. Esta historia tiene por soporte, en el plano fantasmático, un cuerpo que se diría afectado por idénticas heridas, que han revestido una señal significante. Lo que en la madre no ha podido ser resuelto en el nivel de la prueba de castración, será vivido en forma de eco por el niño, que en sus síntomas no hará más que hacer "hablar" a la angustia materna.

Maruja tiene ocho años cuando acuden a consultar con respecto a ella. El psiquiatra nota una debilidad mental importante (C I 54); se adopta un tratamiento de glutamina y una orientación en una escuela diferencial.

La niña se hace expulsar de la escuela diferencial. Se encara a conti-

¹ El psicoanálisis freudiano se caracteriza por la importancia dada al *deseo* en la constitución del sujeto y del objeto.

Jacques Lacan destaca que el deseo se diferencia de la *necesidad* y de la *demanda*.

El deseo aparece como un vacío, como una carencia del ser, que subsiste como carencia aunque sean satisfechas la necesidad y la demanda. La satisfacción de la necesidad se presenta entonces como un cebo. La madre, cebada con la perspectiva de la necesidad y de la demanda, cree escapar a los problemas del deseo abrumando al niño "con la bazofia oculta y asfixiante de lo que él tiene", olvidando "lo que no tiene" y "confundiendo sus preocupaciones con la dádiva de su amor". (*La Psychanalyse*, volumen V, París, P.U.F.)

La demanda (que es la articulación de la necesidad y que corresponde al nacimiento mismo del lenguaje) está también en el punto de partida de la relación del niño con la madre y de las vicisitudes de esta relación.

nuación una reeducación foniatría, sin mayor éxito. Desesperándose, en última instancia, se consulta al analista.

De entrada, Maruja plantea su problema: "¿Quién es Maruja?"

Al adulto lo llama Argelia. Argelia tiene siempre en los bolsillos un termómetro e inyecciones.

Se propone a los padres un psicoanálisis, rechazado de inmediato por la madre: "Cuando Maruja está aquí, no tengo miedo; si usted se ocupa de Maruja, yo no puedo vivir."

Ahora bien, ¿qué es lo que me cuenta Maruja como eco a la angustia materna? "La niña hace cosas sucias. Se la desviste. Se la acaricia. La madre cae enferma." (Esas cosas sucias, es la forma en que la madre imagina el análisis).

Más tarde, en el curso de un juego, Maruja me aporta lo siguiente: "¿Qué es lo que tú esperas de haber nacido? dice el padre a su hija. La pequeña no escucha a su padre y sangra."

Vemos ya aquí que Maruja y su madre no podrán jamás ser disociadas en el tratamiento. Una se sentirá siempre preocupada por la otra. Para captar el sentido de los síntomas de la niña, es preciso buscarlos ante todo en los padres.

En la familia de Maruja, el padre prefiere ser policía; la madre es la ley. Madre infantil y fóbica, que no ha vivido más que "pegada" a imágenes adultas, que murieron cada una a su turno. Huérfana a los veinte años, se casó para reemplazarlas; no podía vivir sin estar adherida a una imagen adulta cuya única función era la de preservarla del miedo.

En ausencia del padre, Maruja desempeña para la madre ese papel contrafóbico. Si se le quita a Maruja y al marido, se le sacan todas sus defensas y se encuentra de golpe en peligro. Al tratar a Maruja se revela la historia de la madre.

Un drama ha incorporado a Maruja al círculo materno. A los cinco años la niña fue atropellada por un automóvil. Es la edad en que Maruja creía ser una persona en tren de volverse grande. La irrupción en la realidad de una imagen de cuerpo atropellado marcó el comienzo del desencadenamiento psicótico (a pesar de que los psiquiatras consultados no quisieron ver ahí más que un signo de debilidad mental).

Desde ese día, Maruja se hizo llamar Carola (nombre de la hermanita menor no atropellada, que, como tal, tenía derecho a crecer). Maruja quedó con un cuerpo fantasma enfermo. "Un cuerpo —dice ella—, no es jamás un cuerpo, sino pedazos que se entienden o no se entienden".

Este aplastamiento en la realidad —y no en un nivel simbólico— ha impedido a la niña, como consecuencia, afrontar no importa qué prueba; es decir, de pasar por la "castración simbólica", ésta chocaría con un cuerpo fantaseado, despedazado y pondría de inmediato a Maruja en peligro de aplastamiento o de violación.

El accidente, traumatizante de por sí, se superpuso para la madre a una historia de violación vivida por ella en la edad prepuberal. La niña debía sufrir los efectos: este drama de la madre fue vivido por ella el día

en que, durante el análisis, se le pidió la posición acostada. La niña me hizo una crisis de histeria (crisis que no era la *suva*): "Me duele la pierna, se me parte. No quiero volverme una mujercita, sino una mujer mediana; tengo miedo de ser una mujercita, porque eso quiere decir que soy una niñita. No quiero ser una mujer ridícula. Cuando se es mujer demasiado pronto se es débil. Es una mala costumbre. Hacer el amor hace volverse débil. Es ser mal educado. Es preciso ser una verdadera mujer."

La niña, en un discurso eco de las preocupaciones maternas, nos muestra su deseo de tener un yo. La imagen materna es experimentada como la *cosz* del Padre y nada más.

Será preciso hacer con la niña todo un trabajo, durante el tratamiento, para ubicarla de cara a la fratría, de cara a la madre en un cuerpo que le sea propio, con deseos distintos de los de su madre. La autonomía de que Maruja va a hacer uso ejercerá su influencia sobre la madre, pues ésta interviene en ese momento de la curación para interrumpirla. Es lo que, en efecto, me dice la niña en esa misma sesión: "Mamá quiere a Maruja tal como es; entonces, ¿por qué cambiarla?"

¿Por qué cambiar, en efecto? ¿No está Maruja ahí, precisamente, para representar todo aquello que en los padres no ha podido tomar un sentido; todo lo que en ellos no ha podido ser simbolizado, por no haber estado sometidos a la ley? ¿Todo lo que, en fin, no ha entrado nunca en una dialéctica verbal? (ambos padres han sufrido de una carencia paterna y han vivido en un medio femenino del cual estaba eliminada toda imagen masculina).

Maruja es, a ratos, el entretenimiento de los padres. La niña lo expresa con claridad en una sesión en la que hace de la mujer la descripción siguiente:

"Una mujer es una hermosa flor cortada; no se marchita nunca. Un papá le da de beber. La mujer-flor es el entretenimiento del papá. Ella no es capaz. El papá ama a esta mujer-flor incapaz.

"Los niños son capaces porque son pequeños. Cuando uno crece, se vuelve incapaz de hacer lo necesario.

"La mujer capaz tiene como única tarea la de sus niños. Ella aprende en su lugar. La mujer-flor no se ocupa nunca de sus asuntos. No tiene ocupación.

"Los niños están tristes por tener una madre así. Esto me hace reír, porque me hace pensar en mamá.

"Las mujeres —agrega la niña— son algo feo de mirar. Más vale ser una 'loca'. Es más agradable. Es bueno ser deseable. Lo único que cuenta es divertirse."

De hecho, la madre de Maruja es el deber encarnado (aunque impotente para todo trabajo manual). También es el fastidio, la respetabilidad. Pero las fantasías de esta madre están todas centradas en torno del tema de la violación. Acontece que de pronto se presenta vestida tal como una joven del 1900. En ese momento parece salir de un cuadro, ver-

dadera pintura viviente, con esta niña etérea participando de su ensoñación, ambas fuera del tiempo o, más bien, suspendidas en un tiempo que no se quiere dejar pasar. Maruja simbolizaba entonces, para su madre, el deseo perdido.

Como eco a las dificultades de la madre, Maruja, en el interior de la situación transferencial, parece estar siempre en peligro en su relación con el Otro. La niña se defiende de dos modos:

1) Puede manejar en un sentido de pánico las fantasías de devoración maternas, con aparición de ansiedad. Maruja nos da con esto la respuesta.²

Para esta entrada en la angustia durante el curso del tratamiento, no puede decirse que se encuentra una palabra; *se halla como eco* la respuesta de la madre a su propia angustia.

2) O bien, en un acceso hipomaniaco, Maruja hace el payaso: enfrentada al deseo del Otro, logra no sentirse en peligro de ser suprimida; es al Otro a quien ella suprime. En este tipo de sesiones, la niña trastoca los papeles, caricaturiza al personaje del terapeuta y se conduce como el bufón del rey: está ahí para divertir.

Para Maruja, todo enfrentamiento a la Ley permanece como algo imposible: en tales momentos, busca en la locura un lugar al abrigo. Esta locura, sin embargo, ha sido considerada siempre por el psiquiatra como la expresión de su debilidad mental. Se ha pedido todos los años electroencefalogramas para seguir el progreso de "maduración". Los electros son normales, pero cierta creencia en una posible organicidad hace que, en forma paralela a la influencia del análisis, la acción del médico venga a objetivar a niña y padres en una enfermedad que no es otra cosa que la expresión de una historia familiar, una historia existente ya antes del nacimiento de cada uno de los autores del drama.

He relatado aquí un caso ejemplar para señalar hasta qué punto el niño es tributario de la salud de los padres; hasta qué punto participa, sin saberlo, de las dificultades que ellos mismos no alcanzan a sobrepasar. Hemos visto que el principal escollo con que el débil mental tropieza es la imposibilidad de afrontar las pruebas —lo que los psicoanalistas llamamos "prueba de castración"—. Esta fijación en determinada etapa del desarrollo a menudo ha sido ya vivida por uno de los padres en forma no exitosa. A su manera, ellos han hallado la solución imaginaria a la falta de ser en la cual han caído; para la madre de Maruja, en su fobia, su histeria, sus miedos de violación y de devoración.

Maruja, atrapada en el mundo materno, vive por interpósita persona la inseguridad de la madre. Las fantasías de la niña, como las de la madre, son una búsqueda de simbolización. Pero la falta de significante paterno la deja en un mundo desprovisto de sentido, en un mundo donde la falta de ser no llega nunca a ser completada.

² Su respuesta, es decir, una conducta psicótica que llega para proteger al sujeto contra todo cuestionamiento.

“Soy una pobre niña; no se puede hacer nada por mí; nada se me puede pedir. No sirvo más que para jugar, para ser linda.” ¿No veis, parece decir, que sólo en este papel soy reconocida por los míos?

En un caso de este género, debilidad y psicosis se conjugan; por tal razón, en la conducción del tratamiento interesa recibir el mensaje del niño y el de los padres. El clima que favorece la explosión psicótica existe aun con anticipación al nacimiento del niño. El sujeto juega para la madre, desde la concepción, un papel muy preciso en el plano fantasmático; su destino está ya trazado: será ese objeto sin deseos propios cuyo único rol consistirá en colmar la vida materna.

Tratando de distinguir, a través del tratamiento, las fantasías del niño de las maternas, llevo al sujeto a asumir su propia historia, en lugar de permanecer alienado en la de la madre. La historia del niño no es menor grado una historia que se escalona a través de varias generaciones. El nudo del drama existe ya en el nivel de los abuelos.

¿Pero no es la propia herencia —se me dirá— lo que usted saca a la luz a través de ese mal implacable, cuyo origen se sitúa, a veces, en la tercera generación de antecesores?

Pues bien; sucede que padres *adoptivos* patógenos pueden exactamente del mismo modo (en determinada relación fantasmática madre-niño) crear una relación psicotizante en la que uno se convertirá en débil mental y el otro en sobredotado.

Recordemos desde ya de qué está hecha esa relación fantasmática.

Existe para la madre, real o adoptiva, un primer estado, vecino al sueño, en que ella anhela “un niño”; este niño es al comienzo una especie de evocación alucinatoria de algo de su propia infancia, que se perdió. Este niño de mañana se halla al comienzo en la huella del recuerdo que la madre le crea; un recuerdo en el que se hallan incluidas todas las heridas sufridas, expresadas en un lenguaje del corazón o del cuerpo (sucede así que en las madres de psicóticos, las diferentes etapas del embrión serán vividas en el plano imaginario como un desarrollo del cuerpo parcial en el interior de ellas mismas). Este niño, tan ardientemente deseado, crea para la madre cuando llega, es decir cuando la demanda se concreta, la primera decepción: heko aquí, pues, este ser de carne... pero está ahí separado de ella, siendo que, en el nivel inconsciente, era con una especie de fusión que ella soñaba.

Y a partir de este momento, intentará reconstruir su sueño con este niño separado de ella. A este niño de carne va a superponerse una idea fantasmática, que tendrá por función reducir la decepción fundamental de la madre (decepción que tiene su historia en su propia infancia).

Desde ya, se va a establecer entre madre y niño una relación engañosa; ese niño, en su materialidad, es siempre para la madre la significación de otra cosa.

Desde el principio la madre va a engañarse acerca de su hijo.

Ese deseo, que le llega a la madre desde su propia más lejana infancia, deseo que le es develado en sus sueños, se mantiene tanto tiempo

como le es posible pedirlo. Será, pues, muy pedido al propio niño, pero a medida que éste responde a la demanda materna, he aquí que el deseo se evapora. La construcción del fantasma tomará el relevo, para relanzar a la madre en el camino que la lleva, en una especie de espejismo, a la conquista del objeto perdido. El niño se convertirá, sin saberlo, en una especie de soporte de algo esencial para la madre, de donde surge un malentendido fundamental entre madre e hijo.

El niño, destinado a colmar la falta de ser de la madre, no tiene otra significación que la de existir para ella y no para él. Responder a la demanda de la madre es siempre, diríamos, terminar en un malentendido, pues más allá de lo que ella formula, hay otra cosa que desea, pero de lo que no tiene conciencia. Y a toda pretensión del niño a la autonomía, corresponderá de inmediato, para la madre, la desaparición de ese soporte fantasmático del que tiene necesidad.

¿Qué quiere exactamente la madre de su hijo? No lo sabe; ignora que su demanda es la cubierta de su deseo perdido.

Y cuando, ante tal perspectiva, la madre —real o adoptiva— pide a su niño que sea inteligente, ¿qué va a suceder?

En la medida en que, detrás de su pedido, es de otra cosa que se trata, el niño va a permanecer ahí, como una sombra, habiéndosele asignado un lugar preciso a su inteligencia en la fantasía materna. La relación entre madre e hijo se va a establecer a través de un prisma deformante. El niño no sabe que está llamado a desempeñar un rol para satisfacer el voto materno inconsciente (rol de superdotado, de débil, de enfermo). Sin él saberlo, es de alguna manera “raptado” en el deseo de la madre.

En el caso de la debilidad mental, la inteligencia deficiente va a ocupar a la madre hasta el punto de que, ante los demás, la carencia del niño será siempre objetivada por aquélla. (Es en él que hay algo defectuoso; en tanto que la madre queda persuadida, la enfermedad del hijo disimulará la enfermedad materna).

Todo deseo de despertar del niño será combatido sobre la marcha, en forma sistemática, por la madre, hasta el punto de que aquél terminará por persuadirse de “que él no puede”. En todo caso, en tanto “que él no puede”, la madre se ocupa de él y lo quiere.

Tales madres están satisfechas cuando otro niño llega a representar para ellas el papel de niño superdotado. Sin darse bien cuenta, van a oponer continuamente a los dos niños, el uno al otro y a crear así la relación de hermanos enemigos; relación que les permite mantener intacto, en cada uno de ellos, el sustentáculo fantasmático que necesitan. Llegarán aun a crear en cada uno de los niños dotes artificiales: uno estará dotado para la música, el otro para la pintura. Pero este don en el que los aprisionan no está ahí más que para marcar en el niño sus límites y su impotencia.

La noción de test será utilizada por la madre en forma abusiva, para recordar siempre al niño su deficiencia.

He tenido ocasión —en un artículo aparecido en *La Psychanalyse*, vo-

lumen IV— de hablar de esta familia adoptiva, en la que uno de los niños, *Juan M.*, había quedado fijado en un rol de débil y el hermano, superdotado, había debido a la curación del otro el ser a su vez tratado. Cada niño tenía la impresión de ser el único que existía para la madre; es decir, de acapararla con sus síntomas, al extremo de que toda posibilidad de curación era vislumbrada con pánico. La curación de *Juan M.* marcó, en efecto, una aproximación con el padre adoptivo y una ruptura con la madre. “Por suerte me queda el pequeño”, me confió. Pero ese pequeño, superdotado, se sumergió poco a poco en trastornos del carácter de tal gravedad que hubo que aconsejar una hospitalización.

Tales madres pueden, por otra parte, mantener asimismo en el niño enfermedades imaginarias, es decir, objetivar en el nivel del cuerpo un defecto que halla su sentido en la madre. De tal modo, en otra familia, se asignó a la hija mayor el papel de eterna enferma: búsqueda de sífilis a los seis años, investigación de desórdenes tiroideos a los nueve, zapatos ortopédicos y corsé *ad hoc* para la columna vertebral. Más tarde, búsqueda de trastornos cardíacos.

La niña logró no convertirse en hipocondríaca al precio de una ruptura con la madre. Sus estudios primarios y secundarios sufrieron, de todos modos, los efectos nefastos de la fantasía materna: la niña debía mantenerse dentro de determinados límites en los estudios (en especial con relación a una hermana menor, que se deseaba brillante), por lo que en favor de un cambio de idioma (dejó el país de su padre por el de su madre) olvidó todas las nociones de matemática adquiridas y quedó siempre insuficiente en esa materia. Por otra parte, había debido cierta estabilidad en su primer desarrollo a la chance de haber sido educada en Asia por una nodriza indígena, fuera de todas las proyecciones maternas, hasta la edad de seis años.

La hermana menor “brillante” era anoréxica y caracterial. En su primera infancia no conoció un período de estabilidad tan largo como el de su hermana mayor y no pudo mantenerse en un equilibrio relativo más que poniéndose en “contra” de todo lo que llegaba de la madre. Era su medio, desesperado, de obligar a la madre a estructurar deseos fuera de ella. Esta inteligencia se mantuvo “brillante” en tanto fue el reflejo del mundo fantasmático de la madre, pero se reveló “impotente” en la adolescencia, es decir, en el momento en que la actividad intelectual no podía tomar un sentido más que en nombre del sujeto. En ese momento, la niña “plantó” los estudios, a la altura del tercer año, con el acuerdo tácito de la madre, indiferente en suma al éxito intelectual, dado que ese éxito debía establecer la separación de cuerpo entre madre e hija.

Todo estudio del niño débil mental queda incompleto mientras no sea en la madre que se busque de entrada el sentido de la debilidad. El estudio del tipo de relación fantasmática madre-niño llevaría tal vez a

precisar los factores determinantes de la elección psicótica, psicósomática o perversa.

Una búsqueda del sentido de la enfermedad del niño en la madre no debe conducirnos, por otra parte, a la conclusión simplista de que es la madre a quien hay que tratar. Se trata, por el contrario, a partir de una anamnesis bien entendida, de ayudar al niño a asumir, en el tratamiento, en su nombre, su propia historia, en lugar de hacer suyas las dificultades relacionales de la madre con su propia madre, la abuela, realizando así en su neurosis el sentido fantasmático que ha podido constituir para su madre, al nacer. En cuanto a saber si la madre, a continuación del tratamiento del niño, necesitará también ella ser tratada, es un asunto en absoluto distinto.

CAPITULO V

EL LUGAR DE LA ANGUSTIA EN EL TRATAMIENTO DEL DEBIL MENTAL

La situación analítica desemboca, tarde o temprano, en la angustia. Esta surge en la relación transferencial; tiene una estrecha relación con la forma en que el sujeto se sitúa con respecto al deseo del Otro.

Como, de hecho, el analista no desea nada, el sujeto se encuentra confrontado, a través de sus proyecciones, con su propio mundo fantasmático. Precisamente, es el descubrimiento del fantasma la fuente de angustia. "Tengo que salvarme, tengo miedo de sus pinchos," me dice un niño psicótico, en momentos en que, por otra parte, traduce en plastilina un cuerpo fantasma de violación en el nivel oral: "Una pistolita y una araña divirtiéndose con su pistolita."

Lo que caracteriza la situación de angustia es la imposibilidad, para el sujeto, de utilizar la palabra como mediador. Cuando consigue traducir en palabras lo que siente, ya no tiene en verdad angustia: ha podido establecer una comunicación.

Una falsa cuestión es aquella en la que el sujeto se sirve de la palabra —como sucede a menudo— para expresar lo contrario de aquello de que se trata. De tal modo, el niño utiliza a sus padres provocando sus quejas y los propios padres tratan de enmascarar la angustia con sus quejas.

El analista está presente para ser señalado a su turno y constituye para cada uno *el lugar del Otro*, de donde puede surgir la angustia.

A. LA ANGUSTIA EN EL TRATAMIENTO

¿Qué pasa en el tratamiento del débil mental llamado *sin* angustia? ¿Quién habrá de soportar esta angustia y qué papel desempeñará ésta en la relación transferencial analista-sujeto-padres?

Lo que caracteriza a ese tipo de pacientes es que no existen sino como testigos de una angustia que provocan.

En el momento en que Maruja debe partir para hacer deportes de invierno sin su madre, ésta cree recibir de Dios, una noche, un mensaje que le concierne: "Si dejas partir a tu hija, le acaecerá una desgracia." Y la angustia le estruja el vientre; un ginecólogo, llamado de urgencia habla de "neurosis de angustia" y prescribe calmantes.

En realidad, esta crisis es un mensaje que me está destinado, en tanto que analista de la niña. Mensaje que el padre está encargado de hacerme llegar: "Mi mujer está enferma; esta vez no es un chantaje; *sabe* que su cederá una desgracia y yo no quiero ser el responsable". ¿Qué viene a pedirme ese padre, sino una respuesta a la angustia que su mujer provoca y que él no puede asumir sin estar también afectado?

¿Y cuál será mi respuesta, sino la aceptación total de la situación en la que, desde mi posición, debo de algún modo ser afectada?

"Pobre de usted —tiene el aire de decirme— si algo le sucede a esta niña."

Mi respuesta fue: —Que parta.

Esto fue entendido como una orden, que permitió al padre reconocerse como tal: sería él quien velaría por la aplicación de la ley. La intransigencia paterna tuvo como primera consecuencia la disolución de la angustia en la madre, tranquilizada por un tiempo como por arte de magia. Los trastornos psicossomáticos cesaron. Después todo fue de nuevo cuestionado, al retorno de la niña, quien se reintegró a un internado luego de los deportes de invierno.

"Mi hijita es muy feliz —me escribió la madre—, los hermanos y hermanas se sienten mal, lo que prueba que su lugar está entre nosotros. Yo no quiero más que su bien. Estoy en perfecta salud moral y con toda objetividad le comunico mi decisión de recuperarla."

De nuevo el marido tuvo la misión de venir a culparme. "¿Está usted segura de tener razón? ¿Está usted segura de lograr un resultado, y cuándo?"

En realidad, ¿dónde estaba la verdad? ¿Con qué derecho podía yo presionar? Era en el terreno de mi propia confianza que el padre me buscaba y me alcanzaba.

El analista toma, de algún modo, el relevo del niño cuya ausencia crea un vacío; llamado de angustia para cada uno de los miembros de la familia.

"El pequeño está abatido por completo desde que no tiene a su hermana y con nosotros pasa lo mismo", me dijo el padre.

Completamente distinta fue la reacción de la familia X, donde la separación de un niño caracterial (débil mental después de una encefalitis vaccinal) había aportado un alivio tal que su regreso fue vivido como una desgracia. El niño se mostraba todavía más parásito y destructor. La madre no tuvo otra salida que venir a humillar al analista: "Esto no sirve para nada; está como el primer día. Por supuesto, le pego y quisiera que se fuera." Escuchando a la madre, dejándole la opción de hacer por

el niño sólo lo que juzgaba conveniente, se pudo encarar una solución criteriosa: continuación de la terapia y mantenimiento en la familia.

"El Señor me ha enviado esta prueba; es necesario que la acepte", tal fue entonces la respuesta de la madre.

La normalización de las relaciones madre-hijo nació aquí del solo hecho de que el analista no había responsabilizado a la madre por su papel parental. No fue, por cierto, por azar, la invocación a Dios en el momento en que la madre se planteaba el siguiente interrogante: "¿Qué quiere de mí esta criatura; hasta dónde llegará con su demanda, o más bien más allá aun, qué hay ahí para que me sienta perdida hasta tal punto?"

"¿Quién va a castrar al Otro?", así podría formularse la angustia. "No puedo, pese a todo, dejarme manejar", dijo la madre, con algo así como vergüenza, como si corriera el riesgo de no ser considerada una buena madre.

B. LA ANGUSTIA EN LA INTERRUPCION DEL TRATAMIENTO

El analista hace surgir una angustia insoportable cuando declara a la madre de un oligofrénico: "Creo haber alcanzado el límite." De tal modo, devela, por su propia duda, la duda de la madre en cuanto a la curabilidad de su hijo. La idea de retardo había sido siempre rechazada: la intervención de un analista que no tenía una fe similar a la de los padres provocó el abandono del tratamiento. Lo que la madre venía a pedir era una certidumbre; es decir, la afirmación en el discurso del Otro de su propio engaño.

Cuestionar lo que desde el punto de vista de la madre debía permanecer fuera de toda sospecha, sólo podía desencadenar su fuga; retrocedía ante una imagen que no podía reconocer sin sentirse de inmediato en peligro, en el plano narcisista.

Era el niño quien vivía la angustia, sintiéndose, en forma permanente, destructor o parásito del adulto. "Las mamás hacen de camareras. En cuanto a mí, *Gerardo*, soy una niña y papá trabaja para mamá."

El padre llenaba a la madre de dinero; Gerardo la colmaba de otro modo, absorbiendo todos sus momentos. Para ella, la referencia al tercero debía hasta tal punto no existir que no soportó la prueba de la psicoterapia; tal vez porque el analista no supo comprender a tiempo el alcance simbólico de la quietud materna.

Esta madre deseaba permanecer serena, a cambio de que el analista asumiera en la totalidad el peso de la duda y del miedo. El rol de este último, en los casos de niños muy afectados, es cargar de veras sobre sí la angustia parental. Esta angustia está mezclada de culpabilidad: ¿no es preciso, acaso, un culpable para explicar la anomalía del niño?

Eso es, en efecto, lo que los padres vienen a pedir, al cabo de muchas vueltas. Mientras el fracaso de un tratamiento pueda ser imputable a al-

güen, la esperanza se mantiene. Curiosamente, en momentos en que todo parece, al fin, posible (hallados la escuela ideal y el terapeuta), la madre se permite flaquear y atraviesa un episodio depresivo, en el curso del cual el Otro es enfocado. En ese preciso momento se desca otra vez la angustia del analista y se intenta una superación de la situación apelando al Amor de Dios: es en absoluto necesario que todo esto tenga un sentido; el sufrimiento sólo se hace soportable si tiene el carácter de una expiación o es sublimado.

C. LA ANGUSTIA EN LA CURACION

En el momento en que la "curación" puede entreverse, se presenta una etapa angustiosa en el tratamiento de un niño débil mental. Con motivo de esta posibilidad de salida "feliz", toda la familia va a ser de nuevo cuestionada. El analista está todavía enredado con una situación ansiógena, que trata a veces de evitar aceptando la detención prematura del tratamiento, pedida por los padres. Subestima siempre, en esos casos, el papel que continúa desempeñando en el fantasma maternal "la falta del niño", en el preciso momento en que se corre el riesgo de que ya no vaya a faltar...

Muchos análisis interrumpidos demasiado pronto dejan de hecho al sujeto en el umbral de una neurosis obsesiva. Se deja a un niño aparentemente "readaptado", para encontrar, tres o cuatro años después, un adolescente paralizado, cerrado a todo pedido, aislado en una torre de marfil, al abrigo de la angustia que, sin embargo, permanece en un estado de dependencia total con relación al Otro.

La transferencia no ha sido bastante profundamente analizada; ha quedado, incluso, suspendida en el fantasma del paciente. Por consiguiente, toda la actividad del tratamiento se ha limitado a una ayuda sugestiva en una relación imaginaria. Lo que ha faltado es la verdadera apertura psicoanalítica sobre lo que para el sujeto constituye demanda y deseo. En la medida en que ninguna solución ha sido aportada a ese problema, se corre el riesgo de que aparezca la rigidez obsesiva.

El analista de niños —tal vez en especial la mujer— deja con facilidad partir al cliente, pronto a dar por terminado un tratamiento, si el sujeto manifiesta ese deseo. Por tomar demasiado al pie de la letra un deseo de evolución, combinado con un éxito escolar, se deja de lado la angustia, que está ahí, oculta en el pedido. El sujeto, solo en lucha con ella, corre desde ya el peligro de enmascararla; de ahí la *impasse* en que desembocan análisis en apariencia exitosos, ya se trate de débiles llamados sin angustia o de débiles ansiosos, vueltos al parecer apacibles, "disponibles". La brevedad del tratamiento deja a menudo en suspenso un problema más profundo, enmascarado hasta entonces por un síntoma; desaparecido éste, el verdadero problema permanece, pero no reaparecerá sino más tarde, incluso como una neurosis obsesiva.

Lo que no ha sido bastante puesto en evidencia en la transferencia es el papel desempeñado por el analista, en tanto que objeto parcial en la fantasía del niño. Al desconocer la función del analista en ese plano se corren serios riesgos con la interrupción precoz del tratamiento. Porque, a partir de ese momento, el sujeto nos va a dejar su interrogante y su angustia de castración, tomando para él el camino de la "torpeza neurótica", descrita por Freud como mecanismo de defensa. Parece estar en estrecha relación con una falta de suficiente simbolización, en el sujeto, de todo cuanto se relaciona con la carencia. Defecto de simbolización también de parte del analista, que al dejarse agarrar en la trampa de una "realidad", deja escapar una pieza maestra de la articulación del deseo en sus avatares.

Si la niña se defiende en el tratamiento contra una depresión que reviste a menudo el carácter de un duelo, el niño evita todo lo que en el análisis pueda evocar el problema del enfrentamiento con el Padre. Se va a establecer un statu quo, a partir de lo que en la transferencia será asimilado por el sujeto a la internalización del objeto "bueno"; el analista, en la ocurrencia. El sujeto le ofrecerá a este último el regalo de su éxito escolar o del abandono de un síntoma.

Pero, al igual que los padres, el analista no pide a menudo nada mejor. En efecto, la rapidez de la cura constituye para él un elemento gratificante no despreciable.

Pero la interrupción del análisis en este punto deja en tan gran medida al sujeto en lucha con su problema fundamental, que en los casos de débiles mentales, el tratamiento se salda con una interrupción del desarrollo intelectual, un retorno a los bloqueos del comienzo; sería más exacto decir una transformación de los síntomas en el sentido de una adaptación superficial, destinada a enmascarar una "estupidez neurótica".¹

Esta interrupción, a pedido de los padres y del niño, apareja el peligro de dejar al sujeto en lucha, no con el problema de la curación, sino con el de un rechazo de curar de verdad; es decir, que permanecerá bien amable, insuficientemente crítico y no demasiado ansioso, para conformar, en tal forma, a los íntimos que obtienen un beneficio narcisista y no son afectados por la depresión o la reivindicación del sujeto, tales como pueden presentarse al final de un análisis.

Es preciso preguntarse, por lo demás, si el nivel óptimo de curación en un niño muy afectado no corresponde al que es verosímil que los íntimos puedan soportar. Ciertas inteligencias fecundas se detienen en el curso de la evolución para modelarse, por culpabilidad, sobre el factor inhibitorio del ambiente adulto.

¹ La ignorancia del sujeto antes del tratamiento reservaba a veces rasgos de genio en tanto estaba dispuesto a asir su Verdad, a apuntar al nudo mismo del drama familiar. Y la interrupción del análisis se hace casi siempre sobre la nota de esperanza que da una personalidad que se busca. Pero si ello tiene lugar en forma prematura, lo que sucederá será una mediocridad sin brillo.

A esos niños se los vuelve a encontrar más tarde "apagados", habiendo perdido hasta la originalidad que les confería su neurosis. Su "inaptitud para conocer" habrá sido entretanto resuelta por una orientación escolar precoz en el sentido de una inhibición. Niños "problematizados" se han convertido en adolescentes mediocres. Si los padres gozan de la satisfacción de tener un niño llamado "fácil", éste ha abandonado por sí mismo todo cuestionamiento, que sería también cuestionamiento de los padres, de Dios, del mundo y ha hecho suyo, de algún modo, e superado de los padres.

Uno puede preguntarse si el mejor pronóstico de evolución después de un tratamiento psicoanalítico no se plantea a partir de lo que tiene de cuasi crucial o dramático la última parte del tratamiento (a través de la angustia de muerte). Los casos "graves" tienen así más posibilidad de curar por completo (sobre todo si la familia no los soporta) que los casos intermedios, "recuperados" por la familia con la complicidad del analista, que queda con el resultado gratificante de un éxito.

Lo que me sorprende, en los dos casos, es la forma en que el trabajo psicoanalítico será a continuación completamente escotomizado por el niño.

A los dieciocho años ha "olvidado" este período de su infancia y ha conservado tan sólo un vago recuerdo de "dibujos realizados con una señora". Ciertas orientaciones (hacerse psiquiatra) han sido, sin embargo, inconscientemente motivadas por lo que queda de elementos transferenciales disponibles para una sublimación exitosa. Cuando este elemento residual de la transferencia ha permanecido no simbolizable, los efectos del tratamiento cesan al mismo tiempo que la presencia del analista.

En estos casos, el sujeto desarrolla mecanismos de aislamiento de los afectos que hacen muy problemático todo éxito de una cura ulterior. Como el tratamiento no lo ha vuelto en realidad autónomo, corre de nuevo el riesgo de ser atrapado en el círculo de la dependencia materna. He aquí, a continuación, como resultado de una encuesta, una respuesta entre otras.

"Mi hijo se ha vuelto muy agradable, apático, deferente, calmo. Se ha dado cuenta de que es un retardado y sufre. Parece no tener ambiciones ni necesidades y no es feliz sino cerca de nosotros y de nuestros amigos."

La detención de la psicoterapia en este caso había sido un error, debido en parte a la actitud contratransferencial del analista, que había interrumpido la labor justo a tiempo para no ser él mismo alcanzado por las reivindicaciones y las angustias maternas. Este niño, "prestado" por la madre a "la Señora", le había sido devuelto a su pedido: el niño había quedado reducido al estado de objeto de cambio entre las dos, sin que jamás el padre se hubiera manifestado de otro modo que dejando a la madre carta blanca.

