

Mesa Redonda: La patobiografía de niños

Gustavo Chiozza.

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO CON LOS PADRES EN LAS PATOBIOGRAFÍAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Como todos sabemos el método patobiográfico surgió a partir del psicoanálisis como un intento de superar la dificultad que representa para el tratamiento psicoanalítico el carácter urgente de ciertas afecciones somáticas. La utilidad demostrada de este nuevo método hizo que, poco a poco, se lo fuera extendiendo a otras crisis vitales que revestían el mismo carácter de urgencia que aquellas afecciones somáticas que le dieron origen.

Si bien el método patobiográfico difiere del tratamiento psicoanalítico en su implementación práctica, los fundamentos teóricos que lo sustentan son los mismos que los del psicoanálisis. Para reseñar brevemente lo más esencial de estos fundamentos teóricos, citaremos justamente al creador del psicoanálisis (Freud, 1914d, pág. 16) *"Es lícito decir, pues, que la teoría psicoanalítica es un intento por comprender dos experiencias que, de modo llamativo e inesperado, se obtienen en los ensayos por reconducir a sus fuentes biográficas los síntomas patológicos de un neurótico: el hecho de la transferencia y el de la resistencia. Cualquier línea de investigación que admita estos dos hechos y los tome como punto de partida de su trabajo tiene derecho a llamarse psicoanálisis, aunque llegue a resultados diversos de los míos"*.

Algo similar sucede con el psicoanálisis de niños; el intento de aplicar los mismos fundamentos teóricos al trabajo con niños desemboca en una diferente implementación práctica. La principal diferencia en esta implementación es, sin duda, la sustitución de la asociación libre por el juego y el dibujo. Otra diferencia, que adquiere relevancia en relación al tema que hoy nos ocupa, es que en el caso del psicoanálisis de niños, el tratamiento es solicitado y contratado por los padres del niño en una entrevista preliminar en la cual éstos expresan el motivo de la consulta.

De modo que lo que justifica separar al método patobiográfico del tratamiento psicoanalítico, otorgándole un nombre propio, no es su particular implementación práctica sino, fundamentalmente, su diverso alcance. Como ya ha sido señalado en otras oportunidades (Gustavo Chiozza, 2001e), mientras que el método patobiográfico se hace particularmente apto para el *insight*, el tratamiento psicoanalítico supera al primero en la posibilidad que brinda para la elaboración. Chiozza (1986a), en una lograda metáfora espacial, ilustra esta diferencia diciendo que mientras el tratamiento psicoanalítico progresa "longitudinalmente",

de temática en temática, sin un fin premeditado, abandonando al inconciente la dirección de la síntesis, el estudio patobiográfico sería un procedimiento "transversal", orientado hacia un fin premeditado e inmediato.

Si bien podríamos decir que con estos párrafos introductorios hemos agotado, en sus lineamientos básicos, las principales diferencias entre el método patobiográfico y el tratamiento psicoanalítico, no es así cuando consideramos el caso del paciente niño. En efecto, la patobiografía de niños es algo más que un abordaje transversal de aquello que el psicoanálisis de niños aborda longitudinalmente. Esta diferencia radica en el diverso alcance que se propone el trabajo con los padres en la patobiografía de niños.

En lo que sigue intentaré aportar algún esclarecimiento -y ofrecerlo a la discusión- sobre cuál es la justificación del trabajo con los padres, dejando de lado, en esta oportunidad, una descripción pormenorizada de dicho trabajo. Para abordar este tema lo dividiré en tres partes; las justificaciones que se derivan de la edad del paciente, las justificaciones que son propias del carácter transversal del método y por último aquellas otras que, por ser más difíciles de clasificar, son quizás las más interesantes.

a) Justificaciones que se derivan de la edad del paciente:

Si nos atenemos a la edad del paciente, vemos que las diferencias entre la patobiografía de niños y la de adultos es similar a las que encontramos entre el tratamiento psicoanalítico de niños y de adultos. En otras palabras, la patobiografía de niños se diferencia de la de adultos pero se asemeja al tratamiento psicoanalítico de niños.

Del mismo modo que en el análisis de niños el juego, como método exclusivo de recolección de material en los niños pequeños, paulatinamente va dejando lugar a la asociación libre a medida que la edad del paciente aumenta, en la patobiografía de niños, el juego va siendo reemplazado a medida que el paciente va adquiriendo mayor capacidad para responder el cuestionario de anamnesis.

