

SOBRE LA RECTIFICACIÓN SUBJETIVA EN LA CLÍNICA DEL APRENDER

Por Carlos Tumburú

carlostumburu@hotmail.com

Instituto Jean Piaget - Salta - Argentina

RESUMEN

En el trabajo abordamos un tema enmarcado en la psicopedagogía clínica, centrándonos en el comienzo del tratamiento. Intentamos utilizar el *concepto psicoanalítico de entrevistas preliminares en la iniciación de un tratamiento psicopedagógico*; más específicamente, el concepto de rectificación subjetiva, entendiendo al mismo como elemento fundamental para dar inicio a una cura psicopedagógica. La *situación que da origen al problema* es la siguiente: Cuando un niño llega consulta nos preguntamos qué hacer, cómo comenzar, desde dónde. Es un hecho que son los adultos quienes nos consultan; son los padres quienes acuden a nosotros, pero también es un hecho que con quien trabajaremos es con el niño, de allí que planteamos la necesidad de sistematizar este primer momento de la clínica psicopedagógica.

Palabras clave: Entrevistas preliminares; Rectificación subjetiva; Síntoma-Demanda; Transferencia.

SUBJECTIVE CORRECTION ON THE LEARNING CLINIC

ABSTRACT

In the work we tackle an issue framed in on the learning clinic, focusing on the start of treatment. We tried to use the psychoanalytic *concept of preliminary interviews in psychopedagogical treatment initiation*, more specifically, the concept of rectification subjective, understanding it as an essential element to initiate a psychology cure. The situation giving rise to the problem is this: When a child comes to a consultation we asked ourselves what to do, how to start, from where. It is a fact that the adults are who consult us and they are who come to us, but it is also a fact that with whom we work is with the child; Thence we propose the need to systematize this first time of learning clinical.

Key words: Preliminary interviews; Rectification subjective; Symptom-Demand; Transfer.

INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis de orientación lacaniana cuenta con un dispositivo llamado entrevistas preliminares que permite abordar las condiciones referidas a la iniciación del tratamiento. Entrevistas preliminares como condición anterior al inicio de la cura, es decir que: “Esta expresión indica que existe un umbral, una puerta de entrada al análisis totalmente distinta a la puerta de entrada del consultorio del analista. Se trata de un tiempo de trabajo previo al análisis propiamente dicho” (Quinet 1991: 20)

La llegada de un paciente plantea interrogantes que deben ser abordados teóricamente con el fin de contribuir a la práctica; se trata de precisar si todo aquel que llega a consulta es considerado un paciente; o bien, *cuáles son los elementos que deben estar presentes al iniciar un tratamiento.*

Generalmente, tanto en la clínica psiquiátrica como psicológica, todo aquel que llega a consulta es considerado un paciente desde que ingresa al consultorio. Se considera que el consultante manifiesta un síntoma del que quiere desprenderse, sin embargo, el psicoanálisis plantea que no todo sujeto es un paciente, que hay condiciones para iniciar un tratamiento, y para ello dispone de las entrevistas preliminares. En nuestro campo, el psicopedagógico, nos preguntamos cómo abordar dicha problemática. Para poder comprender esta cuestión es importante marcar que para hablar del inicio de un tratamiento propiamente dicho es necesario que se den una serie de condiciones que son denominadas preliminares (demanda, transferencia, síntoma)

Para el psicoanálisis, cuando alguien viene a consultar por un tratamiento es un candidato a paciente. “El primer pedido de la experiencia analítica es la demanda de ser admitido como paciente” (Miller 1997: 17) Entrevistas preliminares, entonces, es un concepto que implica que en la entrada del análisis, se realiza un período de prueba para evaluar si se acepta o no al consultante como paciente; constituye un procedimiento que se encuentra en el primer momento de la cura analítica. Tiene que ver con el inicio del tratamiento analítico y es un momento preliminar a la entrada en análisis. Las entrevistas preliminares son una condición para entrar en análisis. La expresión entrevistas preliminares “indica que existe un umbral, una puerta de entrada al análisis totalmente distinta a la puerta de entrada del consultorio del analista. Se trata de un tiempo de trabajo previo al análisis propiamente dicho” (Quinet; op.cit. 20)