He aquí otro tipo de respuestas, a propósito de un niño cuyo tratamiento había sido interrumpido a pedido de la madre, con acuerdo del a-

nalista. Si el tratamiento hubiera aportado al sujeto un éxito completo en el plano escolar, de todos modos lo hubiera dejado también en un estado de dependencia respecto del adulto:

“La transformación comenzada con usted continúa. El niño se da cuenta de que todo lo que le pido es por su bien personal, actual y futuro. Se desarrolla y conserva de las sesiones con usted un muy buen recuerdo, pues usted ha sido la primera en sacarlo de su ensimismamiento.”

¿Cómo sabe esta madre que su hijo ha conservado muy buen recuerdo del tratamiento, si no es porque madre y niño forman un solo cuerpo? Por haber tomado al pie de la letra el pedido de interrupción de la cura, el analista, también aquí, ha fracasado en su verdadera misión, que es la de insertar al niño en el juego del significante, más que de adaptarlo a la simple “realidad”.

Puesto que el niño queda entonces cautivo de una relación imaginaria, estando a la vez bastante liberado para un éxito escolar, y en la medida en que este éxito tiene aún relación con la madre, no podemos prever lo que sucederá a continuación en el plano sexual y en el del éxito profesional adulto. En la medida en que el niño, por su síntoma, constituye para la madre una suerte de garantía contra su propia angustia, la cura no está terminada. Madre y niño tienen que realizar una evolución hacia una autonomía recíproca. Si la madre no es ayudada para poder aceptarlo, se las arreglará para permanecer como único dueño del destino de su hijo.

“Si hemos puesto fin al tratamiento —me escribió otra madre— es porque mi hijo no ha querido seguir sometiendo al mismo, afirmando haber comprendido mejor sus obligaciones futuras. Ahora se ha vuelto afectuoso y abierto. Tal vez el gran retraso que tiene en francés y su gran emotividad lo hagan fracasar. En ese caso, recurriré a sus buenos consejos.”

También aquí la cura psicoanalítica fue considerada por la madre como una ayuda de una estricta naturaleza moral y educativa. Desde el momento en que las dificultades caracteriales desaparecen, se asigna al niño un lugar en la familia, a pesar del riesgo de fracaso entrevisto con claridad. La madre es quien tiene la última palabra.

En el caso de *débiles ansiosos*, la terapia corre el riesgo de detenerse cuando ya no hay trastornos del carácter; al aceptar la detención del tratamiento en ese momento, el analista remite al circuito materno a un sujeto cuyas defensas se han derrumbado, pero que no está lo bastante maduro como para encarar un desarrollo por su propia cuenta.

En los casos de *débiles mentales llamados sin angustia*, la detención del tratamiento tiene menos riesgo de producirse con una madre transferente. El peligro subsiste con una madre sobreprotectora, porque la evolución del niño es la expresión de la propia castración de aquélla. “Después de su partida —me dijo una madre— siento en mí un vacío; ya no sé qué hacer de mí misma; estoy perdida por completo.”

Le respondimos: el niño, en su enfermedad, protege a veces al adulto de la locura o la desesperación; de ahí la necesidad, para el analista, de tomar en cuenta a la familia en forma efectiva, porque si ésta no se siente suficientemente ayudada, "retomará" a un niño al que pretenderá curado, mientras que, de hecho, su estructura psicopática ha permanecido inalterada.

"Si la cosa es así —me dijo un padre con problemas, a quien el analista parecía prestar poca atención— no le confío más mi hija." "Por otra parte parece que mi mujer se ha sacado la lotería; hace su vida de gran dama, es feliz...esto no lo podemos admitir."

Olvidamos demasiado a menudo, cuando nos ocupamos de un niño, que nos ocupamos de lo que justamente existía como germen patógeno aun antes de su nacimiento. Al cambiar la relación con el mundo del sujeto, se choca sin falta con los adultos que, por sus propias dificultades, han creado en el niño ese tipo perturbado de relación. Es preciso que esos adultos puedan aceptar la curación de quien, con su enfermedad, cerraría la herida parental.

"¿Qué sería de Enrique si le tomara gusto a la vida?", me decía una madre bien intencionada, prefiriendo la idea de un estancamiento a la de una continuación del tratamiento, con el riesgo de incubar en el hijo ideas de matrimonio. (Este hijo con un C I de 80, considerado como un importuno, se manifestaba en la vida, como respuesta a la demanda materna, en forma de un gran débil, por completo inexistente, perdido en los abismos de un masoquismo total).

La angustia está siempre presente. Soportada por el niño, que la expresa con trastornos del carácter; vivida por la madre, que se sirve de su hijo para enmascararla; o utilizada por el niño como único modo de relación posible, apuntando al surgimiento de la angustia en el Otro. El analista no puede evitar la lucha con ella, a menos de detenerse, como sucede a menudo, en el preciso instante en que va a tomar sentido en el diálogo analítico.

El niño puede utilizar a la madre en forma tal que ésta lo sustraiga a un enfrentamiento muy penoso, así como la madre puede sentirse amenazada a través de la prueba vivida por su hijo. El analista, lo quiera o no, estará en determinado momento enfrentado a los padres, es decir, en el blanco de un estilo de relación que no existe sin despertar sus propias defensas. Pero es preciso que pueda ser alcanzado por la angustia que el Otro trata de provocar en él y que la asuma, para permitir la prosecución de un tratamiento.

CAPITULO VI
EL PROBLEMA DE LA RESISTENCIA EN EL
PSICOANALISIS DE LOS NIÑOS RETARDADOS

Freud ha destacado en su obra el lugar que ocupa la *resistencia* en un tratamiento psicoanalítico. Y nos ha enseñado cómo utilizarla para hacer surgir la verdad a través de la distorsión del discurso. La palabra del sujeto debe ser liberada de la mentira tras la cual se disfraza. Es necesario que el analista pueda ir más allá del lenguaje objetivante, anónimo, para conducir al paciente "al lenguaje de su deseo, es decir, al lenguaje primitivo en el cual, más allá de lo que nos dice acerca de sí mismo, ya nos habla sin saberlo y con los símbolos del síntoma inicial".¹

El psicoanálisis se halla entonces, muy a menudo, ante un enigma a descifrar. Como ya he dicho, es a través de una mentira que puede ser recuperada la verdad; hace falta aún buscarla allí donde se halla escrita.

Al tratar en este capítulo la resistencia del sujeto, seguiré paso a paso una construcción difícil, enfadosa, con el fin de cuestionar no sólo su fuga sino también la mía (expresión de una falta de confianza en mí o en el psicoanálisis). *En lugar del Otro* buscará lo que puede, al uno y al otro, constituirnos como sujeto.²

El cuestionamiento de nuestra respuesta, al introducirnos en el lenguaje de nuestro deseo, nos permitirá aclarar lo que puede parecer incomprendible en una conducta u oscuro en un discurso.

¹ J. Lacan: "La Parole et le Langage en Psychanalyse", en *La Psychanalyse*, volumen I, París, P.U.F.

² Retomaré aquí a veces ejemplos utilizados en el capítulo precedente, para ilustrar la angustia en el tratamiento —pienso en *Maruja* y en *Gerardo*, el oligofrénico— a fin de aclarar ahora el sentido. Este sentido será a veces la exteriorización de mis errores. Porque es a partir de las faltas cometidas por mí que puedo brindar las reflexiones que a continuación formulo sobre la conducción de un tratamiento.

A. UNA RESISTENCIA PARENTAL

Si, en el psicoanálisis de los adultos, la resistencia se manifiesta por quejas que van a constituir un obstáculo para el descubrimiento de la fantasía, en el psicoanálisis de los niños es *el yo de la madre* lo que a menudo llegará a interrumpir el progreso, antes de que el fantasma se revele. Es en la madre, pues, donde de entrada va a surgir la angustia.

En el tratamiento de *Maruja*, las palabras "No puedo vivir más" serán pronunciadas por la madre antes de ser vividas por la niña. Curiosamente, es la madre quien en este caso va a introducir su *resistencia* en el preciso momento en que, durante el tratamiento, el niño estará a punto de liberarse de los fantasmas de violación de la madre y de la histeria materna.

Si el niño, como nos dice Lacan, es la falta de la madre, ¿qué sucede en los casos de retraso, donde *él es verdaderamente falta*? Ya hemos visto hasta qué punto cristalizará alrededor de esta falta la demanda de la madre en todas las consultas médicas. La angustia de la madre está de algún modo enmascarada por la preocupación de tener que "meter algo allí donde no hay nada", retomando los propios términos de una de ellas. ¿Pero qué sucederá el día en que la falta no faltará más? La madre (o el padre) va entonces a volcar a través de su desarrollo su propio problema de castración, enmascarado hasta entonces por el niño, que tenía por misión significarlo. En casos extremos, la curación del niño puede constituir la muerte de uno de los padres.

He tenido ya ocasión³ de citar la respuesta de ese niño de doce años a la pregunta del médico:

-El doctor puede curarte y volverte inteligente, ¿quieres ensayar?

-Es necesario que le pregunte a Dios —respondió el niño.

-Pregúntale.

-Bueno, Dios dice que puedo trabajar con el doctor, pero no quiero, porque mamá no me tiene más que a mí para vivir.

El niño no puede siempre formular esta advertencia y el analista no siempre puede sopesar el peligro. Así comenzó el análisis de *Gil*, gran oligofrénico, con el solo consentimiento escrito del padre que invocó razones de trabajo para no ir nunca a lo del analista con su hijo. Anamnesis normal; pareja unida y en apariencia sin historia. Tres meses después del comienzo del tratamiento: *suicidio del padre*. Sólo a partir de este suceso pudo hacerse el esclarecimiento psicoanalítico del caso:

1) *Gil* había sido, en realidad, perturbado desde su nacimiento por un padre que no soportaba a su hijo sino en la medida en que *se hacía el muerto*.

³ "La Psychothérapie des débilés", en *La Psychanalyse*, vol. V, París, P.U.F.

2) Este padre había sido él mismo, de algún modo, el objeto parcial de su propia madre, gran melancólica, a quien consolaba de un marido que ella menospreciaba. Luego había colmado de dinero a esa madre, siempre insatisfecha y depresiva. Durante su infancia se había creado entre ambos una relación muy especial: él debía de continuo "llenarla" de satisfacción, sin llegar jamás a lograrlo, sin duda, porque dado su estado patológico, la madre estaba condenada a una eterna insatisfacción. Al menos había llegado a ser quien, por su presencia, yugulaba la angustia. Pero se trataba de una presencia de "objeto para llenar a la madre de satisfacción" más bien que una presencia de un ser humano autónomo, porque la madre hubiera llorado esa autonomía como una pérdida (como la pérdida de un objeto que se tiene) o hasta como una amputación de una parte de su propio cuerpo.

3) El padre había encontrado en su mujer el mismo esquema familiar, tropezando con el mismo tabú de castas. En efecto, ésta era de familia acomodada, superior a la suya. Había tratado de mantener con su mujer relaciones excluyentes, malquistándose con sus suegros y quedando anonadado el día en que aquélla le anunció que estaba encinta: "No puedo —le había dicho— soportar la idea de hacer algo vivo."

De modo que el padre de Gil, de acuerdo con su historia, no estaba preparado para asumir un rol de jefe de familia. De lo que tenía necesidad era de una imagen materna para llenar de satisfacciones, pero de satisfacciones que no conllevaran un fruto y que, sobre todo, estuvieran desprovistas de todo sentido simbólico. Hacer algo vivo era introducir un tercer término en la relación con su mujer. Era entrar obligado en una dimensión de relación humana insoportable, tan cargada estaría de angustia.

Al principio, Gil no podía ser tolerado, salvo con la condición única de no existir. La leche materna vehiculizó el mayor tiempo posible una dosis bastante grande de somnífero.

El retardo del primer desarrollo permitió de algún modo mantener dormida la angustia parental. El día en que al fin se produjo el desarrollo motor, el padre no pudo soportarlo e hizo un delirio de persecución que terminó con un suicidio, en relación directa con el tratamiento que daría al niño una posibilidad de curación.

En el trabajo psicoanalítico, el diálogo se anudó en el nivel mismo de rechazo del niño, en el nivel mismo de su ausencia. Desde el comienzo, todo el material aportado por éste giró en torno de la escena primitiva.

En los fantasmas que nos aportó, el niño nos mostraba que si se *identificaba* con el padre, recibiría un sexo no fecundo. Si se *identificaba con la madre*, recibiría del padre la muerte.

¿Cómo nacer de esta muerte? Tal sería el problema mismo de la cura.

Pero al intentar hacer vivir a un niño ligado a un padre patógeno, el analista no puede más que precipitar el surgimiento de un acto no con-

controlable por él. La falta del niño no es aquí más que la garantía de la función del padre. Al tocar este punto, se va a poner al padre, en forma brutal, cara a cara con su propio problema de castración; hemos visto que, imposibilitado de poder vivirlo en un nivel simbólico, va a encontrarlo en su realidad corporal, suprimiéndose.

¿Qué significa para los padres la curación del hijo? Se trata de una pregunta que el niño puede plantearse cuando se halla embarcado en la aventura psicoanalítica; pero sería prudente que el analista se la planteara por adelantado, a fin de estar luego menos desprevenido ante las reacciones parentales; incluso para poder establecer un pronóstico sobre el grado de tolerancia de los padres al análisis.

Alberto, débil encoprético, aporta el siguiente sueño: "Papá me pide mi 'grande' para curar a mamá, que está accidentada."

La madre, castradora de machos, necesitaba ese hijo encoprético y débil para instaurar en él una falta significativa. Al curar al niño había que afrontar la resistencia de la madre. Y el niño lo preveía en ese sueño, en el que el padre tenía el aire de implorarle que guardara su "grande" para él solo.

Hay familias donde todos los muchachos son débiles (C I entre 60 y 77) y exentos de cuidados, porque, según la expresión de una de esas madres: "No es sino al lado de sus padres y bajo su influencia que pueden encontrar el bienestar."

El niño no deseado se convierte en aquel que soporta luego mucho amor o mucho odio. En ambos casos se desarrolla en una situación masoquista que no se reconoce, ya que la misión del niño consiste en apelar a la angustia de los padres. Este llamado no es otra cosa que una barrera para el peligro de ver surgir "la verdadera" angustia, de la que no se quiere saber.

Al ocuparse del niño, uno se ocupa también, en cierta forma, del equilibrio entre padres e hijos.

Lo que importa, a mi juicio, de entrada, no es la búsqueda de una especificidad de estructura en el débil: creo, en efecto, que tras el rótulo de retraso, se puede hallar toda la gama de la neurosis, la psicosis y la perversión, con la circunstancia de que la neurosis ofrecerá siempre un carácter de gravedad inhabitual. La gravedad de la enfermedad depende en esencia del sistema de relaciones en el que el débil se halla agarrado.

En la situación psicoanalítica es donde este problema aparecerá con más claridad. Intentaremos ver de qué manera, retomando ejemplos citados con anterioridad.

B. RESISTENCIA E INTERRUPCION DEL TRATAMIENTO

¿Cuál es el error de técnica que ha provocado la interrupción del tratamiento de Gerardo? (página 63).

Recapitulemos la situación.

Se trata de un niño oligofrénico. Se encara una psicoterapia de prueba durante un período de tres meses. Se indica a los padres que vuelvan a consultar al médico analista que aconsejó el tratamiento, a fin de saber si es necesario o no continuar la experiencia. Al cabo de ese plazo, la analista notifica a la madre que se aproxima la fecha de esa consulta y que enviará el balance del trabajo efectuado. Le participa su duda: "Creo haber alcanzado el límite, pero si el médico considera conveniente continuar, acepto." Esta observación, hecha en forma bastante brutal, provoca la ruptura. ¿Por qué?

Porque la madre, fuerte en apariencia, serena por su confianza en la analista, ha construido su fuerza sobre la ambigüedad siguiente: "Soy Todopoderosa - No soy Todopoderosa". Y ha proyectado esta ambigüedad sobre la analista de su hijo.

1) La madre da el niño, que es *su falta*. La analista es, desde entonces, la falta que el objeto de angustia de la madre va a completar. Procediendo así, la madre erige a la analista en *Todopoderosa*.

2) Sin embargo, si la analista es *Todopoderosa*, la madre no tiene más función; no puede más dar el objeto de su angustia. Es preciso, pues, que la analista sea también un personaje *no Todopoderoso*. Y la madre va a reservar un lugar a esta frase inconfesada.

Si la analista hubiera dicho: "Puedo, de todos modos, ensayar", habría satisfecho ese voto inconfesado: "No es *Todopoderosa*", y la madre habría podido entonces dotarla de Poder haciéndole el don de su propio objeto de angustia. Al mismo tiempo, la madre la dominaría.

Al decir a la madre: "Creo haber alcanzado el límite", la analista debería, en suma, satisfacer a la madre, si el voto de ella: "No es *Todopoderosa*" fuera consciente. Pero como, precisamente, no lo era, con esas palabras la analista entró en el juego de la revelación de la fantasía, de donde surgen pánico y ruptura. Decir a la madre: "*No soy Todopoderosa*"; equivale a decirle: usted no es *Todopoderosa*; dicho de otro modo, mostrándome castrada, la castro.

¿Qué significa esa respuesta con relación a la prueba de castración? Que yo obligo a la madre a pasar del plano de la castración imaginaria a la verdadera castración. Mi respuesta equivale a decir: "Usted no es nada para mí; no corro más detrás de su hijo."

Si la analista asume en el tratamiento la castración simbólica,⁴ el a-

⁴ *Asumir la castración simbólica*: Se trata aquí de una expresión muy imperfecta, en uso en el mundo psicoanalítico, de difícil traducción. De hecho, no se asume jamás la castración; pero, en un momento de su desarrollo, el sujeto es capaz de comprender que la prueba que tiene que vivir no comporta para él un riesgo de amputación corporal. En el momento en que quien está implicado en la amenaza de castración ya no pone en juego el cuerpo, entramos en una dialéctica verbal. Este momento corresponde para el sujeto a la entrada en el mundo simbólico (es decir, que deja una relación imaginaria dual amenazadora, aceptando la intrusión de un tercer término, que es entre otros el nombre del padre en el momento del Edipo).

nálisis no es, sin embargo posible más que si acepta albergar en sí el objeto de angustia de la madre, libre de mostrarle el sentido que eso puede tener para ella. Ahora bien, en la frase: "Creo haber alcanzado el límite", hay como un rechazo de ser el lugar de la angustia del Otro. Y, en forma muy curiosa, esta afirmación de parte de la analista va a dejar en la madre, insatisfecha, la doble proposición contradictoria y coexistente.

El Todo-poderío implicado en mi veredicto no va a pasar a través de la madre, dado que no tengo a su chico. De tal modo, en la hipótesis de que yo guardo mi Todo-poderío, es a ella a quien se lo retiro.

Y si lo que yo expreso es mi *impotencia*, se trata de una falta técnica no compartible en una relación afectiva. Al mismo tiempo, me anulo en el mundo de la fantasía de la madre.

La castración no puede, pues, ser asumida por la madre, sin que la prueba que comporta ocupe un lugar en el Otro. Toda palabra de la analista, puramente profesional y simbólica, corre el riesgo de producir efectos imaginarios que conducen a la detención del tratamiento.

Si, en el ejemplo de *Maruja* (página 61), la ruptura no tuvo lugar, es porque la pregunta del padre: "¿Está usted segura de tener razón? ¿Está usted segura de llegar a un resultado, y cuándo?", quedó sin respuesta. El padre trataba de provocarme; de hacerme mostrar todopoderosa (es decir, incluir en mí a su hija, como objeto de amor y de angustia) a fin de sorprenderme en cierta forma en una posición en que yo desconociera la ley.

Pero lo que yo adelanté es, justamente, la fidelidad a la ley (en la medida en que fue el reglamento interno del instituto infantil lo invocado como motivo necesario de su partida para los deportes de invierno).

Lo que siguió mostraría que el padre quería dejarme constituida en garante de la ley, pero sólo en la medida en que él mismo podía dejarme el objeto de su angustia, a saber, el problema de sus relaciones sexuales con su mujer.

La particularidad del análisis de los niños reside en el hecho de que son los padres, más que el niño, quienes ponen a prueba al analista en esta noción de guardián de la ley; pero les hace falta para esto abandonar su angustia, pues de lo contrario no necesitarían, para su niño, introducir un analista en el circuito...

En los tratamientos de los niños débiles mentales, interesa comprender hasta qué punto los padres están esclavizados a la demanda del niño, en la medida en que éste materializa demasiado la falta: de ahí las formas graves que puede adoptar para ciertos niños la desventaja del retardo. Basta a veces una ligera deficiencia para precipitar una evolución neurótica grave y hacer aparecer una conducta masivamente débil, no justificada por ningún test; así como una deficiencia seria puede ser aun

más agravada por la respuesta materna y dar entonces una estructura psicótica sobreañadida.

El niño débil mental afronta con frecuencia, junto a los padres, lo inafrontable, que no es otra cosa que su propia muerte. Si se quiere aislar en el débil algo con carácter de estructura, es por cierto a esto a lo que se llega. Se trate de un voto de muerte transformado en amor sublime, en el caso de un niño muy afectado (que reacciona con un estupor fóbico sobreagregado al retraso), o de un rechazo materno que da a un niño con deficiencia leve el aspecto de un retardado profundo, porque no se siente con derecho a existir más que haciéndose el muerto; se trate de un drama de los propios padres con sus antecesores, drama que crea en ellos un pánico, cuando son obligados a reconocerse a su vez como padres; se trate, en fin, de un accidente mortal en el que el niño ha creído participar...

En todos esos casos, la función del niño es ser ese objeto de la fantasía que protege a los padres contra el develamiento del nudo mismo de su neurosis. Para suprimir este objeto de queja que constituye el niño enfermo se apela a las defensas de los padres y se los enfrenta a algo tan insostenible que algunos reaccionan con actos suicidas.

En el caso de *Gil* (página 70), la curación significaba para el padre la denuncia de su relación incestuosa inconsciente. Después de haber amenazado a los suyos con la muerte, se colgó. "Nosotros estamos malditos", había dicho pocos días antes de su muerte. Mientras *Gil* permaneciera como un muerto viviente, el padre no se sentía amenazado por un enfrentamiento homosexual. Desde el día en que *Gil* no estuvo más inmovilizado por el estupor fóbico, el padre desarrolló un delirio de persecución.⁵

⁵ La dificultad de abordar una situación triangular dejaba al padre de *Gil* en un peligro permanente de fascinación por la imagen del Otro; la exacerbación de una relación esencialmente dual se traducía en crisis de violencia. Tan sólo la aceptación de un tercer término lo hubiera puesto al abrigo, en fantasías, de un riesgo de agresión (que era, tal vez, el reverso de un deseo homosexual inconsciente). Al mostrarse como un muchacho, *Gil* despertaba en su padre sentimientos de deseo y de peligro. En efecto, toda idea de competencia, todo enfrentamiento a una imagen masculina era sentido por el padre como un homicidio (porque vivía en un nivel arcaico donde el Otro no era aun más que una imagen especular de sí, un objeto a demoler). Se trata ahí de una relación patológica con el Otro, que podemos volver a hallar en las estructuras paranoides, donde el reconocimiento de un rival, es decir, de un Otro como tal, es imposible, ya que el Otro está siempre confundido con el propio cuerpo; de ahí la inexistencia de un semejante y el peligro de una reflexión especular (donde la imagen del doble desempeña un rol central) en un mundo donde lo ajeno está ausente. La vida sólo es ahí posible en la muerte (como en el mito de Narciso); suicidio u homicidio se tornan entonces equivalentes posibles.

Por esto es que el papel del *tercer término*, en toda relación con el Otro, es tan importante: permite al sujeto sobrepasar una relación imaginaria dual sin salida, para acceder a un "orden de la cultura". Esta tercera determinación es llamada *simbólica* por Lacan: corresponde a la entrada del padre en la relación madre-hijo

La privación del objeto de su queja va a poner a cierta madre cara a cara con sus propias ideas suicidas. Cierta niño, al curar, va a afectar el equilibrio de la pareja, mantenido en forma artificial por esa mentira de la que el hijo era el garante. Si se ignora ese rol característico desempeñado por la enfermedad del niño débil con respecto a la salud de los padres, se corre el riesgo de hacer estallar en ellos imprudentemente las barreras que los protegían contra la angustia o la locura.

Por eso, aquí más que en otro lado, se impone para el terapeuta la necesidad de recibir los mensajes de ambos padres, quienes no podrán soportar la angustia más que si pasa a través del analista de su criatura. Dejándolos solos, en lucha con esa angustia, se corre el peligro de un accidente en la vida real.

No todos los padres de niños débiles mentales están perturbados hasta tal punto. Hay que destacar, de todos modos, que en las familias donde el débil mental puede asumir su dolencia e integrarse socialmente, no se busca la ayuda del analista. Los que somos llamados a ver son más bien aquellos en quienes cierto tipo de relación padres-niño ha comprometido una evolución normal.

C. RECIBIR EL MENSAJE DE LOS PADRES

¿Debe o no ocuparse de los padres el psicoanalista de niños?⁶

Este problema ha dividido a los medios psicoanalíticos. Se han propuesto diversas soluciones para evitar "la irrupción ansiosa de los padres en el análisis".

Planteado de tal modo, el problema saca a luz la incomodidad del psicoanalista ante estos testigos "de cargo" representados por los padres. Mandarlos "a otra parte" suprime el problema para el analista, pero no para el paciente. De hecho, en el diálogo analítico, el o los padres

e introduce un orden (de la ley, de la cultura, del lenguaje). A partir de ahí se va a articular un tipo de relación con el Otro y el sujeto se sentirá o no apto para develar en el Otro el sentido de un discurso. Lacan diferencia al Otro (O), *sujeto del discurso*, del otro (o) que es el otro *imaginario* (en una situación dual es el otro objeto).

Freud ha escrito, en la forma más neta posible: "En un psicoanálisis, la intervención de los padres es un peligro positivo; un peligro que no sabemos cómo afrontar" (III, YXXIII, volumen XV, *Introductory Lectures on Psycho-analysis*, Stand. Edit.). Todos los analistas de adultos han tenido ocasión de verificar la justeza de este llamado de atención. En los análisis de niños, no sucede por fuerza lo mismo. En el único análisis de niño que Freud nos ha comunicado, ha concedido la parte más amplia —a mi juicio demasiado amplia— al rol del padre, de quien se hizo aliado, o auxiliar. Es evidente que si junto al hecho de que la neurosis del niño es su propio asunto, sabemos que el niño neurótico es al mismo tiempo el síntoma de la madre o de la pareja parental, se estará impulsado a intentar en consecuencia la modificación de la técnica.

⁶ Esa fue la cuestión suscitada en especial en ocasión del Congreso de Paidopsiquiatría de Roma (Junio 1963), mesa redonda sobre "Psicoterapias analíticas".

están siempre presentes, si se sabe reconocerlos a través del discurso del sujeto. El problema de saber si van a aparecer o no en la escena analítica es falso, pues hágase lo que se hiciere, hacen irrupción. Si su aparición "real" es aceptada por el analista, ello permite hasta la desaparición progresiva, en el discurso del sujeto, de una palabra alienante que no es a veces más que la del padre interviniendo en lugar de la del sujeto. Sucede así que un niño revela en el análisis la histeria de la madre, que no tiene nada que ver con su propia estructura. Si se descuida la demanda de los padres, en especial en los casos de débiles mentales y de psicóticos, se compromete en el plano técnico la verdadera marcha del tratamiento, que permanecerá siempre en un nivel superficial, diríamos artificial. Esta demanda se efectuará, desde luego, a través del niño, sustrayendo al psicoanalista, en el caso planteado, una posibilidad esencial de acción y poniendo al niño en un estado de inseguridad y de culpabilidad con respecto a la curación.

No es recibiendo el mensaje de los padres que se emprende su psicoterapia. Es ubicándose en el nivel del tratamiento del hijo que ese mensaje no debe escapar al analista, en particular en el caso en que niños y padres forman aún un solo cuerpo. Por otra parte, el padre no experimenta la necesidad de quejarse "en otro lado" (pero la indicación de someterse a un psicoanálisis sólo podría plantearse con esta condición). El padre quiere el mismo analista de su hijo; esto se debe, muy a menudo, a que el niño se las arregla para que así sea. De tal modo, se evita, en consecuencia, que el niño introduzca en una conducta fuera del análisis una palabra que tiene su lugar en el diálogo analítico.

En los casos graves, llega el caso de poder verbalizar al padre ansioso, ante el hijo, la culpabilidad que experimenta éste, a quien hay que tratar.

"Los padres piensan que la nena está mucho en psicoterapia. Aceptan esto, pero bajo ciertas condiciones. Un día la van a destruir, a la psicoterapia."

Esta frase de Maruja, explicada a los padres con acuerdo del sujeto, ha provocado esta respuesta esencial, en el curso del cara a cara seguido con el padre: "Es cierto que la encuentro suficientemente curada y que esta curación me irrita."

Este mismo padre, consciente de sus propios problemas, me había solicitado, en un momento dado, la dirección de un psicoanalista, con miras a emprender un análisis él mismo. Por último, no pudo resolverse; a tal punto les concernía aún, a él y a su mujer, soportar a la niña.

Al olvidar esto uno se expone a detenciones prematuras del tratamiento, como cuando se deja al niño solo en su lucha con los fantasmas homicidas de los padres, fantasmas que serán con toda naturalidad expresados en el curso de la sesión. No es necesario explicarlos, sino recibirlos. "Es a usted a quien necesito dejarle esto", me decía una madre. Traducía así la necesidad de dejar al analista de su hijo "un resto" no simbolizable, del que el hijo había sufrido las consecuencias en el pasado.

En los casos de neurosis, sucede que una madre abusiva quiera ocupar la sesión en lugar de su hijo. Esto puede ser verbalizado en una entrevista a solas con la madre. Por lo demás, la situación se plantea de tal modo al comienzo de un tratamiento. Después, el hecho de saber al analista disponible basta para que la demanda de la madre no se presente atravesándose en el camino del propio tratamiento del niño.

Por otra parte, si la demanda de la madre se plantea con insistencia, se trata en general de su problema personal, enmascarado detrás del problema del niño. En tal caso, puede plantearse una indicación de análisis de la propia madre, pero no "en nombre del niño". Si se dice a un adulto: "usted necesita un análisis a causa de su hijo", se marcha en el sentido de una perversión de la relación padres-niños. Si el niño debe aprender a vivir por su propia cuenta, sucede lo mismo con los padres, quienes deben asumir su vida y su análisis en su propio nombre.

Cuando se trata de la cura de un niño, el analista llega a afrontar su propio cuestionamiento por el análisis de la contratransferencia. Al rechazar el diálogo con el padre patógeno, se expone a verlo hacer irrupción en lo real, de la forma menos previsible (es así que una abuela, excluida de la consulta, no paró hasta llegar a separar a su nieto de la madre, haciéndolo hospitalizar).

Por desgracia, se plantea la cuestión del tiempo: no podemos hacerlos cargo sino de pocos niños psicóticos, pues es preciso obnsagarles mucho tiempo, a ellos y a su familia. Sucede que, en un consultorio público, uno u otro de los padres trata de movilizar a los diferentes miembros del servicio, pero esto *forma parte integrante del tratamiento*: es un punto de capital importancia que no hay que olvidar jamás.

Quienes habiendo hecho en su práctica la experiencia del peso de los padres de psicópatas o de débiles, los han orientado enseguida hacia otro consultorio, han quedado sin la posibilidad de vivir la segunda parte de la experiencia, que consiste en conducir la curación del niño con la intrusión del reproche parental. Esta intrusión no es "fastidiosa" sino en la medida en que el analista ya no la soporta. En ese preciso momento, pierde un as de triunfo en la conducción del tratamiento.

Sólo la conducción de un psicoanálisis infantil con la intrusión del padre patógeno permite comprender hasta qué punto la castración no puede ser asumida por el niño más que si la *angustia* que implica es aceptada por el Otro. Es sólo en ese momento que va a ser posible algo relativo a lo simbólico. El analista es quien hará la experiencia de ese Otro, el padre patógeno para el niño; y el hecho de ser alcanzado por la angustia parental le permitirá ayudar a los padres y al niño a dar a aquélla un sentido.

En el tratamiento de *Maruja*, cada vez que la angustia de castración se constituya en la señal de una falta, la niña colocará en ambos padres esa falta que no ha podido ser simbolizada y desatará en ellos reacciones de defensa en el nivel de lo real. §

En la madre tendremos su queja histérica o la aparición de un embarazo durante el tratamiento de Maruja; embarazo en el curso del cual los otros niños quedan ignorados. *En el padre*, habrá en el nivel de lo real, protección contra la imagen de mujer fálica mediante un ensayo de mutilación (tentativa de hacer abortar a su mujer, asfixia del niño, etc.).

Si Maruja comunica su angustia a los padres, está en peligro, pues ellos reaccionan en forma de una mutilación en el plano real. La existencia del analista como tercero es, desde ya, de una importancia capital para que el discurso de la niña pueda llegar a tener sentido.

"Maruja no ha nacido, yo quiero estar donde debo estar, al lado de mamá", viene en forma de eco a la queja que se me formula: "Esto no puede continuar así; mi hija se ha sacado la lotería; es preciso que regrese a la vida", es decir, que "se babée" como sus hermanas y hermanos.

"Suspendamos el tratamiento —me dice el padre—, usted no me da suficiente garantía contra mi mujer."

Por otra parte, como veremos más adelante, el niño agrega: "Quiero verme como no aceptado."

La entrevista con los padres permite la continuación de la psicoterapia y muestra hasta qué punto el padre trata de utilizarme contra su mujer, buscando arrinconarme en decisiones en el plano real.

La madre no ha podido aceptar el duelo que para ella representa la curación de la hija al precio de un nuevo embarazo. "Ahora me siento preñada y esto marcha."

"Esto no puede seguir —dice el padre—; se impone una intervención terapéutica para mi mujer si usted quiere que la niña continúe el tratamiento; lo uno o lo otro." Es decir, una elección en el nivel de una mutilación que debería alcanzar a la madre o a la niña, para que el padre pudiese vivir. Una elección en la que la angustia debe ser vivida por el analista, para que el padre sea ayudado a trasladar su sufrimiento a otro nivel que el de un arreglo de cuentas en lo real.

"Vea usted: tengo una resistencia hacia la continuación del tratamiento, como si se tratara de mí mismo. Soy yo quien tendría necesidad de un análisis, pero no puedo. Me reconozco en mi hija. Era como ella; tenía miedos, mi mujer también. ¿Por qué no habría de tener mi niña los mismos miedos y las mismas faltas?"

