

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO CON LOS PADRES EN LAS PATOBIOGRAFÍAS DE PACIENTES MENORES DE EDAD.

Gustavo Chiozza.

Como ya ha sido señalado en otras oportunidades (Gustavo Chiozza, 2001e), los fundamentos teóricos que sustentan al método patobiográfico son los mismos que los del tratamiento psicoanalítico, de modo que lo que justifica otorgarle al primero un nombre propio, no es su particular implementación práctica¹ sino, fundamentalmente, su diverso alcance. Mientras que el método patobiográfico se hace particularmente apto para el *insight*, el tratamiento psicoanalítico se orienta hacia la elaboración. En una lograda metáfora espacial, Chiozza (1986a) ilustra esta diferencia diciendo que mientras el tratamiento psicoanalítico progresa "longitudinalmente", de temática en temática, sin un fin premeditado, el estudio patobiográfico sería un procedimiento "transversal", orientado hacia un fin premeditado e inmediato.

Si embargo, esta comparación resulta insuficiente cuando consideramos el caso de pacientes que no han alcanzado la mayoría de edad; en efecto, la patobiografía de estos pacientes es algo más que un abordaje transversal de aquello que el psicoanálisis abordaría longitudinalmente. En estos casos, se agrega un elemento propio del método patobiográfico: el trabajo con los padres del paciente.

En lo que sigue exploraré algunos argumentos que podrían fundamentar la necesidad del trabajo con los padres del paciente; argumentos que, a mi entender, se derivan del carácter transversal, propio del método patobiográfico. Dado que el trabajo con los padres del paciente se divide en dos partes, anamnesis y resignificación, abordaré por separado los argumentos que hacen a cada una de estas partes.

1) Como sabemos, la meta del método patobiográfico consiste 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,

¹ Nótese que el tratamiento psicoanalítico de niños difiere del de adultos en su implementación y no por esto deja de llamarse psicoanálisis.

espontánea y esporádicamente, como producto de la síntesis inconciente a partir de una tarea interpretativa "longitudinal".

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 analista². 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 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 implícita³.

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

² 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.

³ 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".

contar su propia historia, la perentoriedad con que necesitamos las representaciones aportadas por los padres, disminuye⁴.

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 la resignificación que damos a los padres.

2) Como dijimos al comienzo, la resignificación a los padres en la patobiografía de de pacientes menores de edad es un "algo más" que no tiene parangón con lo que ocurre en el tratamiento psicoanalítico de niños⁵. Este punto despierta varios interrogantes; ¿de dónde surge la necesidad de dar a los padres de estos paciente una resignificación?, ¿cuál es la fundamentación teórica que justifica esa conducta terapéutica?

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.

⁴ 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.

⁵ Algo similar 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, por su carácter breve y "transversal", se asemejan menos al tratamiento psicoanalítico de niños que al método patobiográfico.

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 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 absolutos⁶. 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 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

⁶ 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.

patobiografía de cada uno de los padres, ni la patobiografía de la pareja⁷. 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 1937d, "Construcciones en el análisis", en Sigmund Freud *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

⁷ 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).