

3.4 EL JUEGO DEL IRSE ANALIZANDO EN LA CLÍNICA INDIVIDUAL Y EN LA VINCULAR CON NIÑOS. POR FEDERICO URMAN*

En una oportunidad S. Freud (1913) quiso transmitir en qué consistía el proceso que el tratamiento psicoanalítico abría y lo comparó con el juego del ajedrez. Esta ilustración es rigurosa en varios aspectos. Como en el ajedrez, son experiencias compartidas con un otro sujeto que tienen un comienzo y una conclusión. Acerca de su punto de partida, al modo del P4R, hay inicios que pueden seguir pautas estandarizadas hasta un cierto punto-la serie instituyente que parte de variables más fijas y controlables hacia experiencias más abiertas y complejas, en mi experiencia, es: marco, encuadre, setting y dispositivo-y la finalización es más impredecible en el análisis que en el ajedrez, pues la finalidad (meta terapéutica) puede lograrse satisfactoriamente desde una perspectiva amplia, o desde una más acotada, pero válida pragmáticamente (cura sintomática), o puede lográrselo más fragmentariamente aún, en el caso de un análisis interrumpido (S. Freud, 1937). Recordemos, en este punto, que una de las características que tiene el juego es su vulnerabilidad. El juego puede quedar interrumpido, por ejemplo, por situaciones de ansiedad, como decía M. Klein. En ambas situaciones los dos participantes llevan adelante estrategias propias, para el logro de sus objetivos, y decisiones tácticas que, en inmanencia, alteran la situación al hacerse presente, en cada ocasión, un movimiento que configura nuevamente el campo y determina de un modo novedoso la posición de ambos sujetos. En el análisis, tal como intento llevarlo adelante, mi estrategia *suplementa* la estrategia del paciente.

El psicoanálisis, como el ajedrez, es un juego reglado. Este criterio ratifica la presunción, en esta dirección, que otros analistas (cf. J. Valeros (1997) han planteado. Como tal tiene objetivos compartidos, que, de un modo amplio y descriptivo se puede enunciar como el hacer consciente lo inconsciente. Desde esta perspectiva, se podría aceptar, también, que es un juego competitivo, pero en el sentido de explorar las capacidades del equipo terapéutico, y de

cada uno de sus integrantes, sus habilidades o competencias, para superar resistencias y llevar adelante una producción mayéutica. Pues en otro trabajo ya especificó S. Freud (1931) que el análisis es un diálogo. Habría que situar la analizabilidad en este contexto, como la capacidad del equipo terapéutico de generar un discurso lúdico subjetivante.

Esta producción se va configurando a partir de reglas que determinan la aparición de lo que se considera material analítico. Porque estas reglas se hacen presentes se considera a la situación o experiencia vivida por ambos participantes como psicoanalítica.

¿Cuáles son estas reglas? Ante todo, debiéramos reconocer la existencia de una metaregla, que es la de validar las siguientes reglas, obedecerlas. Situarla es, simultáneamente, habilitar la existencia de sus excesos y desacuerdos. Las excepciones de toda regla, sus trampas, distorsiones o suspensiones. Tomo, en este sentido, el concepto de “estado de excepción” de G. Agamben (2003), que es la suspensión circunstancial del derecho, es decir, la inclusión legal de lo que excluye esa misma legalidad. Esta suspensión provisoria del orden jurídico puede tener continuidad y permanencia, cuando este criterio está avalado por el dispositivo estatal. Aún esta metaregla tiene un previo punto de partida, y es la del dispositivo que la genera y que, como postulado, debe validarse una vez impuesto, y preservarse. El dispositivo es lo que permite jugar analíticamente, pero con el dispositivo no se juega.

Suscribo el criterio freudiano de considerar que el psicoanálisis, como tratamiento, tiene tres reglas. Ellas son: 1) la asociación libre: es la que cumple el paciente, que intenta expresarse con la menor censura posible. Es sobre todo verbal en el caso del análisis de adultos. En los adolescentes, aunque se exprese muchas veces de modo verbal, su particularidad es el actuar como modo de comunicar sus contenidos épicos. En la clínica con niños, el discurso lúdico