Sin pretender ser demasiado tajantes, podemos decir también que el motivo de consulta, surgido en el ámbito familiar en casos de niños y púberes, comienza a hacerse más individual o personal cuando se trata de adolescentes mayores. Algo similar ocurre con la participación de los padres; indispensable en niños pequeños, va haciéndose paulatinamente menos necesaria a medida que la edad del paciente considerado se hace mayor, aunque en este aspecto, las consideraciones legales que hacen a la minoridad trazan una línea divisoria que es cualitativa y no gradual.

Vemos que esta distinción no ofrece demasiados interrogantes, ya que todo surge según lo dicta el sentido común. Pasemos entonces al segundo grupo.

b) Justificaciones que se derivan del carácter transversal del método patobiográfico.

Como sabemos, la meta del método patobiográfico consiste en la resignificación; es decir, en resignificar la historia que el paciente nos trae, ofreciéndole una nueva historia. En un trabajo anterior (2001e), comparaba esta tarea con el concepto freudiano de construcción y subrayaba junto con Freud (1937d), la importancia que este proceso tiene para el tratamiento psicoanalítico. No obstante estas semejanzas, resulta claro que mientras que en el método patobiográfico la resignificación se persigue de manera activa, en el tratamiento psicoanalítico la construcción surge, espontánea y esporádicamente, como producto de la síntesis inconciente a partir de la tarea interpretativa "longitudinal". Tanto en la conciencia del paciente como en la del analista que, puede o no comunicarla al paciente.

El hecho de que esa síntesis inconciente que emerge a la conciencia como una construcción de una nueva historia –es decir, una resignificación–, ocurra espontánea y esporádicamente, y no cuando se la necesita, es lo que hace necesario la implementación del método patobiográfico "transversal" que busca activamente producir ese tipo de *insight* que llamamos resignificación.

La meta de construir una historia que resignifique aquella otra que el paciente trae, en la ocasión breve y "transversal" del estudio patobiográfico, hace comprensible que, en el caso de patobiografías de niños, necesitemos indefectiblemente de las representaciones aportadas por los padres del niño. Esto no sucede con el mismo grado de perentoriedad en el tratamiento psicoanalítico de niños donde la interpretación sistemática de la transferencia produce, por separado, una síntesis inconciente en el niño y otra en el analista. En otras palabras, la interpretación "longitudinal" de la transferencia provoca la emergencia de una construcción en la conciencia del niño sin la necesidad de que el analista le "cuenta una historia".

En el análisis de niños, a medida que el niño produce el material, por ejemplo a través del juego o el dibujo, el analista interpreta la transferencia. Puede hacerlo de manera directa, utilizando como representación el "aquí y ahora" de la situación transferencial, o mejor, de manera indirecta, utilizando para esto las representaciones propias del juego u otras disponibles; ya sea de sesiones anteriores o bien las aportadas por los padres durante la consulta inicial. De modo que la participación de los padres en este aspecto, si bien a veces puede ser útil, nunca es determinante.

Si bien es cierto que en ciertas situaciones particulares, pueden ser necesarias nuevas entrevistas con los padres del niño en tratamiento, no es menos cierto que esas situaciones particulares son las que imprimen a la situación analítica el carácter de urgente que la patobiografía busca resolver con su abordaje "transversal". Por lo tanto, estas situaciones son menos una objeción que un argumento a favor de lo planteado.

En la patobiografía de niños, en cambio, el anamnesista observa el juego del niño sin formular interpretaciones; luego, el equipo evalúa lo observado en el contexto del material aportado por los padres durante la anamnesis de padres y del conjunto se elabora la resignificación que se ofrecerá al niño. Cabe destacar que si bien se pone atención en no utilizar de manera explícita las representaciones aportadas por los padres, sí se las utiliza de manera implícita. Obviamente la idea no es decirle al niño algo del estilo "tu mamá nos dijo...", pero si podemos decirle algo que sabemos por la historia que nos han contado los padres, del tipo "cuando nació tu hermanito te enfermaste mucho".