Las faltas que desencadenan en los padres reacciones de angustia, de las que no son dueños, a las que no pueden asignar un sentido.

El lugar de Maruja está, de hecho, en la madre; formando parte de los órganos maternos es como bloquea la angustia. Separada de la madre, Maruja deviene, en tanto que sujeto, una falta no simbolizable, no significable; en efecto, la madre no ha podido jamás hacer su duelo de la *separación* en ocasión del parto.

Maruja no es reconocida por los suyos como sujeto; la niña es ese objeto de la fantasía que enmascara la angustia de aquéllos; angustia que se expresa desde que la hija se esfuerza en existir como sujeto.

¿No es acaso en función de cierto discurso imposible que los primeros interrogantes de la niña en el tratamiento serán preguntas sobre la muerte, el nacimiento, el sexo, *a través de la dimensión de la castración?* Dirección al parecer necesaria para poder pasar del universo anónimo de “la nena” al del *yo* y del *tú*, escandido por el tiempo en el que va a poder inscribirse el pasado simple.

“Quiero la facilidad, es lo que cuenta. Aceptar las dificultades es una mala idea. Cuando tú eras niña has aceptado las dificultades. Has tenido dieciocho años. Tú aceptas más aun las dificultades; has tenido muy mala idea al hacer así. Yo no he aceptado las dificultades. Era feliz con la no aceptación. No soy como tú. Sin embargo, cuando era pequeña, soñaba con la prisión, con la promesa de vivir.”

“¿Por qué no tienen ‘pajarito’ las niñas?”

“¿Qué peligro se corre cuando se nace?”

“¿En qué consiste perder a los padres? ¿No estoy ya, de hecho, en tren de perderlos?”, es la pregunta sobre la que nos hemos detenido en este momento del análisis; en el muy preciso momento en que el discurso de la niña no es más por completo el de una psicótica.

Aceptar la dimensión de lo simbólico es para Maruja aceptarse huérfana. Es difícil cuando no se tienen aún diez años —sin embargo, está en realidad ahí una condición esencial de la curación—. Dado que ello implica a tal punto otra forma de intercambios padres-niña, es necesario para el analista poder captar la angustia de los padres desorientados por la hija que trata de vivir, llamarse por su nombre frente al Otro y no estar ya incluida en el Otro.

CAPITULO VII

EL PROBLEMA ESCOLAR

450.000 niños retrasados en Francia, según las estadísticas de Heuyer, Piéron y Sauvy¹; un número insuficiente de escuelas para recibirlos; la falta, aun en el nivel del Ministerio de Educación Nacional, de una coordinación satisfactoria para hacer obligatoria la escolaridad de todo niño inepto para seguir la enseñanza común: tal es la situación.

La ley del 15 de abril de 1909, que creó cursos diferenciales y escuelas para niños inestables sólo ha dado resultados limitados, como consecuencia de su carácter no obligatorio: la ley no permitía ningún rastreo sistemático y no imponía ninguna obligatoriedad escolar.

Como lo han señalado con mucha exactitud P. Nobécourt y L. Babonneix²:

a) esta ley no se ocupa de epilépticos ni de perversos, encefalíticos o delincuentes;

b) omite incluir en el programa de las escuelas normales nociones relativas a la pedagogía de los anormales;

c) no prevé una inspección médica especial para las clases de perfeccionamiento.

“La ley hace depender los cursos diferenciales y las escuelas autónomas de varias administraciones en lugar de reunir las en un organismo único.”

Con posterioridad y en forma sucesiva han sido presentados proyectos para hacer obligatorios los cursos diferenciales y para atender a la formación de maestros especializados.

¹ J.-L. Lang: *Enfance inadaptée*, París, P.U.F., 1962.

² En *Les enfants et jeunes gens anormaux*, París, Masson, 1939.

En 1935, Heuyer propuso un plan³ que se preocupa de la detección de los retardados, del aumento del número de cursos diferenciales, de cursos para inestables, de establecimientos de reeducación para caracteriales epilépticos, encefalíticos y delincuentes anormales, etcétera.

En 1937, la Sra. Brunshwig, subsecretaria de Estado de Educación Nacional, organizó prácticas para los miembros de la enseñanza pública que se ocupan de niños anormales.

Las numerosas iniciativas privadas sirven de feliz paliativo a la falta de establecimientos especializados, cuya creación incumbiría a la Educación Nacional y al Ministerio de Salud Pública. Por desgracia, aquellos establecimientos privados escapan a menudo a las inspecciones médicas.

Desde la creación de la Seguridad Social son cada vez más numerosos los externados médico-pedagógicos y las escuelas especializadas que, al ser reconocidas, entran en la esfera de aquella repartición (de ahí la posibilidad de aumentar el material pedagógico y de rodearse de un número suficiente de personal calificado). Organismos tales como la Salvaguardia de la Infancia y de la Adolescencia se ocupan de la coordinación y organización de esos establecimientos en lo relativo a los tratamientos. Sin embargo, falta aún, a escala nacional, un organismo central que evitaría la anarquía administrativa y organizaría, en forma paralela a la enseñanza tradicional, la enseñanza de los inadaptados. No sólo la enseñanza especializada para inadaptados sino también la integración de esta enseñanza en el seno de técnicas médico-psicológicas que a menudo deben adelantarse a la propia pedagogía.

Vale la pena mencionar, de pasada, la experiencia belga. En 1857 los Hermanos de Caridad pusieron en marcha un método pedagógico inspirado sobre todo en Séguin, destinado al comienzo a los necesitados retardados y extendido a continuación a los niños de la clase pudiente.

La influencia del doctor Decroly, y de Demoor y otros a comienzos del siglo XX, desató un vasto movimiento médico-pedagógico: creación de una inspección médica para ocuparse de la detección de los retrasados, desde los seis años de edad; variedad de clases especiales y de escuelas públicas y privadas con derecho a tener su propia autonomía. Se actualizó una preparación profesional de los retardados así como un sistema de subvenciones muy liberal, que abarcaba el conjunto de la Protección de la Infancia.

Este sistema permite la creación de escuelas de muy diversa naturaleza, adecuadas a la gran variedad de tipos de niños que se reúnen con el rótulo común de retraso.

Si la *organización* de la enseñanza de los retardados es necesaria en el nivel ministerial, no es menos cierto que, a partir de ahí, debemos enfrentarnos con la variedad del propio problema del retraso, tal como he tratado de presentarlo en una perspectiva estrictamente psicoanalítica.

³ Publicado en la *Revue médico-sociale de l'Enfance*, año tercero, número 3, 1935.

En este capítulo sólo abordaré las cuestiones pedagógicas desde el ángulo en que puede percibir las el psicoanalista (cuando es evidente que se trata de un niño fracasado en tal sistema escolar, donde hasta corre el riesgo de una internación, y adaptado en otro sistema, sin que pueda atribuirse este logro, no obstante, a la presencia del tratamiento psicoanalítico).

Mi finalidad consiste en plantear aquí estos problemas, a fin de hacer hincapié sobre la complejidad de un tema que sólo puede ser abordado con gran amplitud de visión y flexibilidad.

¿Cuáles son, en el estado actual de las cosas, los *métodos de educación* de los retardados?⁴

I. Cursos diferenciales

La admisión de los niños depende de una comisión médico-pedagógica. No se admite en estos cursos más que a niños llamados educables, cuyo C I oscila entre 75 y 80.

El alumnado se limita en principio a quince niños. Se trata de que la enseñanza se individualice, recurriendo a las disciplinas manuales y a las nociones concretas. En esos cursos por lo general no se admite a los niños que presentan trastornos psicológicos de cierta gravedad (en especial los psicóticos y los "caracteriales").

2. Escuelas que se inspiran en métodos activos, clases experimentales

Estas escuelas corresponden con mayor frecuencia a iniciativas privadas. Si bien excluyen a los mongólicos y los retardados profundos, admiten una gama bastante amplia de deficitarios rechazados por los cursos diferenciales tradicionales. Encontramos allí psicóticos y niños con C I muy inferior a las normas aceptadas, próximos a veces a 50, a quienes la experiencia de cierto estilo de vida al que se agrega la psicoterapia les permite mejorar en forma considerable. Algunos niños, que llegan a trabajar normalmente, deben la salud a este tipo de escuelas.⁵ De paso, señalemos que es lamentable que las convenciones de incorporación oficial presenten, en el futuro, el riesgo de limitar el ingreso a raíz de una reglamentación demasiado estrecha y de cerrar la puerta a niños susceptibles de recuperación, cuando puede brindárseles esa posibilidad.

⁴ No abordo el problema de la organización de los I.M.P. Mi finalidad es tan sólo el problema de la escolaridad en el *externado*.

⁵ Citemos el *externado* médico-pedagógico dirigido por la señora Niox Chateau en Levallois y el dirigido por la señorita Ooghe en Thiais, incorporados ambos en la actualidad a la Seguridad Social. Citemos como otra iniciativa privada la escuela de la señorita Forey, en Levallois. Sin olvidar lo que deben ciertos niños a la Escuela Nueva de Levallois, dirigida por la señorita Roustin. Al comienzo no estaba destinada más que a los niños llamados normales, pero la introducción, en número muy limitado, de casos atípicos (retardados manifiestos) ha

Los métodos de estas diferentes escuelas están a menudo basados en los de la *educación sensorial*, puestos al día por los Hermanos de Caridad.⁶ Esto supone el uso de un material enorme y costoso para la educación del tacto, el oído, la vista y, a partir de ahí, del aprendizaje escolar: cálculo, lectura, etcétera.

El *método de los Centros de Interés*, por otra parte, ha sido actualizado por el doctor O. Decroly (y aplicado en forma especial en la Escuela del doctor Jadot Decroly, en Bruselas). En cierta forma se ha generalizado entre todos los educadores de anormales. Se intenta establecer un programa de enseñanza centrado en las *necesidades* del niño (alimentarse, vestirse) y *en sus relaciones con el medio* (el niño y su familia, el niño y los animales, etcétera). Se procura que la enseñanza sea lo más viva posible; que deje lugar a una posibilidad de trabajo individual, buscando a la vez, al máximo, la participación activa del interesado.

A esto se agrega la introducción de *métodos especiales*, específicos de determinadas dificultades:

1) El *aprendizaje de la lectura* y de la escritura se hace teniendo en cuenta los trabajos de la señora Borel Maissonny al respecto.

2) Lo mismo se hace para las *dificultades del lenguaje* (se requiere obligatoriamente la ayuda de un foniatra en los establecimientos incorporados).

3) Más tarde se ha prestado atención a las *dificultades de cálculo* (la señora Jaulin ha actualizado un método de preaprendizaje del cálculo destinado en particular a los niños que tienen trastornos acentuados en el plano *témporo-espacial*).

4) Siguen a continuación los trabajos manuales, las diversas técnicas de dibujo, de pintura libre (cabe subrayar, en este terreno, la aportación de los trabajos de Arno Stern).

5) Hay que señalar también la ayuda aportada por la gimnasia especializada y la representación teatral.

6) Finalmente, se ha puesto el acento, en forma preponderante, sobre la reeducación *psicomotriz*, *rítmica*, *relajación*, *reeducación gnósica* y *práctica*, *reeducación gestual*, etcétera. En los establecimientos incorporados es obligatoria la participación de reeducadores especializados.

La *selección* del alumnado se hace, sobre todo, en base al C I (sin que el examen puramente intelectual sea siempre completado por un

permitido muchas veces una recuperación tal vez más eficaz que en un medio especializado, donde los niños se mueven en compartimiento estanco entre los que padecen anomalías. Por desgracia, después de que esta escuela se avino a una convención con el Estado, se vio obligada a rechazar todos los casos de niños inaptos para la enseñanza normal, terminando así una experiencia tan beneficiosa para algunos.

⁶ *Education sensorielle chez les enfants anormaux*, Frères de la Charité, Gante, 1922.

examen afectivo profundo). Existe una preocupación legítima de separar los niños educables de los "no educables", pero la propia noción de educabilidad no es siempre clara; hemos visto que existen niños de apariencia propia para la internación, que son en parte recuperables con ayuda de una psicoterapia.

Se podría clasificar a los retardados de edad escolar en las siguientes categorías (clasificación arbitraria, basada sólo en lo que sucede de hecho en la práctica cotidiana):

- Niños aptos para beneficiarse con los *cursos diferenciales*, es decir, posibles en lo esencial de una pedagogía especializada.
- Los que han sido *rechazados* por la comisión y enviados a Centros para niños con un C I bajo, generalmente un I.M.P. (Internado Médico-pedagógico). Algunos de estos niños son recuperables si se los ubica en un medio menos asilar. Hay entre ellos psicóticos que, sea el que fuere su C I, requirirían más bien hospitales de día.
- Los niños enviados o rechazados de los cursos diferenciales, adaptables a un *ambiente normal*.
- Los niños que, dirigidos hacia un Centro de retardados graves, logran integrarse en un medio del tipo de la *escuela nueva*.
- Aquellos que con un C I relativamente elevado (80) fracasan en las clases de perfeccionamiento.

Tratemos de ilustrar con ejemplos algunos de estos ítems

1) Los *cursos diferenciales* permiten que ciertos niños, auxiliados, por otra parte, con psicoterapia, entren en el *circuito normal*, a condición de que su fondo masoquista haya sido puesto en evidencia. Este fondo masoquista, por lo demás, corre parejo con una conducta agresiva que apela a la respuesta ansiosa del Otro. Algunos de estos niños tienen una necesidad afectiva de destruir un medio normal para triunfar en un medio "que avergüence a los padres". Algunos fóbicos se hallan divididos entre el riesgo de destruir el medio y el miedo de tener "la cabeza que estalla", siendo entonces sentido el éxito escolar como una amenaza. Algunos niños rechazados en clases de perfeccionamiento y orientados al I.M.P. desarrollan un verdadero complejo de "abandono"; la ubicación no hace entonces más que precipitar los mecanismos de desestructuración. Estos niños corren aun el riesgo de instalarse más y más en un comportamiento asilar al que ya no se puede hacerlos renunciar.

Es deseable, pues, una posibilidad de psicoterapia para todo niño destinado a ser orientado en un I.M.P.: toda orientación está destinada al fracaso cuando no comporta una motivación válida para el sujeto. A lo largo de este trabajo hemos visto hasta qué punto el drama de estos niños es, precisamente, no ser nunca tratados como sujetos de sus deseos. (La entrada de un niño consciente de sus dificultades en un establecimiento especializado, es preferible, como pronóstico de recupera-

ción, a la de un niño que llega allí indiferente, sin sentirse preocupado por su porvenir, "porque se lo ha metido ahí").

2) Algunos *oligofrénicos psicóticos* se adaptan mal a los cursos diferenciales (en los casos en que por excepción son admitidos). Es preciso señalar que son, en mayor medida que otros, sensibles a la salud mental del maestro. *Gil*, por ejemplo reaccionó con pánico frente a la estructura depresiva de un excelente maestro, cuyo único defecto era ser desgraciado; así, el niño reaccionaba con una conducta agresiva en absoluto inhabitual e inexistente en las casas normales donde había tenido ocasión de estar en época de vacaciones. Poco faltó para que el niño fuera encaminado a un establecimiento hospitalario, a pesar de la opinión contraria del terapeuta y del médico del Centro psicopedagógico donde era controlado. Ahora bien, colocado a continuación en un medio de escuela activa, especializada para retardados, *Gil* no sólo tuvo un comportamiento normal, sino que aceptó una escolaridad rechazada hasta entonces (es decir, hasta los diez años). "Quiero de veras leer, porque después puedo partir piedras". Y más tarde el niño me explicará: "En la otra escuela tenía miedo; el maestro estaba loco." En realidad no estaba loco, pero su depresión despertó en el niño el recuerdo de la depresión de su propio padre, que había terminado suicidándose; poniendo al maestro a prueba, *Gil* hacía, en cierta forma, revivir a su padre...

3) *Irene*: C I 60; rechazada en un curso diferencial a causa de su debilidad motriz, de su aspecto "poco despabilado" (en esta niña el papel de los factores orgánicos en la génesis de sus trastornos aparecía irrefutable), se desarrolló a tal punto en una escuela nueva (para normales) que llegó a cursar un 5º grado, con excepción de cálculo. Sobreagregado a sus trastornos existía un estupor fóbico que cedió poco a poco bajo la influencia de la psicoterapia.

No es, pues, raro encontrar un niño con un C I bastante bajo (60) que lleva todas las de ganar al ser colocado en un medio más evolucionado: el contacto con retardados graves lo deprime y contribuye a frenar en él todo progreso y curiosidad.

Si un ambiente de retardados graves puede permitir, eventualmente, un progreso en el plano técnico (motricidad), esta ganancia es a menudo poco significativa comparada con la falta de emulación en el plano afectivo. Estos niños se dan cuenta de que están con los "idiotas" y reaccionan con una conducta de agresividad pasiva. Les falta algo esencial para su desenvolvimiento personal.

Es así, todavía, como *Raimunda* (C I 63) se transformó el día en que le fue posible la frecuentación de una escuela de economía doméstica, pese a su imposibilidad de seguir allí los cursos teóricos, demasiado arduos para ella.

La *orientación pedagógica* de todos estos niños plantea, pues, un problema. Una pedagogía especial, fundada tan sólo en la adquisición de automatismos, no es siempre la solución más feliz, porque se orienta

en el sentido del masoquismo profundo de algunos de esos chicos. A la inversa, la influencia de los métodos activos en algunas escuelas no convencionales aporta a este tipo de niños una posibilidad de evolución nada despreciable.

El secreto de estas últimas escuelas es no tener ninguna idea preconcebida, salvo el cuidado de permitir vivir a los niños (sin que se dañen mutuamente), observarlos, ayudarlos a tomar conciencia, desde el comienzo, de su situación de *sujetos*, al permitirles múltiples formas de expresión, habiendo sido durante mucho tiempo objetos modelados a voluntad del adulto. La adquisición escolar se efectúa en un segundo tiempo, después de una necesaria integración al grupo. Por lo demás, es en este momento cuando se tropieza a menudo con la exigencia de las madres, que buscan con entusiasmo la instrucción y se muestran con facilidad descontentas si el niño no es "nutrido" a un ritmo suficiente. Esta insatisfacción materna puede, por otro lado, ser en sí misma benéfica para el niño, quien va a encontrar, al fin, un lugar donde las iniciativas serán tomadas por él solo y no a través de la madre.

Si en los establecimientos para retardados es necesaria una selección, debe ponerse el acento en el peligro de una codificación demasiado estricta, basada sobre el único factor del C I, cuya rigidez tendría por efecto la eliminación de los casos límites, en tanto que hay psicóticos recuperables si se encara una psicoterapia en forma paralela.

Muy a menudo los niños son examinados con una perspectiva de *clasificación*, en cuyo caso el veredicto del médico acentúa por arte de magia el carácter *fatal* del retardo. Si se les brinda una oportunidad, en el medio dispuesto a aceptarlos, se hace a menudo una obra útil. Por ello, toda reglamentación de la infancia deficiente debe, por un lado, rodearse de garantías morales para evitar la explotación de cierta miseria humana; por otro lado, más aun, apoyar las iniciativas individuales, a fin de que se multipliquen las escuelas experimentales con un carácter propio. Esta no homogeneidad en la repartición escolar corresponde a una necesidad: la de la diversidad de casos agrupados bajo el rótulo de "retraso".

Lo éxitos bastante paradójales en sistemas escolares diferentes, no se explican ni por el método pedagógico empleado ni por el nivel intelectual del sujeto, sino más bien por aquello que éste encuentra, en respuesta a lo que, en forma inconsciente, iba a buscar allí.

El educador puede, con su respuesta, acentuar las dificultades del niño o, por el contrario, permitirle un despegue; y esto, bastante a menudo sin que en realidad lo creyera probable.

Es evidente que un niño que sufre de una especie de anorexia escolar se encontrará más cómodo en un lugar donde nada le sea de hecho impuesto. También es cierto que ese mismo medio puede crear en otro la angustia por falta de un cuadro estructurante.

Si el medio normal puede tener un efecto positivo, es a menudo porque interviene en un momento preciso de la evolución del niño. De he-

cho, el medio escolar se presenta a través de un camino ya erizado de dificultades. El maestro despertará con frecuencia resonancias de presiones parentales antiguas y del modo en que el niño llegue a soportar esta situación dependerá su despegue.

Al fin de cuentas, no hay método pedagógico que pueda ser presentado como una panacea; los más criticables pueden ser eficaces en ciertos casos. La personalidad del maestro puede ser un factor importante, por lo demás casi incontrolable, pero entre otros factores de los cuales es difícil decidir por adelantado si su constelación será o no favorable.

En el estado actual de las experiencias pedagógicas y de nuestras clasificaciones en materia de retraso mental, sólo se puede desear la prosecución de tentativas mal reglamentadas, cuyos éxitos y fracasos me parecen bien instructivos, tanto para los pedagogos como para los psicoanalistas y que, por añadidura, se muestran más bien beneficiosos para los propios niños. El gran peligro es que la reglamentación escolar (de los niños retrasados) vaya más rápido que nuestros conocimientos reales.

En conclusión:

1) Si he hablado, en este capítulo, de experiencias pedagógicas diversas y de la variedad no menor de diferentes tipos de niños débiles o con desventajas, es para subrayar que éstos saldrán favorecidos al no recibir en forma prematura un "rótulo" determinado, del que dependerá toda su orientación futura.

2) Si me he extendido tanto sobre los diversos tipos de experiencias pedagógicas es también para subrayar el efecto terapéutico inesperado, que en alguno facilitará una reinserción social y hasta una curación, en tanto que en algún otro el mismo tipo de escuela no aportará nada positivo. A cocientes intelectuales iguales no corresponden idénticos tipos de enseñanza. Jamás se insistirá bastante en las razones inconscientes que impulsan a determinado niño a adoptar, en cursos diferenciales, una conducta que lo haría aparecer como un asilar y, en otro establecimiento, mostrarse capaz de una adaptación perfecta, que permite la continuación de una psicoterapia; en tanto que, para tal otro, la misma clase diferencial constituye la solución para su salud.

3) Lo que me parece capital en mi estudio sobre el niño débil mental es en qué gran medida es necesario tener en cuenta el problema médico-psicológico y no descuidar nunca el esclarecimiento que puede aportar el psicoanálisis. Sólo un trabajo de equipo (médico-psicoanalista) permite una orientación válida del niño inadaptado; orientación que debería poder ser siempre cuestionada. Es revelador que, en los fracasos de las orientaciones pedagógicas, se advierta que ha sido omitido el factor psicoanalítico, desmintiendo así los pronósticos más optimistas o los más pesimistas.

4) La enseñanza primordial que brinda la aprehensión psicoanalítica de los casos más graves es la necesidad, para el consultante, de no reali-

zar diagnósticos sin ayuda.⁶ El niño tiene siempre todo a ganar cuando se le permite un máximo de apertura. Su drama comienza cuando los adultos ya no esperan más de él: "El doctor dijo que soy débil mental por la fiebre que tuve a los cinco años"... Cuántos diagnósticos de este tipo se escuchan, y parecen condenas a muerte, fijando para siempre las relaciones niño-padres en un plano de sobreprotección culpabilizante cuyos efectos neuróticos son de lo más enojosos. ⁷

5. La misión de la Educación Nacional estriba en poder orientar a todos los niños (lo que supondría un sistema escolar muy flexible, que permitiera a todos los inadaptados una escolarización que tuviera en cuenta sus dificultades⁷). Un sistema escolar menos rígido permitiría en un plano humano recuperaciones en el medio normal (lo que no es posible en clases sobrecargadas).

El problema es complejo en la medida en que importa descubrir con claridad el sentido de la inadaptación antes de concebir los remedios. Esto no se puede hacer sino en equipo y supone posibilidades escolares más amplias, para que el tratamiento pueda ser realizado, en cada caso, en el medio más conveniente para el niño. ⁸

⁷ 1969. Este capítulo, escrito en 1963, no abarca todo un movimiento actual que, tanto en Francia como en el extranjero, cuestiona y enjuicia las instituciones tradicionales de enseñanza diferencial y de "cuidados". El rastreo en higiene mental se manifiesta como patógeno, porque es utilizado con una visión esencialmente segregadora.

⁸ Hay en Francia experiencias que introducen en los hospitales generales o en los consultorios externos médico-pedagógicos una posibilidad de tratamiento psicoanalítico, que se realiza para algunos fuera del establecimiento y para otros dentro.

⁹ 1971. Hay censados en esta fecha alrededor de un millón de niños "inadaptados". Esta cifra elevada no deja de plantear un problema político; el de un sistema que fabrica los inadaptados que "necesitamos" ⁹

CAPITULO VIII
EXPERIENCIA EN CONSULTORIO EXTERNO
MEDICO - PEDAGOGICO¹
HISTORIAS DE CASOS

Se me reprocha a menudo la falta de precisión nosológica en mis trabajos: es muy atractivo, me dicen, abordar como lo hace usted los problemas del retardo, *pero, con todo*, ¿no pierde usted de vista las nociones psiquiátricas esenciales?

- ¿El diagnóstico de encefalitis estaba mal encarado desde el comienzo? Usted dice que el niño presenta secuelas en el plano psicomotor. Tal vez se trate de otra cosa.

- ¿Puede ser que sus niños retardados hayan sido mal catalogados? Le aseguro que el "verdadero" débil se presenta con menos problemas. Una vez más, esta apertura psicoanalítica no carece de interés, pero en el nivel práctico, ¿qué se adelanta con ello?

La objeción me ha parecido bastante seria como para que trate de completar este trabajo con una encuesta en consultorio externo médico-pedagógico (es decir, en un medio especializado, que sólo recibe niños retardados por indicación del psiquiatra y bajo el control del servicio competente de la Seguridad Social).

El legajo de estos niños es con frecuencia lacónico. He querido, también aquí, ir más allá de un veredicto para abarcar una *situación familiar*.

Si, como se verá en las conclusiones de este capítulo, he establecido una *clasificación* teniendo en cuenta las adquisiciones tradicionales de la

¹ Agradezco a la señorita Ooghe el haberme abierto su escuela. Estoy reconocida a J.-L. Lang por haber tenido a bien releer los capítulos VII y VIII, aportando críticas que me fueron valiosas.

psiquiatría francesa, he tratado sobre todo de introducir, aquí como en otros lados, la comprensión psicoanalítica en el problema de cada uno.

A través de la aridez y la monotonía de estos informes, el lector hallará la preocupación que a lo largo de todo este libro he tratado de mantener y que permite adelantar lo siguiente:

Un diagnóstico es un punto de referencia para el médico. Para el enfermo, un diagnóstico no tiene mucho sentido y no sabe qué hacer con él. Se trata de ayudarlo a superar un veredicto y esto no puede hacerse sino a partir del diálogo; todavía falta poder establecerlo.

Veamos, pues, el informe de casos de niños orientados hacia consultorios externos médico-pedagógicos a causa de su retardo mental. Para algunos, dicho retardo mental encubre, de hecho, una evolución psicótica.

A. ANAMNESIS

I. Ana. Edad real: seis años y medio; edad mental: cuatro años y medio; C I 69; no se le hizo electroencefalograma.

Se trata de hecho de una evolución psicótica.

La niña, tercera de tres hijos, llega dieciséis años después de los mayores. La madre se esfuerza por ocultar su embarazo: "Tenía vergüenza". Poco antes de que su hija naciera, tuvo el presentimiento de que no sería igual que con los otros: "¿Qué es lo que saldrá de aquí?", se repetía sin cesar...

Parto difícil. El bebé rechaza la leche, pero parece precoz, reaccionando a la voz materna, sensible a su presencia.

Sin embargo, a los doce días la niña es separada de la madre. La maternidad la retiene durante un mes (en una incubadora) y se ocupan de ella una serie de jovencitas.

Es devuelta a la madre en un estado físico lamentable, vomitando siempre y llorando día y noche. La madre siente, con toda claridad, que tiene en sus brazos un niño en peligro. Ante el estado precario que presenta, surge en ella la idea de *alimentarla de noche* y la niña comienza a encaminarse (es decir, la madre siente que se establece de nuevo un contacto, aunque la niña continúa vomitando los biberones durante el día).

A los dos meses hay que hospitalizarla de nuevo, por desgracia, para una operación considerada más tarde inútil (tumor cerebral, ganglios inflamados). Son afectadas las cuerdas vocales. La niña está al borde de la muerte. La madre la retoma a la edad de tres meses; se siente ella misma muy fatigada y exhausta para acoger a una hija con quien hay que restablecer de nuevo el contacto.

Para ella, su beba ha conocido dos veces el abandono; ha sido agredida físicamente y le ha sido devuelta sin voz.

Los vómitos van a repetirse hasta los ocho meses. Después del cambio de régimen (alimento sólido) los trastornos alimentarios cesan y la pequeña se vuelve alegre.

Sin embargo, es preciso aguardar veintidós meses para que camine: "Era práctico que permaneciera en su lecho, para poder hacer las tareas", me dice la madre. De hecho, a los quince meses la niña era hasta tal punto inerte que "donde se la ponía, se quedaba".

La adquisición de la motricidad va aparejada con una conducta fóbica, y desde entonces todo sucede como si cada nueva experiencia aparejara el riesgo de hacer revivir en la niña el peligro de la pérdida de la madre. "Ella tiene miedo y se pega a mí".

La propia madre está ansiosa: "Los niños —dice— han bloqueado mi ansiedad." La imagen paterna es de lo más desdibujada. "Los niños son mi luz", me dice la madre. Los mayores, sin embargo, se han desarrollado bien. Sólo la menor presenta una evolución psicótica.

"¿Qué es lo que saldrá de aquí?", se dijo la madre —ya lo hemos visto—, antes del nacimiento.

Cuando más tarde el médico llama su atención sobre un tumor, no sabe hasta qué punto su diagnóstico, al reunirse con los fantasmas de la madre, va a crear en ella una especie de shock, por la irrupción de la realidad en el lugar de la fantasía.

Por otra parte, en la niña hubo pérdida de la voz materna (con lo que esto representaba desde el punto de vista simbólico) y agresión a su propia voz, en la realidad. Cuando se sabe hasta qué punto un bebé no establece una clara distinción con respecto a su madre; en qué medida el cuerpo de ésta es sentido por el niño como su propio cuerpo, puede medirse el drama del bebé arrancado a su madre, perdiendo todo sitio de referencia simbólica con respecto a ella y sufriendo además una *castración* en el nivel de lo real (perjuicio de las cuerdas vocales).

Es difícil decir si, a partir de ese momento, "el juego estaba dado". Lo cierto es que esta niña va a formarse con la base de esta fragilidad, y ya hemos visto a qué precio.

Su ubicación en un externado médico-pedagógico integral tiene sentido, porque permite no sólo una escolaridad flexible sino, sobre todo, una psicoterapia que es lo único que puede sacarla de su estado de estupro fóbico, de mutismo, cuya relación con el retardo queda por aclarar.

No se trata aquí de reeducación, sino más bien de tratamiento para sacar a la niña de su mundo psicótico.

II. *Carola*. E.R.: seis años; E.M.: cuatro años y dos meses; C I 60; no se le hizo E E G.

Ha sido aconsejado el externado médico-pedagógico, con vistas a una psicoterapia. No se trata de un retardo simple, sino de un conjunto de rasgos que hacen pensar en una evolución psicótica (no es posible, pues, referirse al solo factor de retardo del desarrollo dado por los traumatismos precoces que evoca el cuadro).

La mayor de tres niños, Carola nace en un momento difícil para los padres: ninguno de los dos tienen todavía formación profesional. Son jóvenes, no tienen dinero y están preocupados por sus exámenes. La niña conocerá, en forma sucesiva: la casa-cuna a los tres meses, un destete brusco a los cuatro meses (la madre está de nuevo encinta) y a los seis meses la separación de la madre, reemplazada por la abuela materna.

Al parecer, se establece una buena relación de objeto.² Pero a los dos años la niña es retomada por la madre, que ha alumbrado entre tanto un segundo bebé. La niña es confiada durante el día a una nodriza, junto con su hermanita.

Entra entonces en un período depresivo, con comienzo de crisis fóbicas. En tanto que reclama con desesperación a su abuela, vive su relación persecutiva con el Otro sobre una serie de objetos transicionales que serán rotos, destruidos, torturados.

La llegada de un tercer bebé, niño esta vez, con un intervalo bastante corto, nada soluciona (la niña, por lo demás, hace como si ese hermano no existiera). Se trata de la reviviscencia de unos celos ya experimentados sin haber podido ser comprendida. La niña parece haber perdido las referencias de identificación con el nacimiento de la segunda. Después se ha aislado cada vez más, tornándose inadaptada en la edad escolar.

De hecho, al nacer la hermana (coincidencia con una separación y la pérdida de una buena relación de objeto, esencial para un niño perturbado por separaciones precoces) es cuando va a quedar detenida, hasta los seis años, toda adquisición del lenguaje.

Carola dice "tú" en lugar de "yo" y no pronuncia una frase sino en respuesta a una pregunta que ella misma se plantea y que el adulto debe repetir, pues su discurso sólo puede ser el eco del discurso del Otro. Al perder al Otro ella se ha perdido (el enfrentamiento al menor en la realidad se ha superpuesto al daño sufrido en el plano simbólico por la pérdida de la abuela. La niña no ha podido hacer en esa época una regresión satisfactoria, porque la regresión habría significado un retorno a un período anterior de inseguridad). La elección psicótica se ha presentado entonces como única solución.

Los trastornos del lenguaje y el retraso no pueden ser reeducados. Sólo un tratamiento psicoanalítico puede ayudar a la niña a salir de su mundo persecutorio.

III. *Carlos*. Once años; C I : 65; E E G : no realizado.

Orientado en externado médico-pedagógico con motivo de su retraso, después de un ensayo infructuoso de reeducación del lenguaje y psicomotriz.

La ausencia del lenguaje inquietó a la madre cuando el niño tenía cuatro años.

² *Relación de objeto*: término freudiano para designar las relaciones del sujeto con una persona, por oposición a las actitudes narcisistas (como se dice, en el lenguaje corriente, *el objeto amado*).

De hecho, su historia remonta al nacimiento. Desde el principio estuvo demás, como la madre estuvo demás en su propia familia (no criada por una madre que rehusaba educarla). Condiciones de alojamiento dramáticas acentuaron la perturbación de la pareja, que vivía en hotel y era amenazada con la expulsión cuando el bebé lloraba.