es lo que la caracteriza, expresándose a través del jugar espontáneo y *creativo* (incluyo el dibujar, que es jugar con trazos, y el modelar con plastilina, y el uso poético del lenguaje verbal) cuando predominan las corrientes psíquicas sanas. La contraparte del juego creativo es el jugar *convencional*, que produce esa caracteropatía adaptativa que llamamos normalidad, y que sostiene una experiencia social, pero no analítica, y, desde luego, el jugar *sintomático*, que incluye distintos tipos de angustia de diferentes intensidades, y que procuramos, con el paciente, interpretar. En lo que sigue acotaré mis comentarios para centrarme en la experiencia clínica con niños; 2) la atención flotante, que lleva adelante el terapeuta, y que lo invita a abrir su receptividad, apartando toda selección crítica. Es la otra cara de la moneda, en la que también tratamos de resolver las restricciones que levanta la represión que se localiza entre el Prec. y el Cc., para expresarlo en el marco metapsicológico de la primera tópica; 3) la regla de abstinencia, que también debe cumplir el analista, que procura no imponer sus propios ideales valorativos, y, en función de sus ambiciones pedagógicas o terapéuticas, hacerle y hacer hacer al paciente y/o a sus padres. En el caso de los niños agrego, como excepción, el *primun non nocere*: cuido la experiencia para no lastimar al paciente y le advierto que no voy a dejar que se dañe ni que me dañe o dañe cualquier elemento del consultorio que no he dispuesto como material de juego. Acepto, por ejemplo, que un niño, jugando, me moleste dándome un puñetazo. Pero no dejaría que me haga doler. El “como si” no puede impugnarse. Como dije antes, el dispositivo no puede repudiarse o invalidarse.

Aunque volveré, seguramente, sobre esta regla un poco más adelante, no quisiera dejar de plantear una primera reflexión. Tenemos en cuenta los riesgos de la vulnerabilidad de los niños frente a la seducción de los adultos, pero estamos menos advertidos del efecto de la seducción y la coerción de nuestros propios prejuicios y mandamientos totémicos sobre nuestra labor. El trabajo de diferenciar lo psicoanalítico de lo ideológico (S. Freud, 1933), de interrogar certezas y naturalizaciones es permanente. ¿Deberíamos aceptar el caramelo que un niño nos ofrece al entrar? ¿Aceptamos entregarle el celular a un niño que nos lo pide para

mostrarnos algo? ¿Qué hacemos cuando el paciente quiere llevarse un dibujo que realizó en la sesión? Ya presenté, tiempo atrás, (Urman, F., 1982) mi punto de vista acerca de lo que consideraba un ascetismo militante. Tendríamos que volver a pensar los desafíos que, en este aspecto, nos impone la clínica actual.

No hay otra regla en el analizar, y son estas normativas las que lo singularizan como experiencia terapéutica. En esto se vuelve a parecer al juego de ajedrez, pues las distintas piezas que lo integran, su posición inicial y movimientos, y las características de su tablero son los elementos que permiten jugarlo. La materialidad de ambos es formal-abstracta (Urman, F., 2012). La figurabilidad del rey o de la torre no tiene importancia para jugarlo, ni la tiene la composición material del tablero. El juego del ajedrez puede prescindir de todo soporte material, y por eso es muy cercano a las matemáticas. Se puede jugar por correspondencia. De un modo parecido, los otros elementos que acompañan la labor analítica tienen importancias convencionales culturales y no definitorias (el espacio considerado consultorio, la posición del terapeuta y paciente, la retribución, cómo registrar el material, la frecuencia de los encuentros, el tiempo de cada sesión, la edad de los participantes, etc.) Un aspecto del psicoanálisis desacuerda con el ajedrez: las realidades de paciente y terapeuta, su presencia como sujetos, tienen mucha importancia en el análisis. Se hace esto ostensible clínicamente en dos direcciones al menos. Una, por razones del acotamiento de este trabajo, sólo la menciono: las particularidades de la realidad virtual en tensión con las realidades usuales convencionales. Otra, sobre la que volveré, se refiere a la realidad que explora la clínica vincular, sobre todo en relación a la perspectiva de la lógica situacional- acontecimental, que acentúa la importancia de lo presentacional. La clínica con niños muestra que, de todos los objetos para ir jugando, y que el terapeuta provee o que el propio niño aporta, el más interesante y significativo es el propio analista, como sujeto y como profesional.

En otros momentos me he interrogado acerca de los ejes que podrían situar la clínica vincular psicoanalítica (Urman. 2013, 2016). Esta reflexión se intensificó al ir sustituyendo al encuadre por el dispositivo como instrumento técnico.

