

COMENTARIO DE UN CASO CLÍNICO: LOS DIALECTOS DE LA INFANCIA ABUSADA

Silvia Morici*

El caso que nos presenta Claudia Novillo me resultó un disparador, casi un acto catártico, de inquietudes teóricas, clínicas y epocales, a las cuales clasifiqué en cuatro puntos para poder ordenar la discusión:

1. Formas actuales de diagnóstico, que proponen etiquetar, rotular, medicar el sufrimiento, más que comprenderlo.
2. El caso clínico: niños enfermos o niños abusados.
3. ¿En qué quedó hoy la naturaleza del psicoanálisis, el cual nos ofreció una forma de diagnosticar el sufrimiento a partir de la comprensión dinámica, intra e intersubjetiva del mismo?
4. Dialectos de la violencia de hoy.

1. Formas actuales de diagnosticar “trastornos” en la infancia

En primer lugar, este caso nos permite compartir la perplejidad que nos asiste, y los obstáculos epistemológicos a los que nos vemos enfrentados, cuando asistimos -como psicoanalistas- a algunas curiosidades de la clínica con niños en la actualidad.

Me refiero a la recurrencia de consultas en nuestros consultorios de padres -algunas veces angustiados, otros confundidos y más ocasionalmente cómplices-, que asisten con un niño, que más que un padecer, porta un diagnóstico etiquetante.

Es decir que la consulta no ocurre a partir de la detección de un padecer en el niño, demanda habitual para la escucha psicoanalítica, sino a partir de los diferentes efectos provocados por una etiqueta diagnóstica que le fue impuesta.

En este caso se trata de una “niña ADD” (como delata la cantidad de papeles, protocolos, informes, que los suelen acompañar). Pero también Claudia se podría haber encontrado con un “niño TOC o TGD, O TDD o bipolar”. Todos diagnósticos que provienen desde un paradigma que nos es ajeno, pero por el que finalmente somos interrogados.

* Psicoanalista. Docente de la Carrera de Especialización de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes UCES (en convenio con APBA).

Perplejidad, dije en el inicio, dado que estos diagnósticos, apoyados en el término "trastorno", nos remiten a referentes teóricos, que no pertenecen a nuestros propios referentes. Ajenos conceptualmente, pero forzada e ineludiblemente incluidos, en la cultura bio-neurológica-conductual imperante en el mundo del sujeto sufriente de hoy.

Prueba de este empuje neurobiológico, lo demuestra el particular hecho, que un sujeto tanto adulto como niño, con padecer psíquico en la actualidad, deberá conseguirse algún "trastorno", para poder recibir asistencia psicológica en su sistema de salud.

Solo con una etiqueta de trastorno, es considerado un sujeto sufriente.

Para tal fin es que se creó genialmente, el *Manual Estadístico de Enfermedades Mentales*, conocido como *DSM IV*, que no es más que, como su nombre lo indica, un gran manual de etiquetas estadísticas acerca del sufrimiento psíquico.

A los analistas más jóvenes, de mayor capacidad adaptativa, les puede resultar extraño que a los analistas más viejos nos es particularmente difícil el realizar un diagnóstico donde describamos que un determinado niño, que -por ejemplo- no puede dormir, padece un trastorno de ansiedad inespecífico. En realidad, cuando esto ocurre, por lo menos en mi caso particular, lo hago sin tener la menor idea de lo que quiere decir "trastorno de ansiedad inespecífico", o trastorno obsesivo compulsivo, o trastorno general del desarrollo, por nombrar algunos.

Podría nombrarles todos los trastornos y, a pesar de ello, seguiría sin tener la menor idea de lo que estoy hablando. Eso sí, distraídamente mientras los copio mecánicamente del Gran Manual, me pregunto dónde estarán las reconocidas e identificables fobias infantiles, la aliada angustia, el Edipo, los vínculos primordiales enfermos y enfermantes. En fin, tantas antigüedades...

Más allá de la forma risueña en que lo expongo, en realidad es solo una defensa maníaca, frente a la tristeza e indignación que me sacude cada vez que asisto a niños que padecen de un sufrimiento inédito, impuesto desde un discurso, que viene a etiquetar en lugar de comprender y a administrar psicofármacos, en lugar de curar.