Los padres no conocieron más que esa expulsión durante los primeros años de vida del niño y éste, en respuesta a las fantasías de aquéllos, gritó desde el nacimiento en forma ininterrumpida, no dejando a la madre ningún respiro, ni de día ni de noche. "¿Qué es un niño? Desamparada, en esta pieza, yo me decía: ¿qué es lo que hace aquí, quién es?"

A los catorce meses, separación del niño, dado a una nodriza para aliviar a la madre (en espera de que fuera asignado a la pareja un H.L.M.*).

La madre no lo retomó sino a los veintiún meses. "Estaba como loco, rodaba por tierra; estaba pálido, triste y salvaje; aullaba."

Nada arregló el nacimiento de un hermano, un año más tarde. Llegado a la edad escolar, Carlos no pudo aprender a leer.

Si el factor escolar es importante en este caso (a los once años el niño no alcanza el nivel del curso elemental) no es menos cierto que sólo el tratamiento psicoanalítico podía sacar al niño de esa situación.

Al comienzo, Carlos era para la madre un ser desprovisto de toda significación. No tenía ubicación más que como testigo de la desgracia materna. Sobre ese fondo de inseguridad se injertó la separación madre-niño. El regreso a la casa, un año después, lo conocemos: encopréptico, enurético, cubierto de granos, congestionado; tal era el cuadro de trastorno moral de un niño demasiado frágil para estructurarse en ausencia de la madre. (La separación se había efectuado sobre un terreno en que el niño se sentía ya rechazado, en el nivel simbólico; desde entonces estaba maduro para embarcarse en una evolución perturbada).

El niño no tiene casi lenguaje. ¿Qué podría decir él, que ha vivido todo tan intensamente en su propio cuerpo?

IV. *Juan*. Ocho años, débil epiléptico; C I 65; E E G : muy perturbado, con numerosas oleadas de ondas en pico.

La madre me dice: "Es el mayor de tres niños; es decir, que vale por dos"; y agrega: "mi cuerpo no estaba hecho para recibirlo. Hijo mío, habrá que hacerle lugar; es pesado."

Tal es, pues, el lugar reservado por la madre al niño.

Desde su nacimiento, el bebé lloró sin interrupción; cada uno de sus deseos sería sentido por la madre en forma persecutoria. No se deseaba que caminara demasiado pronto, pues las dificultades de alojamiento hacían que el sitio del niño fuera el lecho más que el suelo. Todo el retraso del primer desarrollo correspondió al deseo de los padres.

El niño se oponía a la madre en cuanto al entrenamiento de esfín-

* H.L.M.: sigla de *habitation à loyer modéré* (alojamiento de alquileres moderados): inmueble generalmente construido por una comunidad y destinado a familias de escasos ingresos. [E.]

teres. "No quería hacer en un tacho; hacía agachado en el suelo, como un perro, pero nunca en un recipiente adecuado."

Después llegaron las ausencias epilépticas, hasta ciento veinte por día, las que decidieron a la madre a buscar a toda costa una ubicación.

El niño respondió al rechazo materno con angustia y crisis características. ¿Qué buscaba, pues, este niño; qué había en él inexpresable, que no podía asumir ni introducir en su lenguaje?

La paz que halló en el externado médico-pedagógico permitió el cese de las crisis epilépticas ("en casa, usted sabe, estoy obligada a atarlo, en espera de esto"); pero además de una escolaridad deficiente para reeducar, estaba el tratamiento psicoanalítico como única posibilidad de ayudar al niño a introducir en el lenguaje una desesperación que hasta entonces no había podido expresar más que con el lenguaje corporal.

V. *Dionisio*. El cuarto de cinco hijos; diez años; C I 79; E E G : no efectuado.

Orientado al externado médico-pedagógico a causa de su retraso mental. En la familia se comprueba un niño muerto (ictericia precoz) y dos débiles mentales.

El factor orgánico domina el cuadro: incompatibilidad de grupo sanguíneo en los padres; uno de cada dos niños hace una ictericia nuclear con lesión cerebral. Además, presenta movimientos coreiformes.

Sin embargo, además del deterioro orgánico, ha sufrido hospitalizaciones precoces y deterioro moral y físico en la primera infancia:

- Hospitalizaciones a los diez y quince meses; el niño es atado en la cuna "porque se emociona cuando ve a la madre".

-- Nueva hospitalización a los dieciocho meses y operación desastrosa de vegetaciones. El niño sale trastornado y nervioso.

A los dos años y medio, una tifoidea en forma meningea conduce a una cuarta hospitalización. La conducta de pánico del niño aumenta y motiva la indicación de una quinta internación en Nérís-les-Bains, para un tratamiento de los nervios. El niño es atado nuevamente y sufre maltrato físico en un establecimiento que fue más tarde clausurado por la Seguridad Social. "Se volvió como loco."

De hecho, el niño ha tenido terror a los médicos desde los dieciocho meses. La hospitalización ha precipitado su comportamiento fóbico (ha habido irrupción de un hecho real de mutilación, que dificultó, en consecuencia, la castración simbólica).

El niño va a sentir, en su propio cuerpo, la amenaza continua de pérdida de la integridad. Las hospitalizaciones, las separaciones, tendrán siempre, así, el sentido de una nueva agresión, con el desamparo de no sentirse protegido contra la madre por una imagen masculina (el niño, enfermo, se sentía siempre mal protegido por una madre a quien sentía como impotente para precaverlo de los peligros).

"Yo hubiera querido un marido como mi padre", me dice la madre, "Mi represión -agrega más tarde- son mis intestinos." (Tiene, en efec-

to, una parálisis intestinal que cesa cuando el objeto de angustia se materializa en el niño, quien viene, de algún modo, a constituirse en relevo del intestino...).

Por su historia, Dionisio hubiera sido, aun sin trastorno orgánico, una posibilidad de destino psicótico. La organicidad aparece tan sólo como factor suplementario. Dionisio es débil mental, como su hermano, pero no está ahí lo esencial. Este niño no puede ser recuperado más que si llega a traducir en palabras un pánico que vive en el nivel del cuerpo, a causa de la falta de un mediador simbólico. ¿Cómo podría superar su enfermedad si permanece atado a una fijación traumática de su historia?

Sanar,³ para él, sólo puede concebirse como una reconquista de sí como *sujeto*, no alienado en el espanto.

VI. *Claudio*. Seis años; C I 65; E E G : no realizado.

Hijo único de una pareja de gente sencilla, cuya vida es difícil a causa de las malas condiciones de vivienda. "Una pieza muy chiquita, con todo adentro, hasta la cocina; de noche se hacen las camas y es todo."

"Tiene adoración por su tren eléctrico, pero la pieza es tan pequeña que hay que caminar por encima y no se lo puede instalar. Para que esté tranquilo no hacemos venir a nadie."

A los dos años y medio, la madre se separa del niño, quien vive hasta los cuatro años con los abuelos maternos, que sólo hablan bretón, la lengua de la madre, un idioma que ésta se había prohibido hablar con su hijo cuando bebé, por consideraciones de status social.

A los cuatro años el niño se sentía perdido en París y se mostraba inestable en la clase. Sin embargo, la madre dice que "es amable, siempre pensativo, siempre apartado, se lo deja en un rincón y ahí se queda".

En realidad, a los cuatro años el niño no construía frases en francés; no obstante, parecía haber adquirido el bretón.

En la actualidad el lenguaje espontáneo es bueno, observa la psicóloga, aunque las frases no estén construidas. El bloqueo existe en el nivel de la *comunicación*; como si, desde que el otro está en juego, las palabras no pudieran ya ser vehiculizadas. "Pasa sin transición de una cosa a otra —dice la madre—; todo el tiempo tiembla, a la menor cosa."

Más allá del retardo mental y de los trastornos específicos del lenguaje, hay por cierto algo para interpretar en el nivel mismo de la comunicación, es decir, del diálogo: desde que éste se instaura, el sujeto no puede hacer otra cosa que ponerse entre paréntesis.

"Claudio no sabe llorar; nunca es malo. Estamos tan habituados a su retardo que lo hallamos bien así." Esta "retirada de la agresividad" es tal vez una imposibilidad del sujeto de estructurarse como muchacho sin sentirse de inmediato en peligro de ser rechazado.

³ Con el término "curar" no pretendo restituir una integridad física y psíquica comprometida por factores orgánicos no despreciables, sino liberar al sujeto de los trastornos psíquicos que frenan una evolución con un *handicap* inicial.

Sólo una investigación psicoanalítica podría aclararnos este punto y hacernos comprender el sentido que para la madre tiene la deficiencia de su hijo.

VII. *Juanita*. Quinta de cinco hermanos; trece años; C I 54; E E G : no efectuado.

"La hemos puesto en E.M.P.* porque no la quieren en otro sitio. Para nosotros está bien. Que haga lo suyo, es suficiente." De tal modo la madre encara las dificultades de su hija. "Nosotras dos nos entendemos muy bien; es mi preferida."

En realidad, sólo la madre comprende el lenguaje de la niña. Esta parece haber tenido desde el comienzo un retardo en el plano psicomotor (a los seis meses no se mantenía sentada) pero ha sido muy bien integrada en una familia numerosa donde cada niño participa en la vida de la casa y donde la armonía de la fratría es buena.

Juanita parece haber hecho una evolución de débil mental; muy bien —tal vez demasiado bien— aceptada por la familia. "Se halla en el papel de niña mimada, lo que no sucede con el hermanito."

De hecho, aun con la hipótesis de una "verdadera debilidad", no puede evitarse destacar que es en tanto que débil mental que Juanita ha podido hallar un lugar en el seno de la familia.

Las sesiones psicoanalíticas, aunque no modificaran para nada el C I, permitirían tal vez aclarar cómo los beneficios secundarios de la enfermedad⁴ han hecho formal a Juanita. Partiendo de ahí se podría llevarla a asumirse como sujeto responsable.

VIII. *Alberto*. Seis años; C I 71; E E G: "trazado espontáneo conteniendo anomalías, consistentes en elementos lentos, de poca amplitud, con los que se mezclan largas oleadas de ritmos rápidos patológicos en ausencia de tratamiento barbitúrico".

La madre se presenta con aspecto rígido y ausencia total de afectividad. Cuenta la historia de su hijo como si se tratara de algo que no le concierne. Lo dominante es su rechazo de tener niños. Pero ha tenido tres. El mayor murió a los diez días; el menor al año; Alberto tiene seis.

Tienen en vista un H.L.M., pero hasta ahora la familia no ha conocido más que una sucesión de cuartos de hotel. El niño ha sido dado a una nodriza hasta los cinco meses y medio; los padres lo retomaron aprovechando unas vacaciones e hizo una toxicosis a los siete meses. Se lo llevó en coma al hospital. "Está a salvo, dijeron los médicos, pero el porvenir dirá qué es lo que va a resultar."

⁴ La enfermedad es vivida a veces por el sujeto como un modo de relación con el Otro, del que puede obtener ventajas, incluso privilegios.

* E.M.P.: sigla de *école municipale professionnelle* (escuela municipal profesional) que recibe a niños con problemas de aprendizaje. [F.]

A su salida del hospital el niño es enviado con la misma nodriza hasta los dos años y medio. A su regreso es cuando las dificultades van a comenzar. La vivienda exigua impide toda actividad motriz; el niño es puesto en la cuna durante el día y por la noche encuentra a una madre fatigada por su trabajo. Se vuelve incontinente y grita durante la noche. Para aliviar a la madre se propone una nueva separación y Alberto parte para una guardería, de donde vuelve en un estado de inestabilidad terrible. Su carácter se deteriora cada vez más. Se hace el duro: "Vete a acostar —le dice al padre—; soy yo quien manda aquí."

El hermanito de un año está también desorbitado por completo: vomita y, por la noche, grita.

El niño enfrenta, además de su retraso, una situación familiar perturbadora: una madre fuerte, que impone su ley; un padre borroso, que ha conocido en su infancia el abandono materno. Alberto se siente en peligro con esta madre (al igual que ella, provoca al padre, subrayando que es él, el niño, quien manda). En realidad, busca un maestro que le marque la ley, a él y a la madre. No ha tenido en absoluto ternura. Una conducta reivindicativa se ha vuelto su único modo de comunicación. Surge la pregunta de si no estarían indicadas sesiones psicoanalíticas, aunque más no fuera a título de ensayo. Este niño, agredido en su cuerpo, ha estado además en un estado de cuasi abandono materno.

IX. *Marcelo*. Seis años; C I 57; E E G : Normal.

Es el mayor de tres hermanos, todos con retardos del lenguaje (y tal vez con retardo intelectual).

La madre está extenuada por las dificultades de los primeros años de matrimonio (la pareja tiene sólo desde hace poco una habitación decente).

El bebé, mal recibido, lloraba día y noche. A los ocho meses, una toxicosis motivó una hospitalización de un mes. A los cuatro años, una separación del medio familiar durante cinco meses (aún no había comenzado a adquirir el habla) fue sufrida en forma muy traumatizante. "Estábamos mal alojados; entonces nos lo llevaron. No sonrió nunca —agrega la madre— no soporto tener niños así."

En realidad, esta madre, abandonada por su propio padre cuando era pequeña, se ha formado con un tono depresivo. "Los demás tienen hermosos niños; sólo a mí me está reservada la desgracia." Con sus nervios agotados, no puede encarar su papel de madre: "Lamento mi casamiento; lamento haber tenido hijos."

En ese ambiente, los niños se enfrentan con la ausencia total de un sentido de la vida en los padres. Estos les responden con una clausura del mundo simbólico (los trastornos del lenguaje, en los tres chicos, no son tal vez puramente mecánicos; más bien testimonian cierta carencia en las relaciones fundamentales con la madre).

X. *Julia*. Doce años; la mayor de dos hermanos; C I 57; E E G : Normal; radiografía de cráneo: normal.

"Mi hija es inteligente —dice la madre—, tiene algunas dificultades para hablar." En realidad se trata de un gran retraso mental, del que ambos padres no tienen conciencia.

Hubo, de entrada, un traumatismo en el parto. Se le hizo a la madre una inyección para "acelerar", ella no pudo soportar los intensos dolores que sobrevinieron bruscamente y, según sus propios términos, se volvió "como loca". Hubo que dormirle de inmediato, pero el parto se procesaba con lentitud; fue necesario el fórceps (existen secuelas neurológicas focales, al parecer de poca importancia, según el neuropsiquiatra).

El primer desarrollo de la niña fue retardado. Hubo rechazo del alimento y dificultades caracteriales. A los tres años todavía no sabía hablar y se emprendió una reeducación de la palabra.

El hecho de tener una niña anormal puso a la madre bajo la tutela de su propia madre y de su suegro; la inquietud de ambos era experimentada por ella como un reproche. Se sentía muy sola, "como a la muerte de mi padre, cuando yo tenía nueve años. Cuando él se fue estuve de continuo peloteada y eso me ha creado un vacío."

Para esta madre, la sola forma de no sentirse en estado de abandono es ignorar el retardo de su hija. "Es inteligente; habla mal, pero eso se arreglará con el crecimiento. Deseo para ella una vida de soltera, agradable, con un oficio, aunque no sea muy remunerado."

En concreto, madre muy ansiosa, que se esfuerza por afrontar la situación a toda costa.

XI. *Pedro*. Seis años y medio; C I : 58; E E G : no realizado; el cuarto de cinco hijos: el mayor anormal, murió a los dos años y medio; otros dos son retardados.

Pedro sufrió de asfixia neonatal y más tarde de depresión anaclítica. Cuando nació, toda la familia vivía en una pieza. La madre, agotada, no pudo afrontar los cuidados que reclamaba el bebé, desde el comienzo difícil, pues rechazaba todo alimento. A la ansiedad de la madre, el niño reaccionó con una oposición pasiva. Anoréxico, vomitador, devino caracterial. A los cuatro años, "a causa de las malas condiciones de la vivienda", se lo separó de la madre durante un año, colocándolo en un *aerium*.*

"Había perdido toda el habla —dice la madre—. Estaba como perdido."

Cuando volvió, la madre tuvo un miedo terrible de perderlo, en relación con su propia historia (huérfana a los cinco años, no había conocido más que traslados sucesivos y la falta de amor). Madre engreída, tenía tal exceso de amor para dar que los niños no lograban tener deseos propios. Cada uno de ellos escapó a la solicitud materna con diversos trastornos. Para Pedro, el accidente obstétrico se duplicó con hospitali-

*En Francia, establecimiento donde se interna a niños quienes se supone tienen tendencia a contraer tuberculosis. [E.]

zaciones e inseguridad materna. "Siempre estoy temiendo la muerte de un niño. Mi marido me dice: nos atraes la mala suerte con tu forma de ver en todos lados la desgracia. He sido tan infeliz que sólo veo eso."

XII. *Rogelio*. Ocho años; C I 70; E E G : algún signo cortical de lesión focalizada.

Hijo único de padres de edad avanzada (la madre tiene hijos normales del primer matrimonio). Sietemesino, el bebé hizo una asfixia neonatal y más tarde una estafilococcia bulbosa. Pasa los cinco primeros meses en el hospital. "No sabía sonreír, porque sólo conocía la soledad."

Madre ansiosa, que va a abandonar a los mayores para consagrarse a este niño enfermo. Lo hace de tal forma que no le da lugar a ninguna posibilidad de autonomía. El padre no tiene derecho a ninguna observación sobre la educación de su hijo. "A los mayores los eduqué sola; con un marido, ya no se puede hacer nada. Le digo a usted que, desde que hay un hombre, esto no marcha más."

Todo le está prohibido a este niño (ninguna libertad motriz); la madre está alerta ante todo accidente psicossomático. Esta mujer se ha hecho fabricar, para ella y su hijo, camas gemelas...

El niño está aquí engrampado en la fantasía materna. Su enfermedad otorga a la madre todos los derechos y al padre una culpabilidad suficiente para justificar su abstención.

Un retraso intelectual bastante leve, en suma, se encuentra reforzado en forma masiva por un tipo de relación madre-hijo al que un niño normal no hubiera podido resistir sin serias perturbaciones.

XIII. *Jorge*. Siete años y medio; por su inestabilidad no se le pudo aplicar el test de Terman, E E G : no efectuado.

El mayor de seis hijos (en siete años de matrimonio). Otros dos hermanos son retardados. La familia habita en un departamento de dos habitaciones y cocina.

La madre hubiera deseado una planificación de nacimientos, "pero los médicos me han dicho que para eso no podían hacer nada".

Nacido cianótico, Jorge es un bebé vomitador hasta los seis meses. A esta edad aparece una "meningitis", con retardo motor, entre otras secuelas.

La madre de Jorge, huérfana de madre a los diez años, estuvo colocada como empleada de servicio desde esa edad. "Estaba tan sola que quise casarme; ahora tengo demasiados niños; no puedo más y temo que mi marido me deje."

La madre del marido le dijo: "Estoy en contra de este casamiento; te deseo que le hagas muchos hijos y que vuelvas con nosotros solo."

A los veinticuatro años, al borde de la depresión, esta débil joven mujer *no puede ser madre*. "No me agrada jugar con los niños, ni hablarles. Estoy sobrecargada de trabajo y no soporto más a nadie. Pienso en el suicidio y por momentos me siento sofocada".

Se trata, en el nivel límite, de un caso "de hospitalismo familiar". Bebé en estado de abandono con una madre extenuada que no puede entablar ningún intercambio humano normal.

XIV. *Pablo*. Diez años; C I 55; E E G : retardo en la maduración, sin alteración cortical; último de tres niños.

Enfermo durante todo el primer año de vida: una veintena de otitis; un comienzo de meningitis a los nueve meses: una toxicosis quince días después, con hospitalización de un mes. A partir de los dieciocho meses, convulsiones a raíz de cada elevación de temperatura y fiebre para todo shock emotivo (aunque se trate de una alegría, de un regalo).

Madre maternal, que rehúsa ver el retardo de su hijo y lo integra a sus otros niños como un sujeto normal. "Una mamá no se da cuenta de eso. Una mamá siempre encuentra bien a su niño."

La emotividad de este chico, agredido desde tan joven en su seguridad física básica, desempeña un rol esencial en el plano psicosomático. Pablo no puede ser feliz sin el riesgo de hacer de inmediato temperatura y convulsiones.

XV. *Francisca*. Siete años; C I 50; E E G : trazado ligeramente anormal por causa de la lentitud y la inestabilidad; la mayor de dos hermanos.

La falta de vivienda impulsa a la madre a dar a la niña a una nodriza hasta los seis meses. La beba se halla bien, en un ambiente calmo, en el campo. Habiéndosele asignado al matrimonio un H.L.M., es retomada y confiada durante el día a una vecina ruidosa, que tiene otros chicos.

Este cambio es mal soportado y aparecen crisis convulsivas que sólo cesan a los tres meses y medio. A los siete meses, meningitis con hospitalización. Francisca, llevada después con su abuela materna, se reintegra al hogar a los trece meses, en el momento del nacimiento del hermanito, a quien nunca pudo aceptar (en esa época, período de encopresis).

Distintas personas se ocupan de la niña, en forma sucesiva, durante el día; se muestra inestable y difícil. Choca con su padre, que la ignora, "tanto mal le hace tener una hija así".

Encolerizada ante su impotencia para expresarse, la niña pasa a los hechos y provoca reacciones negativas en los adultos.

De hecho, desde los seis meses de edad ha conocido la ruptura con un ambiente apacible, reencontrado por un tiempo en casa de la abuela y vuelto a perder después. "Con nosotros está nerviosa; hay que llevarla pronto con aquella señora."

La madre está extenuada por su trabajo de telefonista. "Es la carrera del rendimiento; hay veces en que ya no oigo más a los abonados y tengo vértigos. Entonces todo empieza a embarullarse y viene la depresión."

XVI. *Renato*. Diez años. C I 60; E E G : N. caracterial; el mayor de tres hermanos.

“Desde que camina, ya no se puede más; quiere romper todo; no puede portarse como todo el mundo; me dicen que hay que atarlo.”

“Ha recibido calmantes desde los primeros biberones, que vomitaba.”

¿Se trata aquí de una debilidad simple?

La oposición, los trastornos caracteriales del chico hacen difícil el examen. Madre ansiosa, no preparada para el matrimonio, presa de pánico ante la idea de que el niño pueda llorar en la habitación del hotel, lo que significaría la expulsión. Este niño no deseado es objeto de una sobreatención materna, a la que reacciona con vómitos, trastornos caracteriales, rechazo escolar. “Yo estaba en un estado de nervios terrible—dice la madre—; en cierto momento, creí que estaba perdida.”

Tan sólo una prueba psicoterápica puede decidir si este niño es tan retardado como lo indican los tests...

XVII. *Sibila*. Ocho años; CI 53; EEG: N.; la menor de tres hermanos.

A los seis meses, la niña hace una infección a virus, con una hemiplejía consiguiente, comprobada a los ocho meses.

Esta enfermedad resulta tanto más dramática, cuanto que Sibila, antes de nacer, estaba destinada a reemplazar, en la fantasía materna, a una hija mayor, concebida en el curso del primer matrimonio. “No hablo nunca de esto: a los quince años no quiso verme más; esto ha sido para mí como un duelo.”

Sibila es muy pronto objeto de una sobreatención materna, a lo que reacciona con vómitos y asma. A los cuatro años, a raíz de una mudanza, la niña pierde el sueño y extenua a la madre al extremo de que ésta hace una depresión nerviosa.

Además, el médico plantea una conclusión inapelable: “Es congénito; si la pequeña la fatiga, puede desembarazarse de ella en mi servicio hospitalario.” “Ahora —agrega la madre— estoy agotada.”

De hecho, esta madre tiene la impresión de haberse resistido contra el cuerpo médico (la reeducación motriz fue emprendida por ella y asimismo eligió el internado médico-pedagógico).

“Usted comprende; un médico no debería matar nunca la esperanza. La esperanza es necesaria para vivir. A mi pequeña la he querido viva. El garrotazo que los médicos me han dado, se lo han dado también a ella.”

Madre al borde de una nueva depresión nerviosa, que sólo aguanta la situación con reacciones psicósomáticas en cadena. Al condenar a una niña a quien la madre trataba de hacer vivir, es a esta última a quien se ha colocado en situación de abandono moral, sin provecho alguno para una ni otra.

XVIII. *Dionisio*. Ocho años; C I 66; E E G : no realizado; segundo de cinco hermanos (otros tres con trastornos caracteriales y dificultades escolares).

Hijo no deseado, al que un accidente de auto, a los tres años y medio, ha tornado fóbico e inestable.

Madre depresiva, colocada como empleada, desde los diez años, en una casa de campo. La sucesión de embarazos la ha reducido a tal estado de extenuación moral que todos los hijos reaccionan con trastornos psicossomáticos o problemas caracteriales.

Tan sólo una psicoterapia de ensayo podría enseñarnos algo más acerca de este niño moralmente desamparado.

XIX. *Evelina*. Trece años y medio; C I 55; E E G : no efectuado; la mayor de seis hermanos.

Meningoencefalitis a los tres meses. Como secuelas: alteración de un nervio auditivo, sin tratamiento posible.

Madre soltera en la época de este primer embarazo. Desorientada, mal preparada para la maternidad por una madre poco instruida, la joven se agota inútilmente y da a luz antes de término, a los seis meses y medio.

La niña, puesta en incubadora, es entregada a la madre dos meses después, con un peso de dos kilos. "Yo tenía una pieza con cocina; se necesitaban 25° de calor, día y noche; hacía falta meter leña y carbón en la estufa. Fue terrible; no quisiera volver a pasar por esto."

Un mes después, sobreviene una hospitalización por meningoencefalitis, seguida de otras internaciones hasta los seis meses de edad, y otra más tarde en un establecimiento hospitalario a orillas del mar "para recuperar la salud".

Madre maternal, desbordada por una familia numerosa, pero afrontando la situación con valor. Su actitud sobreprotectora con la mayor, a quien quiere sustraer a la ley del padre, hace de ésta una gran histérica, con chantaje de suicidio.

"He hecho lo que he podido; yo no tenía instrucción. Mi marido es amable; la niña nos separa a menudo y maneja el buen y malhumor entre nosotros. Verla así me hace llorar y dejo que todo siga. Si usted me dice que es preciso que no sea así, quiero creerla...hace bien *hablar*; los médicos nunca tienen tiempo. No soy instruida, pero lo que usted me dice lo entiendo por intuición."

Todas las madres, sin excepción, *piden hablar* y por eso, constituyen por consiguiente una carga para el personal técnico, aplastado por las reivindicaciones, los pedidos, que no son sino la expresión de una ansiedad, agravada por el sentimiento de soledad en la desgracia.

B. CONCLUSIONES

Estos diecinueve niños representan la mitad del externado médico-pedagógico estudiado (los otros diecinueve no han sido tomados en cuenta porque estaban ya en psicoterapia).

En lo que atañe a la *clasificación*, tienen un C I variable entre 50 y 70. Casi todos tienen dificultades en el plano psicomotor y trastornos del lenguaje.

Se encuentran en el seno de esta población escolar las *grandes formas clínicas* descritas por Simon y Vermeylen:

a) Los débiles mentales *armónicos*, afectados de retraso simple.

b) Los débiles mentales *inarmónicos*, que tienen, además de un retraso intelectual, una inestabilidad, una emotividad anormales.

c) Los débiles mentales epileptoides, perversos, y los llamados *débiles mentales evolutivos* (es decir, de posible evolución psicótica).

La etiología de los retrasos es variada. Hemos podido detectar:

1. Los factores genéticos de los retardados simples.

2. Las causas patógenas de la vida intrauterina (factores infecciosos, incompatibilidad sanguínea, etcétera).

3. El papel de los traumatismos obstétricos (anorexia neonatal).

4. Las causas que provienen del propio ambiente del bebé (hospitalismo en instituciones y hospitalismo familiar; dificultades económicas y miseria social).

He reconocido el papel importante de las carencias afectivas, la situación *anaclítica*⁵ del niño separado muy precozmente de la madre; en concreto, un conjunto de signos de carencia señalados en 1945 por Spitz, en 1951 por Bowlby, y en 1955 por Jenny Aubry. Con frecuencia los efectos son irreversibles. Puede agregarse a esto los efectos psicológicos de una toxicosis del lactante, a quien la aparición brusca de la enfermedad sumerge en un estado de estupor vecino de la reacción "catastrófica".

Pero lo que distingue este estudio es la forma en que, con toda intención, he querido en cierta forma ignorar el *rótulo* que estigmatizaba al niño, para entrar en *diálogo* por encima del síntoma.

Diálogo a menudo perturbante, con padres castigados en la descendencia, a quienes demasiado a menudo hay quien se permite decir: "No hay nada que hacer".

La clasificación y la etiología diversas de los retardos mentales no deben hacernos perder de vista aquello que tienen en común, sobre lo cual un psicoanálisis puede surtir cierto efecto: en todas esas familias existe un malestar con el que se convive, una historia perturbadora paralela al retardo o que lo agrava.

⁵ Fenichel explica así el término: "En lo que concierne a los mecanismos de la elección del objeto, Freud ha hecho una distinción entre el tipo de elección *anaclítica* —en el cual un objeto es elegido porque provoca asociaciones relativas a otro objeto original en el pasado, con frecuencia el padre del sexo opuesto— y el tipo de elección *narcisista*, en el cual el objeto es elegido porque representa ciertos caracteres de la propia personalidad del sujeto." Se ha dado el nombre de situación *anaclítica* a la situación de desamparo de un niño a quien le falta el objeto original que le proporciona seguridad.

Los padres tratan de ser ayudados; su desamparo es a veces mayor que el del niño, quien por la propia circunstancia de una agresión física precoz, ha desarrollado una sensibilidad de tipo especial.

El psicoanálisis en la escuela⁶ (contrario en principio a la teoría analítica) se impone en un medio de familias pobres y cuyas obligaciones no permiten largos desplazamientos.

Todos los padres aspiran a establecer un diálogo analítico. Algunos ya no saben hablar. "Estoy hecho pedazos; entonces, como usted comprende, quiero olvidarme de todo y no tengo fuerzas para hablar. Es la carrera del rendimiento; ya no oigo los pedidos."

En un gran número de casos, la pareja parental ofrece la propia imagen de la resignación. Los padres no tienen con ellos el medio de hacer vivir al niño que, desde el comienzo, está condenado a cierto estado de desesperación y destinado al más total sinsentido.

Sólo una dialéctica verbal puede permitirnos esperar una modificación de las relaciones padres-niño y, en consecuencia, la evolución, hasta la curación a veces, de este último.

En cuanto a la *prevención*, he volcado mi intención en tres factores:

1. *La nocividad de las hospitalizaciones y separaciones precoces*, que provocan trastornos a veces irreversibles, cuando el niño es muy pequeño y no ha adquirido aún el lenguaje.

Hay separaciones que son a veces aconsejadas, pese a un pasado de hospitalismo, porque *las condiciones de vivienda son insuficientes*. Pero nada cambia a renglón seguido: la madre debe afrontar siempre condiciones de alojamiento dramáticas, a lo que se agrega el problema de un niño gravemente perturbado por un alejamiento contraindicado desde el punto de vista psicológico.

2) Es evidente que no se pueden incluir las extraordinarias *dificultades de la vida material*, en particular de la vivienda, en el número de factores que provocarían o agravarían las deficiencias mentales. Pero es preciso tener en cuenta el hecho de que estas dificultades, a las que se agrega además la completa ignorancia de toda planificación familiar, acentúan los sentimientos negativos de la madre ante un nuevo nacimiento. Más aun, sucede a menudo que esas dificultades materiales agravan la tarea de la madre y terminan por crear situaciones que se podrían designar con el término paradójico pero por cierto justificado de *hospitalismo familiar*.

3. Importa llamar la atención sobre los graves daños causados por los *diagnósticos médicos*. Aun si no se tiene esperanzas, la única actitud aceptable es una perspectiva humana, donde algo positivo sea ofrecido a los padres desconcertados. "Usted comprende, cuando el médico me dijo: es congénito, no van a conseguir nada; eso ha sido terrible, no tener más esperanza..."

⁶ Mi posición sobre este punto ha cambiado bastante a partir de 1963. La explico en *Le Psychiatre, son "fou" et la psychanalyse*, Seuil, 1970.

“He tardado años en encontrar gente buena. Estaré toda la vida reconocida a ese doctor X., *que no podía hacer nada por mí*, pero que me habló como a un ser humano. Mi nenita fue, por primera vez, un ser humano, y no sólo eso: Ah, si usted quiere desembarazarse de ella...”

Ese diálogo humano, esa posibilidad de lenguaje, no son concedidos a las madres de los deficientes. Una sentencia condenatoria tiene los más nefastos efectos con respecto a la pareja, en primer término y en el nivel de la criatura, a continuación. Estos padres tienen, más que otros, necesidad de que se les preste atención afectuosa y apoyo moral. Las consideraciones precedentes no quitan nada al carácter orgánico de muchas alteraciones. Pero tienen importancia en la medida en que llaman la atención sobre un factor agravante suplementario.

CAPITULO IX

LAS ETAPAS DE UNA REFLEXION SOBRE EL RETARDO

En *l'Evolution psychiatrique*, 1962, tomo XXVII, fascículo III, B. Castets, R. Lefort, M. Reyns, dan cuenta de una experiencia de psicoterapia en débiles mentales (algunos de ellos retardados profundos) en un instituto médico-pedagógico del norte de Francia y dicen lo siguiente: "No parece inconcebible que idiocia, imbecilidad y debilidad mental sean las más de las veces, formas de autismo...que sean, en una palabra, formas psicóticas que deben ser tratadas como tales."

Esta experiencia, que coincide con otras aisladas, constituye de por sí un hito en la historia de la medicina.

En efecto, hasta una fecha no demasiado lejana, el diagnóstico de "debilidad mental" era una conclusión incontestable; una contraindicación para toda tentativa psicoterapéutica.

Los *psicoanalistas*, alertados por Freud en el sentido de que los insuficientes mentales y los sobredotados podrían provenir de una misma fuente, la histeria, aceptaban sin objeción la noción de "imbecilidad" como defensa neurótica, pero, por otra parte, rehusaban dar un sentido a la debilidad mental concebida como un déficit orgánico.¹

Fisiólogos y biólogos han descrito las alteraciones del cerebro en determinados deficientes mentales. Los endocrinólogos han puesto en evidencia las anomalías del metabolismo en ciertas formas de oligofrenia, subrayando, además, que ciertas psicosis están ligadas a un desequilibrio endocrino. En resumen, han sido ensayadas múltiples clasificaciones para describir las anomalías de los deficientes mentales, sin lograr,

¹ Los psicoanalistas se han ocupado de niños normales, inhibidos o neuróticos, en quienes la *imbecilidad* era signo de un bloqueo afectivo, que repercutía sobre el plano intelectual. Por el contrario, la insuficiencia mental ha sido mantenida mucho tiempo fuera del campo de la investigación psicoanalítica.

empero, estructurar una teoría sobre la relación entre los tipos de insuficiencia orgánica y la conducta de los sujetos: ésta no siempre se explica por aquélla.