Tampoco aquí voy a detenerme. Sólo puntualizaré que diferencio marco, encuadre, setting y dispositivo, y que este último, en relación a los anteriores, me resulta más complejo, abierto, heterogéneo, laborioso y productivo clínicamente.

La clínica vincular está planteada como una experiencia subjetivante que integran dos o más personas. Aunque se hace más ostensible y visualizable cuando el análisis incluye, como paciente, a dos o más sujetos. Por ejemplo, la díada madre-hijo o una familia con niños y/o adolescentes. Su objetivo es la disminución o resolución del sufrimiento vincular del conjunto o del sujeto por el que se consulta (por su impulsividad y conducta antisocial, por ejemplo), a través del análisis del material, representacional y presentacional, que se va produciendo entre quienes participan de la experiencia.

“Lo vincular “es una categoría clínica específica y particularizable, pero, al modo de “autismo” o “compulsivo”, admite distintas perspectivas teórico-técnicas y aún diferentes composiciones clínicas. Resaltaría la producción de I. Berenstein y de J. Puget, como la que me resulta más interesante y estimulante en este campo. Muchos de sus conceptos y criterios resuenan en mi comprensión de la clínica, como la ya mencionada importancia de la presencia de los sujetos. Hago míos, integro estas propuestas, desde mi perspectiva, estilo, contextos asociativos y experienciales personales. Tomo, así, su legado.

También en esta clínica, que *suplementa* la “clásica” individual, el dispositivo es el tablero formal, pero con elementos materializables, que permite que las situaciones clínicas se vayan estableciendo en un campo transferencial-interferencial. Son necesarias aquí otras reglas que, al principio invariantes, son impuestas con firmeza, elasticidad y plasticidad, para que las vivencias producidas sean alojadas, examinadas y elaboradas criteriosamente de un modo clínicamente favorable a los objetivos de la experiencia.

En mi clínica vincular, hasta el presente, dichas reglas son:

1) la **regla de abstinencia**. Nos previene de toda manipulación o modelamiento del paciente designado. Las tentaciones pigmaliónicas son más intensas aún que en las terapias individuales. Nos quejamos, algunas veces, por las maniobras con que algún padre interrumpe el tratamiento y dejamos de ver a la familia o de asistir al niño. Si superamos ese “pegan a un analista” inicial, comprobamos, en ciertas ocasiones, que hemos contribuido, en parte al menos, a ese ingrato desenlace, con algún acto inconsciente en que les transmitimos a los padres que ejerceríamos mejor que ellos sus funciones. Se defienden, entonces, en esos casos, frente a la posibilidad que les robemos el hijo.

2) la **regla de la igualación de los discursos y saberes**. En una sesión de una familia con niños y/o adolescentes hay un complejo entramado de discursos heterogéneos. Sus posibilidades simbólicas y singularidades expresivas son las distintas traducciones o transcripciones de las problemáticas que se presentan y cuyo sentido debe establecer el terapeuta. Estos discursos se manifiestan sucesiva y simultáneamente. La escucha del terapeuta es solicitada desde estos diversos aportes. La atención flota equiparando el valor de estas conductas diferenciables. En un momento de la sesión, un integrante juega o dibuja, y otro habla, reclamando ser atendido. A la vez un tercer integrante puede estar mirando distraídamente a través de una ventana y un cuarto se hace presente haciendo ruidos desagradables y gestos provocadores, tratando de molestar a los demás. El terapeuta debiera recibir por igual estas expresiones, destituyendo la creencia inicial que algún miembro de la familia ostenta garantizadamente el saber o que algún otro está definitivamente condenado a la ignorancia (cf. en este sentido los aportes de J. Rancière). Comprobamos que, usualmente, es proverbial la desconsideración con la que son tratados, por los padres, los dibujos, modelados y juegos de los niños, o criticados los excesos verbales con los que un adolescente transmite una inquietud o una observación significativa. Nuestras intervenciones suelen rescatar el valor y la lógica de estos productos que, en un primer momento, parecen destinados a un lugar marginal y a quedar desatendidos. Recuerdo cómo, en una primera entrevista familiar, ambos padres, separados, cruzaban entre sí duros reproches,

