

## ¿Hay un Psicoanálisis de Niños con Sordera? De la calesita a la magia Gabriela M. A. Planas

### ABSTRACT

El presente escrito es una reflexión sobre que es lo que da cuenta de lo específico del psicoanálisis con niños sordos. Algunas primeras ideas teóricas se conjugan con la presentación del caso de un paciente, considerando el psicoanálisis como el abordaje posible para niños con sorderas con patologías graves agregadas, a través de intervenciones estructurantes.

Es un recorrido tomando los primeros momentos del encuentro con los padres y luego con el niño, haciendo enlaces con aspectos que tal vez sean los que den especificidad al psicoanálisis con niños sordos referidos el lugar que se asigna al analista, las intervenciones no "logopédicas", los padres, la transferencia en mi caso como profesional sordo, y las resistencias que se ponen en juego. Y como propio del psicoanálisis con niños un tema nodular que lo formulo como pregunta: ¿Qué hay de perturbado en el nivel del lenguaje, en tanto vínculo madre hijo, padre, que desbordó el camino, fijando al niño inmóvil y "mudo" como sujetos?

En el niño por el que inicialmente se consulta, y por el que se habla, se descifra un más allá de las alteraciones de las funciones maternas y paternas, que se enlazan con lo vivenciado por cada uno de los padres en sus respectivas infancias.

Desde hace un tiempo me pregunto si hay un psicoanálisis de niños con sordera, y si existe un psicoanálisis con niños qué es lo que da cuenta de lo específico del psicoanálisis con niños sordos?

La consulta al analista por un niño sordo, como la de los niños oyentes, tiene la particularidad de brindar, anticipadamente a su encuentro, información desde los padres, la escuela y otros especialistas. En el encuentro con el niño con sordera, y a diferencia de los oyentes, es frecuente que de quien se habla no nos hable ni aún en el lenguaje de los niños: el juego y el dibujo.

Tal vez forme parte de lo específico de esta práctica que la sordera, en tanto déficit orgánico, abre interrogantes, y toda pregunta es una pregunta por el origen, por las causas. Hecho que nos precipita a confrontarnos con las preguntas que más angustian o con las respuestas que no se toleran, en alguien que con frecuencia no pregunta. Esta situación un tanto paradójica hace a las diferencias con otras disciplinas, que se ocupan de la hipoacusia, de su etiología o de la estimulación de la audición, pero no del sujeto que se pregunta por su propia hipoacusia aun sin saber de su pregunta. Lo particular se despliega en cada paciente en la construcción de subjetividad, apertura a interrogar y la búsqueda de respuestas.

Puede considerarse que la dimensión que se abre al plantear la diferencia entre el oír y el escuchar, la escucha psicoanalítica y el escucharse en quien

tiene un déficit auditivo den cuenta también de la especificidad del psicoanálisis con niños sordos, en tanto que es una distinción a partir de la falta. Hecho que también nos precipita prematuramente a distinguir faltas de diferentes órdenes, y en particular con la sordera en tanto falta “invisible”.

El caso complejo de un paciente Daniel, de 10 años, permite ilustrar fragmentos del análisis de un niño sordo, los interrogantes respecto de la forma en que adviene al lenguaje, y el modo de constituir la representación palabra en quien tiene un déficit auditivo en conjunción con una serie de compromisos psicológicos. Por otra parte, la prehistoria del paciente, los modos de ejercer las funciones maternas y paternas, admiten pensar la etiología de las fallas en su constitución psíquica, antecediendo, o abriendo curso al déficit orgánico.