Llegado a este punto de mi comentario, podría concluirlo aquí dirigiéndome directamente al último título que destaque, y decir que -a mi entender- esta práctica ajena a la que asistimos no es más que un nuevo dialecto de la violencia actual, disfrazado de saber absoluto, que no logra más que confundir y trastornar tanto a niños, como padres y psicoanalistas por igual.

No es ninguna novedad que la posición de asimetría que define la relación entre el adulto y el niño lo deja a este último expuesto a las relaciones de poder que ejerce el primero.

En esta misma línea padres confundidos, o violentos, encuentran por igual un aliado inconsciente el primero y consciente el segundo, en este saber que se muestra tan gustosamente dispuesto a violentar a un niño a través de las etiquetas y las drogas ligeramente llamadas legales.

Que la etiqueta que esta niña porta sea la de ADD, como dije antes, es una de las tantas de moda en el mundo de los trastornos infantiles. Y sus particularidades y características han sido rigurosa y valientemente denunciadas por profesionales prestigiosos como Beatriz Janin, su equipo de investigación, León Benasayag, Juan Vasen, Gabriela Dueñas, Gisela Untoiglich, y todos los que participaron en la organización del simposio referido al tema del año pasado, con lo cual no me explayaré en él en particular, solo agregaré que los ignorantes en estos trastornos nos encontramos con que generalmente los niños así etiquetados suelen mostrar un alto grado de sufrimiento, ya sea por haber padecido o padecer situaciones traumáticas, o por tratarse de estructuras de base muy perturbadas.

2. El caso clínico

Esta niña, descripta por Claudia, es lo que -en nuestro humilde saber- llamaríamos una niña que sufre. Y lo hace de una manera única y singular, como el psicoanálisis nos enseñó que lo hace el psiquismo.

En nuestra observación, su sufrimiento se presenta bajo la forma de un padecer enloquecido, mientras su historia clínica, exhibe un extraño y simplista rótulo que señala una, no menos enigmática sigla, que consta como "ADD".

Lo que no podemos saber, por lo menos en un principio, es aquello que la enloqueció.

Y nuestra formación psicoanalítica nos habilita a averiguarlo, aunque esto suponga, la mayoría de la veces, atravesar un penoso y tortuoso camino por las profundidades del padecer de un niño y, algunas otras, felizmente menos frecuentes, el contacto con el horror.

Cualquiera sea el escenario del padecer con el que nos encontremos, sin dudar, se acercará más a una novela personal que nos remita a las expresiones del amor, la locura y la muerte, como los noveló Facundo Quiroga, que a la simpleza de la administración de una droga.

Con algún resto de empatía, que magnánimamente nos quede frente a los etiquetadores sabihondos, entendemos cuánto más fácil sería recurrir, como lo hacen ellos, a un rótulo fácil que nos libre de la pena de asistir a un niño que padece, como en este caso, en el límite de lo insoportable.

Qué tentador resulta reducir a una niña con enuresis, encopresis, manipulación de las heces, conductas bizarras, erotomanía, inhibición del pensamiento, con sospecha de abuso e incesto, a algo, que vaya a saber qué que-rrá decir como ADD.

Es decir, el etiquetador que le tocó a esta niña, si bien no demuestra mucha sagacidad, sí le debemos admitir viveza, al librarse tan fácilmente del horror de lo impensable, a través de una enigmática sigla, y una determinada dosis de medicación.

En cambio, los ignorantes, que no somos tan vivos, tenemos que encontrar la manera de lidiar en nuestra práctica con los dialectos del sufrimiento, ya se trate tanto de locura, muerte o incesto.

Y este es un camino que no se transita sin pesar. Me refiero a cuando, frente a un niño, nos encontramos sospechando de abuso e incesto. Es apesadumbrante, por el dolor que percibimos en el niño, y porque sabemos que puede estar siendo irremediabilmente dañado, y porque tememos quedar impotentes frente a ello.