mientras sus dos hijos, en silencio, dibujaban. En algunos momentos de este enfrentamiento uno de los padres reclamaba que sus hijos ratificaran sus dichos con la presunción que así quedaría demostrada que sus críticas eran justas y objetivas y que era el otro integrante quien fallaba en sus funciones parentales y perjudicaba a todos. Cuando el encuentro está por finalizar los hijos muestran sus dibujos. El de uno de los hijos desarrolla una cruel invasión por seres extraterrestres. Todo queda transformado en un campo de batalla y la destrucción y los combates sangrientos aparecen una y otra vez. Algunos hombres, para resistir y sobrevivir, deben refugiarse en cavernas y construcciones subterráneas donde, secretamente, guardan provisiones y armamento. El padre, ante esos dibujos, comentó, con desdén, que si habían hecho esos dibujos era “porque los chicos son muy imaginativos”.

¿Qué conjunta a estos conjuntos? ¿Qué actos conectan, a los integrantes de esta familia, que concurren a la entrevista? Los reúne la tarea de presentar conjuntamente la problemática que de sentido al encuentro y de abrir interrogantes a partir de ella para resolverla. Si vienen es porque se deben una convivencia más satisfactoria, es este anhelo lo que comparten, como también la incertidumbre ante el camino que tienen por delante.

Desde una lógica estructural-identitaria podríamos suponer que los liga la ilusoria creencia de compartir la misma idea acerca del problema que los convoca y de la estrategia que sería pertinente para su resolución. Es decir, inicialmente, intentar enderezar el “clavo torcido” del paciente designado.

3) la **regla de la multiplicidad de las lecturas**. Relacionada íntimamente con la anterior. La “superficie asociativa vincular manifiesta” está, retrospectivamente, sobre determinada, e integra elementos representacionales que tienden a reaparecer de acuerdo a una lógica estructural-identitaria, y novedosos elementos que, sorpresivamente, irrumpen en la situación analítica, y, al presentarse de este modo, pueden dar origen a acontecimientos subjetivantes. Tomamos todos los elementos (repetitivos y azarosos) que consideramos relevantes a los fines de una reflexión compartida. Con las intervenciones e interpretaciones damos a conocer

nuestra perspectiva terapéutica, y, junto a ella, los límites de nuestra comprensión (parcial y generada en inmanencia). Nuestros comentarios configuran, marcan, la problemática compartida presentada, y la lanzan a caminos inciertos y no previsibles. Como estas vías asociativas son heterogéneas, y no todas se integran o intersectan - al modelo del entramado se añade el modelo del ovillo o de la madeja - es más complejo en esta clínica decidir la oportunidad y el contenido de nuestros comentarios. Los efectos de nuestros aportes, también aquí, se evalúan retrospectivamente. Recuerdo ahora, en este sentido, el comienzo de una sesión. Esperaba a la paciente, una pre púber, y efectivamente, primero entró ella, con su guardapolvo hecho una pelota, bajo su brazo, mientras decía: “Buenaaaasss”. Detrás, otra chica, a la que nunca había visto antes, con un guardapolvo doblado bajo su brazo, que entraba saludando también con un “Buenaaaasss”. Yo, con un gesto, las invito a pasar mientras saludo con un “Buenaaaasss”. Puede pasar que uno necesite introducirse, presentarse, como comentaré a continuación, como un personaje, al modo de una interpretación lúdica (E. Rodríguez, 1963) y dentro del nivel metafórico de los pacientes (R. Ekstein, 1966). Traté toda la sesión de ser una de 11 para poder ser incluido en la conversación que mantenían. Una pizarra blanca y marcadores fueron utilizados con ese propósito. En este ejemplo se advierte que procuro ser un objeto incorporable por ellas (funciono lúdicamente como un semejante) y, a la vez, mi dramatización no elimina que soy un extraño que, al intervenir desde mi alteridad, las molesto.