Los psicólogos, influidos, pese a ellos mismos, por las tesis organicistas, han establecido a su vez clasificaciones destinadas más bien a describir un desarrollo mental tipo que a explicar la insuficiencia de quienes no alcanzaban en los tests la media requerida. La inteligencia es considerada como una cantidad homogénea; la noción de capacidad prevalece para decidir la orientación de un sujeto.

En Estados Unidos, en particular, se ha desarrollado en todos los niveles (escolares, industriales) la tendencia a la utilización universal de los tests; pruebas que sirven para clasificar a los seres humanos en sobredotados, dotados, mediocres. Esta obsesión de la clasificación es, en cierta medida, consecuencia del taylorismo: se trata de obtener, en todos lados, el mejor rendimiento posible de individuos considerados, en el caso límite, como robots.

Estas ideas han sido combatidas por los psicólogos rusos por razones ideológicas; a criterio de ellos, todos los hombres deben llegar a desarrollarse si se les asegura un medio favorable. En la U.R.S.S. el acento se pone, en lo fundamental, sobre la pedagogía destinada a proporcionar a todos las mismas oportunidades. Sin embargo, desde hace años, los investigadores rusos han comenzado a cuestionar los fracasos de una pedagogía racional y a buscarles sentido.

Esta actitud, más generosa que la de los norteamericanos, y que retoma la concepción del hombre racional por esencia, propia del siglo XVIII, no es en la práctica menos ineficaz, pues recae en la negación de la debilidad mental y sus problemas, para aplicar al sujeto los métodos educacionales corrientes, con el simple cuidado de adaptarlos a un desarrollo retardado.

A partir de una clasificación psicológica y organicista, se crearon en Francia establecimientos para deficientes mentales, algunos de ellos destacables. Se puso a punto una pedagogía para la "readaptación social"; los progresos de la foniatría, de la reeducación psicomotriz, hacen que los niños puedan beneficiarse, en un instituto médico-pedagógico, con las más modernas técnicas concernientes a la reeducación.

Pero el fracaso de reeducaciones técnicamente bien llevadas induce a ciertos médicos a interrogarse. Si hace no más de treinta años todos los débiles mentales eran excluidos de los consultorios psicopedagógicos como "ineptos para una psicoterapia", hoy son, con frecuencia, objeto de una atención especial. Se trata, pensamos, de distinguir al "verdadero" débil mental, inepto para una psicoterapia, del "falso" débil, para quien todas las esperanzas son posibles.

En este sentido se orientaron mis primeras investigaciones. En 1950 publiqué el informe del análisis de un niño débil mental, emprendido bajo el control de la doctora F. Dolto.

El primer dibujo de Javier fue el de un hombre sin cabeza, caminando sobre una cuerda floja por encima de un precipicio.

Se trataba de una historia dramática, mantenida en secreto en la anamnesis y que sólo se reveló poco a poco. Este niño de cinco años servía para proteger, con su presencia, a un padre buscado por la policía francesa, que había colaborado con los alemanes, denunciando a una aldea entera, y que tenía sobre la conciencia la muerte de centenares de hombres. De padre temible con el uniforme nazi, se había convertido en un hombre acosado; su único recurso consistía en ocultarse con su hijo, cuya presencia debía bastar para acallar todas las sospechas. Pero, a pesar del hijo, o a causa del hijo, el padre fue arrestado.

Desde ese momento, el niño desarrolló una especie de "pérdida de la realidad", según unos; una "actitud regresiva", según otros. Las adquisiciones escolares cesaron. Algo parecía detenido en el desarrollo de Javier.

A la edad de seis años, el niño se encontraba con que había perdido no sólo un padre *real* (es posible conformarse con el duelo), sino en verdad lo que Lacan llama el *nombre del padre*, que ya no podía evocar sin vergüenza; hasta el punto de sentirse no tanto huérfano de hecho como huérfano en sí mismo, por pérdida del *significante paterno*. ↘

El dibujo entregado en la primera sesión fue explicitado en forma verbal durante el tratamiento: "Ese niño no tenía cabeza porque si la tuviera estaría loco de dolor."

En realidad, la historia del niño remontaba bastante más allá del drama. El padre dictaba la ley con su uniforme nazi, pero en la casa la madre *era* la ley. Hallamos esta característica en todos los psicóticos y en la mayoría de los débiles.

El éxito del psicoanálisis de Javier me llevó a creer que había "falsos" y "verdaderos" débiles mentales. Me orientaba, pues, al principio, hacia un examen psicológico profundo y pude establecer dos categorías: los que obtenían un nivel *homogéneo* de debilidad mental en los distintos tests y los que arrojaban resultados *contradictorios* entre un test y otro. Me basaba sobre este criterio para orientar o no a los niños hacia una psicoterapia...

Pero un día, Françoise Dolto tomó a un niño en psicoterapia, a pesar de la homogeneidad manifiesta de los tests, que certificaba la debilidad del sujeto (C I 60). La anamnesis era anodina, como es común en los psicóticos. No había nada que señalar. En la familia, todo era en absoluto normal.

¿Pero qué reveló bien pronto el análisis? Que el niño era el objeto que protegía a la madre contra su propia fobia a los perros. La mejoría del niño condujo a la madre a una grave crisis y debió, a su vez, ser tratada. Madre e hijo formaban un solo cuerpo; al tocar a uno no podía dejar de afectarse al otro.

Hay que observar aquí, por otra parte, que no fue la madre quien pi-

dió una consulta para el niño, sino la institutriz. En cuanto al padre, se escudaba en la madre, "Ella es quien decide".

El éxito de este caso (certificado de estudios con C I notoriamente insuficiente, que no experimentó cambios pese al análisis) me apartó para siempre de la certeza de un diagnóstico, certeza en la que nunca, en psicoanálisis, habría que confiar.

Fue entonces cuando me puse a estudiar las *reacciones de la familia frente a la debilidad*. Este relato fue presentado en 1954, en el Congreso de los Centros Psicopedagógicos, en París. El estudio versaba sobre ochenta niños, cuyo C I oscilaba entre 35 y 80.

Ya había abandonado la clasificación "débil homogéneo" y "débil con resultados contradictorios". Me había dado cuenta de que ciertos débiles con carácter homogéneo se recuperaban con una psicoterapia, en tanto que otros de resultados contradictorios casi no progresaban.

Terminé este estudio formulando las siguientes observaciones:

"Un C I. inferior o superior no tiene en sí mismo un significado real. Lo que cuenta es lo que el niño hace de su C I. Para qué le sirve su inteligencia. Avanzando en el análisis de estos niños, llega un momento en que se está obligado a plantearse una pregunta: ¿es un débil mental o un esquizoide? Profundizando aun más, la propia noción de debilidad y tal vez hasta la génesis de las psicosis deberían ser cuestionadas."

Este trabajo no tuvo otro efecto que inquietar a los médicos sobre la noción de "falsa debilidad".

¿Sería posible —se me respondía—, que, a consecuencia de errores de diagnóstico, un "falso" fuera clasificado como "verdadero"?

Era demasiado pronto para que la *noción misma de debilidad mental* pudiera ser cuestionada en público.

Sin embargo, el resultado práctico fue que, a partir de ahí, todo niño con C I insuficiente era sometido en el hospital Claude Bernard a un "examen complementario" (en mí recayó el privilegio de sugerir o no la utilidad de una psicoterapia).

Sin tiempo *material* para someter a todos los niños a "pruebas complementarias", me tomé al menos el necesario para escuchar sus discursos. "Oh, bueno, bueno! también usted!... usted bien sabe que no puedo."

No todos brindan tan claramente la clave de su debilidad. Pero todos indican, en forma más o menos confusa, su modo de situarse frente al Otro. Es raro que se opongan a este otro; tratan con preferencia de acomodarse en el molde de su deseo. Todo enfrentamiento es rechazado y la prueba de castración es el escollo con el que tropieza todo débil mental, que vive la prueba en su realidad corporal, dado que es un sujeto disminuido, pero que no puede vivirla en el nivel simbólico. En efecto, no puede rendir su testimonio y, menos aun, a partir de ahí, apelar al Otro.

Todo peligro de castración es negado, en el plano de la *palabra*. La

debilidad interviene para impedir la comunicación de lo que el sujeto experimenta. Y la inteligencia se estructura en forma tal que se convierte no en una interrogación sobre la vida y la muerte: esa inteligencia es esta muerte misma. Se tiene la respuesta de un sujeto que, en el caso límite, se quiere asexuado para no tener que interrogarse acerca de nada.

El análisis lo lleva a cuestionarse a partir de su insuficiencia vista como "carencia" (es en efecto así como es sentida por todo sujeto, en forma casi persecutoria, la intervención del analista en su vida).

Ahora bien, para el débil mental esa insuficiencia es plena; tiene como función, justamente, ocultar no sólo su propia falta de ser, sino también lo que es sentido como falta de ser en la madre.

La ausencia de imagen paterna como soporte identificatorio constituye para el niño el sentido de su retardo; un retardo que corre parejo con el rechazo de someterse a la ley de otro. El niño queda fijado a un yo imaginario de cierta edad y su elección se realiza en ese sentido. Una elección que, la mayor parte del tiempo, rechaza el convertirse en un hombre.

Desde que se comienza un análisis, todo criterio de "verdadero" o "falso" caduca. Lo que cuenta tan sólo es saber de qué modo es vivida la debilidad mental por el sujeto y su familia.

Existe un tipo de relación madre-hijo que se encuentra en los tratamientos de psicóticos. El pronóstico es favorable si el niño es pequeño y si la madre puede ser ayudada.

Ciertos mecanismos aparecen en las enfermedades psicósomáticas como en determinadas estructuras perversas. En la medida en que el niño obtiene de su enfermedad un beneficio secundario bastante importante, renuncia a ella con dificultad; de ahí los fracasos de ciertos tratamientos.

Antes de plantear la pregunta: "¿Qué es la debilidad mental?", quisiera dar aquí un ejemplo de lo que Aulagnier llama "*el develamiento del fantasma*". Se trata, en esta ocasión, de un momento crucial en el tratamiento de Maruja.

"Esto me hace daño, no está bien, me pone triste. El vestido no es alegre. Está prohibido el pantalón; tía Eliana no gusta de los pantalones.

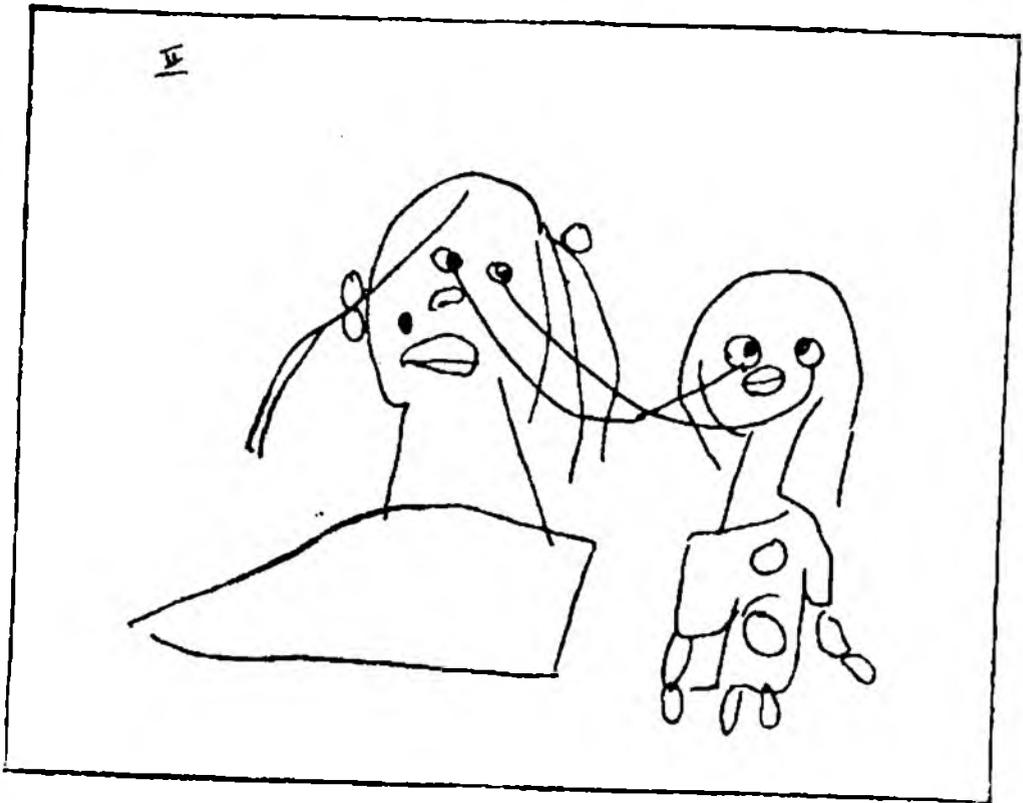
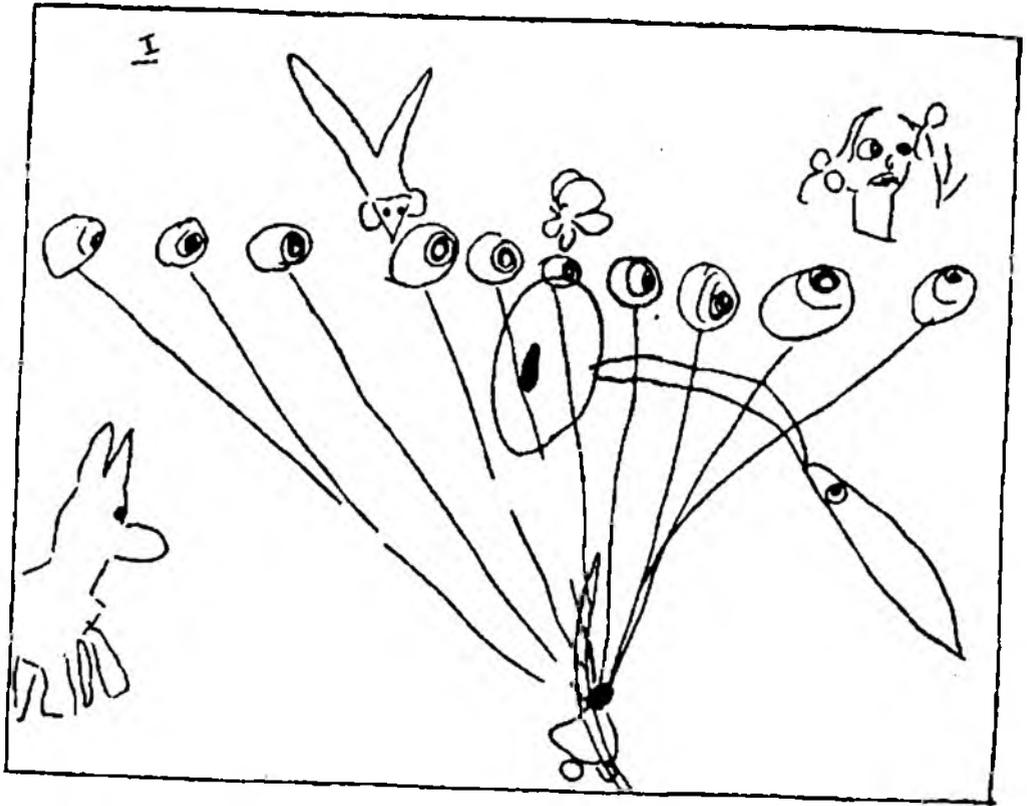
"Mi problema es no estar en pantalón. Los calzones no pasan de las rodillas. *Es porque eso se ve* que los pantalones no quedan bien.

"Cuando se tienen las piernas cubiertas está mejor.

"Me porto mal. Me parece que voy a contraer la enfermedad del pantalón. Es de mala educación estar en pantalón. Se nos ve por atrás y se ve *todo*, comprendes, es un hecho.

"Mi problema son los vestidos. Los pantalones representan al diablo. El diablo tiene unas medias que le llegan hasta la cintura y un pantalón."

Dibujo 1: "Es la señora M. que se va a quedar en pantalón, con los cabellos que sobrepasan las rodillas. Aquí está el pantalón de la señora M.



con caca adelante. Está sucia; le sale pipí por debajo ¡Oh, oh, sí que está sucia!

"Y después hace caca en sus pelos.

"No tiene *más que un ojo*, porque está en pantalón. El otro ojo se fue en el pantalón y sangra. Este ojo ve los pelos rojos. Está contento y ve una margarita.

"Este ojo mira el fuego que sale del popó de la señora M. Este ojo ve una cantidad de otros, alineados. Todos estos ojos juzgan al ojo del pantalón. Por eso este ojo pantalón logra placer.

"En el pantalón hay un ojo que ve a un lobo que llega con la lengua que dice: es bueno; *el lobo quiere comer el ojo del pantalón*.

"El lobo va a comer el ojo del pantalón. La señora M. no lo tendrá más. A partir de ahora es el otro ojo que va a funcionar: habrá un pescado que va a enviar un hilo en la boca de la señora M. El pescado quiere una máscara y otros ojos más. Esa máscara es un hombre. El ojo del pescado ve *el otro* ojo del lobo. El lobo está contento de ver esto.

"La máscara estaba distraída. Vio a alguien con trenzas. Es otra máscara.

"Esos ojos, se ve rojo, es decir, *la muerte de la señora M*. Va a morir, porque le gusta morir.

"Detrás (*dibujo II*) te hago lo que sigue." (Se trata de una cabeza de estatua unida por los ojos a una madre fálica.)

"La señora M. no se ha dejado morir. Aceptó las trenzas y un lunar. Su cabeza está cortada; se ha dejado morir. Sus ojos ven a alguien viviente que le habla y no está en pantalón. Ese alguien se ha puesto un camisón. Los ojos van del uno al otro. La señora M. se ha vuelto estatua. Ya no tiene miedo de que le corten nada." Y la niña se va, con la mano en el sexo...

Se le exige a Maruja que se ponga un pantalón. Maruja no puede ejecutar esta orden. Se lo ponen por la fuerza. Maruja marchará entonces como una autómatas, habiendo perdido toda señal de identificación ante el misterio que parece constituir para ella el deseo del Otro de verla con pantalón. Maruja no sabe más quién es y reclama con angustia un vestido para poder nombrarse de nuevo.

En espera de ello, se presenta, ante el deseo del Otro, como un objeto que ha perdido no sólo toda identidad, sino también toda unidad; el espejo le devuelve una imagen de ella misma desprovista de significación; y el otro, en tanto que soporte identificatorio, se encuentra al mismo tiempo disuelto: es la angustia. La respuesta consiste en un cuerpo con fantasía de parcelamiento, con el que la niña expresa el nudo mismo de su drama y sitúa la falta fundamental, de donde todo acceso al estado de sujeto parece imposible.

En efecto, para Maruja, amar es absorber o ser absorbido, es decir, hacerse objeto. De aquí que todo lo que es placer esté de inmediato en peligro de ser suprimido, comido por el Otro.

Y, sin embargo, Maruja se esfuerza por situarse como sujeto frente al

Otro (los ojos se enlazan el uno al otro, se fijan sobre alguien viviente), pero para que esta relación se mantenga será alienado el cuerpo, fuente de placer: Maruja se vuelve estatua, lejos de todo peligro de captación, fuera de toda amenaza de ingestión.

Maruja nos deja como mensaje esta sucesión de ojos, introyección del Otro en el nivel de su cuerpo, en tanto que multiplicación de cuerpos parciales que están ahí como otras tantas amenazas endógenas.

Descubrimos aquí una dimensión del drama común a cierto tipo de débiles mentales, que nos permite comprender por qué, en ellos, una reeducación intensiva (como puede ser el empleo del oído electrónico) puede precipitar una evolución psicótica, por introducción de cuerpos extraños suplementarios.

¿Qué es, pues, la debilidad mental?

¿A qué he arribado, partiendo de tesis organicistas y de clasificaciones psicológicas, a través de los continuos cuestionamientos de mis investigaciones? A no querer saber nada, al principio, del C.I. o de la alteración orgánica, a fin de escuchar hablar al sujeto, para captar, a través de su discurso y del de los padres, el sentido que había llegado a tener la debilidad mental para uno y otros.

Pero al débil mental le es bastante difícil hablar; más bien es hablado. Le es difícil desear; es un objeto manejado, reeducado desde su primera infancia. La dimensión que le damos lo hunde en la angustia: al ser tratado como sujeto, pierde de golpe toda referencia de identificación. No sabe más quién es ni adónde va. Y a menudo tendrá una gran tentación de permanecer en una débil quietud antes que aventurarse solo en lo desconocido.

En el estado actual de nuestros conocimientos, vale la pena intentar toda "prueba de psicoterapia de tres meses", aun —yo diría sobre todo— en el ser más desamparado, puesto que cuanto más afectado está un sujeto en el terreno orgánico, más destinado está a vivir como parásito de la madre.

La ubicación de tales niños en institutos médico-pedagógicos comporta a menudo, como primera reacción, mostrarse destructores con relación al ambiente, comprometiendo así, cuando existen, las probabilidades de reeducación. Un ensayo de psicoterapia permite, al menos, sacar a luz lo negativo y darle un sentido.

Cuanto más avanzamos en el abordaje psicoanalítico de la debilidad mental, más nos alejamos de las nociones psicológicas corrientes concernientes a la inteligencia. La inteligencia es una noción grosera, opuesta artificialmente a la afectividad. La debilidad mental no tiene nada que ver con la imbecilidad, que es más bien una defensa neurótica.² El criterio de adaptabilidad es también insuficiente para corroborar la noción de debilidad mental. Hemos visto débiles mentales con una adaptación

² Véase la nota 12 de la página 124.

perfecta, que hasta logran éxitos escolares, pero que, no obstante, resultan "débiles" en los tests.

¿No habrá que revisar, pues, la propia noción de inteligencia?

El estudio sistemático de los niños débiles mentales llevaría, tal vez, más allá de la organicidad irrefutable en ciertos casos, a descubrir factores comunes que hallamos en los tratamientos de psicóticos. He tratado de señalarlos a lo largo de todo mi trabajo. Mantengamos en la memoria lo que me ha parecido constituir la instancia esencial:

1. *Situación dual con la madre*, sin intervención de imagen paterna interdictora.

2. *Rechazo de la castración simbólica* (el niño es el premio de la demanda del Otro, en tanto que objeto parcial).

3. *Dificultad de acceso a los símbolos* y papel desempeñado por la carencia de la metáfora paterna en ciertas dificultades específicas del cálculo.

En consecuencia, planteo esta cuestión: *¿no tendrá el débil mental más ventajas si es tratado como enfermo mental (con una esperanza de recuperación) que inmovilizado en una orientación basada en un déficit capacitario?*

Hasta hace no demasiado tiempo, el psicótico era enviado al manicomio. Hoy en día, el débil mental tiene todavía por destino ser el objeto de alguien o de algo (pasa de la reeducación materna a toda clase de formas de reeducación). Tal vez mañana encontremos con mayor certeza el camino que conducirá al débil a reconocerse como humano, con deseos no alienados en el Otro. Sólo entonces las nociones de debilidad mental podrán ser puestas de nuevo en discusión.

APÉNDICES

I

PSICOANÁLISIS Y REEDUCACION

Los psicoanalistas de niños están aún, sin saberlo, fascinados por la pedagogía; fascinación que prevaleció durante toda una época.

Trataré aquí de ubicar mejor el psicoanálisis de niños con relación a la pedagogía y a las diferentes formas de reeducación.

Se trata de saber si actuamos en forma siempre oportuna al dirigir en el acto a un niño hacia una reeducación, sin tomarnos el trabajo de comprender mejor lo que subyace en el síntoma por el que los padres acuden a consultarnos.

Si, desde el punto de vista práctico, uno se desenvuelve como puede en sesiones de consulta a menudo sobrecargadas, con personal insuficiente, no es menos cierto que, desde el punto de vista de la teoría, existe en la actualidad un problema, en especial en ocasión de la primera consulta: ¿es preciso orientar a todo deficiente mental hacia cursos especializados, a todo disléxico hacia una reeducación, o se debe comprender desde el comienzo el sentido de un síntoma que, reeducado demasiado pronto, nos pone ante el riesgo de expresarse de otra manera?

Mi experiencia me ha enseñado que las diversas formas de reeducación, muy valiosas cuando son empleadas con toda conciencia, resultan malgastadas cuando el niño no está preparado para beneficiarse con ellas como sujeto autónomo y responsable. Se corre aún el peligro de que las dificultades se estructuren a modo de defensa obsesiva. El psicoanálisis emprendido luego de una reeducación fracasada será siempre más difícil y, con frecuencia, vivido por el niño como una carga suplementaria.

Al puntualizar determinada evolución del psicoanálisis, tengo el cuidado de formular interrogantes allí donde a veces todo ha sido resuelto por medio de soluciones aportadas en otra época, que se ha cometido el error de considerar después como definitivas.

En sus comienzos, el psicoanálisis infantil tropezó, en su técnica, con el problema pedagógico. Actualmente, en muchos casos las diferentes formas de reeducación se han colocado en el primer plano, a expensas del análisis propiamente dicho.

Si estaba bien establecido que, para curar a un adulto, el psicoanálisis debía mantenerse dentro de una técnica rigurosa (es decir, que no debía volverse moralista), para el psicoanálisis infantil se ha creído poder permitirse todas las desviaciones de técnica y, en particular, la intervención en el plano de lo real, como si se fuera un super-educador, un super-padre. Esta actitud normativa ha tenido efectos perjudiciales, de los que aún no nos hemos desembarazado. En la actualidad, si bien los psicoanalistas admiten que tal proceder no está acorde con la doctrina freudiana, continúan estando influenciados por la pedagogía, a pesar de ellos mismos. Hay a menudo pedagogos que, cuando se trata de trastornos escolares, de debilidad mental, de dislexia, de trastornos de cálculo, etcétera, proponen programas de reeducación, cuando sería necesaria una investigación psicoanalítica, al menos en un primer período.

Voy a tratar de aclarar esa progresión peligrosa de las influencias culturales, sociales, morales, sobre el psicoanálisis, planteando aquí el problema en sus orígenes.

Hasta una época relativamente reciente, el psicoanálisis de adultos pertenecía a un sector privado de la medicina y su empleo en los hospitales era muy limitado.

No sucedió lo mismo con el psicoanálisis infantil, que tomó impulso en forma paralela al desarrollo del Servicio Social a través del mundo. Tanto que en ciertos países psicoanálisis infantil y asistencia han podido confundir sus límites.

“¿Cómo separar el Servicio Social y el dominio del cura, del juez, del médico, del educador?”, se dijo¹ en el Congreso Internacional de Servicio Social de 1927.

Era la época en que el número de pedagogos y psicólogos aumentaba en Estados Unidos, en tanto que en Europa las aplicaciones de la psiquiatría estaban reservadas a los médicos, pues el llamado *análisis profano* estaba en sus comienzos.

Freud había previsto este impulso: también él había soñado con una medicina humanitaria y con la necesidad futura de “adaptar nuestra técnica a nuevas condiciones”. Había soñado con ver a Estados Unidos aceptar un día la carga de inversión que representaría el psicoanálisis de los asistentes sociales.

“Cualquiera sea la forma de esta psicoterapia popular y sus elementos, agregaba, las partes más importantes, las más activas, seguirán siendo las tomadas al estricto psicoanálisis desprovisto de todo preconcep-

¹ Doctor René Sand, *Le Service Social à travers le monde*, Armand Colin, 1931.

to" (o, como dice la traducción francesa, el psicoanálisis que no se ocupa de ningún ideal social o caritativo).

La visión de Freud se concretó en Estados Unidos, pero la parte principal, que debía corresponderle al psicoanálisis puro, se encontró reducida por el hecho de que no se impartió una verdadera formación psicoanalítica a los *Psychiatric Social Workers**.

En el artículo que acabo de citar, Freud había insistido en el hecho de que el psicoanálisis de las clases populares sería más difícil, dado que la neurosis es más valiosa para los pobres y su abandono más difícil.² En Estados Unidos se tendía a proceder como si el psicoanálisis del pobre, por el contrario, demandara menos gastos.

Los asistentes sociales psiquiátricos están al servicio de las familias enfrentadas con dificultades psicológicas, de carácter conyugal o pedagógico: se trata, en esencia, de readaptar al individuo al medio. El asistente psiquiátrico se transforma, en alguna medida, en el árbitro del conflicto, el consejero a quien se escucha.

He aquí el informe textual de una de esas actividades.³ "Carlos, un niño de once años, exasperaba a quienes lo rodeaban por su desobediencia, su violencia, su pereza. Los hermanos y hermanas lo ridiculizaban sin cesar; los padres le hacían constantes reproches; los profesores lo castigaban o rehusaban ocuparse de él. Se hablaba de ponerlo en una clase para anormales o en un centro de reeducación.

"La clínica de educación del carácter hizo una exploración que demostró que el niño era víctima de un medio en el que las preocupaciones materiales causaban una constante tensión nerviosa.

"La asistente psiquiátrica logró, poco a poco, que la madre animara a su hijo, en lugar de rechazarlo; de las hermanas y hermanos, que cesaran de alimentar en él un sentimiento de inferioridad; de los profesores, que se preocuparan de elogiar sus progresos más que de insistir sobre sus fracasos."

He ahí, en forma caricaturesca, la descripción de lo que sucede cuando se descuida la comprensión analítica para volcar todas las esperanzas en una reeducación por medio de consejos. De tal modo, sucede que después de haber dado a los padres consejos considerados juiciosos, se

* Asistentes sociales psiquiátricos. En inglés en el original. [E.]

² Tenemos hoy, en este dominio, una experiencia más amplia que en la época de Freud, aunque orientada en el mismo sentido. Es necesario tener en cuenta el beneficio secundario de la enfermedad y las resistencias que de ello resultan. Estos casos se encuentran en todas las capas sociales. Pero tal vez la perspectiva de abandonar la neurosis para marchar hacia la realidad es más fácil de encarar cuando las condiciones exteriores son más atractivas.

³ Porter R. Lee y Marion E. Kenworthy, *Mental Hygiene and Social Work*, Nueva York, The Commonwealth Fund, 1929.

asiste a su renuncia bajo el efecto de la culpabilidad, mientras la ansiedad del niño no cesa de aumentar.⁴

Esa necesidad de bondad y de caridad de las cuales el psicoanálisis nos ha enseñado a desconfiar, se manifestó al máximo en Estados Unidos hacia 1930.

Fueron creadas *habit clinics* (clínicas de hábitos buenos) para los pequeños difíciles; *child guidance clinics* (clínicas de orientación infantil) para detectar los retrasos y educar los caracteres. Esta preocupación de educación se extendió a los padres. Se crearon no sólo escuelas de padres sino también escuelas de educación sexual para adultos.

De tal modo, al lado del psicoanálisis clásico, en apariencia bajo su influencia, pero en realidad en una dirección muy diferente, se desarrolló en ese país todo un sistema psicosocial de prevención y tratamiento.

Se trata, bastante a menudo, de un verdadero atiborramiento, casi de un introducir por la fuerza buenas costumbres y consejos esclarecidos. No es superfluo señalar que instituciones y métodos de este género son un eco, de alguna manera, de la enorme inseguridad oral de los norteamericanos.⁵

He esbozado aquí el cuadro de un fenómeno que no es exclusivo de Estados Unidos (aunque en determinado momento fue allí particularmente apreciable), en lo concerniente a lo que podría llamarse los efectos paralelos del desarrollo del verdadero psicoanálisis.⁶

En ese clima de medicina social el psicoanálisis se ha desarrollado también en Inglaterra. Pero esta aplicación se limita a los tribunales para niños, a las clínicas de orientación infantil, a las casa-cunas experimentales. Parece que al comienzo ha habido una primacía de la comprensión psicoanalítica sobre el factor social, o al menos, que un trabajo más modesto que el encarado en Norteamérica había permitido un me-

⁴ Como lo recuerda Lacan, el síntoma es una "palabra amordazada". En la experiencia analítica, el sujeto trata de hacer entrar al analista en su juego; es lo que, impropriamente, llamamos resistencia (en realidad se trata de la resistencia del analista). Toda relación con el otro está marcada con el sello de lo imaginario (en este campo se ubica el pedido de consejo). La experiencia analítica lleva al paciente a traducir el pedido en otro nivel, el nivel simbólico. Lacan reprocha al analista tradicional haberse fijado sobre una dialéctica reducida del sujeto.

⁵ Existe una forma de "inseguridad oral" que se manifiesta por una avidez y una exigencia siempre insatisfechas. No se trata aquí de dar biberones suplementarios y variados, sino de inventar fórmulas de educación, de pedagogía, de dietética sin cesar renovadas, para colmar la angustia de las madres norteamericanas. Esta preocupación de educación de los padres se confunde, de hecho, con un *forcing* de consejos que es precisamente lo contrario de una información objetiva e impide toda actualización de los problemas individuales.

⁶ Al lado del psicoanálisis se ha desarrollado una especie de pedagogía inspirada en una vulgarización simplista de las nociones freudianas. El consejero sexual, educativo, viene a superponerse al psicoanalista, con gran detrimento del psicoanálisis. Las caricaturas norteamericanas son elocuentes por sí mismas al respecto.

por control por el equipo analítico y evitado los abusos. La presencia de analistas da a las consultas de *child guidance* una jerarquía diferente de la que caracteriza al simple trabajo del *psychiatric social worker*, aunque éste trabaja en equipo, aconsejado por un analista en cuanto a las interpretaciones a dar al cliente.

En Inglaterra se ha tenido el cuidado de separar la influencia del medio (con las modificaciones que se le aporten) de los conflictos intrapsíquicos. Preocupado como estaba por actuar sobre el medio, el psicoanálisis había terminado por olvidar la existencia de esos conflictos intrapsíquicos.

Uno de los grandes méritos de Melita Schimideberg ha sido el de abandonar las recetas e ideas preconcebidas para volver a un auténtico reexamen de los problemas humanos. Si bien ella concedió una amplia participación a la influencia del medio y al factor social en la etiología de las neurosis, proponiendo en particular numerosas medidas preventivas y de higiene social, supo, por otra parte, mantenerse como médica clínica rigurosa en las consultas hospitalarias.