Recordé un valiente texto donde Donald Winnicott cuenta el caso de una niña prepúber, a quien debe internar por padecer una enfermedad complicada. A los pocos días la niña le cuenta que fue abusada por un enfermero del hospital. Winnicott describe cómo en un primer momento reacciona con incredulidad "profesional", sospechando que la niña tiene alucinaciones. Ante la insistencia del relato, Winnicott "toma una decisión", en su decir: decide creerle. Investiga un poco en el hospital y corrobora que el abuso ocurrió.

Su primera reacción, relatada por él, fue intentar desentenderse del caso, y dejar que el hospital se ocupase y se hiciese cargo de su responsabilidad. Luego se da cuenta de que es una conducta evitativa de su parte, por lo responsable que se siente al haberla internado allí, y concluye "que para seguirla atendiendo deberá superar su propio trauma, producido por la repulsión e indignación que le provoca la existencia de perversos que abusen de los niños".

Como siempre, su agudeza clínica y su gran capacidad empática, nos arroja luz sobre lo que nos pasa, como psicoanalistas, cuando asistimos a la sospecha de abuso en la infancia.

Creo que es importante que tengamos la capacidad de admitir, que la impotencia e indignación están presentes en nuestras mentes, pudiendo interferir en la eficacia de nuestro acto analítico, ya sea sobrediagnosticando, negando, o realizando pasajes al acto.

En este caso particular, esto nos ocurre porque nuevamente nos vemos inmersos en el terreno del amor, la locura y la muerte, es decir del incesto, que no es más que un ejercicio subvertido de un no amor, inmerso en una ilegalidad que lleva a la locura y la muerte y que de amor no tiene nada, representando más que un dialecto, el paradigma mismo de la violencia.

Un buen recurso al que recurre Claudia, que nos aleja del *acting* analítico, es la posibilidad de compartirlo con otros colegas y someter el caso a otras escuchas. Escribir, elaborar..., para no repetir... ni intentar callar el espanto, con metilfenidato o estabilizadores del ánimo.

Como profesionales de la salud mental y psicoanalistas, estamos siempre “tomando decisiones”, como lo confesara Winnicott. En este caso, la decisión radica en si estamos dispuestos a soportar y sostener a un niño víctima de la perversidad del adulto, o lo reviolentizaremos medicándolo. Estas decisiones en la lengua psicoanalítica, se traducen como “posición ética de analista”.

Fíjense lo inconciliable y distante que resultan estas dos escuchas: la que escucha un trastorno medicable, en el lugar de un abuso incestuoso.

El significante: “sospecha de abuso”

Digo *sospecha de abuso*, porque el diagnóstico siempre comienza así: se establece en nuestra mente en forma de *sospecha*.

Es decir, entramos en un estado donde perdemos certezas, no porque no sepamos que nuestro saber siempre incluye lo no sabido, sino porque, en general, solemos tener alguna idea del funcionamiento inconsciente propio y del otro. Pero en estos casos tenemos que detectar un acto en lo real, ejercido por otro al que no tenemos acceso. Para eso, no estamos necesariamente, entrenados.

Y suele ser muy difícil salir de este estado de sospecha, ya que aun cuando se decida confrontar al adulto sospechado (que no siempre es técnicamente aconsejable), lo más probable es que nos encontremos con la desmentida, es decir, la convicción delirante de inocencia del señalado y, en algunos casos, el retiro del tratamiento del niño.

Esto ocurre porque el abusador suele tener una personalidad psicopática, transgresora que no reconoce ninguna legalidad más que la propia, con mecanismos defensivos disociativos, que le permiten no reconocerse en su acto violento o abusivo.

En estos casos nos queda la toma de decisión, como Winnicott, de *crear* o no a la niña, y desestimar o dar lugar a nuestras sospechas como analistas. Vuelvo acá a recalcar cuánto más fácil sería erigirnos en sabihondos etiqueadores, más que en ignorantes y sufrientes analistas.

La interpretación

En Claudia Novillo, como analista, es notable este estado de sospecha, cuando realiza la interpretación (inmersa en el juego) de “ardor en la vulva”. Interpretación que ella dice reconocer como de su propia producción, ante la aureola de pis en el pantalón de la niña. Evidentemente esta sospecha ya estaba instalada en la mente de la analista y “se le escapa”, como el pis a la niña, en esta interpretación sorpresiva, evidentemente acertada.