4) la **regla de hacer presentes a los sujetos que vienen a la sesión y al espacio que nos instituye**. Lo vincular, en este punto, propone valorizar este aspecto, en contraposición (no en oposición) con los familiares conceptos de acentuar lo que falta o el poder simbolizante del objeto ausente. Implicamos, de este modo, a los sujetos que están en la sesión o analizamos las modalidades de esta implicación. Por ejemplo, frente a un integrante que entró mirando el celular y no deja de hacerlo ante nuestra presencia (cf. los desarrollos winnicottianos acerca del jugar en presencia de otro) le podemos señalar que pareciera no haberse dado cuenta que ahora está en la sesión. O, como pasó en otra sesión en la que hablaban una madre y su

hijo acerca de las ventajas e inconvenientes de ir a la fiesta a los que los había invitado “la gorda Pochi”, les advertí que yo no era de la familia y que me tendrían que contar quién era esa “gorda Pochi” de la que estaban hablando porque ahora todos nosotros estábamos participando de otra experiencia. Como se puede sospechar, estas dinámicas estaban, en ambos casos, relacionadas con aspectos conflictivos por los que consultaban. Tratamos de poder quedar todos marcados, subjetivados, por la experiencia compartida. No se trata sólo de plantear una nueva configuración intersubjetiva, sino de establecer un nuevo espacio, pues transformamos la *escena endogámica* en una *situación exogámica*. Recordemos que, como ilustra este ejemplo, cada familia construye un estilo narrativo particular, con sus sobre-entendidos, sus gestos cómplices, sus códigos propios, sus conclusiones privilegiadas (cf. R. Moquillansky, 2012). Esta comodidad es la que el terapeuta molesta con su intervención.

Al incluir lo identitario y lo situacional, la intervención del terapeuta se acerca más a la construcción que a la interpretación. Pero, a diferencia del concepto freudiano, no nos referimos a una verdad histórica individual, sino a una verdad acontecimental con potencialidad historizante, al modo de lo que G. Deleuze (1986) expone cuando habla de los encadenamientos semi-aleatorios de Markow. En ellos los movimientos azarosos encuentran, en las circunstancias precedentes, condiciones de producción. Es decir que hay, en lo inédito, una dependencia parcial e indirecta en la situación que antecede. En “Azar y determinación según Tomás de 10 años” (F. Urman) comenté cómo estos criterios influyen en mi comprensión e intervenciones clínicas. Esta producción es afín a la técnica surrealista del cadáver exquisito, como composición conjunta escrita o gráfica, que bebe siempre inesperados vinos nuevos.

Las intervenciones leen una verdad parcial y coyuntural que, simultáneamente, están produciendo los sujetos instituidos en su praxis.

5) la **regla de validar reflexivamente no sólo el discurso concluido o el producto final estabilizado del mismo, sino también su producción o gestación**. Es frecuente considerar un dibujo que el paciente consideró concluido,

o el juego cuando terminó o cuando fue interrumpido, pero no se suele analizar el modo y los procedimientos y sucesos que acontecen cuando va siendo llevado adelante. En las sesiones diádicas o familiares esto es aún más evidente. Por ejemplo, frente a un dibujo que un paciente realiza, o frente a un dibujo que hace la familia, espontáneamente o por pedido del terapeuta, se suele comentar el resultado final y no las vicisitudes que acompañaron su elaboración, que puede ilustrar, en una familia determinada, un infrecuente liderazgo horizontal. O podemos observar que un latente, luego de hacer un dibujo, lo tacha. Y pasa a dibujar otra cosa. Las líneas que cruzan el dibujo desdeñado ilustran la operatoria de la negación como recurso defensivo (S. Freud, 1925), pues se trata, en este caso, del grafismo un rechazo lógico. Es entonces interesante considerar qué significa el dibujo que hace a continuación, para reflexionar sobre las asociaciones que podrían relacionar a ambos dibujos, el objetado y el aceptado por el niño.

Veamos otro ejemplo, que comenté en otra oportunidad (Urman, F., 2015), y al que sumaré nuevas reflexiones. En un momento de una entrevista familiar, dos de sus hijos preguntan si pueden dibujar, y la terapeuta les propone hacer entre todos un dibujo y que participe del mismo cada uno usando un color distinto. Se ve, ya en esta consigna, el interés de la terapeuta, para su lectura, que se mantuviera una continuidad identitaria en ese hacer conjunto. En distintos momentos van finalizando su colaboración los miembros de esa familia y una vez concluido la terapeuta les pide que comenten lo que estuvieron haciendo. Comienza el padre: la gran mano que dibujó “representa toda nuestra vida”. (Incluye lo que considera fechas significativas en la familia: casamiento, luna de miel, nacimiento de los hijos, vacaciones, etc.). Aclara que dibujó (en la yema de los dedos) a sus hijos haciendo cosas que a ellos les gusta. Uno de los hijos (el paciente designado) advierte: “Pero te falta Coqui” (el perro). Lo que el padre exhibió es su “historia oficial” de la familia. Y, como suele pasar, es un niño, el paciente designado, el que denuncia que “el rey está desnudo”. Rescato sólo algunos elementos del material clínico que la colega ofreció generosamente. El padre tuvo la iniciativa de tomar dos hojas grandes, unir las con una cinta adhesiva,