Su concepción con respecto a la influencia a ejercer sobre los padres, era de algún modo opuesta a las concepciones norteamericanas: su mérito fue *escuchar* a los padres; les daba pocos o ningún consejo, pero se mostraba muy receptiva a los relatos de sus desdichas o de sus agravios, aunque los hijos fueran ya adolescentes.

Escuchaba, utilizando sus conocimientos analíticos para decidir hasta dónde podía llegar en lo que los padres demandaban. Y se mostraba muy poco exigente. Cita el caso de una madre que le llevó a un hijo psicótico; después la madre se felicitó del cambio observado y comentó: "Debe ser la influencia de la luna." "¿Por qué no?", respondió Melita Schimideberg. Y agregó: "La torpeza de ciertos padres es su manera de accionar frente a una situación intolerable."⁷

"No tengo ningún fin, ninguna orientación en materia de educación - dice- y pudo sucederme aprobar a una madre hipertensa por pegar a su hijo cuando sentía la necesidad; no es que apruebe las zurras, pero un esfuerzo de autodominio estaba más allá de las fuerzas de esa madre."

Se trata de conducir al niño, por la psicoterapia, a desenvolverse con la madre que tiene, más bien que de inculcar a esa madre principios educacionales que tal vez correspondan a la verdad del psicoanalista, pero no a la del cliente.

De tal modo, Melita Schimideberg tenía una doble actitud:

Por una parte, esclarecía, por su comprensión analítica, el problema social de los niños delincuentes, de los huérfanos, y provocaba estudios en los niños del medio hospitalario, a fin de introducir las reformas sociales necesarias. Digamos que, en este terreno, tenía una conducta política; educadores y jueces sólo podían ganar ahí en la comprensión de un problema que también les concierne.

⁷ Melita Schimideberg, *Children in need*, Londres, Allen and Unwin Ltd.

Por otra parte, Melita Schmideberg actuaba en sus consultas con un rigor analítico que la ponía al abrigo del peligro de influir en el medio del niño de quien se ocupaba.

En momentos en que se desarrollaban en Occidente las obras sociales y las técnicas psicoanalíticas, la Unión Soviética de 1930 ponía en marcha un enorme aparato de Estado para crear condiciones de vida encuadradas lo mejor posible con el trabajo: al mismo tiempo que los padres recibían los medios de hacer un trabajo productivo, los niños eran educados, poniendo siempre el acento sobre la necesidad de descanso para unos y otros. En resumen, era reducida al mínimo la asistencia, en tanto que se incentivaba al máximo la integración de cada uno según sus posibilidades y sus gustos. Era ésta una conducta política; no había lugar para el psicoanálisis.

Sin embargo, esta conducta política no había sido desaprobada por Freud, quien insistía, desde 1919, en que la única solución⁶ válida se situaba en el nivel del Estado, porque implicaba verdaderas reformas de estructura.

“No podemos —decía Freud además— adoptar en la vida una actitud de higienistas o de terapeutas fanáticos. La profilaxis ideal de las enfermedades neuróticas no sería ventajosa para todos. Las neurosis tienen una función biológica como medida defensiva y una razón de ser social.”

De modo que el problema no reside tanto en enseñar a los hombres a ser buenos, caritativos, tolerantes, como en provocar, en el terreno político, reformas estructurales para que el hombre pueda, de algún modo en un marco legal, encontrar los medios de desarrollo.

Si el psicoanálisis infantil corre el riesgo, en la consulta, de substituir a la *Sociedad*, tratando de reformar el medio más que de insistir sobre los trastornos psicógenos del niño, corre el riesgo de ser víctima de un error idéntico con relación a los padres: es grande la tentación de ocupar el lugar de los *educadores* naturales, actuando como pedagogos o moralistas, antes que como psicoanalistas. Por lo demás, la principal escisión en el mundo psicoanalítico inglés se ha producido en torno a esta controversia.

En efecto, Anna Freud quería, en sus comienzos, ser una supereducadora. No con un espíritu de reforma social, como los *psychiatric workers* norteamericanos: Anna Freud era analista y su punto de vista se mantenía en el individualismo. Pero los padres eran para ella el adversario; hacía falta, desde el punto de vista educativo, ocupar el lugar de ellos. El aspecto social reaparecía con la idea de que se podría crear escuelas especiales para acoger a los niños en tratamiento analítico, a fin de eliminar la influencia de los padres.

⁶ S. Freud, *De la technique psychanalytique*, París, P.U.F., página 33.

Semejante actitud de "madre adoptiva" corría, por otra parte, el peligro de ser tan poco comprendida, que Anna Freud sugería, al principio, limitar la incorporación a esas escuelas a los hijos de analistas...

Encontramos en esta controversia temas relativos a la contratransferencia del analista con relación a los padres. Fue de hecho por este camino indirecto que Anna Freud llegó a considerar el análisis infantil como muy diferente del análisis de los adultos. Descubrió que la neurosis de transferencia no se instala en el niño. El tratamiento fue desde el comienzo concebido como una mezcla de análisis y reeducación. Y esto, por lo demás, a expensas del análisis.⁹ Anna Freud lo demuestra al exponer el caso de una niña neurótica que se volvió perversa en el curso del análisis; el error provino, sostiene la autora, de no permitir a los padres asumir normalmente el rol de educadores.

El mérito de Melanie Klein reside, precisamente, en haber insistido sobre los peligros de tal actitud contratransferencial y en haber restituido al análisis infantil la dimensión del análisis del adulto.

La transferencia va a poder aparecer por la reintroducción del rigor en la conducción del tratamiento y --agrega M. Klein-- la ausencia de toda intervención pedagógica, en lugar de debilitar el yo, lo reforzará.

Después de haber establecido esas nuevas bases, esta investigadora se encontró, en determinado momento, prisionera de un sistema (por su manera, a veces discutible, de interpretar las fantasías fuera de todo contexto, la analista terminaba por perder de vista el discurso del sujeto, preocupada como estaba por la respuesta a darle). Pero los fundamentos del psicoanálisis infantil estaban planteados.

Señalemos que el impulso del psicoanálisis infantil, en especial en las consultas hospitalarias, coincidió con el desarrollo de nuevas técnicas pedagógicas y sociales, lo que dio a esta rama del psicoanálisis su fisonomía particular. Si en la época de Anna Freud nos queríamos pedagogos, en nuestros días intervienen las múltiples formas de reeducación para, en alguna medida, hacerse cargo de alguna manera de la tranquilidad de conciencia del analista. Quisiera desarrollar ahora este aspecto.

Francia ha debido esperar al fin de la guerra de 1940 para ver desarrollarse los equivalentes de la *child guidance clinic*. Existían ya numerosos servicios sociales y toda una política social, pero el psicoanálisis no había entrado aún en la vida pública. Existían sólo consultorios hospitalarios donde los niños podían ser seguidos en análisis.

La introducción de la Seguridad Social había de crear una demanda pública de consultorios médico-psicológicos. En París se abriría, a impulsos de George Mauco y Juliette Boutonier, un primer centro oficial de *Child Guidance*, patrocinado por los ministros de Salud y de Educación Nacional.

Después los centros se multiplicaron, tanto en París como en las pro-

⁹ Anna Freud, *Psychanalyse des enfants*, París, P.U.F., 1951.

vincias; centros similares se abrieron para los estudiantes: se trata de los B.A.P.U.¹⁰ (el primero fue creado en París por iniciativa de Claude Veil y Eliane Amado).

El trabajo del analista en un centro público plantea problemas particulares, en la medida en que el analista, pagado por la sociedad, trata inconscientemente de justificarse por su "eficacia". Ahora bien, esta "eficacia" es a menudo discutible desde el punto de vista de la norma analítica y llega a comprometer a veces la "curación" del sujeto.

Freud —repetámoslo— había predicho una necesaria adaptación de la técnica a una psicoterapia popular; pero había insistido en la salvaguardia del espíritu analítico. En función de este rigor, me parece indispensable cuestionar nuestras motivaciones personales en nuestros actos extraanalíticos, siempre más numerosos en la consulta pública que en la clientela privada.

Dos ejemplos ilustrarán la cuestión que planteo:

1. Tengo en psicoterapia a un niño que vive con cuatro hermanos y hermanas y con sus padres en un cuarto de servicio, sin agua. Me lo traen por nerviosismo e inestabilidad.

En realidad, es la madre quien está extenuada por los prodigios de ingenio que despliega para tener presentables a sus cinco niños. Su marido es originario de Africa del Norte. Les parece imposible el acceso a un H. L.M. La madre es frágil y sólo las preocupaciones exteriores la ponen al abrigo de una depresión.

Me he dejado influir por la preponderancia del factor ambiente y he hallado un alojamiento para esta familia. Mi única actitud propiamente analítica ha sido la de poner el acento en los problemas personales de esta mujer, ajenos a las preocupaciones reales y obligarla a volver, para que la siguiera otro profesional, no yo. Estas precauciones no evitaron el episodio depresivo, al día siguiente de la mudanza.

Tocamos aquí todo el problema de la asistencia social. No sabemos qué es lo que hacemos cuando acudimos en ayuda o cuando damos consejos. Los actos aislados que un analista puede ser conducido a realizar no justifican, no obstante, la generalización de una forma de acción que no es, por cierto, la del análisis.¹¹

2. El segundo caso es el de un muchacho que vino "para recibir una ayuda y dejar su trabajo de celador." Fue enviado a una agencia universitaria de trabajo y su pedido fue satisfecho. Volvió a verme para decirme que no tenía ya necesidad de psicoanálisis, puesto que había conseguido lo que pedía. A la pregunta de "¿Qué es lo que vas a hacer?" me

¹⁰ Oficina de ayuda psicológica universitaria (en el cuadro de la mutual de estudiantes).

¹¹ El derecho al alojamiento, a la instrucción especializada, el derecho a una vida decente en el orden material no puede, en caso alguno, depender de la caridad privada; es problema del Estado (lo que suprime la cuestión complicada de la "deuda" y de la gratitud).

respondió: "Fastidiar a la sociedad no trabajando más y siguiendo siempre socorrido".

Este muchacho era, por cierto, un enfermo serio; pero cuando logró satisfacer con gran facilidad su pedido cortó en forma neta una posibilidad de recuperación. Si le era casi imposible, por su nerviosidad, asumir a la vez una vigilancia y la prosecución de sus estudios, la ayuda acordada iba a darle, como paradoja, el derecho de estar enfermo y crear así, en sí mismo, una ausencia de deseos.¹²

En una consulta de dispensario, el analista se halla inducido, a pesar suyo, a conceder importancia al factor *ambiente*: a veces, se siente ridículo al considerar los problemas en el solo sentido analítico. Ahora bien, si es cierto que el ambiente desempeña un papel y merece ser tomado en consideración en una perspectiva de reforma política, no es menos cierto que, cuando se nos presenta un individuo, existe el interés de ubicarlo como sujeto en su historia; es decir, comprender ante todo la naturaleza de su *demanda* y cuidarse muy a menudo de tomarla al pie de la letra, para que pueda articularse su relación con el Otro, o sea consigo mismo.

La originalidad de Balint, en medicina, ha consistido en no tomar al pie de la letra el síntoma, sino de ensayar, cada vez que fuera posible, insertarlo en la historia del sujeto, haciendo hincapié en el sujeto antes que en su parte enferma.

El libro de Balint¹³, tan pertinente en medicina, ha recibido una aplicación a veces discutible en psicoanálisis. En efecto, para algunos se ha planteado el problema de saber si correspondía examinar al niño "síntoma de los padres". Al cristalizar el examen en el niño, nos dicen, se lo fija como objeto y se coagulan los síntomas.

No es así como Balint plantea el problema; se ocupa en lo esencial de la contratransferencia, a fin de ayudar al médico a tomar suficiente distancia con respecto a la enfermedad, al enfermo y a sí mismo. Se trata de saber si el médico va a dar medicamentos, consejos, una orientación, para quedar en paz con su enfermo; o bien, si va a ser el sostén del cuestionamiento de un problema humano que le es planteado, lo que equivale a un cuestionamiento de sí mismo, en la medida de las resonancias que el problema despierta en él.

¹² En ese ejemplo, le faltó al muchacho la ayuda del Estado mientras estuvo sano, la que le fue acordada desde que enfermó. La estructura persecutoria (casi paranoica) del sujeto existía bastante antes de esos acontecimientos, pero las dificultades materiales, a la edad en que los estudios son considerados vitales, precipitó el surgimiento de los trastornos neuróticos. Si el chico hubiera estado menos afectado, habría utilizado su neurosis militando en el terreno político. Por el contrario, se sumergió en una actitud de rebelión anárquica, pasiva y estéril.

¹³ Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, París, P.U.F., 1960, traducción de J. P. Valabrega.

Pero es esto lo que me parece capital en clínica infantil; ya que el médico, sin darse cuenta, tiene a menudo tendencia a satisfacer a los padres, tomando el síntoma al pie de la letra. Pienso en las dificultades escolares, en los problemas derivados de la dislexia y la debilidad. Es cierto que existe una gran tentación de orientar al niño, de cambiarlo de medio, de introducir diversas reeducaciones aun antes de que se haya comprendido la significación del síntoma, tanto en la historia del sujeto como en su relación familiar.

En diversas ocasiones Freud ha ubicado el problema de la inteligencia y de sus avatares en la estructura histérica u obsesiva. Hemos citado el texto de *Estudios sobre la histeria*,¹⁴ donde ha subrayado que los superdotados y los débiles pueden haber surgido de una misma perturbación: la histeria. Y sabemos, por nuestra práctica de análisis infantiles, en qué medida se confirma esta observación; creo haber demostrado, en mi estudio sobre los superdotados y los débiles,¹⁵ que en ambos casos se ponen en acción los mismos mecanismos de defensa.

No se puede tener tal perspectiva si se confía el sujeto a los instrumentos de medida, sin hacer intervenir a la dimensión analítica indispensable.

El analista consultante tiene a menudo escrúpulos de introducir la dimensión analítica en la consulta pública, como si allí se hallara, más que en otro lado, influido por los imperativos sociales y tentado por fórmulas de reeducación en apariencia más rápidas.

Demos otra vez aún un ejemplo (nunca serán demasiados) de lo que puede brindar el abordaje propiamente analítico de un caso.

Alberto era un débil mental de nueve años (C I 70) que no sabía leer, escribir ni contar. Había sido sometido sin éxito a una reeducación foniátrica.

Era en realidad un fóbico parasitado por completo por una madre que no lo diferenciaba de ella misma.

Una psicoterapia permitió un cambio completo del niño que, sin posibilidad de escolaridad hasta entonces, pudo integrarse en cursos diferenciales. En la actualidad está en una clase común de escuela pública, con dos años de retraso. También esta vez se ayudó a la madre y al niño, lo que permitió descubrir la significación de la debilidad de éste en la historia de aquélla.

Vale la pena relatar la historia, mantenida secreta en la primera entrevista, donde se revela en forma sorprendente la génesis de la debilidad:

La madre de Alberto, huérfana a temprana edad, fue criada por un hermano mayor, de veinte años. Contra la voluntad de ese hermano, se casó con un hombre veinte años mayor, el padre de Alberto. Esc matri-

¹⁴ S. Freud, *Studies on Hysteria*, Standard Edition, 1895, vol II, cap. III.

¹⁵ Congrès des Centres psycho-pédagogiques, París, 1954.

monio provocó el casamiento del hermano y la madre de Alberto quedó encinta al mismo tiempo que su cuñada. Este embarazo fue causa de una reconciliación general.

Sin embargo, la cuñada tuvo una niña, en tanto que la madre de Alberto alumbró un niño, que había sido fervientemente deseado por el hermano.

Al mes la bebita comenzó una anorexia mental, mientras el padre se internaba en un sanatorio. Pronto la casa quedó a cargo de los padres de Alberto. Cuando éste tuvo seis años, se sumió en un estado depresivo; vale decir que se tornó idiota y con inhabilidad manual. La madre vendió entonces su comercio, para ocuparse tan sólo de ese hijo, al que vestía, alimentaba, lavaba. El chico dormía en el cuarto de los padres. El problema escolar tomó para la madre una importancia tanto mayor cuanto que ella deseaba que su hijo se volviera instruido como su propio hermano y no con mera habilidad manual, como su marido.

Alberto y su prima vivieron así una especie de curiosa relación gemelar, no teniendo el uno, al parecer, derecho de vivir sino a expensas de la otra. La prima era inteligente, pero predispuesta a trastornos psicósomáticos. Alberto rebosaba salud, pero era un débil mental. Los dos llevaban el peso del mito familiar; eran los niños malditos del incesto.

El cuerpo fantasmal, tal como lo presentaba Alberto en sus primeros modelados, correspondía al modelo del cuerpo oral. La cabeza tenía la forma de atrás, con dos enormes ojos, ausencia de nariz, boca y orejas; las representaciones corporales eran las de un cuerpo digestivo.

Alberto era a la vez negativista y fóbico; su neurosis se traducía por una debilidad mental que tendía a fijarse y por supuesto trastornos ortofónicos (dos años de reeducación sin que el niño aprendiera a leer).

El enfoque psicoanalítico de ese caso nos permite comprender por qué una medida educativa de recuperación sólo podía conducir al fracaso; era necesario liberar de entrada una energía hasta entonces movilizadada en la angustia.

Los niños débiles se presentan a menudo como grandes fóbicos. Sin embargo, algo los diferencia en forma radical del neurótico: el *neurótico* puede expresar la amenaza del Otro en un nivel simbólico, con una dialéctica verbal, porque no se siente implicado por completo en su cuerpo por esta amenaza.

El *débil* o el psicótico responden a la amenaza del Otro con su cuerpo. Su cuerpo está habitado por el pánico; les falta la dimensión de lo simbólico que les permitiría ubicarse con relación al deseo del Otro sin estar en peligro de dejarse atrapar por él.

Lo hemos dicho a lo largo de todo este libro: la importancia de la familia, en los casos de análisis infantiles, crea, desde el punto de vista técnico, un problema similar al que se encuentra en el tratamiento de los psicóticos. Esa familia que solicita al médico, espera desde el primer momento una respuesta en relación con lo que la persona del débil mental

representa simbólicamente para ella. De ahí la extrema importancia de la actitud que el médico adoptará frente al síntoma, desde la primera entrevista.

En primer lugar, la *elección del consultante*, en clientela privada, no es indiferente; a menudo está en función de las defensas de la familia que va, de tal modo, a orientar la investigación en el sentido aceptado por ella.

El *pediatra* o el *médico familiar* son consultados por trastornos manifiestamente psicógenos, no por ignorancia, sino por el rechazo más o menos consciente de considerar el elemento afectivo. Si el pediatra quiere ser eficaz y no perder su clientela, está obligado a tener en cuenta esas defensas, a no abordarlas de frente y a llevar en forma insensible a los padres (son necesarios a veces tres o cuatro años) a consultar con un psicoanalista.

En un contexto semejante, la acción que puede ejercer un médico, si ha sido él mismo analizado, es de las más útiles. En tal sentido son importantes los trabajos de Balint.

El contacto humano, la presencia humana del médico que trata, más allá del síntoma, de establecer un contacto verbal, da resultados que el cliente llama "milagrosos". En algunas de esas historias familiares, a menudo sólo al nivel del niño (es decir, de la tercera generación, a veces) podrá producirse una toma de conciencia analítica de los problemas.

El *psiquiatra* no analista es en general consultado por miedo al análisis.

El *psicólogo*, si es analista y no médico, es consultado como tal para "que el asunto no revista gravedad"; es de primordial importancia que la cuestión del examen completo (es decir, en equipo con un analista médico) sea planteada de entrada, a fin de que la psicoterapia, en caso de marchar, no se oriente en una falsa perspectiva, la de los padres.

En fin, el *médico analista*, si es el primer consultante, es solicitado porque los padres admiten, implícitamente, el factor psicológico. Se sienten simplemente culpables y el niño es el equivocado. Todo el arte del analista consultante consistirá en el desplazamiento de ese juego de ajedrez.

En relación con la propia historia de los padres, se tratará de hacerles comprender la génesis de las dificultades del niño, sin acentuar la culpabilidad, valorizando a los padres en su rol de tales, al niño en su condición de sujeto, mientras se permite aparecer los malentendidos.

En *la primera visita*, el consultante tiene la posibilidad de cumplir un acto verdaderamente psicoanalítico, hablándole al sujeto, en presencia de la familia, sobre los resultados del examen y ubicando las dificultades con relación a los padres en una perspectiva no culpabilizante. Este acto es aun más necesario en caso de que no se emprenda una psicoterapia.

Permite una dinamización de las tensiones niño-padres, una desdramatización de la situación establecida y aporta a menudo al niño, por

primera vez, la posibilidad de ser tratado como sujeto y encaminado como tal. El analista deviene así el reservorio de la ansiedad parental y esos padres, menos polarizados sobre el hijo, pueden dejarlo vivir. Pero esto es posible sólo si el analista se abstiene al máximo de brindar consejos. La prueba es tanto más grande en la medida en que los padres acuden para recibirla.

En una consulta de orientación infantil, el consultante se encuentra enfrentado no sólo con la demanda de la familia, sino también con el juicio de la sociedad. Está a menudo atrapado dentro de un marco pedagógico y asume, lo quiera o no, un papel social definido en una iniciativa de readaptación. Es consultado como uno de los engranajes de un organismo. Este organismo desempeña el papel mágico y no es indiferente que se trate de un centro psicopedagógico, un dispensario de consultas familiares o un servicio hospitalario. En la mayoría de los casos, se confía más en el renombre del servicio que en el del médico en particular.

El primer consultante está él mismo influido por los mecanismos del servicio y las facilidades existentes para las diversas formas de reeducación. Si se dejara llevar por la fantasía, podría hacerlas aplicar todas a la vez sin hallar objeción, siempre que fuera en distintos días, a causa de los límites impuestos por la Seguridad Social... Existe aquí un factor importante: una organización dada induce al clínico sin suficiente conciencia a adoptar ante todo soluciones de adaptación social o escolar, satisfaciendo así la demanda de los padres y el superyó de la sociedad.

Sin embargo, las diversas reeducaciones utilizadas con toda conciencia (es decir, a menudo después de una psicoterapia) son a este respecto más eficaces; en la tesis presentada por Francine Jaulin en 1960 sobre la reeducación en matemática, los resultados espectaculares fueron obtenidos por quienes se habían beneficiado de una psicoterapia. Tan cierto es que la posibilidad de una reeducación depende de que halle a su disposición una energía lo bastante liberada de trabas neuróticas.

El estudio del *fracaso escolar* ha sido hecho en forma muy pertinente por el equipo de Claparède.¹⁶

Male y Favreau distinguen el fracaso relacionado con la pura readaptación pedagógica, del fracaso síntoma neurótico, vinculado con un psicoanálisis. Sin embargo, la distinción no es fácil. Los errores de orientación son los que nos enseñan después lo que estaba amalgamado al síntoma. Si bien es cierto que para algunos es suficiente una readaptación pedagógica, no es menos cierto que se toma a veces por trastornos accidentales lo que en realidad constituye el comienzo de una evolución neurótica o psicopática.

En cuanto al valor de los tratamientos asociados (con diferentes formas de reeducación) para un niño sometido a psicoterapia, puede ser

¹⁶ Male y Favreau, *La Psychiatrie de l'enfant*, volumen 2, fascículo 1, P.U.F.

cuestionable. Es preciso no subestimar el riesgo de fijar al niño en los síntomas que presenta, los cuales pierden su valor de lenguaje desde que se los reeduca; entonces los vivirá de otra forma, como lo he demostrado en el caso de *Isabel*¹⁷, disléxica reeducada.

Male y Favreau han planteado asimismo, en forma muy clara, el problema de la consulta en el medio hospitalario, y han bosquejado el cuadro (página 126) tal como se le presenta al clínico que trata de establecer un diagnóstico. Se trata de puntos de referencia que permiten establecer los factores neurológico, pedagógico, psicológico, con miras a una reeducación adecuada.

Sin embargo, las relaciones del psicoanálisis con las diferentes formas de reeducación siguen siendo un importante elemento teórico a elucidar. Repitémoslo: son los fracasos de las orientaciones pedagógicas los que nos enseñan que la dimensión analítica fue omitida en la consulta, resultando así falseado el diagnóstico. Nada es seguro en este dominio y la fuerza del consultante reside muy a menudo en el hecho de atreverse a asumir la duda, permitiendo así al sujeto escapar a una condena...

El problema que se le plantea al consultante es el de la orientación, sea hacia una forma de asistencia (social, pedagógica), sea hacia un psicoanálisis.

¿Pero qué es en la actualidad el psicoanálisis infantil y cuáles son sus relaciones con la pedagogía?

Kris¹⁸ ha hecho una síntesis del desarrollo de las ideas psicoanalíticas recordando que, al comienzo, el interés estaba centrado en las reacciones típicas del niño y las interrelaciones genéticas, económicas, dinámicas; que con el desarrollo de la psicología del yo tomaron importancia los factores históricos; organismo y medio son vistos en sus interacciones; que a continuación el psicoanálisis no se ha planteado más que en términos de conflictos, dándose la prioridad a los mecanismos de defensa (Anna Freud) o al trabajo sobre el fantasma (Klein).

A pesar de todo, dice Kris, el psicoanálisis infantil se orienta muy netamente en una perspectiva de adaptación, de aprendizaje.

Desde el punto de vista técnico, la conducción varía según que se estime necesario ver al niño solo, al niño con la madre o a madre y niño en forma paralela.

Estas ideas desarrolladas por Kris muestran *hasta qué punto el psicoanálisis infantil se ve en dificultades para desprenderse de la influencia del factor social y pedagógico*.

¹⁷ Maud Mannoni, "Problèmes posés par la psychothérapie des débiles" en *La Psychanalyse*, volumen 5, P.U.F.; véase también el Apéndice II de ese libro: "L'image du corps et la parole dans un cas de dyslexie rééduquée", publicado en *Sauvegarde de l'Enfance*, junio 1960.

¹⁸ Kris. "Developments and problems of child Psychology", *Psycho-analytical study of the child*, volumen V, International University Press, Nueva York.

Desde el momento en que se trata de la curación de un niño, el psicoanalista se siente como acusado ante la sociedad si subestima los valores (por lo demás reales) de los tratamientos asociados o de los internos especializados.

En un estado de acusación ante los padres, cuando el niño fracasa en un examen, su primer reflejo, cuando ejerce en un organismo público, corre el peligro de ser el acudir a la asistencia o a la reeducación; es decir, está tentado de asumir el papel de la sociedad, del maestro, de los padres, cediendo así a los fenómenos de contratransferencia ante los educadores naturales.

Anna Freud tuvo el gran mérito de plantear la cuestión del análisis infantil, pero para tropezar en seguida con los problemas de la educación.

Y es siempre con este mismo problema pedagógico que tropieza el psicoanálisis infantil.

Si bien es cierto que para el porvenir escolar de los niños es esencial una ayuda pedagógica apropiada (clases especializadas, reeducaciones) no lo es menos que, en la consulta, el analista gana ignorando al principio todas las posibilidades de reeducación, para plantear todas las deficiencias (intelectuales u ortofónicas) en términos "analíticos"; a saber: ¿qué significan esas deficiencias en la historia del sujeto?

Como he tratado de demostrarlo, al escuchar al sujeto se puede a menudo hacer desprenderse el sentido mismo de su deficiencia, que por cierto gana al no ser tratada de entrada como tal.

Al tomar el síntoma al pie de la letra, se llega a perder de vista el discurso del niño. Y en ese discurso intervienen todos los elementos de desorden escolar, intelectual, etcétera, que han motivado la consulta. Constituyen, a semejanza del sueño, un jeroglífico que es preciso llegar a descifrar. Es necesario a veces un lento trabajo antes de que se pueda leer ese informe que los padres presentan y al que el niño hace eco en su forma de presentarse.

En su neurosis, el niño muy a menudo ha logrado desarrollar un mito alrededor de su síntoma, que se convierte así en un elemento significativo. Si nos precipitamos demasiado pronto hacia fórmulas de reeducación se cierra al sujeto la posibilidad de plantear su problema y de salir, por el lenguaje, de una mentira, de un rechazo de la verdad, objetivada hasta entonces en síntomas definidos.

Pero para que aparezca un sentido hace falta una posibilidad de movimiento en la instauración del diálogo analítico. El analista no puede establecer este diálogo si introduce de sopetón su respuesta.

Bajo el peso de su ansiedad, los padres tratan de ponernos en situación de responder. Si lo hacemos, no será con frecuencia más que una gratificación inmediata, de corta duración, con el riesgo de pisar en falso. Porque esa respuesta va bastante más allá de una orientación pedagógica. Lo que se nos viene a pedir es hacerse cargo no sólo del niño, sino de la pareja parental y de su problema.

Pero la pareja no conoce su problema. Lo que quiere es una respuesta para un momento en que su angustia se ha tornado insoportable. Evoquemos, a este respecto, el diálogo relatado por Freud en *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, colocado como escolio de este libro.

Si se debe brindar una palabra a la pareja en desarrollo, que sea en este nivel. Una palabra en la noche, precisamente la necesaria para que el problema pueda rebotar, liberado del pánico del abandono.¹⁹

¹⁹ Lo único que interesa es que el analista pueda ser alcanzado por la angustia parental. A partir de ahí, la pareja puede encontrar de nuevo la fuerza para enfrentar su drama.

En cuanto a lo demás, la posición correcta del analista consiste en no tomar al pie de la letra el síntoma del sujeto. Este síntoma tiene el valor de un lenguaje. Está ahí para expresar lo que el sujeto no se atreve a *decir* con palabras. En el tratamiento analítico, el trabajo conducirá al sujeto a una toma de conciencia de sí mismo, a través de la angustia, y ayudará a abandonar una relación por completo imaginaria para entrar en un mundo donde los demás tienen un lugar. Puede decirse que en ese instante el sujeto se abre a la cultura, a un orden en la escritura, el lenguaje, etcétera.

EFECTOS DE UNA REEDUCACION
EN UN NIÑO NEUROTICO¹

Quisiera intentar, a través del análisis de un caso, no de esclarecer la naturaleza de la dislexia, sino de hacer emerger las estructuras subyacentes, a fin de estudiar la posible relación de la reeducación fonológica con el psicoanálisis.

Dejaré de lado a propósito, en esta exposición, toda la explicación neurológica del problema, que ha sido dada en forma muy clara por Francis Kocher en su libro *Rééducation des dyslexiques*.² En enero de 1950, la señora Roudinesco y el señor y la señora Trelat publicaron un estudio muy completo sobre el tema.³ Después de haber historiado los trabajos neurológicos, los autores ponen el acento sobre los trastornos de la motricidad, de la representación espacial, de lateralización, el retardo del lenguaje en los niños examinados. Subrayan el hecho de que, en los niños disléxicos, la percepción global es visual, automática y no simbólica. Cualesquiera que sean las implicaciones neurológicas del problema, el único tratamiento previsto es una reeducación fonológica que, según los casos, insistirá en la lectura o en los ejercicios de orientación que la preceden. ¿Por qué? Porque "aun si hay una lesión orgánica, en los sujetos jóvenes se establecen suplencias funcionales y la reeducación sigue siendo posible".

A pesar de la orientación neurológica del trabajo, Roudinesco y los Trelat terminan su exposición insistiendo sobre el hecho de que casi todos los disléxicos estudiados tienen trastornos del carácter. Según sus observaciones, la misma gravedad de la dislexia parece estar en función

¹ Publicado en *Sauvegarde de l'Enfance*, junio 1960, bajo el título "L'image du corps et la parole dans un cas de dyslexie rééduquée".

² París, P.U.F.

³ "Etude de 40 cas de dyslexie d'évolution", *Enfance*.

de la actitud de los padres ante la enfermedad. Cuanto más ansioso es el medio familiar, mayor es el desarrollo del trastorno en el niño. Trataré de profundizar este aspecto del problema, procurando comprender los trastornos que nos lo señalan.

Hay niños disléxicos a quienes basta para curar una reeducación fonológica. Otros son ayudados por esta reeducación si reciben al mismo tiempo una ayuda psicológica apropiada. En otros, en fin, una reeducación fonológica encarada sin psicoterapia previa corre el riesgo, si no de agravar los trastornos psicóticos subyacentes, por lo menos de dificultar seriamente, en consecuencia, la recuperación escolar: las muletas ofrecidas a un niño que, por razones profundas, rehúsa valerse por sí mismo, tendrán por único efecto complicar un cuadro clínico ya rico en oposiciones o en abandonos.

La reeducación fonológica parece, de hecho, prematura en los casos en que el niño no es en verdad capaz de otorgarle un sentido. Lo que cuenta no es saber que B y A forman BA; es saberse conducido hacia otros conocimientos, es decir, otras trampas y otras dificultades. El niño que no quiere saber que B y A forman BA tiene razones profundas para permanecer en su estado. Y estas razones me interesan en primer término.

Si la niña de quien vamos a hablar había llegado a leer, a fuerza de paciencia, había rehusado, lisa y llanamente, dar un "sentido" a la lectura; leía, sea, pero era inútil pedirle que utilizara la lectura para su placer, ni tampoco para progresar. Por otra parte, para frenar todo posible progreso, se había vuelto rebelde ante las cifras y, en este punto, uno se estrellaba como ante un muro: no quería nunca saber nada de cálculo.

¿Quién era esta niña?

Isabel tenía siete años y cuatro meses cuando la vi por primera vez. Era la tercera de una familia con cinco hijos. Los mayores son gemelos (varón y mujer), tres años mayores que ella. Después viene una niñita de cuatro años menor que Isabel y un chico que en esa época tenía veintidós meses. Los niños son todos dotados y normales en apariencia, muy tónicos y vivaces. Isabel es la excepción; aparece de pronto como el patito de la nidada. Es desgraciada y hace todo a destiempo. Lloro cuando se le hace un regalo y si dice "sí" no es seguro que eso no quiera decir "no". Es torpe; cuando dice "bajo" hay que entender que va a subir. A los siete años, no ha adquirido aún lo que se llama lenguaje común.

Según este sucinto cuadro, el problema escolar aparece comprometido de antemano. Es evidente que lo que cuenta para Isabel no es aprender que $1+1$ son dos sino, primero, ponerse de acuerdo con el signo $+$, tal como es reconocido por los demás. Para Isabel, al comienzo, más puede querer decir menos.