Acertada en cuanto la niña no solo no la desconoce, sino que le habilita una serie de significantes.

¿Por qué Claudia dice que su evidente interpretación, provino de su propia producción, cuando claramente tocó un punto inconsciente en la niña? En realidad su no reconocimiento y perplejidad ante su formulación, evidencia la procedencia inconsciente de la misma. Esa es lo que define el carácter de una interpretación: su procedencia de un espacio desconocido, inconsciente.

Por otro lado, sabemos que no existe tal cosa como producción propia del analista, cuando estamos en transferencia. Y eso lo posibilita el encuadre analítico.

Es decir que, a lo que asistimos en esta interpretación, es a una interpretación formulada bajo transferencia, con sensación de desconocimiento por parte de la analista, que es lo que caracteriza estos momentos transferenciales privilegiados.

Momento maravilloso y conmovedor, si lo hay, aquel en el que sin darnos cuenta cabal de lo que estamos provocando abrimos la puerta de los misterios y tortuosidades del inconsciente.

Función del analista I: el espacio en el que el analista debe advenir: ¿interno o externo?

Lo que creo que es de producción propia es el estado de sospecha de la analista, ya que la niña no sospecha, *ella sabe*. Sabe lo que pasó en la realidad o sabe lo que pasa en sus fantasías, pero es un saber enigmático, que hace que la analista entre en ese estado molesto de sospecha. Ya que implica una posición de no saber, que nos descoloca, y que, además, nos incomoda, porque -de ser corroborada- nos aleja del *mundo interno* del niño, para llevarnos al *mundo exterior*, con las preguntas pertinentes de este otro espacio.

Es así como, una vez instalada la sospecha en nuestras mentes, al no poder acallarla, es que nos acercamos a nuevas tomas de decisión: ¿denunciamos, o nos callamos?, ¿nos asesoramos con un defensor de menores, acudimos a un hospital, a la escuela, a la Justicia? Todas acciones por fuera del territorio del mundo interno del niño, que inauguran sentimientos de incomodidad e ineficiencia.

Lentamente dejamos el lugar de analistas que interpretamos contenidos inconscientes provenientes del espacio interno del niño, en la intimidad de un consultorio psicoanalítico, para ser analistas que rescatan a un niño del horror.

¿Niña enferma, enfermada o abusada?

Este caso en particular, creo, que también nos obliga a no olvidar todo lo que el psicoanálisis nos enseñó acerca de las formas que tenemos los sujetos de enfermar a partir de un trauma original o actual. Y no dejar de hacer un pasaje por los diagnósticos diferenciales, a modo de ejercicio clínico y teórico que cada caso nos convoca.

En este caso, debemos poder diferenciar entre:

1. Abuso sexual: trauma actual
2. Psicosis histérica: trauma original

En el primer caso, pienso que sus bizarrías y déficit pueden ser provocados por este trauma actual, y en el segundo, la veo más como una histeria freudiana, enfermada a partir de un "*trauma psíquico*", como Freud lo definía en *Estudios sobre la histeria*.

En ese texto, él define a la etiología de la histeria como un trauma psíquico, provocado por un hecho banal, pero potenciado por un determinado estado mental, o por el estadio psicosexual por el que estaba atravesando.

Y Winnicott, por su lado, para complejizarnos aún más, agrega el concepto de "*trauma original*", refiriéndose a las fallas de sostén ambiental, en el inicio del armado del aparato psíquico, provocando déficit de estructuración psíquica.

Es decir que mi propia duda alcanza a estos tres caminos:

1. En un caso, una niña con déficit de estructuración psíquica: avalarían esto las presentaciones sintomáticas primitivas, como la enuresis y encopresis, las convulsiones de los seis meses; o,
2. Una niña enloquecida por un trauma psíquico de índole erótico: la manipulación de las heces, la erotomanía (acá estaríamos más cerca de la psicosis histérica); o,
3. Por último, a partir de la teoría del trauma actual, es decir, reconociendo la existencia del abuso. Esta última presunción está apoyada en la calidad del juego y en la sospecha transferencial de la analista.