y sobre esta amplia superficie dibujar una gran mano que ocupaba casi todo el espacio de las hojas unificadas sobre el que trabajaría la familia. Los otros dibujos no se integraron en esta propuesta y quedaron en los márgenes. Esto podía suponer que aspiraba a volver a ser la familia de antes, todos unidos y obedientes a su discurso. Precisamente, las dificultades del hijo por el que consultaban, había creado una separación entre el paciente designado y el resto de los integrantes. El padre, con la cinta, mostraba cómo quería volver a esa ilusoria unidad narcisista. La posición de su dibujo, que desplazaba los restantes hacia lugares periféricos, mostraba un deseado lugar central y hegemónico. Estos excesos narcisistas nos llevan a suponerlos determinados por heridas en su amor propio y en su autoestima. La dinámica familiar que hasta ese momento venía generándose mostraba que el padre no se posicionaba como agente normativo y, en su familia, su autoridad apenas evocaba el poder del pater romano. Sus palabras habían perdido valor instituyente. Es paradójico, pero no infrecuente, que estas globalizaciones o totalizaciones produzcan y/o no logren disimular las fragmentaciones y dispersiones que luego todos lamentan. Las técnicas de control, vigilancia y castigo que esta familia establecía, y sus criterios disciplinarios- para utilizar los conceptos de M. Foucault- para evitar todo conflicto fracasaban. Intentaban, en vano, educar al soberano y civilizar al bárbaro (inicialmente, el paciente designado). La historia propuesta por el padre, y sus presupuestos, no era pertinente para plantear la problemática familiar y para comprenderla. El paciente designado, que se había interesado inicialmente por dibujar, fue el primero que terminó, y se alejó para inspeccionar otros elementos del consultorio. Su resistencia a asistir a la entrevista, como a continuar con su terapia individual, no dejó de hacer sentir en todo este encuentro. Estos elementos mostraban algo que el dibujo final ratificó: que era mítica esa unidad familiar que el padre había dibujado, porque cada uno estaba inmerso en su propia problemática. El comentario del hijo molesta y desestabiliza el armónico, consistente, agradable y coherente relato paterno. Estas situaciones que incomodan suelen ser las parteras de los actos creativos. Es necesaria otra composición conjunta que discontinúe la previa organización moralizante que termina desubjetivando a los integrantes de esta familia. “Coqui” es el

nombre que plantea el análisis reflexivo de la narrativa que el padre enuncia, y que debe ser descentrada. Me acerco, en estos comentarios, al modo en que M. Foucault comienza “Las palabras y las cosas” (1966) cuando ofrece su perspectiva de “Las meninas” de Velázquez, una obra en la que los sujetos retratados están perfectamente individualizados, y en la que el sujeto está desapareciendo. Los centros, las periferias, la distribución jerárquica de espacios y personas, de aspectos definidos y otros invisibilizados, materializan lo representable por el pintor y su época. Yo sumo, a esta propuesta, la importancia clínica de situar lo representable y presentable del conjunto que participa de la experiencia. Un otro discurso necesita producirse, proliferante y rizomático, capaz de desplazar rutinas y explicaciones defensivas, para que aparezcan posibilidades inéditas y nuevas praxis subjetivantes, que operen eficazmente sobre las dinámicas patógenas ya instituidas. Para ir destituyendo esta dinámica opresiva y hacer, entonces, que el espacio familiar sea más habitable y sano, el paciente designado defiende drásticamente a “Coqui”. El perro alude a lo que, en la dinámica de esta familia, queda impensado e impensable, es decir, expulsado o no aceptado por sus excesos (molessias a lo ya establecido). Otra importante vía asociativa puede partir también de este elemento. Es a través de la expresión popular “meter el perro” (hacer trampas, engañar). Pero para aclarar este camino necesito sumar más datos a los ya consignados. El paciente designado no quería continuar su terapia individual con la psicóloga que lo veía. Insistía a sus padres en este sentido. Sólo momentos previos al comienzo de la entrevista familiar advirtió que su madre le había mentado. Le había dicho que irían para hacerse unos análisis a un médico clínico, cuando en realidad estaban a punto de ser recibidos por otra psicóloga para tener dicha entrevista. Esto había irritado al hijo e impactado contra-transferencialmente a la terapeuta durante todo el encuentro. Querría, entonces, recordar que hay una gran riqueza semiológica en cada experiencia analítica, y que el análisis de situaciones muy localizadas, en el procesamiento del discurso familiar, puede producir verdades significativas.