La consulta por el niño la realiza su madre. En la primera entrevista se presenta desconociendo por qué la envían del colegio, dice que se comunica muy bien con Daniel, ella le habla y el entiende. Agrega que en casa, mira la TV, que no tiene amigos, y que suele concurrir a una calesita donde da interminables vueltas. Que no fue alimentado por pecho “por consejo de los médicos, por temor a ahogos”. Tiene el diagnóstico de hipoacusia a los dos años de vida del niño, por sospechas de ella, y me dice “la hipoacusia es lo peor!!”. Daniel fue operado a los tres años donde se le coloca una “válvula en el corazón”, Además cuenta que Daniel “muy duro para aprender”, que realizó muchos tratamientos psicopedagógicos por pedido del colegio, y que está con maestra particular en este momento. Comenta que falta mucho al colegio por que se enferma muy seguido, que se hace un poco de pis encima, tiene vitiligo y un lagrimeo en el ojo. En posteriores encuentros la madre relata los problemas “mentales” de su otra hija, quien tiene un hijo que camina rengueando y no habla, y otro con labio leporino. Manifiesta que “las mujeres de la familia no sirven para tener hijos”. Relata que antes de Daniel tuvo otro hijo, que nació muerto.

Cuál es el lugar del analista, si no se acepta ser reeducador, orientador o consejero? Cuál es el lugar de este psicólogo sordo, que tiene lo peor en el decir de la madre? Algunos aspectos transferenciales puesto en juego aquí se encuentran en referencia al no saber de la madre, viene en nombre de otro y por la queja de otro, el que sabe y puede hacer las cosas bien es este otro ahora. .Será que la sordera no es lo peor? Punto importante para un inicio, donde no encontró alguien que le diga que hacer, sino un lugar que la hace hablar sin saberlo.

En nuestras sesiones a veces tengo que interrumpirla señalado, sin demandar, lo rápido que habla, lo poco que modula, que no me mira al hablar, en contra punto con la limitación del entender, puntos en los que transferencialmente se pone en juego el “Daniel me entiende todo ... ”

Creo que ese lugar, el de escuchar, y no ya atendida por una mujer sorda, posibilitó no seguir dando vueltas en círculos, como en la calesita, o quedarnos con algunos “cambios positivos” de Daniel en el colegio, sino que comienza a preguntar y luego a preguntarse, contándome lo que le preocupa a ella, y ya no a los otros. La madre de Daniel comienza a tener olvidos de los turnos, confundir

la dirección del consultorio, enfermedades y percances se suceden dan el “material” con que le abro un espacio propio permanente. En el decir de Freud “Es el despertar de la resistencia, precisamente, lo que protege al psicoanalista de la sugestión”<sup>1</sup>.

También las resistencias pueden pensarse como un rechazo al tratamiento en sí para asegurar que el niño permanezca como deseo de la madre. El avance de Daniel la sumió más en la depresión y los olvidos.

Qué significa para esta madre un tratamiento que interroga? Tal vez pueda ser el anticipo de la angustia que despertará un hijo que interroga? Qué es lo que no se puede recordar? O mejor dicho, qué se esfuerza por mantener en el olvido? Tal vez vivenciará que soy un intruso que viene a abrir espacio entre ese todo que constituye ella y Daniel. Fue muy representativo verlos en la calle caminan juntos, madre hijo apoyados por los hombros, tomados del brazo como sosteniéndose uno con otro. En el decir de Maud Mannoni “la disposición de estos niños es hacer hablar a los padres en su lugar. Los padres son al principio quienes tienen la misión de expresar la relación transferencial, es importante tenerlo en cuenta y recibir los mensajes desde donde provienen.”<sup>2</sup>

Parece que de este hijo se ocupa solo la madre, cuando el padre logra llegar al consultorio, aproximadamente ocho meses después del inicio de la consulta, manifiesta que el diagnóstico de problemas cardíacos al nacer Daniel fue un intento para “sacarles plata”, “que a él se lo dieron por muerto”, y detrás de todo esto estaba “el negociado del Dr. Fernández “.