Para poder comprender mejor esta cuestión es importante conceptuar el proceso analítico:

Decimos de un sujeto que quiere analizarse cuando podemos precisar una demanda de ser escuchado como forma de articular una demanda de saber... saber acerca de lo que ignora como produciendo la sintomatología de la que sufre [...]. El paciente trae sus síntomas y pide saber acerca de ellos, demandando saber algo más de sí mismo en esta pregunta por aquello que no puede dejar de reconocer como propio a la vez que declara como sintiéndolo ajeno y extraño [...]. Y se dirige a aquel a quien supone un saber sobre aquello, de sí mismo, de lo que padece. Requisito indispensable para que se instale una relación transferencial en sentido específico o sea aquella que soportará todo el proceso de la cura. (Dinerstein 1987: 77)

La entrada en análisis no es un procedimiento automático que se pueda regular anticipadamente de un modo automático, o sea: no se trata de determinado número de entrevistas fijas que darán cuenta de su resolución, a partir de una secuencia pre-programada, de una entrada en análisis. (Sinatra 2004) Hay algo más que debe suceder para que la entrada en análisis se produzca, a partir de las entrevistas preliminares. Ese algo más tiene que ver con que en las entrevistas preliminares se habrá de construir las condiciones de analizabilidad. “Para Jaques Lacan las entrevistas preliminares cumplen una función absolutamente precisa: evaluar las condiciones de posibilidad de una persona de soportar la apuesta analítica. Hay no sólo el dispositivo, las entrevistas preliminares, sino que ellas están en relación de subordinación respecto al dispositivo para el cual y al cual ellas habrán de servir: el análisis”. (Ib. íd.: 12-13)

Estamos hablando del valor instrumental de las entrevistas preliminares, valor que tiene que ver con los criterios de analizabilidad: la evaluación clínica, la localización subjetiva y la introducción al inconsciente. Aspectos relacionados con la subjetivación y la rectificación.

A su vez, las entrevistas preliminares tienen tres funciones fundamentales: la *función diagnóstica*, la *función sintomal (sinto-mal)* y la *función transferencial*. (Quinet 1991) Es importante aclarar que tanto los niveles como las funciones son momentos lógicos antes que cronológicos.

Las entrevistas, entonces, tienen varios propósitos: 1) permiten construir un síntoma propiamente analítico, en lugar de la vaga conexión de motivos de consulta que suele llevar el paciente; 2) dan tiempo para desarrollar la transferencia; y 3) permiten determinar si se trata realmente o no de una demanda de análisis, y también que generar una hipótesis sobre la estructura clínica del analizante.

Centrándonos en la función sintomal (sinto-mal), diremos que en toda demanda de análisis, lo que importa es cómo ésta se particularizará en un sujeto, que se presenta al analista representado por su síntoma. La demanda de análisis no debe ser aceptada en estado bruto, sino cuestionada. "La respuesta de un analista a alguien que llega con la demanda explícita de análisis no puede ser, por ejemplo, la de abrir la agenda y proponer un horario y un contrato. Para Lacan sólo hay una demanda verdadera para dar inicio a un análisis: la de desprenderse de su síntoma" (Quinet; Ib. id.: 24) De lo que se trata es de hacer correlativa la demanda a la elaboración del síntoma en tanto "síntoma analítico". Elaboración que implica que el síntoma pase del estatuto de respuesta al estatuto de pregunta para el sujeto, para que éste sea instigado a descifrarlo. A partir de este desarrollo teórico, y ubicados en la especificidad de la clínica psicopedagógica, centramos nuestra mirada en la rectificación subjetiva.