Este cuidado por no "cruzar" explícitamente el material aportado por los padres en la resignificación del paciente, crece necesariamente en la medida en que aumenta la capacidad del paciente para aportar representaciones propias; me refiero a su capacidad de "contar cosas" y responder al cuestionario de anamnesis. Y por supuesto, a medida que el paciente va siendo más capaz de contar su propia historia, la perentoriedad con que necesitamos las representaciones aportadas por los padres, disminuye.

Para subrayar este argumento, tengamos en cuenta que en casos muy excepcionales de patobiografías de adultos en las cuales el propio paciente no se hallaba en condiciones de completar el cuestionario de anamnesis, se buscó completarlo con información aportada por la familia. Aunque en estos casos, no se implementó una verdadera "anamnesis de familiares" semejante a la anamnesis de padres que utilizamos en las patobiografías de niños, creo que lo que se buscaba en estos casos eran esas mismas representaciones, imprescindibles a la hora de comprender una historia y proponerse resignificarla construyendo una nueva historia.

Por lo dicho hasta aquí, podríamos concluir que en un paciente de 17 años, que pudiera completar por sí mismo el cuestionario de anamnesis, la participación de los padres tendría sólo el sentido de atender a una cuestión legal, dada la minoridad del paciente. Pero esto no es del todo cierto. Aún nos falta ocuparnos de un tercer apartado que procura esclarecer un aspecto trascendente y sin parangón, propio de la patobiografía de niños y adolescentes.

c) La resignificación a los padres.

Como dijimos al comienzo, la resignificación a los padres en la patobiografía de niños es un "algo más" que no tiene parangón con lo que ocurre en el tratamiento psicoanalítico de niños¹; un plus que también se halla ausente en el caso de pacientes adultos, cuando comparamos el método patobiográfico con el tratamiento psicoanalítico.

Este punto despierta varios interrogantes; ¿de dónde surge la necesidad de dar a los padres del niño una resignificación?, ¿cuál es la fundamentación teórica que justifica esa conducta terapéutica? Intentaré, hasta donde me sea posible, aportar algunas ideas para esclarecer este tema.

El primer argumento a favor de este proceder lo brinda el sentido común; evidentemente el niño se halla inmerso en eso que, de manera un tanto vaga, llamamos "dinámica familiar" y por lo tanto, para producir cambios significativos en él, deberemos actuar también sobre su entorno. Creo que este es un argumento válido, avalado por la utilidad práctica que demuestran tener, en la experiencia, las resignificaciones a los padres del niño. Sin embargo surgen aquí algunas objeciones que no son fáciles de cancelar.

La primera de ellas es que si esto es válido para la patobiografía de niños, por qué no lo es también para el tratamiento psicoanalítico de niños. El psicoanálisis no niega la influencia que el ámbito de interacciones familiares y sociales ejerce sobre todo sujeto; sin embargo, tanto el punto de vista psicoanalítico como su vía de abordaje es netamente individual. Si el psicoanálisis tiene poder para producir modificaciones en el paciente, aún tratándose de un niño pequeño, estas modificaciones se traducirán, inevitablemente en su entorno significativo.

Más allá de que, quizás, este "salirse" del punto de vista individual del psicoanálisis pueda representar un obstáculo teórico a subsanar, podríamos argumentar con fines prácticos que, mientras que el tratamiento psicoanalítico "longitudinal" dispone de un tiempo mayor para actuar sobre el entorno a partir del individuo, el carácter breve y "transversal" propio del método patobiográfico hace que la posibilidad de obtener una influencia suficiente sobre el entorno sea

¹ Algo similar a la resignificación a los padres ocurre en una práctica frecuente pero poco tipificada que se conoce como "consultas de niños". Ellas se sustentan en varias entrevistas con los padres y la observación de la hora de juego del niño, para finalizar con una devolución a los padres y otra al niño. No obstante esto, creo que lo que afirmo en el texto continúa siendo válido, ya que las consultas de niños se asemejan más al carácter breve y "transversal" del método patobiográfico que al tratamiento psicoanalítico de niños. Sería interesante debatir en alguna ocasión las similitudes y diferencias entre las consultas de niños y las patobiografías de niños; sobre todo esclarecer mejor cómo es posible que, según los fundamentos del método patobiográfico, la aplicación "transversal" del psicoanálisis se hace posible gracias al trabajo en equipo, cosa que no se aplica a las consultas de niños, realizadas por un solo psicoterapeuta.

menor. Por lo tanto, las modificaciones que se intenta producir en el niño a partir de la resignificación, podrían no lograrse o, de lograrse, sucumbir y deshacerse frente al peso del ámbito familiar no modificado.