Agrega que los audífonos son otro negociado. Me he preguntado si estos padres sacaban espacio a Daniel distanciándome, o si solo a través de ellos podría llegar a él. Pero ambos padres fueron desplegando una historia, que fue dando sentido a lo que sucede a Daniel. Parece que la gravedad de su enfermedad está entrelazada en este sistema de relaciones.

Cuando el niño entra al consultorio por primera vez, se queda parado, pasado un tiempo le indico que puede tomar objetos de la caja, no comprende ni por labio lectura, ni por señas. No comprende la invitación a jugar ni a dibujar. Busca mi mirada que le indique algo. Le doy pasta para modelar y realiza unos movimientos con sus manos y la pasta queda como desgarrada, informe y desparramada. Le escribo mi nombre y comienza a escribir nombres en igual forma, escribe y escribe. Escribe palabras sueltas, muchas con letras invertidas, le hago notar que no comprendo lo que dice. Escribe por ej. “Montoto”, “Murros”, “sindito”, “tomingono”. Trato de entender, que eso que escribe tiene algo que ver conmigo, buscando relaciones, vínculos, con gestos, escribiendo o realizando dibujos. Pasado un tiempo, y desde el lugar del no comprender, el escribir por escribir parece no ser tan automático. Comienza a deletrear palabras sueltas, utilizando en abecedario de Lengua de Señas, será la forma en que nos comunicamos. Una forma lenta y poco práctica para una mirada convencional de la comunicación, pero este fue el modo, nuestro modo y ritmo que nos permitió encontrarnos. Dado los escasos recursos para simbolizar, las intervenciones tendieron a ser estructurantes, de construcción, a la vez que tomaba lo que él fue presentando sumando progresivamente, gestos

y palabras en LSA. Dándole así como puntas de ovillo y esperando. Comencé a darme cuenta que estaba como atrincherada atrás del escritorio, con temor de encontrarme con un niño del que no había leído en ningún libro, al que le ofrecía la convencional caja de juguetes.

Reconocer mis errores me permitió salir de las actividades de escritorio, y pasar al piso, tratando de que nuestro vínculo y lo que hacíamos juntos se pareciera lo menos posible a las actividades del colegio, y así me dejé llevar por él. Tal vez pueda decir que muchas de mis intervenciones eran “destructoras” de sus modos rígidos, de aprendizajes automáticos, de eseponerse derecho como un alumno prodigio, y de estar sujeto a la espera de la aprobación. Se cuidaba de no hablar en LS delante de sus padres, parecía transformarse en presencia de ellos. Podría pensar que creamos una intimidad, una forma de comunicarnos, entre mis dificultades y las de él, pero principalmente la intimidad de la sesión homologamente creaba su propia intimidad.

Luego de varios meses el paciente comienza a preguntar y me pregunta “¿neno?”, en un diálogo mediado con dibujos, fotos y pasta de modelar, voy reconstruyendo lo que él piensa: Qué es una nena, que tiene un bebé en la panza, que le van a cortar la panza y va a salir un bebé, que tiene tetas y va a dar de mamar. La diferencia entre Hombre –Mujer la establece por el pelo, corto o largo respectivamente. Su madre me cuenta que Daniel se pone su corpiño, hecho que ella festeja con gracia y burlas, y “que tiene tetas grandes como de mujer”.

En una sesión vincular cuando miramos fotos de Daniel de bebé la madre le dice que él nació saliéndole su panza, hecho que cuestionó. La madre me dice que es más fácil decirle eso. El padre me comenta que a Daniel “le gustan las mujeres” y relata como lo estimula a mirarlas en la calle. En otra oportunidad en sesión con el niño amasamos pasta de modelar, hace una capa fina, se la coloca sobre la cara, las manos, los brazos, yo lo imito a modo de espejo. Le digo en LS deletreando: P I E L. Me coloco la pasta sobre distintas partes del cuerpo, miramos y esperamos. Toma pastas de otro color, las mezcla, amaza, extiende, y luego se la coloca, sobre la cara, las manos. Miramos la pasta, señalo su piel. Le digo: MANCHA, diferentes y colores. Me dice: SOL. Le digo que no. Me muestra la cicatriz de su operación de niño, y me dice: SOL, CORTAR, SALIR, BEBE. Iniciamos un largo y reiterado recorrido donde cuenta que la piel se cae de la cara, los ojos se salen, y la cabeza se corta se sale o cae, sus manos se caen o se cortan. Relata sobre algo que lo asusta, cuando cierra los ojos.