SOBRE LA RECTIFICACIÓN SUBJETIVA EN LA CLÍNICA DEL APRENDER. LA FUNCIÓN DE LA INTERROGACIÓN

En la clínica psicopedagógica partimos del síntoma, y por lo tanto de lo que no anda. Para trabajar estas cuestiones iremos delimitando el espacio en el que puede inscribirse la clínica psicopedagógica, la clínica que sostenemos quienes somos consultados cuando alguien no aprende o lo hace con dificultades. (González, 1995)

Partimos del siguiente interrogante postulado por Dominique y Gérard Miller:

Para entrar en análisis, y no sencillamente en el consultorio del analista, se precisa al menos un síntoma. Y para que un síntoma tenga un lugar en el análisis es preciso que le sea significado al sujeto. Ahora bien, hay síntomas que nunca alcanzan al sujeto aún cuando sean suyos. Y por otra parte, ¿por qué decir 'síntomas'? ¿Por qué para nosotros, para los otros, existen como tales, porque estamos seguros de reconocer en ellos algún tipo de trastorno, de disfunción? Esto no basta para que sean analizables. Por eso Jacques-Alain Miller podía subrayar hasta que punto la vía freudiana consiste en la 'ampliación del campo de los síntomas. De los síntomas como significados del sujeto'. En un sentido, se puede decir de todo síntoma que ha nacido en otra parte, en otro discurso -que es síntoma del Otro-. Pero para algunos sujetos tiene sólo ese estatuto único de ser exterior. ¿El síntoma es lo que no anda bien? La cuestión radica por entero en saber en quién. (1991: 41-42)

Que se produzca la consulta psicopedagógica no implica que alguien se instale como paciente. Para que algo de eso suceda, alguien tiene que padecer y querer no padecer. "El motivo de consulta, es ese primer momento en que habiendo transpuesto el umbral del consultorio psicopedagógico, se encuentra a otro a quien desplegar la queja, el malestar, la angustia, las preguntas." (González 2001: 60). Aquí debemos diferenciar y no confundir las primeras entrevistas que no siempre indican el inicio de una cura. Hay que diferenciar el inicio de la cura del comienzo fáctico de las sesiones. El problema se plantea cuando se trata de niños que como sabemos, son traídos por sus padres.

Para pensar estas cuestiones diferenciamos el signo del síntoma; signo entendido como todo aquello que puede ser observable de alguna manera, desde la realidad exterior y síntoma como la dimensión subjetiva en relación con lo que puede decir el paciente, con la realidad psíquica. El

signo como algo fenoménico y descriptivo y el síntoma en tanto enigma, pregunta para el sujeto, en tanto algo que no anda.

Para el discurso médico síntoma es todo lo que el enfermo puede decir de lo que le ocurre, y signo son todas aquellas características que pueden detectarse mediante el examen médico y los complementarios: palidez, tensión arterial, anemias, etc. Para el diagnóstico médico el valor de los síntomas es escaso, priorizándose significativamente el estatuto de signo.

La situación se revierte en el marco del discurso analítico: El tratamiento sólo es posible en relación al síntoma; más aún, no sólo es necesario que el paciente hable, sino que además se torna fundamental que teorice acerca de por qué cree él que le ocurre lo que le ocurre, es decir, que haga teoría sobre su síntoma: "¿Por qué cree Ud. Que le pasa esto hoy?", suele interrogar el psicoanalista. Y es que, en la medida en que él se constituya en el Otro del síntoma, es que se análisis podrá funcionar. (Baraldi 1993: 54)

Pero, ¿qué ocurre en el marco del tratamiento psicopedagógico? Siguiendo a Baraldi, diremos que todo lo que puede enmarcarse dentro de la estructura de la cognición pertenece a la cara signo. Para evaluarla no es imprescindible recurrir a pruebas estandarizadas, ya que los comentarios, las producciones gráficas y los juegos espontáneos del niño pueden aproximarnos a su C.I., a la estructura del pensamiento o a la madurez viso-motriz.

Es importante situar todos y cada uno de los aspectos que hacen a esta estructura, dado que ella se constituye de modo tal que es imposible saltarse ningún eslabón. Así, el aprendizaje de la lecto-escritura sólo llegará a ser posible a partir de la asimilación de una serie de aprendizajes previos insalvables. Dicho más sencillo, nadie puede aprender a correr si primero no aprendió a caminar. Situar en qué punto del eje de las Y se encuentra nuestro paciente nos posibilitará saber cuáles son los aprendizajes posibles para él en ese momento de su historia, posible desde el punto de vista de la cognición. (Baraldi 1993)

La cara signo es todo lo que podemos observar, todo lo que podemos ver (Baraldi, 2005). Por ejemplo, las hipótesis en la construcción de la lectura en la que se encuentra un niño, si discrimina texto e imagen, si tiene una hipótesis silábica, si tiene pensamiento operatorio, etc.