6) la **regla de la suficiencia del material producido o reconstruido**. Quisiéramos lograr una comprensión íntegra, completa y profunda

del material de nuestros pacientes, y aspiramos a que sea rápida, sin mucho esfuerzo e inobjetablemente cierta. Esta es una de las muchas exigencias superyoicas contra las que tenemos que estar alertas. A veces nuestra comprensión racional va por el ascensor, pero nuestra aceptación emocional va por la escalera. Y terminamos molestos, ante al paciente (individual o conjunto), por el límite significativo de lo que nos proporciona. O nosotros mismos nos quejamos, ante nuestra reconstrucción, o somos criticados por otros colegas, en una supervisión o ateneo, por lo que se consideran la insuficiencia de los datos aportados. Pareciera que anhelamos lo que debiera haber, al confrontarnos con lo que hay, y esa ausencia o diferencia es sentida como una intolerable falla o falta, como una inadmisibile carencia. El material, entonces, es considerado “clitorideano”, si me permiten la expresión. Pues estamos ante otra de las teorías sexuales infantiles del psicoanálisis. El “gran bonete” solicitado, aquella información sobrevaluada que lo explicaría todo, suele referirse a algún supuesto episodio traumático del pasado.

En realidad, cada material tiene su propia suficiencia significativa, su propio, específico y singular poder de hacer pensar y hacernos pensar desde lo que se presenta. Mi criterio es, así, darle al material presentado (en la sesión, en la supervisión o ateneo) la responsabilidad de aportar los elementos que den sentido a lo que se produjo en el encuentro terapéutico, y capaz de generar un co-pensar sostenido por lo que quedó interrogado en ese hacer conjunto. La analizabilidad en la clínica vincular depende de este factor.

Un material tiene siempre la potencia clínica suficiente para que la experiencia sea interrogada. Podemos volver a la comparación inicial. Cuando reflexionamos acerca de un momento determinado en una partida de ajedrez, no necesitamos saber cuáles fueron los movimientos previos ni qué secuencia de jugadas llevaron a la situación que se analiza. La lectura de esa coyuntura lúdica es elocuente en sí misma y permite conjeturar qué siguiente jugada sería la más criteriosa.

7) la **regla de presentar la terapia como un espacio subjetivante específico**. Es el análisis un otro espacio exogámico subjetivante particular, para dialogar, intercambiar, pensar juntos, con características dinámicas discursivas propias. Por eso construye un distintivo e inédito “nosotros”. Es lo que terminaba reconociendo asombrada la madre de un niño cuando veía que se animaba a usar el baño del consultorio de su analista, cuando, hasta ese momento, ni él ni ninguno en la familia usaban un baño que no fuera el de la casa. El hijo tenía dificultades en el control esfinteriano y sus padres tenían también limitaciones en la continencia emocional y en poner en palabras los cambios y las crisis evolutivas que la familia debía enfrentar y resolver. Una vez que las resistencias son superadas pueden contactar con lo impensable, por distintas censuras y represiones (la vergüenza o el pudor hacia determinadas representaciones, que impiden confesar sus necesidades o deseos) y con lo impensado: presentaciones imprevistas e inéditas que aportan las nuevas exploraciones o los sucesos que acontecen en ese momento.

Salvo los primeros ítems, las siguientes consideraciones deberían ser tomadas como recomendaciones o sugerencias, en función de mi experiencia en ambas clínicas con niños. Distingo, de este modo, lo que en un terreno filológico, suele diferenciarse entre reglas coactivas, que operan al modo de mandamientos obligatorios, de reglas facultativas, opcionales. Siendo un juego, un viaje que se emprende por senderos abiertos hacia sucesos imprevistos, es, cada sesión, un “barajar y dar de nuevo”. Tratamos de hacer lugar a lo impensable, recuperando lo reprimido, y a lo impensado, al ir siendo, encontrando la alteridad del otro, que nos subjetiva deconstruyendo anclajes identificatorios.