Cuándo comienza un análisis con un niño? Puede que comience con el niño cuando habla de la muerte<sup>3</sup> tomando el mensaje alienante de sus padres. Daniel quedó fijado como mujer, como una mujer de la familia, “que no sirve” y “dado por muerto”, personifica a un muerto como la negación del deseo. El niño se enfrenta con una relación incestuosa, dual, imaginaria y amenazante, que lo hace temer de heridas y desgarros en su cuerpo, sin posibilidades de acceso a una dialéctica verbal, a un mundo simbólico. Cabe pensar hasta que punto se crea en Daniel una situación psicotizante, revestido “como débil mental” que

viene a ocultar las dificultades que sus propios padres no pudieron superar. Así queda detenido, sin poder crecer, soportando desde la madre las fantasías de que lo peor es la sordera, pantalla que la aleja de confrontarse con su propio drama: ser mujer es ser debilidad mental. Y desde el padre, desmentir<sup>4</sup> las faltas que se presentifican en su hijo con pensamientos fantásticos. La recurrencia sobre algunos temas es muy notable, pero es mayor su interés por preguntar si esta vivo o muerto. Desabrochamos la idea de que morir no es cortar, punto tal vez que lo confronta con sus temores. Y así en un extenso papel donde anotamos y escribimos fechas y hechos, pegoteamos y dibujamos a lo largo de las sesiones, armando su historia, marcando continuidad y el paso del tiempo, me dice “ahí muerto no” y para mi sorpresa acordamos que no ubicamos en el papel, el día que moriremos, por que no sabemos, sabemos que estamos vivos y que moriremos, pero no cuando. Sorpresivo acuerdo, como acto simbólico, al que sin planearlo pudimos llegar.

En una sesión con el paciente y su madre, jugamos al Juego de la Oca, Daniel dirige el juego, su madre me comenta “parece que razona”, entre ellos se comunican muy poco, y persiste un vínculo de rechazo. Se pierde un dado durante el juego, lo buscamos sin resultado, Daniel abre su mano, mostrando el dado, y me dice en forma “¡Magia!”. Pensando la enfermedad del niño en relación a los padres, puede vincularse neurosis con psicosis, en tanto que lo no resuelto edípicamente en estos reaparece en el niño que entre tanta falta solo le queda imaginariamente situarse como “NENO” con tetas para la madre y el padre.

De esta forma puede pensarse la íntima unión del mundo fantasmático que construyen los padres con la del niño, siendo para Daniel la realidad lo que es fantasías de los padres. La fallas originarias, en el encuentro madre hijo, han dejado sus marcas, como la imposibilidad de afirmar que algo exista, ante la búsqueda de un objeto<sup>5</sup> que no se logra encontrar, la que acentúa la repetición, y afecta la constitución de la realidad.

Qué hay de perturbado en el nivel del lenguaje, en tanto vínculo madre hijo, padre, qué desbordó su camino, fijándolos inmóviles y “mudos” como sujetos? La respuesta inmediata ronda en torno a que un niño con sordera puede alterar el vínculo con sus padres, planteo unilateral y determinista, que antepone el déficit como “causante de...”. Desde este punto de vista se sustenta una práctica orientada a la “elaboración” y “aceptación” de la hipoacusia por parte de los padres del niño sordo.