La niña va a vivir muy pronto esta contradicción, en simbiosis con la madre. Esta es una mujer joven, muy dotada, que comenzó muy tem-

prano estudios de matemáticas superiores. Esos estudios hubieron de ser interrumpidos cuando tenía diecinueve años, a causa de la muerte de su propia madre, con quien mantenía relaciones ambivalentes: "Yo era —me dijo— muy dañada por mamá, que me pegaba todo el tiempo." Se creyó obligada a reemplazar a esa madre (siendo que su hermana, de catorce años, podía prescindir de ella); mejor aun, adoptó un rol de víctima. Esa hermana de catorce años, floja en la escuela, era la preferida de la madre y se entendía mal con la mayor. Esta última abordó después su vida de mujer en carácter de víctima.

Encontró, muy joven, a un muchacho brillante, apasionado por las matemáticas y la investigación; al lado de ella es el eterno estudiante, exitoso, por lo demás, en su vida profesional, consciente y responsable de sus deberes familiares. Es la imagen misma de todo lo que la joven aspiraba a ser a los veinte años. El marido es quien representa, en la vida, la liberación de la tutela materna, mientras que la mujer, a semejanza de su propia madre, se transforma en el ama de casa que se consagra a los hijos. A estos hijos los ha tenido cada vez contra su voluntad. El primero murió antes de cumplir el año. Enseguida llegaron los gemelos. Ya no conoció descanso y hubo de renunciar al sueño de proseguir los estudios. Cuando los mayores tuvieron la edad para ir a la escuela, estaba encinta de Isabel y se sintió condenada por el destino a su papel de ama de casa. El nacimiento de Isabel fue el punto de clivaje de su vida: con este nacimiento, renunció a sí misma para asumir el anónimo rol de esposa y de madre. Anónimo, es decir, no reconocido por ella misma. Sería lo que el destino quisiera. Los nacimientos sucesivos fueron aceptados con resignación. Para todos, fue la madre proveedora de alimentos, que cuida bien a sus niños. Para todos, salvo para Isabel. Para Isabel fue mucho más. A Isabel hacía falta salvarla de ella misma; hacía falta forzarla a vivir.

Isabel fue una niña prematura (1,900 kg); la madre debió batirse, según sus propias palabras, para que se la alimentara. En efecto, durante los ocho primeros días sólo recibió inyecciones de suero. Al noveno día, luego de su regreso al hogar, el médico autorizó dar a la niña leche materna, que bebió golosamente. La niña se volvió con rapidez muy hermosa. A los cuatro meses se había recuperado hasta tal punto que se dispuso el destete progresivo, de acuerdo a los modernos métodos de alimentación. La niña rechazó la alimentación de transición; permaneció veinticuatro horas sin comer; luego se instaló una discreta anorexia que decreció a partir de los dieciocho meses, es decir, a la edad prácticamente en que adquirió su independencia motriz y pudo escapar de la madre y "hacer tonterías". En este momento cedió el rechazo a los alimentos y la niña experimentó, por el contrario, la necesidad de alimentarse como un adulto (salchichón, vinagre).

Sin embargo, desde los cuatro a los dieciocho meses había recibido considerables dosis de gardenal y, según la expresión de la madre, parecía

“ausente”. Esta “ausencia” estaba manifiestamente ligada al sufrimiento de la madre, mal adaptada aún a su nueva condición. En la medida en que la ausencia de la niña requería a la madre, ésta salía de su sufrimiento para ocuparse del de su hija.

Cuanto más insoportable se volvía Isabel, más apegada a ella se tornaba la madre, quien a la vez descubría sus deberes de ama de casa. Isabel ayudaba a la madre a renunciar a sus sueños de joven independiente.

Era Isabel quien impondría a los suyos la tiranía: así es como la madre recuperaba con naturalidad el papel de víctima que tenía con su propia madre o antes con esa hermana de catorce años por quien había abandonado los estudios.

El padre sólo se interesaba por los mayores; únicamente retenía su atención el niño evolucionado en su lenguaje y en sus expresiones. De hecho, hubo que esperar la curación de Isabel para que se interesara a su respecto. Tal vez sea útil señalar, de pasada, que este padre, tan poco presente para la niña, se había ocupado de ella a los tres años, para llevarla al hospital para una ablación de amígdalas, a raíz de lo cual Isabel estuvo tres días sin querer “reconocerlo”. A los seis años la llevó a la escuela, donde no la pudieron tener de tanto que gritaba.

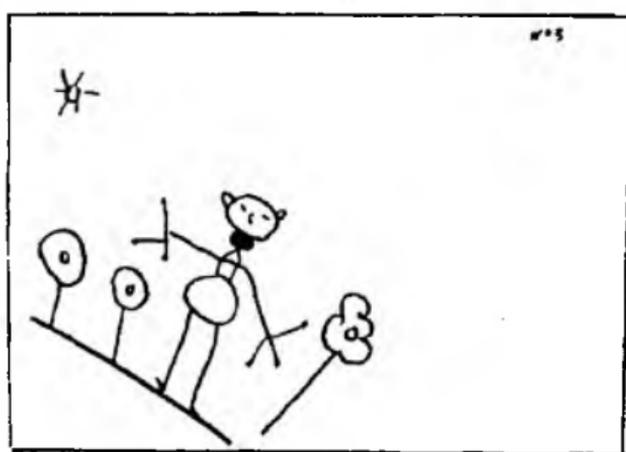
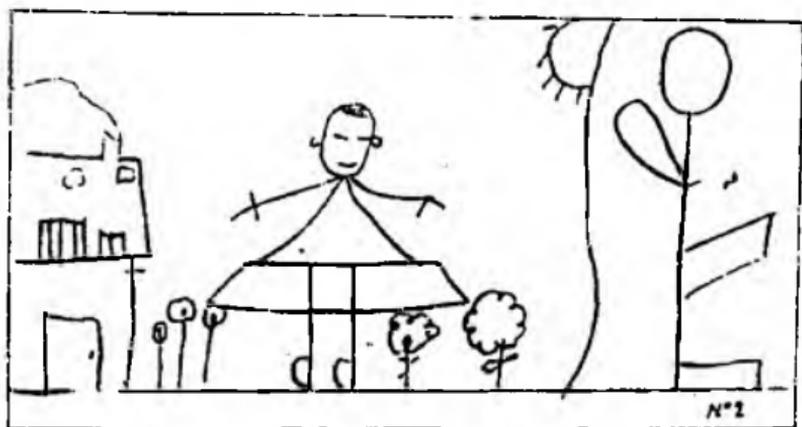
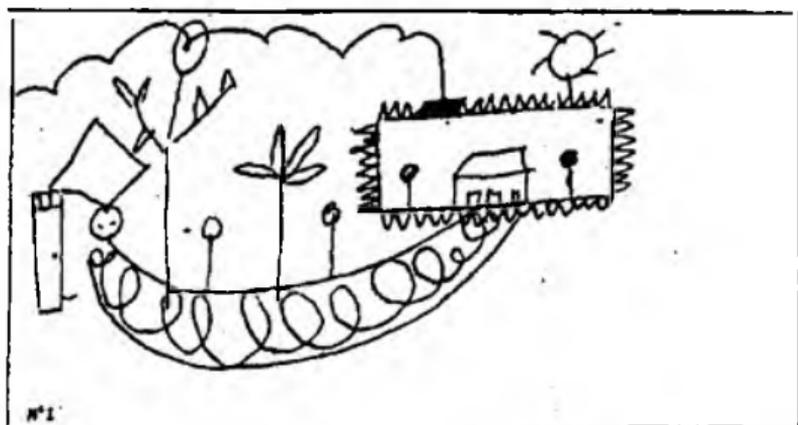
En el primer examen, Isabel da un CI de 71, un test de Rey absolutamente perturbado, desprovisto por completo de sentido. Con el *Kohs*, fracasa en la prueba de cinco años. Desorientada totalmente en el espacio, sale adelante en la prueba de nueve años del *Porteus*.

El examen afectivo evidencia, de entrada, los problemas. Todo transcurre como si Isabel *no hubiera debido vivir*. Con el retardo, puede hasta decirse que la niña ha sentido que su nacimiento era la muerte de algo esencial en la madre. “Lo más hermoso que me puede suceder —dirá— es un hada que me haga morir. Soy demasiado mala para vivir.” Me dirá también que anhela ser una flor roja para morir y un animal negro para no ser amada, como si el hecho de ser amada comportara en sí un peligro. Peligro que la niña hace aparecer en el protocolo del Rorschach.

En la lámina dos: esto sangra, esto muere. En la lámina cinco: la niña habla del corazón de nuestro vientre, como si el vientre tuviera un corazón. En todo caso, hay malos y buenos vientres (los malos son negros, como el animal nunca amado). Los buenos son coloreados. La lámina diez, con sus algas diseminadas, evoca todo el vientre bueno que se presenta en el parcelamiento de la lámina.

Observo, en ese entonces, que en sus fantasmas la niña parece hacer una regresión con imágenes de muerte.

En este primer examen, me parece necesaria una psicoterapia. Pero esto no depende de mí. El tratamiento sólo será iniciado dos años después. En el curso de esos dos años, la niña siguió una reeducación foniatría que le permitió el aprendizaje de la lectura, aunque persistió el rechazo de la escolaridad y el comportamiento difícil.



Cuando la vuelvo a ver, a los nueve años, Isabel se presenta como una niña miedosa, llorando todo el tiempo, "pegada" a la madre, agresiva, sin amigos y sin contacto alguno con un padre que parece ignorarla por completo. Isabel hace siempre rancho aparte; si bien ha terminado por aceptar la escuela, no se ha integrado para nada en un grupo. Por su comportamiento difícil ha logrado apegarse a una maestra, al extremo de que la ha mantenido en su clase hasta los once años.

En la primera sesión, la niña presenta de inmediato la situación triangular. Como una hija única, se encuentra con un padre y una madre que se ocupan por completo de ella (no se trata, en realidad, de una situación a tres, sino de una situación lineal).

En el dibujo, la casa de los padres, construida en el ángulo, está unida por una avenida con flores a la casa de la pequeña, construida al revés (la niñita tiene la cabeza hacia abajo) (*dibujo 1*).

En la segunda sesión aparecen el sol, que se oculta, y las flores, que permiten hablar a la niña (estas flores serán utilizadas por la niña en forma espontánea, sin que hubiera aparecido en escena la muñeca de F. Dolto) (*dibujo 2*).

Las flores son, pues, las que al principio permitirán a Isabel expresar sus emociones. El hecho es tanto más destacable cuanto que esta niña no se exterioriza y presenta un serio retardo en el desarrollo del lenguaje. La técnica del análisis infantil, tal como es utilizada por F. Dolto, permitirá a la niña, en un lenguaje simbólico, encontrar de inmediato una riqueza de expresión sorprendente. Por otra parte, esa facilidad del lenguaje aparece porque en realidad no se trata nunca de ella misma; durante cerca de un año, Isabel habla de generalidades; hay que destacar que siempre se trata de flores en general, de niñas, de árboles, de todo salvo de sí misma.

Las flores tienen impulsos de independencia, pero permanecen, por obligación, sujetas a la tierra. Yéndose provocarían dolor. Isabel se identifica en forma espontánea con la margarita; por otra parte, se dibuja entre la casa y las flores. Su boca es muy grande y sus manos no deben "servir para nada", según su expresión.

A partir de la cuarta sesión, Isabel ubica su problema; dice claramente que su dislexia es un equivalente del episodio anoréxico. Mejor aun, nos invita a comprender las razones de su anorexia, que nace, al parecer, en la propia ambivalencia de la madre respecto de ella.

He aquí, tal cual, las palabras de la niña:

"En el *dibujo 3* la niña sufre en el pescuezo; no será nunca grande, se la obliga a comer, escupe todo. Ella se siente bien cuando ha escupido todo. No quiere llenarse para no ser grande, para no trabajar. Su cabeza está en otro lado, sus manos se distraen y tiemblan de frío. Ese buen hombre se sentiría bien si tuviera una flor en lugar de la cabeza, porque bebería. No bebería más que leche, con el buen vientre bien lleno de leche."

La niña distingue a continuación dos imágenes maternas:

-la mamá buena, que da la leche,
-la mamá mala, que da de comer.

Dar de comer es asimilado al peligro de muerte. Isabel agrega: "Las cosas en la escuela son parecidas; eso hace morir..."

-¿Qué es lo que eso hace morir?
"La señora y la nena."

Volvemos a encontrar aquí las relaciones de los objetos buenos y malos. El vientre que recibe la buena leche es bueno. La madre que da demasiado pronto alimento sólido (o la comida de la escuela) es sentida como mala, como el objeto introyectado. Y esto malo, si se lo traga, hace morir. Para vivir, pues, es preciso rechazar. La niña se enfrenta entonces con la madre, quien se siente morir si ya no tiene un objeto fálico para el maternaje.

El progreso en la conducta de Isabel datará de esa sesión, a través, empero, de una sucesión de ensayos de crecimiento y de regresión. Vamos ahora a asistir a estas alternativas.

El dibujo siguiente es el de una niñita dando la mano a su madre, que tiene el aire de no ocuparse de ella (*dibujo 4*). La madre tiene la cabeza baja (como si sufriera en el corazón o en la cabeza). Tiene una puertita en su vientre. Esa puertita, en las explicaciones de Isabel, devendrá la puerta que Isabel tiene en las orejas y que mantiene cerrada.

"La niñita bebe vino por los ojos y crece. Hace una mezcla de pipí caca y no llega a distinguir sus ganas de adelante de sus ganas de atrás."

Con la boca, toma lo que se le da. Con los ojos, sólo toma lo que le gusta. En las orejas tiene una puertita cerrada y sólo escucha lo que tiene ganas de escuchar. Esa puerta se cierra para las personas grandes y, por supuesto, en la escuela. A menudo rehúsa agarrar con las manos; con los pies hace de todo. Rechaza todo lo que llega dentro del vientre, salvo el vino. Está en contra de todo lo que entra por la fuerza en el vientre y mira con malos ojos a los responsables. La niña me habla de los ojos de miedo, de los ojos de los mayores, de los ojos que oculta cuando mamá la obliga a comer.

¿No nos da aquí la niña un cuadro completo de sus dificultades? Hallamos el traumatismo vivido a los cuatro meses por la bebida que se había saciado con la buena leche y que, por su rechazo del alimento, perturbó de tal modo al adulto que éste se transformó para ella en ogro devorador, lanzando espanto hasta por los ojos. Esos ojos que le provocan angustia en el cuello.

La puertita cerrada a las personas mayores habla largamente sobre el rechazo escolar y sobre la inutilidad que existe para el adulto de agravar la situación haciendo ingerir por la fuerza lo que no puede ser deglutido.

¿Pero qué misteriosa relación existe entre la puerta de la madre y el hecho de que la niña la hace suya para rechazar el lenguaje?

El período que sigue a esa sesión entraña un rechazo total de la escolaridad, una rebelión total contra la madre. Sin embargo, Isabel adquiere

re de pronto la habilidad motriz: teje, monta en bicicleta... Tiene amigos. Ese período "catastrófico", retomando los términos de la madre, corresponde asimismo a una interrupción de las sesiones, dado que me hallo enferma. Es innecesario establecer una relación con la transferencia. Isabel la establece por sí misma. Hace en plastilina un gran lobo negro (he pensado en el animal no querido del comienzo) que, con su corazón y sus patas, casca y roba el alimento. La niña agrega: "La señora Mannoni ha sido muy malvada al dejar a Isabel."

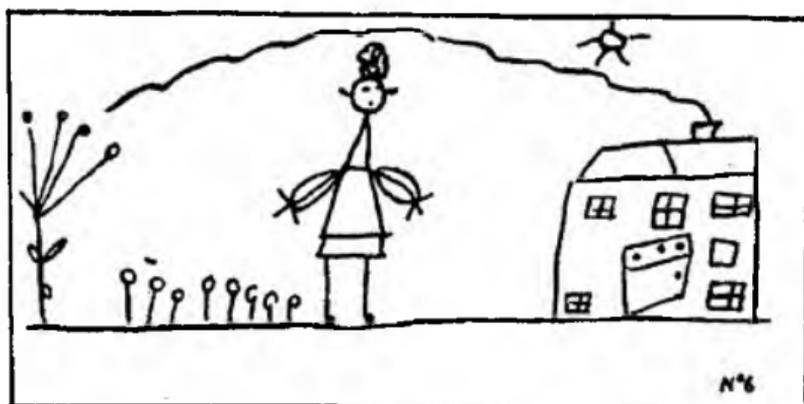
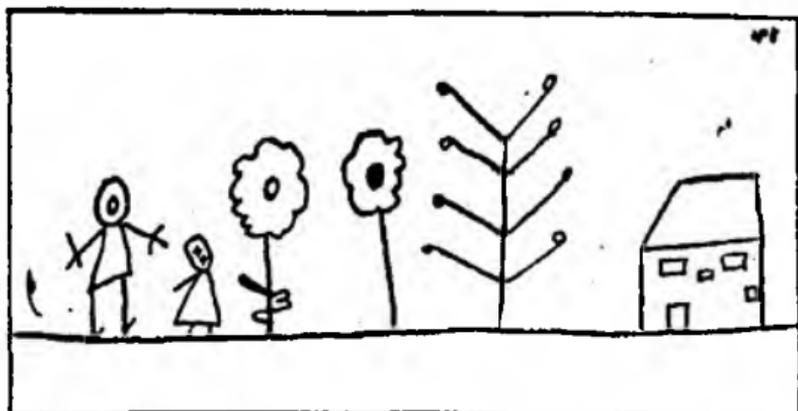
Ese lobo se hallaba en un estado de disociación. Su cuerpo, según las palabras de la niña, no estaba de acuerdo con el corazón y las patas. El cuerpo, es decir, la cabeza y el tronco, estaba paralizado; el corazón y las patas actuaban con maldad y una buena señora reparaba los daños. "Si el lobo fuera una niñita, la niñita buscaría camorra, salvo la cabeza, que no entraría en juego —¿y por qué?— para no hacer morir a toda la familia que la molesta." La niñita se cuida, pues, de ser agresiva con su cabeza y con su lenguaje; es, a lo sumo, pasivamente negativa. En última instancia, es con esa imagen del cuerpo que se inscribe en su relación con los demás.

A la sesión siguiente (séptima), me entero de que es Isabel quien hace leer a su hermana; la toma a su cargo y la protege. Sus relaciones sociales en la escuela se han normalizado de repente. En esa sesión, la niña me dice: "Sería cómodo si uno pudiera decir si tiene ganas de nacer o no". Plantea aquí, implícitamente, el deseo de la madre de tener o no un hijo; el deseo del hijo de tener tal o cual madre.

De todos modos, Isabel y su madre ya no constituyen una entidad sadomasoquista; ambas devienen distintas y se descubren los deseos.

La pequeña del *dibujo 5* no quiere tener piernas para no fatigarse; no quiere trasero para no estar obligada a hacer caca. En cambio, desea una parte de adelante de niña.

Ese rechazo del trasero y de las piernas es bastante positivo, a pesar de todo; es, en primer término, un rechazo a sufrir una situación masoquista. Esta relación sadomasoquista madre-niña se aclarará en la sesión siguiente, en la que el árbol está en abierta rebelión contra la mala tierra, que le da mal alimento. El sol se queja, porque no manda. (En lo que concierne a Isabel, el padre no manda. Es la única hija de la familia que concierne por entero a la madre. Esta sólo ha hecho intervenir al marido para acciones traumatizantes: llevarla a lo del otorrinolaringólogo —Isabel tuvo la impresión de que el padre quería hacerle arrancar la lengua— y llevarla a la escuela, que por cierto parece haber sido la reviviscencia de ese primer traumatismo; Isabel gritó como si se quisiera arrancar algo, me cuenta la madre.) La niña se detiene de golpe y me dice: "Todo esto es secreto; no hay que hablar del árbol; las niñitas tienen un secreto, no tienen derecho a pensar en cosas malas." "Además —agrega— si yo fuera árbol, cambiaría de familia." Eso sería, en efecto, muy cómodo, le digo; elegir su familia; uno no estaría ya complicado con las cifras, porque habría elegido su sitio. En efecto, la niña ignora el



lugar que ocupa; ignora si es la mayor o la menor; de tal modo, hasta la jerarquía de las cifras está desprovista para ella de sentido. "¿Por qué soy la tercera de cinco, como tú dices? Yo digo que soy lo mismo el número cuatro o el número nueve; por otra parte, me llamo Emilia y no Isabel. Por otra parte, quien es viejo, quien es joven, todo es mayonesa."

He aquí, pues, que Isabel comienza a ubicarse en el tiempo y a establecer jerarquías, a pesar suyo. Al hacer esto, acepta a la vez los sufrimientos y los duelos que ello implica. Digo los duelos porque también en esa sesión la niña ha evocado el fantasma del bebé muerto, en tanto que la madre, en forma incidental (que no era, por cierto, un azar) me habló de su miedo de que Isabel muriera, como el bebé... En la sesión siguiente, Isabel plantea que ahora tiene orejas para escuchar. ¿Para escuchar qué? Dice: "No se la encuentra linda y torpe. Además, ella no tiene cabeza, siempre ha conservado su flor roja a guisa de cabeza" (dibujo 6).

No tiene nombre, está en busca de padres y de una buena tierra para poder crecer. Termina por hallar una casa ideal, la casa de los sueños de todas las niñas, la familia que uno elegiría si pudiera elegirla.

Esa familia ideal va a poder vivir en una casa que *dure*. Esa casa descansa sobre la mala tierra mezclada con la tierra buena. De aquí surge que Isabel parece querer aceptar la mezcla de lo bueno y lo malo en un cuerpo que, por lo tanto, no se disocia. De todos modos, agrega que la niña del dibujo no está en la casa y las manos de la niña no tienen deseos de hacer nada y los pies tienen deseos de deshacerse.

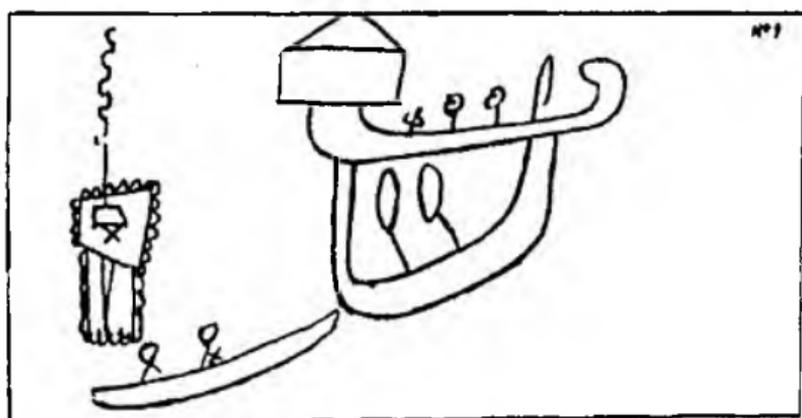
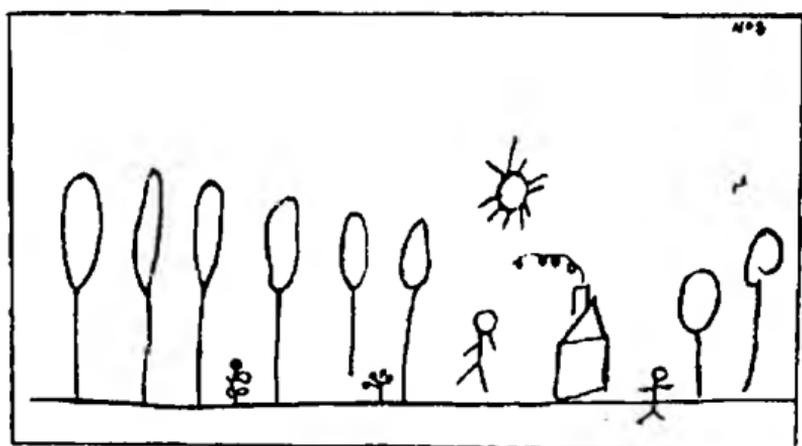
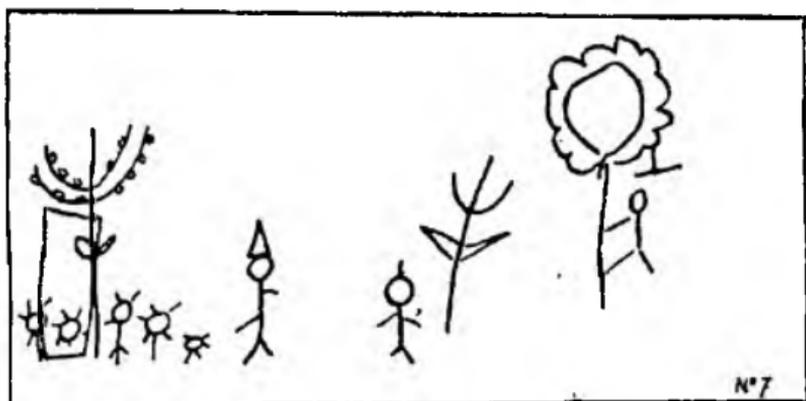
La mejoría de Isabel es de más en más espectacular: la niña se torna alegre y de aspecto agradable. Pasa las vacaciones de Pascuas con su familia y su padre la descubre; por fin tienen mutuos intercambios. En el plano escolar, la lectura corriente no ha sido aún adquirida y el cálculo permanece inexistente.

Llega ahora un período que podemos llamar de persecución. "La falta de los otros" será el tema de las próximas sesiones.

La niña aborda el problema de los celos con relación a sus hermanos y hermanas, más dotados. Para no ser desgraciado a causa de los celos, se dice no a todo. Si uno es agresivo, mata; la única solución, pues, es mostrarse pasivamente opositora.

Isabel desarrolla de nuevo el tema de las dos casas; una, que descansa sobre nada, la otra que descansa sobre la tierra buena. Aparecen allí dos clases de niños: los que tienen su cabeza y los que tienen una nada sólida. Estos últimos hacen rancho aparte y dicen no. Decir sí sería tener miedo.

En las sesiones siguientes, la niña vuelve todavía al tema de las casas que no descansan sobre nada y en las que no se puede vivir. En ese país, la única manera de vivir es convertirse en una flor que *pica*. He aquí, al fin, expresada una posibilidad de agresión dinámica: no dejarse arrancar o comer.



En ocasión de la flor, que pica, Isabel va a descubrir el *yo*. En forma espontánea, me dice: "Yo seré la flor que pica" (*dibujo 7*).

Isabel parece pronta, a la vez, a aceptar la idea de independencia y de autonomía. El tema de la sesión siguiente será la vida de dos huérfanos que se desenvuelven perfectamente sin las personas mayores (es posible que se trate aquí de ella y de su doble imaginario) (*dibujo 8*).

En la última sesión de este primer año, la niña me trae a su padre, quien la halla transformada. "Tengo aquí una niña vivaz; ahora me paseo con ella."

La niña parte en vacaciones. Al regreso, ha adquirido en forma espontánea la lectura corriente y lee por placer libros correspondientes a su edad. Ha adquirido también un lenguaje normal y su vocabulario se ha enriquecido en forma notable. Las nuevas adquisiciones se producen casi siempre durante las vacaciones: sea cuando Isabel está separada de los padres, sea, como ha sido aquí el caso, a favor de un acontecimiento nuevo, vale decir, la aproximación a su padre (pudo participar en los juegos de los hermanos mayores con el padre, de los que hasta entonces estaba excluida).

A su regreso, Isabel me desarrolla una historia que tiene por tema *el espejo y el niño*. El espejo no está contento de que el niño se mire dentro de él. El espejo quisiera estar solo; no quiere que los dos sean iguales. El espejo quisiera comer al niño, porque querría ser el niño. El niño quisiera comer al espejo, porque querría ser el espejo (*dibujo 9*). Isabel agrega: "Todo esto es bastante complicado. Las flores de esa casa se marchitan en primavera y el espejo también se equivoca. Se embarulla con lo que vive y lo que muere; toma lo uno por lo otro." La vida y la muerte; es también el sí y el no. Pero Isabel no sabe o no sabe más si *decir* sí o *hacer* sí es crecer o morir. Comer para crecer es correr el riesgo de no estar más ahí; correr el riesgo de morir. "Esto puede hacer morir —dirá—; estar contento con lo que se hace: hay una señora que estaba tan contenta de hacer postres que se murió en su negocio."

Lo que podemos rescatar en este pasaje deshilvanado es el sentimiento de peligro que parece representar, para la niña, el acuerdo del acto con el sentimiento. Todo sucede como si para ella fuera necesario no estar nunca por entero de acuerdo con lo que se hace. Este es un pasaje de estilo obsesivo, donde adopta el *sí no* como medio de defensa.

Todavía, ¿qué es ese espejo con relación a Isabel? Me ha parecido que es la propia relación de Isabel con los demás. La niña descubre que es necesario ser dos y diferentes y no dos, fundidos el uno en el otro. En la sesión siguiente, Isabel agregará por su cuenta palabras de las que resulta que es preciso poder dejar a mamá con sus miedos y no adoptar los miedos de mamá. "El humo —dice Isabel— hace arder los ojos de los niños. Ellos tienen miedo. En el fondo, no tienen miedo: es porque la mamá tiene miedo que tienen el miedo de la mamá. El pequeño ha terminado por hacer las cosas que quiere y no lo que quiere mamá." La niña descubre que es preciso hacer lo que se quiere y no lo que mamá

quisiera que se quiera. Pero para eso hace falta ser niño. "En efecto —dice Isabel— la mamá se dijo: felizmente, tengo mi pequeña; qué va a ser de mí, oh, la, la, si mis muchachos me abandonan..."

Volvemos a encontrar aquí una de las razones de ser fundamentales en muchos débiles. ¿Qué va a ser de mamá, si no tiene más la debilidad de la niña para sostenerla?

En la distinción hecha por Isabel entre muchacho y chica hay, en estado de reflejo, el problema mismo de la madre, que no puede aceptarse como mujer sino siendo sadizada. Al separarse de la madre, Isabel deviene muchacho-chica (es decir, no puede lograr su autonomía más que al precio de una contradicción interna).

Isabel sigue el catecismo con los niños de su edad y va a las *Jeanettes*. * Unos y otras ignoran que es anormal. En ambos grupos ha logrado, al comienzo, ser inscrita como niña normal.

En la sesión siguiente, Isabel expone lo que podría llamarse su "Edipo". En el relato de Isabel, la mamá dice a la niña: "No quiero que crezcas; te retendré siempre por tus defectos; no quiero que el sol te halle graciosa". "Dentro de diez años —explica Isabel— estaré sola por completo, pero mamá me dice: si tú creces, no tendré ya de qué ocuparme. Cuando yo era pequeña, era mamá quien hacía o hablaba en mi lugar."

Creecer es hacer morir a mamá de pena; también la niña hesita en hacer morir a mamá. En la sesión siguiente, insiste en el caso de la pequeña que se queda con su madre, contra su voluntad. La mamá cayó enferma, la pequeña decía no todo el tiempo, y esos *no* valían por *sí*. La pequeña se arroja al fuego y, gracias a esto, la mamá le da una flor con un bebé adentro. La mamá puede —agrega Isabel— decir *sí* a la pequeña que va a crecer y a partir.

Sigue luego un período de vida muy penoso para la madre y la niña; porque ahora son las dos quienes van a transformarse y es la madre quien ayudará a la niña a atreverse a crecer. La madre es la primera que ha podido hacer su duelo con relación a un objeto fálico. Acepta por fin que su marido sea severo con Isabel como con los otros. Isabel va a tener en cuenta, pues, la palabra del padre, que será igual para ella que para sus hermanos y hermanas. Isabel está de lo más mal en la vida y juega, con toda evidencia, a ser anormal. A continuación me aporta sus propias fantasías de reivindicación fálica: "Las niñas querían arrancarles los pajaritos a los muchachos." Me hace con plastilina un monigote que llama muchacho, con un pajarito en el trasero y una delantera de niña, que destruye con rabia, diciéndome que no tengo nada bien. Agrega que no quiere jugar más con los muchachos, que saltan sobre las chicas y les hacen daño.

Ahora que el padre lleva a Isabel de la mano, va a ver a la maestra, se interesa en sus progresos, la niña pasa por una crisis de ansiedad. Tiene miedos que no puede definir. Es en ese período que Isabel es llevada a

* Niñas exploradoras. [T.]

precisarme sus relaciones con la madre: "Hubiera querido ser hija única para estar sola con mamá."

Al día siguiente, Isabel hace una especie de *acting out* en la escuela: vomita en clase y grita durante tres horas. Por la tarde, a solas con la madre, se muestra alegre y eficaz en la casa.

A la sesión siguiente, me expone su deseo de abandonar a mamá y su miedo de que sea la madre quien la deje o muera.

Este período de angustia intensa —un mes— se cierra con una gran distensión y la partida de Isabel, quien deja a su madre para ir a practicar esquí con un grupo de niños. Se mostrará allí perfectamente normal, ocultando a los demás su retardo escolar. El día de la partida, una niña hace esta observación a la hermana mayor: "¿Así que es tu hermana Isabel? Tienes suerte de tener una hermana como ésa, no es nada cargosa."

Al regreso, la maestra nota un evidente progreso en francés; ha adquirido cantidad de nociones gramaticales. Isabel permanece refractaria al cálculo, aunque ha adquirido la noción de número.

Ahora, en las sesiones, hace intervenir los olores asociados a los alimentos: hay buenos y malos olores y el peligro de dejarse invadir por ellos...

Los progresos de la niña son cada vez más rápidos. Me trae el siguiente tema: "Las voces de papá y mamá hablan en la noche. Quisiera saber lo que dicen y lo que dicen de mí. Tengo miedo de que se vayan los dos..."

El padre continúa interesándose en el trabajo de Isabel. Cuando ello sucede, provoca en la niña una gran satisfacción y en consecuencia un excelente rendimiento.

Isabel adquiere la noción del tiempo; sabe leer la hora y se le tornan accesibles las tablas de multiplicar.

Estamos en abril de 1959. Entreveo, para la niña, la posibilidad de un internado en el año próximo, con la idea de que podría beneficiarse de una recuperación escolar más completa y de que la separación de la familia, al igual que en ciertas anorexias, no puede serle más que saludable. La niña es quien acepta y la madre quien sufre. Toda la familia va a visitar el establecimiento en ocasión de las vacaciones y a la directora, que le plantea la cuestión de su posible concurrencia el próximo año, la niña responde: "Como sé escribir, si no me gusta diré que me vengán a buscar."