El juego: ¿realización activa de lo sufrido pasivamente o denuncia?

Si nos ponemos muy rigurosos, psicoanalíticamente hablando, diríamos que esta última presunción se sostiene en el juego dramático de la niña, donde nos da la sensación de estar asistiendo más a la repetición de una escena proveniente de lo real, jugada activamente, que a una fantasía inconsciente.

Me refiero a la forma singular de los modos que adquiere el jugar en esta niña.

Veamos qué es lo que dramatiza: logra que la analista personifique a una madre que habla de su hija, permitiéndole a ella ser una hija anónima, a partir de lo cual comienza a denunciar.

Este particular juego es funcional en tanto le permite la escisión necesaria que le habilita la denuncia. Juego que es sostenido por la analista, quien sabe que no debe someterlo a la interrogación del juicio de realidad.

Este juego (así de locos somos los ignorantes, quienes les damos tremendo valor a un acto tan banal, como el juego), le permitió a Claudia tomar la decisión de la que nos habló Winnicott: decide crearle a la niña. Y esto es así porque le reconoce a este particular juego su *carácter de denuncia*.

Lo que me impactó de este juego en particular es que lo reconocí casi como una copia fiel del estilo de juego de otra niña, cuyo material tuve la oportunidad de supervisar, quien padecía una forma de maltrato infantil, denominada "Síndrome de Munchausen por poder". Esta otra niña era cruelmente enfermada por su madre y, en sus sesiones, reproducía su dramática historia, a partir del juego de representar a *una hija de otra* que hablaba sucesivamente con una jueza-analista, una directora de escuela-analista, o una madre buena-analista.

Ante la repetición del juego, la analista y yo no albergábamos ninguna duda de que esta inteligente niña, quien -casualmente- también tenía una etiqueta

de ADD, había encontrado la forma de ser escuchada, despersonalizándose y protegiéndose de esta manera de la retaliación materna.

Este fue un caso particularmente dramático y conmovedor, ya que cuando la niña pudo percibir que la analista, quien le sostenía el juego sin interrogarlo, había decidido creerle, comenzó a hablar del asesinato de un hermanito bebé.

Lamentable y dolorosamente, pudimos comprobar la veracidad de todos sus dichos.

A este particular juego, del que veo su repetición en el caso de Claudia, me permití denominarlo "*juego de denuncia*", que implica la existencia de un delito. Es un juego que excede a su definición habitual de hacer activo lo sufrido pasivamente. Implica hacerse escuchar. *Hacerle llegar al adulto la noticia de un delito. Implica una denuncia.*

Es un tipo de juego que se desarrolla en un clima *disociativo*, condición necesaria para *poder transmitir el horror*. El horror debe ser contado en otra escena, desde un otro protagónico distinto del sí mismo y alejado de la escena consciente y real.

Es por esto que es importante sostener esta disociación necesaria propia del *juego de denuncia*, sin la confrontación con la escena real. De hacerlo, el psiquismo se defendería de esta confrontación renegando la escena denunciada, y desconociéndola como propia.

Función del analista II: ¿interpretar o denunciar?

Como analistas, ¿qué debemos hacer ante una sospecha de abuso en la infancia? La ley, dice que, en tanto adultos responsables, tenemos la obligación de denunciar a un menor en riesgo. ¿Es esto siempre lo conveniente?

La pregunta alude, no a proponer el camino de la ilegalidad, sino a poner en interrogación la eficacia terapéutica de ese acto. La experiencia indica que, realizada la denuncia, la Justicia no tiene una respuesta eficiente en cuanto a la protección del menor ni del profesional denunciante. Muchas veces lo único que se logra es la pérdida por parte del niño de ese espacio de denuncia.

Entonces, ¿cuál sería la función terapéutica de ese acto?, si lo que implica es volver a enmudecer al niño, que no cuenta más que con quien quiera escuchar.

Tendríamos que contemplar y revalorizar, como analista, la funcionalidad terapéutica de *sostener la escucha de un niño que denuncia*. Y mantenernos

alertas de desviarnos hacia algún *acting* expulsivo, que encubriría la enorme dificultad que nos demanda dicho sostén.