En el caso comentado, así como otros donde se encadenan enfermedades precoces y discapacidad, se rastrea un mas allá de las alteraciones de las funciones maternas y paternas, que se enlazan con lo vivenciado por cada uno de los padres en sus respectivas infancias. Con la precaución de no caer nuevamente en un paradigma casualista en el marco de tiempos cronológicos.

Si el niño con sordera entra en un análisis, despliega al modo de un abanico, tres historias de la infancia, del no poder escuchar, que se cristalizan en el sufrimiento por el que se consulta.

“De la calesita a la magia”.

La Calesita, es la palabra de la madre en inicio del tratamiento y representa la repetición, el mismo recorrido, la pura satisfacción pulsional. La Magia, es palabra de Daniel, fue lo inesperado, tuvo una dirección y abre un sentido metafórico. “De la calesita a la magia” es también la expresión de un deseo que se desliza de mi parte, ya que creo que en realidad aún habiendo un recorrido, no es haber partido de un punto y llegar felizmente a otro, hay calesita y hay magia hecho que confronta con posibilidades y limitaciones en el hacer del psicoanálisis con niños con sordera.

Licenciada Gabriela M. A. Planas (\*)

#### Notas

1Freud, S. (1922),”Psicoanálisis”,Pág. 243. op cit .Vol. XVIII.

2Maud Mannoni “El Nino Retardado y su Madre”, Pág. 49, Paidos, Buenos Aires, 1982.

3Maud Mannoni, op.cit.

4“Desconocimiento o Desmentida en Freud “... por lo general es usado en relación con el complejo de castración..”Cita 4 de la Pág. 147 , S. Freud “La Organización Genital Infantil” op. Cit. vol. XIX , pensado como un no-reconocimiento de un saber inconsciente

5S. Freud. “La Negación” 1925 Pág. 255,op. Cit.

#### Bibliografía

Aulagnier, Piera. La violencia de la interpretación Amorrortu,1975

*Baquero, Ricardo. ¿Existe la Infancia? Escuela y construcción de la Infancia*

Bleichmar, Silvia. En los orígenes del sujeto psíquico. Amorrortu.

Dolto, Françoise. Seminario de psicoanálisis de niños I. Edit. Siglo XXI

Seminario de psicoanálisis de niños II. Edit. Siglo XXI

Mannoni, Maud. Amor, odio, separación. Edit. Nueva Visión.

La primera entrevista con el psicoanalista. Ed. Nueva Visión.

El niño Retardado y su Madre”, Paidos, Buenos Aires, 1982.

El niño, su enfermedad y los otros. Cap. (1982) Edit. Nueva Visión.

Rodulfo, Marisa y Ricardo. Clínica psicoanalítica en niños y adolescentes. Una introducción. Ed. Lugar. 1986

Mannoni, Faure JL, Winnicott D W, R y R Lefort, y otros. Psicosis Infantil Ediciones Nueva Visión, 1968

Freud, Sigmund. La interpretación de los sueños. Psicología de los procesos oníricos. (1900) Obras completas, Amorrortu, Bs. As. Vol.5. Lo inconciente. OC. AE. (1915) Vol. 14.

Tres ensayos de teoría sexual. Cap La sexualidad infantil.(1905) OC.AE .Vol. 6  
La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis (1924) Vol. 19. La represión. (1915)OC. AE. Vol. 14. La Negación” Vol. 191925

Más allá del principio de placer. (1920) OC. AE. Vol. 18.

Recordar, repetir y reelaborar. (1914) OC AE Vol. 12.

Sobre la dinámica de la transferencia. (1912) OC AE Vol. 12.

Green, Andre. Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. 1983 Amorrortu

Maldavsky, David. “El complejo de Edipo positivo. Constitución y transformaciones”. Amorrortu. 1980

(\*) Comunicación presentada en 2010 en el marco del II Congreso Internacional con sede en Buenos Aires - IV Congreso Latinoamericano - V Congreso Nacional de Salud Mental y Sordera: “Intersubjetividad y Vínculos”. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.