En mi opinión, este es un argumento válido pero no del todo concluyente; algo que más bien pertenece a una escala de grises que a blancos o negros definitivos y absolutos. Si uno examina, por ejemplo, "Lo que ocurrió con Milena" (Chiozza, 1995u) o lo sucedido con Hernán, el niño del caso publicado en el artículo "La patobiografía de un niño con leucemia linfoblástica aguda" (Chiozza y Aizenberg, 1995b), no se lleva la impresión que lo actuado sobre el niño sea insuficiente como para producir, por sí solo, profundas modificaciones en el entorno familiar. De hecho, en esas publicaciones se hacen escasas o nulas referencias a lo actuado sobre los padres del niño. Pero quizás esto sea más fácil de determinar a posteriori, y sea prudente, con la resignificación a los padres, apostar a más de una carta.

Si remitimos la necesidad de la resignificación a los padres del niño al carácter breve y "transversal" del estudio patobiográfico, deberemos preguntarnos por qué no hacer algo semejante en el caso de las patobiografías de adultos; al fin y al cabo, todo sujeto se halla inmerso en un mundo de interlocución y frente a la necesidad de producir un cambio favorable, en una situación urgente y grave, ¿por qué no apostar también a más de una carta? ¿No sería útil también pretender actuar sobre el cónyuge o los hijos del paciente?

En mi opinión, la razón de que en la práctica no implementemos esta posibilidad no se debe a que lo que es útil para el niño no lo sea también para el adulto. Creo que en las patobiografías de niños hay un factor, ausente en las de pacientes adultos, que inclina la balanza a favor de hacer la resignificación a los padres del niño; se trata de un factor que ya mencionamos. Como dijimos, para poder sustanciar la patobiografía de niños se hace imprescindible la participación de los padres que brinden las representaciones necesarias para construir la resignificación.

Esta participación de la que no podríamos prescindir sin socavar notablemente los resultados, es intensa; los padres deben concurrir a varias entrevistas en las que deben llenar un cuestionario de anamnesis especial para los padres. Durante las mismas, por las características introspectivas de la tarea, es inevitable que se establezcan transferencias intensas.

Dentro de lo posible, buscamos acotar estas transferencias ateniéndonos a un encuadre riguroso que deje bien explícito que la patobiografía del niño no es la patobiografía de cada uno de los padres, ni la patobiografía de la pareja. Para esto, por ejemplo, evitamos preguntas que hacen a la intimidad de la pareja o

que se apartan demasiado de lo que tiene que ver con el niño (aunque el límite para esto no siempre es sencillo de determinar).

No obstante estos esfuerzos, las transferencias se intensifican y la expectativa de los padres crece. Grande sería su frustración si, a cambio de tanto material, no les hiciéramos ninguna "devolución"; indudablemente este malestar terminaría transformándose en una influencia negativa para los objetivos terapéuticos del método. Contrariamente, si logramos mediante la resignificación que damos a los padres, reconducir esas transferencias a su origen en el vínculo con el hijo, esclareciendo qué personaje representa ese hijo en la historia de la pareja y de cada uno de los progenitores, no sólo evitaremos un serio obstáculo sino que, al mismo tiempo, favoreceremos una modificación en el entorno familiar. Esta modificación, al modo de una caja de resonancia, pretende actuar en concordancia con la resignificación que damos al niño.

BIBLIOGRAFÍA

Chiozza, Gustavo (2001e) "El estudio patobiográfico y el tratamiento psicoanalítico", en Fundación Luis Chiozza, Simposio 2002, Buenos Aires, 2002.

Chiozza, Luis (1986a) *¿Por qué enfermamos?*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.

Chiozza, Luis (1995u) "Lo que ocurrió con Milena", en Luis Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999.

Chiozza, Luis y Aizenberg, Silvana (1995b) "La patobiografía de un niño con leucemia linfoblástica aguda", en Luis Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999.

FREUD, Sigmund (1914d) "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico", en Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

Freud, Sigmund, (1937d) "Construcciones en el análisis", en Sigmund Freud *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.