Dificultad basada en la escucha del horror, como lo nombramos anteriormente, de la desolación, de la pena infinita, que nos transmite un niño que ha sufrido abuso por parte del adulto.

Y pensar que el mantener nuestra *función de sostener también el relato del horror* puede fortalecer al niño, para encarar otros pasos, no menos penosos, como a los que llevaría la denuncia.

3. La naturaleza del psicoanálisis de niños hoy

En el mismo artículo en el que Winnicott comenta el caso de abuso sexual, citado más arriba, él se pregunta y se siente en la necesidad de describir cuál es el estado de la naturaleza del psicoanálisis de niños de ese momento.

Así es que realiza un rápido pasaje de revisión teórica, marcando la supremacía de las ideas freudianas, rescatando de ellas el concepto de Edipo y neurosis; de las kleinianas destaca los mecanismos psíquicos descriptos en edades muy tempranas, y de Anna Freíd, la importancia de la conformación de un Yo lo suficientemente fuerte para lidiar con el concepto de realidad exterior. Para terminar citándose a sí mismo, en el intento de entender las relaciones más tempranas del niño en relación con los otros.

Interesantemente, si nosotros tuviéramos que hacer un repaso de la naturaleza del psicoanálisis de niños actual, probablemente agregaríamos la impronta del Otro primordial en la construcción de subjetividad del niño, la ley del padre, como el ordenador necesario para conservar dicha construcción subjetiva, la pregnancia tanto de lo transgeneracional, como de lo cultural y social en la génesis del sufrimiento psíquico. Agregando que, si hay una particularidad a señalar desde lo epocal, centrándonos en las patologías habituales de la era posmoderna, no dudaríamos en apuntar a la *degradación que ha sufrido la figura del Otro primordial* dentro de la constelación edípica.

Me refiero a la *degradación del mundo adulto* donde los padres añoran y toman como ideal a los adolescentes, intentando replicar esa juventud perdida, en lugar de valorar su estatuto madurativo, dejando a estos adolescentes huérfanos de función adulta.

Me refiero a los padres de niños pequeños, intentado formar futuros adultos exitosos, obviando la moratoria de la infancia, en lugar de sostener la inmadurez propia de la infancia.

Me refiero a los adultos de instituciones educativas, impulsando al niño a la sobreadaptación, en lugar de sostenerles la experiencia creativa de apropiación del conocimiento y expulsando a los espontáneos e impulsivos de las mismas.

Me refiero a los adultos profesionales de la salud, impacientes y ansiosos, que medican a un niño sufriente, por no tolerar el padecimiento psíquico del mismo.

Y me refiero al mundo adulto, en general, que ha perdido el sentido común, invadiendo los medios de comunicación con imágenes y contenidos imposibles de metabolizar por un psiquismo en formación, para luego exigirles tranquilidad y quietud, que ellos mismos no logran obtener.

Por último, me podría referir a los adultos que dirigen nuestras vidas, que proponen la mentira, la corrupción y la iniquidad como un orden natural de las cosas. Y es de este adulto degradado de quien depende el devenir de la construcción de subjetividad de los niños de hoy.

4. Dialectos de la violencia de hoy

Es por ello que el caso presentado en esta jornada sobre “Dialectos de la violencia” nos permitió deslizarnos por los sinsentidos de nuestra época actual, donde -como en el “Mundo del revés” de María Elena Walsh- *“nada un pájaro y vuela un pez”*, un niño abusado sexualmente, es un niño que se mueve demasiado y debe ser medicado. Cuando, en realidad, de lo que se trata es de una brutal degradación del adulto que desiste en su función, como lo metaforizó Marcelo Viñar, *“al dejar de ofrecer resistencia al empuje pulsional del niño, dejándolo solo y a merced de inevitables desbordes”*.

Tanto como dentro de un panorama aún más enfermante, como en este caso, cuando la degradación de la figura del Otro viene acompañada de la subversión de su función, enclavándose en el orden de la perversión, dejando librado al niño en la frontera misma entre la locura y la muerte.

Y completa el cuadro del sinsentido la subversión del orden médico, psicológico, que, en lugar de comprender, acalla las voces del sufrimiento infantil indefenso, con medicación.