Plantearía una última recomendación: prefiero que el niño interprete o interpretar con el niño antes que interpretarle al niño. En la clínica con niños, mi lugar lúdico preferido es Sancho Panza o el Dr. Watson.

En síntesis, lo vincular con niños, como nueva perspectiva clínica, hace necesaria la modificación de los conceptos teórico-técnicos del análisis clásico. El campo de la intersubjetividad

lleva a establecer nuevas reflexiones, y a esbozar criterios que están aun productivamente abiertos. Conviven, de este modo, las teorizaciones previas con las nuevas perspectivas que parten de lo vincular con niños. He considerado, en este trabajo, que el psicoanálisis es un

específico juego reglado, y que el dispositivo que el terapeuta ofrece determina un encuentro singular con el niño y/o su familia. Intento, entonces, establecer, en mi experiencia, qué reglas, en el análisis clásico y en el vincular, orientan nuestra labor.



Bibliografía

- Deleuze, G. (1986) La subjetivación. Curso sobre Foucault III. Cactus, Buenos Aires, 2015.
- Ekstein, R. (1966) Psicosis infantil, Pax, México, 1969.
- Foucault, M. (1966) Las palabras y las cosas, Siglo XXI, México, 1968.
- Freud, S. (1913) Sobre el inicio del tratamiento. AE, vol. 12
- Freud, S. (1925) La negación. AE, vol. 19
- Freud, S. (1926) ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? Diálogos con un juez imparcial. AE, vol. 20
- Freud, S. (1933) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, AE, vol. 22
- Freud, S. (1937) Análisis terminable e interminable, AE, vol. 23
- Moguillansky, R. (2012) El papel de la familia en la identidad adolescente, Vertex, Rev. Arg. De. Psiquiatría, vol. XXV, 2013, Buenos Aires.
- Urman, F. (1982) Piden pan, no les dan... Trabajo inédito.
- Urman, F. () Azar y determinación según Tomás de 10 años. Trabajo inédito.
- Urman, F., (2012). Una mirada psicoanalítica: el juego en la clínica vincular. Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, on line, 2012, nro. 11. Buenos Aires.
- Urman, F. (2013) El dibujo en la clínica vincular: una instantánea del conjunto. Cap. 11 de Diálogos en construcción, S. Kleiman (comp.), del hospital ediciones, 2016, Buenos Aires.
- Urman, F. (2015). Familia con niños y adolescentes: una lectura desde lo vincular. Inédito. Presentado en un ateneo del Departamento de Niñez y adolescencia de APDEBA.
- Urman, F. (2016) Aportes de las psicoterapias en instituciones a mi formación psicoanalítica: del encuadre al dispositivo. Presentado en una jornada interinstitucional de APDEBA. Inédito.
- Rodrigué, E. (1963) La interpretación lúdica: un estudio sobre los medios expresivos. Rev. de Psicoanálisis, Vol. XX, 3, 1963. También en "El contexto del proceso psicoanalítico", en colab. con G.T. de Rodrigué, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- Valeros, J. (1997) El lugar del analista, F.C.E., Buenos Aires, 1997



Sobre el autor: El Dr. Federico R. Urman es Médico, Miembro Titular en Función Didáctica de APDEBA, Especialista en Niños y Adolescentes (IPA).

Profesor Asistente en el seminario Familias con Niños y Adolescentes. Teoría e intervenciones., de la Maestría y Familia y Pareja del Instituto Universitario de Salud Mental, y Secretario Académico de dicha Maestría.

Profesor titular del seminario Familia con Niños y Adolescentes, en la Especialización en Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, del IUSAM, e integrante del Comité Académico de dicha Especialización. Coordinador de Supervisiones Grupales de la Especialización.

Profesor del seminario Clínica de Adolescentes I, en la Especialización en Psicología Clínica con Niños y Adolescentes del IUSAM.

Tutor y Jurado en tesis presentadas en el IUSAM.

Profesor Consulto en Salud Mental del Hospital Italiano.

Integro el Comité de Arbitraje de la Revista Psicoanálisis.

Autor de diversos artículos y capítulos de libros sobre la clínica psicoanalítica.

Premios: Coca-Cola en las Artes y en las Ciencias, Dr. David Liberman y Prof. Elena Evelson.