Al comienzo de Pascuas, Isabel juega con cinco muñecas, todas niñas. Les da clase, en especial de cálculo. Isabel tiene, en las *Jeanettes*, una amiga querida que la visita a menudo. Ahora me habla mucho de otros niños, de los exámenes de los mayores y de la necesidad que tendrá de sufrirlos algún día. Aborda espontáneamente la cuestión de su edad y del nivel de su clase. "Tengo once años; le digo a todo el mundo que entro en primer año de la escuela secundaria; sé que no estoy más que en el segundo grado de la primaria."



Isabel termina el año con un premio. En la penúltima sesión, la niña retoma uno de los temas del comienzo, pero la atmósfera es por completo distinta. Hay una casa donde se está cómodo para jugar; las flores y los árboles se sienten bien, los árboles no mueren porque beben y tienen buena tierra que les da lo que necesitan (*dibujo 10*).

La última sesión termina con las imágenes de un padrino y una madrina que Isabel parece introducir como sustitutos de las imágenes parentales. Se trata de que pueda pasar una temporada con ellos. Mientras tanto, me dice, me han dado un casal de tórtolas.

Es demasiado pronto para pronunciarse sobre este caso. En apariencia, la niña ha cambiado por completo; tal vez le sería ventajosa una investigación más profunda, pero no lo sé. En todo caso, es evidente que desea una salida que la independice. Puede ser que la adquisición escolar se haga de golpe, gracias a la separación, que le permitirá decirse que no debe a nadie su progreso.

Creo que si se hubiera comenzado por una psicoterapia y terminado por una reeducación fonológica, se hubiera ganado tiempo y evitado la separación, que se hizo necesaria. En efecto, ha sido preciso no sólo deshacer las estructuras subyacentes de la dislexia, sino también atacar el atiborramiento suplementario que ha representado para la niña la reeducación fonológica. En el comienzo la psicoterapia vino a ser casi como un corrector fonológico suplementario.

Lo que me ha parecido destacable en este caso es la manera en que la niña fue llevada en forma espontánea a esclarecer sus problemas y cómo, a través de esto, pudo recuperar, en forma sucesiva, una estabilidad psicomotriz, el sentido del ritmo, de la orientación, del gusto por la lectura, la noción de los números (por añadidura, el C I llegó a ser normal: 93).

La ambivalencia y la contradicción existían desde antes del naci-

miento. La madre trajo a Isabel al mundo, rechazando y a la vez deseando este nacimiento. Fue una madre gratificante mientras la bebé constituía una prolongación de ella; después hubo una falta para la madre, a la que la niña reaccionó con un llamado. Y durante años, se desenvolvieron en eco la una de la otra, a falta de una vida propia de cada una de ellas. Cuando la pequeña descubre la posibilidad de ser autónoma, dirá en sustancia: "¿Qué va a ser de mamá sin mí para ocuparse?" Madre e hija deberán ser ayudadas de algún modo a pasarse la una sin la otra. Pero el sufrimiento es mucho mayor para la madre que para la hija.

En estas cuestiones de reeducación disléxica, nos encontramos a menudo con estructuras prepsicóticas, como en los débiles mentales. Lo que no marcha correctamente en el lenguaje, la escritura y la ortografía, toma sentido en la imagen del cuerpo y la propia historia del sujeto. La mayoría de estos niños viven en la ignorancia: no se aceptan con su sexo, niegan la situación familiar perturbadora en la que se hallan, etcétera. Esto puede ir bastante más allá: recuerdo el caso de un niño que se decía hijo de su madre y de su abuela. Se hallan, pues, estas inversiones en la vida, en las relaciones del niño con los demás y se traducen a continuación —yo diría acrecentadas— en el dominio escolar.

Isabel era, originariamente, un niño-niña, un sí-no, como eco a la propia situación de la madre. Fue preciso que la madre saliera primero de su propia contradicción, se pusiera de acuerdo con el universo del significante para que la hija descubriera a su turno, a renglón seguido, su sexo como un significante. En otras palabras, mientras Isabel estaba absorbida por su madre, su única autonomía consistía en rechazar la comida y en cerrar la puerta de su oreja. El problema del rechazo del lenguaje aparece, curiosamente, como en relación con la puerta del vientre de la madre. Hay vientres buenos y malos. ¿Habrá también palabras buenas y malas? La niña, cerrada al lenguaje realista, es sensible al de las fábulas, cuyos signos no son percibidos como peligrosos.

Desde el punto de vista del método, el análisis de Isabel fue conducido en forma paralela con una ayuda gratificante a la madre. Creo que en este caso de simbiosis madre-niña, era preferible que las dos fueran vistas por el mismo terapeuta. Ello me permitió evitarle a la madre uno de esos derrumbes espectaculares que siempre comprobé en mis psicoterapias de débiles mentales. Aquí, la madre fue casi llevada a hacer el "don" de su hija a la sociedad. Con ello permitió, en todo caso, un nuevo nacimiento de la niña.

Es eso lo que me ha parecido lo más característico en la muy limitada experiencia que tengo con niños disléxicos: asistimos siempre, en un momento dado, a una transformación radical en la relación madre-niño, por la que la madre da al niño el derecho a una vida autónoma, mientras antes estaba implícitamente obligado a adoptar sus deseos o su ritmo. Es cuando el niño, de acuerdo con la madre, no tiene ya que rechazar el juego materno, que puede reencontrarse en un cuerpo que le es propio, articulado, con una cabeza humana en lugar de una flor.

Esto es válido, sin duda, para muchas psicoterapias infantiles, pero en particular para aquellos que, por haberse construido bien a la inversa, han devenido enfermos en el ritmo, la palabra, la escritura.

Si retomamos la situación a tres, tal como Isabel la presentó al comienzo del análisis, hallamos una imagen paterna descartada y, en primer plano, una mamá que se ocupa por completo de la niña.

Para Isabel sólo cuenta una relación dual con la madre; relación agresiva donde, según sus palabras, cada una está en peligro de comer a la otra o de ser comida. Los dos momentos importantes del análisis serán aquellos en que la niña expresa esa relación sin palabras con la madre. En un primer tiempo están los ojos de miedo, los ojos de personas mayores que se soportan cuando mamá la obliga a comer. Rechazar el alimento es la única salida que la niña tiene para introducir un tercer término y para escapar así de la imagen absorbente, terrorífica, de la madre. En un segundo tiempo (que coincide con la adquisición del lenguaje corriente y de la lectura) Isabel introduce la imagen del espejo y de la otra niña. Con ello escapará al peligro de ser comida por el otro. El espejo desea ser la niña; la niña desea ser el espejo. El hecho de hablar de esto hace salir a Isabel de una situación de la que estaba presa. El "tercer término" introducido en la ocasión es el lenguaje de las fábulas. En esa lengua imaginaria empleada en psicoterapia, la niña puede hablar porque las cosas no le conciernen. En la vida real, hablar es un compromiso en el que no puede consentir.

En psicoterapia, la niña es lo bastante sensible para comprender que aquello de lo que habla también le concierne, pero puede jugar a no estar concernida, y yo acepto el juego. En la vida real, el único subterfugio posible para conservar la autonomía que necesita, es rechazar el lenguaje y sus signos. No es posible jugar a rechazar porque la madre se siente implicada en el juego y el rechazo. Isabel podría temer que mamá muriera de veras, en tanto que es una broma que tiene deseos de que mamá muera, a fin de poder existir de verdad. Para que el lenguaje resulte accesible a Isabel, sería preciso que comportara un disfraz, una escapatatoria posible. Es preciso que pueda filtrarse una distancia entre ella y el otro.

Pero en el lenguaje sin palabras, tal como existe en la relación dual entre Isabel y su madre, no hay escapatatoria. La madre se siente implicada en todo, al punto de que Isabel debe inventarse un lenguaje secreto.

Si pudo hallar ese lenguaje conmigo es porque permanecía todo el tiempo que quiso en un plano que no la concernía, aunque concerniéndola. Jugué el juego de no comprometerla nunca, hasta el momento en que pudo comprometerse de veras al ser la flor que pica. Antes de eso, era *uno*. Hubo bastantes sesiones, al comienzo, en que la niña empleaba el *yo*, pero era para agregar, casi en seguida: no es cierto. El *yo* del comienzo era la duda, la negación "yo soy el número cuatro, el número nueve, me llamo Emilia y no Isabel, todo es mayonesa", y en el fondo nada de todo eso existe.

Es por un lenguaje de imágenes, que en apariencia no concernía a la niña, que se pudo englobar de entrada la relación sin palabras madre-niña. El aprendizaje de lo que se llama el *lenguaje* se realizó al mismo tiempo que se introducía el padre en la vida de la niña. Le fue necesario a Isabel liberarse primero de los lazos perturbadores que la paralizaban, para poder después aceptar un aprendizaje.

¿Qué soy, niña o muchacho? ¿Qué es la vida y la muerte? Los temas pueden al fin plantearse, conduciendo a la niña, poco a poco, al dominio del lenguaje y de su propia historia.

Al principio, no se trataba del lenguaje en general, sino sólo de una imposibilidad de aprendizaje en el dominio de la lectura, de la ortografía y el cálculo.

En el plano técnico, Isabel aparecía ante todo como una disléxica: era una niña en edad de aprender, que se negaba a aprender y que, por esta razón, movilizaba a padres, educadores y médicos. No parecía tenerse en cuenta su retardo del lenguaje y su debilidad expresada en los tests venía por añadidura.

Se ensayó hacerla pasar por el aprendizaje de la lectura en forma de una reeducación foniátrica. Fue en cierta medida el fracaso de esa reeducación lo que llevó a la psicoterapia. ¿Qué era, pues, esta niña a quien se había llegado a enseñar a leer, pero que permanecía hasta tal punto ajena al sentido de lo que leía que el éxito del aprendizaje se tornaba un sinsentido?

Siguiendo las etapas del desarrollo de la imagen del cuerpo, tal como Isabel nos lo presenta en la psicoterapia, asistimos en forma paralela a la recuperación de todo lo que en la niña estaba bloqueado. Al principio, según las propias palabras de Isabel, la cabeza y el tronco están paralizados; sólo están vivos el corazón y las piernas. Uno se sirve de esas piernas para ser malo... o bien no se sirve de ellas para nada. Las manos no pueden agarrar nada; los ojos tienen miedo. Tal es la imagen del cuerpo dada después de algunas sesiones de análisis. Ya en la primera sesión, Isabel nos hizo sin titubeos un buen hombre con la cabeza para abajo, imagen misma de sus inversiones.

La niña recuperará primero la habilidad motriz, tendrá amigos. Habiendo recuperado un cuerpo humano, Isabel utiliza sus orejas para oír. Se vuelve bonita; su padre se ocupa de ella. Sólo a partir de ahí se ubica la adquisición del lenguaje corriente. La lectura llega a continuación, en un orden, creo, bien natural.

La lectura corriente y el lenguaje están, por otra parte, asociados al descubrimiento del yo; cuando la niña habla en su nombre es cuando expresa, en una sesión, su relación con la madre, en particular en el pasaje del espejo y la niña. A renglón seguido podrá ubicarse en su familia, descubrirse un lugar y un nombre. El cuerpo está en su sitio, la familia en orden y con ella la lectura.

La dislexia (es decir, un universo donde los signos están trastornados) va muy a menudo del brazo con lo que se llama un retardo del len-

guaje, que no es en sí mismo, a veces, más que un bloqueo de la expresión del sujeto. Recuerdo la conversación de un muchacho disléxico de doce años con su madre, que lo acucia a *decir* todo lo que hace durante el día. "Bueno...sí... —contesta el muchacho, evasivamente. "Entonces, qué. ¿No me *dices* nada?" "Pero sí —replica el chico— acabo de explicarte todo." En el mundo del disléxico hallamos, a la vez, una imagen de cuerpo invertida, lacunar y una relación sin palabras con la madre, tan rica de significaciones que el niño, para no perderse, se evade de ello buscando un tercer término que será una negación. Y es en esta negación, forma de determinado lenguaje, que será preciso descubrir un sentido que permita al sujeto encontrar para sí mismo, primero una estructura correcta en un mundo aceptado por él, llegando luego el aprendizaje, no impuesto por el adulto sino deseado por el niño.

Lo que aquí podemos plantearnos es saber si el habla es una actividad corporal o bien si el conocimiento del cuerpo se hace mediante la palabra, o bien si la actividad corporal y la palabra se combinan. En el caso de Isabel, todo puede ser palabra, aun lo que no se dice. Poco importa; lo que cuenta, para el analista, no es tanto verbalizar lo que no marcha como ser receptivo al desarrollo de un cuerpo fragmentado, que no se sitúa en parte alguna. Cuando Isabel emplee correctamente la palabra, habrá recuperado en parte una imagen del cuerpo correcta.

Mi intención no es resolver aquí ese problema de la relación de la imagen del cuerpo y de la palabra en el niño disléxico. Me limito a plantearlo y mantener la expectativa.

En estas páginas, a la luz de un caso "extremo", he tratado de poner en evidencia los rasgos característicos del disléxico. Se me opondrá la diversa etiología del disléxico y el abanico muy amplio de las diversas formas de dislexia. Ello no impide que se pueda encontrar, en diversos grados, perturbaciones en las relaciones con la madre que pueden ir desde rasgos fóbicos leves hasta la estructura esquizoide, frecuente, por otra parte, en los casos llamados "débiles mentales verdaderos".

Si el débil mental parece tener "su lugar" en la familia, el disléxico está en conflicto más o menos abierto con los suyos; no se "admite" su infortunio (la madre es a menudo de tipo histérico).

En casos de traumatismo (niño que ha estado al borde de la muerte), se encuentran asimismo signos disléxicos, acompañados de una imposibilidad de identificación animal.

Por suerte, no todos los niños disléxicos tienen necesidad de psicoterapia; pero sería útil, por cierto, estudiar la historia de todos ellos, a fin de llegar un día a desentrañar el sentido mismo de la dislexia.

Dicho esto, puede ser de interés para el lector saber qué fue de Isabel después de ese tratamiento interrumpido.

Las noticias recientes de esta niña, que después de su permanencia en el internado había sido confiada a un establecimiento de reeducación especializado, nos aportan los datos siguientes:

El progreso escolar, luego de la interrupción de la psicoterapia, fue nulo. Dicho de otro modo, la adquisición de la lectura y del cálculo, lograda en el curso de la psicoterapia, sin reeducación especializada, permaneció en el mismo nivel, a pesar de los esfuerzos de los reeducadores especializados.

El establecimiento de reeducación se deshizo de la niña, orientándola hacia un instituto para niños débiles mentales, donde no la retuvieron a causa de sus trastornos conductuales.

“¿Qué soy yo: niña o muchacho? ¿Qué son la vida y la muerte?” Las preguntas —decía yo— pueden plantearse al fin, conduciendo poco a poco a la niña al dominio del lenguaje y de su historia. Los progresos espectaculares logrados en el curso de la psicoterapia me habían hecho creer que “la continuidad se daría”. Las ideas de “maduración” me influyeron, a pesar mío.

Isabel había planteado el problema de la muerte en las últimas sesiones, al mismo tiempo que apareció el tema promisorio del casal de tórtolas...pero me había dejado su interrogante.

Así pues, el análisis debió ser retomado en el punto preciso que había sido evitado entonces: la entrada en un mundo donde todos los relojes se detienen, donde la vida está en suspenso, donde la muerte está ahí, pero una muerte que eterniza para siempre el deseo...

La interrupción del análisis en el preciso momento en que la vida tomaba para Isabel un sentido, puso a la niña en peligro. No habiendo tenido tiempo de reconocer, en la situación transferencial, el lugar que yo ocupaba entre sus figuras mortales, transfirió su poder de momificación sobre sus reeducadores: si un psicoanalista puede y debe hacerse más muerto que la muerte misma, ¿por qué, en fin, el reeducador —el sujeto en el que se hace el llamado al Otro— no puede protegerse contra una niña que se estanca y desafía las técnicas más probadas? La respuesta del reeducador fue un nuevo envío a un centro de débiles mentales. El destino de Isabel hizo que el análisis apareciera de nuevo en su camino.

Anoréxica, fóbica, rebelde a todo aprendizaje escolar, pudo tener deseos en el curso del análisis porque no se los tenía en lugar suyo. La interrupción del análisis la haría recaer en el peligro que suscitaba en la niña toda objetivación de los síntomas en una reeducación. El rechazo escolar volvió el mismo día en que la demanda de la niña (aprendizaje escolar) fue tomada al pie de la letra, ya que esta demanda encubría de hecho la muerte y no la vida.⁴

⁴ Isabel escapó a una investigación analítica más profunda por la demanda de una escolarización intensiva. Esta demanda encubría, de hecho, el deseo de los padres: haciéndolo suyo, la niña revivía las dificultades de su infancia y reaccionaba frente a ellas con mecanismos de defensa obsesiva. Lo que para los padres constituía vida y progreso, era experimentado por Isabel como peligro y necesidad de inmovilizarse “para que nada cambiara”. Sólo la prosecución de la psicoterapia le permitiría a la niña una evolución correcta. El aprendizaje será posible el día en que la niña lo desee por sí misma, no alienada en el deseo de los adultos. En este

Este caso demuestra hasta qué punto el analista más convencido corre siempre el riesgo, *porque se trata de un niño*, de proponer soluciones educativas. Pero su papel consiste en aceptar y soportar la idea de una impotencia total, de una ineficacia completa, para que el sujeto pueda nacer a su destino.

caso, se han perdido años "para ganar tiempo", un tiempo escolar. Una reeducación del síntoma ha fijado a la niña en sus dificultades. La interrupción demasiado apresurada de la psicoterapia la volvió a enfrentar a ese problema fundamental (la angustia de muerte) del que ya había tratado de escapar al inmovilizarse.

CONCLUSION PRACTICA

El esclarecimiento psicoanalítico del problema del retardo mental, tal como se ha expuesto en este libro, no niega el valor real de las reeducaciones especializadas, la urgencia del problema social y escolar, el beneficio de los tratamientos médicos.

El número de psicoanalistas infantiles especializados en el tratamiento de psicóticos es, por cierto, insuficiente; por lo tanto, no es posible, ni siquiera desde el punto de vista de la técnica, proponer una generalización de los métodos psicoanalíticos para todos los deficientes mentales, a escala nacional.

Lo que he querido hacer captar no es tanto un método de tratamiento opuesto a otro, sino un nuevo espíritu para encarar a un ser disminuido; una forma de aproximación radicalmente "antirracista" al problema humano.

La evolución de la técnica nos lleva hoy a crear cursos y escuelas para dotados, superdotados, infradotados. Parece normal basarse en el cociente intelectual para orientar autoritariamente a un sujeto, hasta para informarle que es "débil mental por la fiebre que tuvo".

En las culturas primitivas, los locos viven entre los otros seres, tienen su sitio en el pueblo, asumen un papel, aunque sea el de loco y son respetados como tales. En nuestra civilización, no hay lugar para un ser humano incapaz de cierto rendimiento social o escolar determinado. La carrera por el rendimiento escolar afecta al prepúber, quien, si la mala suerte lo acompaña, conocerá desde muy chico su rechazo de todo sistema escolar. Será excluido, no por el color de la piel, sino por la forma o la cualidad de su inteligencia.

Esta total imposibilidad, para el ambiente, de aceptar un "enfermo mental" fija a éste en su enfermedad, en forma automática. Ser rotulado como débil mental o loco, tal como se señala a alguien con el dedo si

es negro, sólo puede conducir a sufrir ese estado de cosas o a rebelarse. No existe posibilidad de asumirse como ser autónomo, sobrepasando una frontera trazada por el Otro. Tal como se ha sido juzgado, se debe permanecer.

Los progresos de la pedagogía marchan en el sentido de una adaptación, de un bienestar para el sujeto, dentro de los límites que el Otro cree posible.

La evolución de la medicina social va en el sentido de una recuperación social de los seres disminuidos: se construyen escuelas especiales, hay talleres que acogen a los deficientes.

Más adelante, una reglamentación de los problemas de la infancia inadaptada permitirá tal vez una mejor coordinación de la educación nacional con los servicios de salud pública.

El peligro está en que las reglamentaciones se adelanten a nuestros conocimientos y que, una vez más, la técnica predomine sobre lo humano.

Desde que las escuelas han sido oficializadas,* es cada vez más difícil hacer admitir, a título excepcional, a un débil mental (tal vez recuperable con una psicoterapia, o susceptible de mejorar) para quien un medio normal constituye a veces un aporte esencial.

Asimismo, las escuelas de enseñanza doméstica, que acogían a veces, con carácter de excepción, a niñas poco dotadas pero aptas para aprender el arte de la cocina, cierran sus puertas "a causa de la inspección". La segregación ha entrado en nuestros hábitos, al extremo de estar reglamentada.

"Toda escuela oficial se compromete a no recibir ningún niño con un C I insuficiente."

A lo largo de todo este libro, me alzo contra ese estado de cosas.

Sé que mis protestas son a menudo escuchadas como una tentativa de probar la supremacía del psicoanálisis sobre las otras disciplinas. ¿No es esta respuesta, en sí misma, un signo de nuestro tiempo, dominado por la idea de competición y de especialización a toda costa?

Porque denuncié, en un grupo, diversos rasgos "moralizadores y caritativos" de determinada concepción del psicoanálisis infantil, se creyó que cuestionaba todo el actual sistema de asistentes sociales y de educadores.¹ Cada uno se siente amenazado en su propia disciplina desde que abordo, a la luz del psicoanálisis, el problema del niño retardado. ¿Será pues, este cuestionamiento del niño retardado, también un cuestionamiento de nosotros mismos?

Los psicoanalistas, al igual que otros médicos, no están al abrigo de

* La autora se refiere, por supuesto, a Francia.

¹ Comunicación al grupo de estudios de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis, diciembre 1962.

perjuicios desfavorables con respecto a los débiles mentales. Aceptan ocuparse de los llamados "falsos débiles", pero no entrar en diálogo con los "verdaderos". Más allá de todo factor de organicidad, me he esforzado en hacer aparecer al sujeto, perdido, olvidado a lo largo de los exámenes de laboratorio.

El capítulo "Historias de casos" está consagrado a la entrevista con la familia del enfermo; entrevista que versa, no tanto sobre los síntomas, como sobre los vínculos interhumanos en el seno de la familia y sobre el sentido que, para la madre, han tomado las cuestiones siguientes:

¿Qué es un niño?

¿Qué es un niño deficiente?

Considerar un síntoma evidente no aporta, como consecuencia, la curación. Algunos me reprochan el riesgo de aportar así esperanzas ilusorias. Se olvida que el drama de estos niños está hecho, precisamente, de *desesperanza*. ¿Cómo pueden luchar, cuando los padres han aceptado, en lugar de ellos, con resignación, la imposibilidad de progresar? ¿Qué sentido dar a una vida que los adultos mismos han consagrado al sinsentido? Para algún otro, el drama está en que su insuficiencia tiene por misión ocultar la locura o la neurosis grave de uno de los progenitores. Para otro aún, tal vez no haya nada que hacer, pero dándole una dimensión de sujeto, en lugar de ser ese objeto peloteado que los adultos se pasan, se le permite ya una superación de su desgracia. Aceptarse con sus límites intelectuales o con su miseria física supone una posibilidad de rebelión creativa o salvadora, a lo largo de un camino donde ha podido ser percibido el drama personal: elegir una vida es siempre elegir una lucha.

Si no estamos en guardia, corremos el peligro de olvidar que el débil puede ser llevado a plantearse interrogantes.

"¿Quién soy?" Esta pregunta nos introduce a la diferencia entre el *yo* y el *tú*; la autonomía de la conciencia se obtiene a partir del momento en que el sujeto puede situarse en el tiempo, poniendo a los demás en su lugar, lo mismo que se sitúa ante los demás. La dialéctica psicoanalítica lleva en fin al débil a retomar en sus manos su propio destino y su relación con el mundo.

Este trofeo es aun más precioso para un niño a quien su enfermedad ha fijado como un objeto, cerrándole toda posibilidad reflexiva.

Pocos niños pueden beneficiarse de un psicoanálisis; el tratamiento psicoanalítico sigue siendo patrimonio de privilegiados (privilegiados del destino, del azar, de la fortuna). La reflexión psicoanalítica presente a cada instante en este libro, nos aporta, de todos modos, una enseñanza esencial: a saber, que un ser humano tiene todo por ganar si no recibe de un miembro de la Sociedad un veredicto inapelable.

Desde que se plantea un diagnóstico preciso, el niño va a fijarse en

un rol y los padres asumirán una misión jalonada de trampas neuróticas en el plano de las relaciones interpersonales.

En nuestra época, todo el mundo emite diagnósticos: el médico, el director de escuela, la asistente social, la vecina de piso, informada por la última emisión de T.V. Todo adulto "evolucionado" está pronto para dar una "opinión autorizada". Cada uno conoce la "mejor escuela", el mejor reeducador; cada uno da su opinión sobre el tratamiento y tiene en la punta de la lengua el nombre del "mejor" médico.

Tal vez se trate del efecto de la vulgarización de las nociones científicas, pero también se trata de un test de la ansiedad del público. Al ocuparse de un deficiente, se enmascara la propia angustia. Es él quien está enfermo, no nosotros.

Este libro tiende, precisamente, a no cuestionar las instituciones ni a las personas (aun siendo muy sensibles a los defectos de una política que presta tan poca atención a la salud pública y a la educación; pero no es éste nuestro propósito); al buscar un responsable, se soslaya el verdadero problema, que es el cuestionamiento de uno mismo y de la época.

No hay sitio en nuestra sociedad para el deficiente mental. Ese es el drama. Por la fuerza de los hechos se ve condenado a permanecer al margen de los seres, o "condenado" a curar (es decir, a asumir una dosis de sufrimiento).

Este problema no es sólo de Francia. Si bien nuestro país tiene el privilegio de contar con un equipo de avanzada en el dominio del *tratamiento* de los niños débiles mentales y psicóticos,² no estamos adelantados, a escala nacional (en comparación con lo que se hace en la U.R.S.S.) en cuanto al problema del *diagnóstico*, por el *handicap* derivado del carácter esterilizante y fatalista de los tests de nivel mental. Muchos niños son orientados hacia un fracaso, cuando en realidad se les podría dar una posibilidad de desarrollo en un medio escolar donde les sería más fácil vivir.³

¿Qué es un débil mental?

Este libro dejará al lector sin respuesta. No es esto lo esencial. Lo que cuenta es buscar, más allá del deficiente, la palabra que lo configura como sujeto presa del deseo.

² Debemos mucho, en este dominio, a las investigaciones teóricas y a los trabajos de Aulagnier, Dolto, Lacan, para no citar más que a éstos.

³ Lo que hay que cuestionar es una mentalidad colectiva con respecto a la "enfermedad mental". La ley francesa del 17 de julio de 1970, al establecer la detección obligatoria de los trastornos mentales, agrava el problema de la segregación y de la selección. Las primeras víctimas de esas detecciones fueron los niños salidos de medios socioeconómicos desfavorables. De tal modo, se trabaja en aras del surgimiento de un *Lumpen proletariat* en el futuro.

“Si esta palabra es accesible, es porque ninguna verdadera palabra lo es sólo del sujeto, ya que siempre opera cimentándolo en la mediación con otro sujeto; por esto, la palabra queda abierta a la cadena sin fin —pero no sin duda indefinida, ya que vuelve a cerrarse— de las palabras donde concretamente se realiza, en la comunidad humana, la dialéctica del reconocimiento.”⁴

⁴ Jacques Lacan.

Biblioteca de PSICOLOGIA PROFUNDA

2. A. Freud - *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*
4. A. Freud - *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*
6. C. G. Jung - *La psicología de la transferencia*
7. C. G. Jung - *Símbolos de transformación*
8. A. Freud - *El psicoanálisis y la crianza del niño*
9. A. Freud - *El psicoanálisis infantil y la clínica*
12. C. G. Jung - *La interpretación de la naturaleza y la psique*
13. W.R. Bion - *Atención e interpretación*
14. C. G. Jung - *Arquetipos e inconsciente colectivo*
15. A. Freud - *Neurosis y sintomatología infantil*
16. C. G. Jung - *Formaciones de lo inconsciente*
17. L. Grinberg - *Identidad y cambio*
20. A. Gamma - *Psicoanálisis de los sueños*
21. O. Fenichel - *Teoría psicoanalítica de las neurosis*
22. Marie Langer - *Maternidad y sexo*
24. Hanna Segal - *Introducción a la obra de Melanie Klein*
25. W. R. Bion - *Aprendiendo de la experiencia*
29. C. G. Jung - *Psicología y simbólica del arquetipo*
30. A. Gamma - *Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños*
31. Arminda Aberastury - *Aportaciones al psicoanálisis de niños*
32. A. Gamma - *El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*
33. R. W. White - *El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica*
35. W. Reich - *La función del orgasmo*
36. J. Bleger - *Simbiosis y ambigüedad*
37. J. Sandler, Ch. Darc y A. Holder - *El paciente y el análisis*
40. Anna Freud - *Normalidad y patología en la niñez*
42. S. Leclair y J. D. Nasio - *Desenmascarar lo real. El objeto en psicoanálisis*
44. I. Berenstein - *Familia y enfermedad mental*
45. I. Berenstein - *El complejo de Edipo. Estructura y significación*
48. J. Bowlby - *El vínculo afectivo*
49. J. Bowlby - *La separación afectiva*
50. J. Bowlby - *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*
51. E. H. Rolla - *Familia y personalidad*
56. I. Berenstein - *Psicoanálisis y semiótica de los sueños*
57. Anna Freud - *Estudios psicoanalíticos*
59. O. Kernberg - *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*
60. M. Sami-Ali - *Cuerpo real, cuerpo imaginario*
62. W. R. Bion - *Seminarios de psicoanálisis*
63. J. Chasseguet-Smirgel - *Los caminos del anti-Edipo*
64. G. Groddeck - *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*
65. M. A. Mattoon - *El análisis junguiano de los sueños*
66. D. Foulkes - *Gramática de los sueños*
67. Anna Freud - *El yo y los mecanismos de defensa*
68. Heinz Kohut - *La restauración del sí mismo*
69. R. Fliess (comp.), W. Reich y otros - *Escritos psicoanalíticos fundamentales*
70. Georges Amado - *Del niño al adulto. El psicoanálisis y el ser*
71. Jean Guillaumin - *Los sueños y el yo. Ruptura, continuidad, creación en la vida psíquica*
72. I. Berenstein - *Psicoanálisis de la estructura familiar*
73. M. A. Mauas - *Paradojas psicoanalíticas*
74. N. Yampey - *Psicoanálisis de la cultura*
75. C. M. Menegazzo - *Magia, mito y psicodrama*
76. L. Grinberg - *Psicoanálisis. Aspectos teóricos y clínicos*
77. D. J. Feldfogel y A. B. Zimmerman (comps.) - *El psiquismo del niño enfermo orgánico*
78. C. G. Jung - *Energética psíquica y esencia del sueño*

Biblioteca de PSICOLOGIA PROFUNDA
(cont.)

79. C. D. Pérez - *Masculino-Femenino o la bella diferencia*
80. S. Freud - *Esquema del psicoanálisis*
81. D. Lagache - *Obras I (1932 - 1938)*
82. D. Lagache - *Obras II (1939 - 1946)*
83. D. Lagache - *Obras III (1947 - 1949)*
84. D. Lagache - *Obras IV (1950 - 1952)*
85. M. Balint - *La falta básica*
91. M. Mannoni - *El niño retardado y su madre*
92. L. C. H. Delgado - *Análisis estructural del dibujo libre*
93. M. E. García Arzeno - *El síndrome de la niña púber*
94. C. D. Pérez - *Un lugar en el espejo. El espacio virtual de la clínica*
95. M. Mahler - *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*
96. M. Mahler - *Estudios 2 - Separación - individuación*
97. C. S. Hall - *Compendio de psicología freudiana*
98. A. Tallaferró - *Curso básico de psicoanálisis*
99. F. Dolto - *Sexualidad femenina*
100. B. J. Bulacio y otros - *De la drogadicción*
101. Irene B. C. de Krell (comp.) - *La escuela, la histeria*
102. O. F. Kernberg - *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*
103. D. Lagache - *El psicoanálisis*
104. F. Dolto - *La imagen inconsciente del cuerpo*
105. H. Racker - *Estudios sobre técnica psicoanalítica*
106. L. J. Kaplan - *Adolescencia. El adiós a la infancia*
107. S. Rosen - *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de M. H. Erickson*
108. M. Pérez Sánchez - *Observación de niños*
110. H. Kohut - *¿Cómo cura el análisis?*
111. H. Mayer - *Histeria*
112. S. P. Bank y M. D. Kahn - *El vínculo fraterno*
113. C. G. Jung - *Aion. Contribución a los simbolismos del sí-mismo*
114. C. G. Jung - *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*
115. C. G. Jung - *Psicología de la demencia precoz. Psicogénesis de las enfermedades mentales 1*
117. M. Ledoux - *Concepciones psicoanalíticas de las psicosis infantiles*
118. M. N. Eagle - *Desarrollos contemporáneos recientes en psicoanálisis*
119. P. Bercheric - *Génesis de los conceptos freudianos*
120. C. G. Jung - *El contenido de la psicosis. Psicogénesis de las enfermedades mentales 2*
121. J. B. Pontalis, J. Laplanche y otros - *Interpretación freudiana y psicoanálisis*
122. H. Hartmann - *La psicología del yo y el problema de la adaptación*
123. L. Bataille - *El ombligo del sueño*
124. L. Salvarezza - *Psicogeriatría. Teoría y clínica*
125. F. Dolto - *Diálogos en Quebec. Sobre pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos*
126. E. Vera Ocampo - *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*
127. M. C. Gear y E. C. Liendo - *Hacia el cumplimiento del deseo*
128. J. Puget e I. Berenstein - *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*
129. H. Mayer - *Volver a Freud*
130. M. Safouan - *La transferencia y el deseo del analista*
131. H. Segal - *La obra de Hanna Segal*
132. K. Homey - *Últimas conferencias*
133. R. Rodolfo - *El niño y el significante*
134. J. Bowlby - *Una base segura*
135. Maud Mannoni - *De la pasión del Ser a la "locura" de saber*
136. M. Gear, E. Liendo y otros - *Tecnología psicoanalítica multidisciplinaria*
137. C. Garza Guerrero - *El superyó en la teoría y en la práctica psicoanalíticas*
138. I. Berenstein - *Psicoanalizar una familia*
139. E. Galende - *Psicoanálisis y salud mental*
140. D. W. Winnicott - *El gesto espontáneo*
141. Gear, M. C., Liendo E. G. y otros - *Supervisión terapéutica*