Todos nuevos o viejos dialectos de la violencia ejercida por el adulto hacia la infancia indefensa.

Primera versión: 9/06/09

Aprobado: 27/09/09

Bibliografía

Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. *Obras completas* (Vol. I), Madrid: Biblioteca Nueva, 1967.

Viñar, M. (noviembre de 2008). La clínica psicoanalítica frente a las formas del padecer en la actualidad. *Panel de cierre del XLVI Symposium y XXXVI Congreso de la APA: "Presentaciones de la Clínica: repensando la metapsicología"*. Buenos Aires.

Walsh, M.E. (1964). *El reino del revés*.

Winnicott, D. (1965). El concepto de trauma en relación al desarrollo del individuo dentro de la familia. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Buenos Aires: Paidós. 1991.

Winnicott, D. (1962). Mi punto de vista personal sobre la aportación kleiniana. En *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia. 1979.

Winnicott, D. (1960). La integración del Yo en el desarrollo del niño En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1996.

Resumen

En primer lugar, este caso nos permite compartir la perplejidad que nos asiste y los obstáculos epistemológicos, a los que nos vemos enfrentados cuando asistimos, como psicoanalistas, a la recurrencia de niños que asisten a nuestros consultorios, portando más que un padecer un diagnóstico etiquetante. Esta tendencia a etiquetar a un niño (que proviene de la psicofarmacología y el cognitivismo), en lugar de escuchar y comprender, encubre un proceso de desubjetivación de la infancia. El niño no es visto como un sujeto sufriente, sino como alguien que debe acomodarse a las expectativas del adulto. Por otro lado, el caso permite reflexionar acerca de las dificultades que acarrea a la práctica psicoanalítica, las situaciones de abuso sexual en la infancia. El analista, ve complejizada su función, en la oscilación entre denunciar el delito cometido sobre un niño, o interpretar dentro del *setting* psicoanalítico. En todo caso, estas dificultades son propias del sufrimiento abusivo, del que el niño ha sido víctima.

Palabras clave: desubjetivación en la infancia; infancia etiquetada; juego de denuncia.

Summary

In the first place, this case allows us to share the perplexity and the epistemological obstacles we have to face when we receive in our practice, children who carry, beyond an ailment, a label. This tendency to label children (which comes from disciplines such as Psychopharmacology and Cognitivism), instead of being comprehensive, conceals a process of suppression of the subjectivity during the childhood. On the other hand, this case enables us to reflect on the difficulties imposed to the psychoanalytical practice by the sexual harassment situations in the childhood. The analyst situation is complex due to his uncertainty whether he has to report the abuse or to interpret it within the psychoanalytical range. Anyway, these difficulties are inherent of the abusive suffering that has victimized the child.

Key words: suppression of childhood's subjectivity; the labeled childhood; game of report.

Résumé

Premièrement, ce cas nous permette de partager la perplexité et les obstacles épistémologiques qu'on doit affronter au moment de recevoir dans nos cabinets de consultation, des enfants qui avaient été diagnostiqués avec des étiquettes qui n'ont pas de rapport avec leurs vraies souffrances. Cette tendance d'étiqueter les enfants (qui vient de la Psychopharmacologie et du Cognitivisme), au lieu de les écouter et comprendre, représente un procès de *desubjectivation* de l'enfance. L'enfant n'est pas considéré comme un sujet souffrant, mais comme quelqu'un qui doit s'adapter aux attentes des adultes. D'un autre côté, le cas entraîne une réflexion sur les difficultés qui provoquent, dans la discipline psychanalytique, les situations d'abus sexuel pendant l'enfance. La place de l'analyste est plus complexe, car il doute s'il doit dénoncer le délit ou, au contraire, s'il faut l'interpréter dedans le *setting* psychanalytique. En tout cas, ces difficultés sont propres des souffrances générées par les abus desquels l'enfant a été victime.

Mots clés: désubjectivation de l'enfance; l'enfance étiqueté; jeu de dénonciation.

Silvia Morici
Arenales 3404 Piso 10° "47"
(1425) Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 4825-2025
smorici@fibertel.com.ar