Ahora bien, esta es la cara *signo* de la cuestión, condición necesaria pero que de poco nos sirve si desechamos la cara *síntoma*: la cara síntoma tiene que ver con lo que puede decir alguien sobre lo que le pasa. ¿Qué puede decir el niño de lo que le pasa?, ¿Por qué cree él que le cuesta aprender? O bien, en otros casos, ¿Qué sabe de su deficiencia?

Si seguimos las enseñanzas del psicoanálisis, observamos que el inicio del tratamiento depende de la posición subjetiva del niño y no de la realidad externa a él. Como dice Antonio Di Ciaccia: "El síntoma no es un signo de una afección sino una expresión a ser leída, que sólo se interpreta en el orden significante, lo cual no tiene sentido más que por su relación con otro significante". (1989: 25)

Lo esencial es lo que el paciente dice; aquí nos separamos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho. Pero esto no es suficiente, hace falta un paso más que es cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos. Lo esencial es, a partir de los dichos, localizar el decir del sujeto (Miller 1997) Sobre esta base, la pregunta que nos surge es ¿Qué pasa cuando el niño es traído por sus padres? ¿Qué puede decir el niño de lo que le pasa? ¿Por qué cree él que le cuesta aprender?

El primer momento de la consulta es aquel en el que los padres llaman para pedir atención y el psicopedagogo los recibe a ellos y al niño. "Ese es el tiempo de las consultas. Todavía no está el paciente 'a la espera', en el sentido de la esperanza de la transferencia con el saber. Es decir que se necesita que el niño quiera saber sobre lo que le pasa." (Giraldi 1998: 91) En el caso de niños se presenta la problemática que tiene que ver con la ausencia de la "plenitud de las notas ideales" para un tratamiento descriptas por Freud, a saber: "alguien en lo demás dueño de sí mismo, sufre de un conflicto interior al que por sí solo no puede poner fin. Acude, entonces, al analista. Le formula su queja y le solicita su auxilio". (1920)

El tiempo de las entrevistas no se establece de antemano, y en eso se diferencia la clínica de la reeducación. El término de las entrevistas y el inicio de la cura dependen de otro momento

necesario, que es cuando el niño formaliza su queja y su sufrimiento como su propio síntoma dirigiéndolo al psicopedagogo. El psicopedagogo debe estar atento a ese momento subjetivo. Muchas veces, nos encontramos con niños que nada pueden decir de esto:

"¿Por qué crees que venís?"

"No sé"

"¿Qué crees que te pasa?"

"No sé"

Éste es uno de los diálogos típicos que se producen en estos casos. ¿Cómo pensar esta cuestión? Podríamos decir que aquí hay signo pero no síntoma. Sabemos por lo que los padres nos dicen, por el informe de la maestra, que algo ocurre en el terreno escolar. Pero parecería que de ello el niño nada quiere saber. Podemos decir que el niño está ubicado en la posición de aquel que no querría saber. Sería el que no querría saber acerca de qué le pasa en la vida y no se interrogaría respecto de lo que hace. Es allí donde nuestra posición, nuestra estrategia nos posibilitará maniobrar para poder cambiar este "No sé por qué vengo" por un "Vengo porque no sé", puesto que sólo en la medida en que el niño pueda escucharse hablar sobre lo que le ocurre es que podremos comenzar a trabajar con él (Baraldi 1993).

Pensamos que esta cuestión puede ser abordada desde la reflexión en torno a la rectificación subjetiva. La rectificación subjetiva tiene que ver con "pasar del hecho de quejarse de los otros para quejarse de sí mismo. Siempre tenemos razones para quejarnos de los otros. Es un punto, de hecho muy refinado, esa entrada del sujeto que dice: 'No es mi culpa'. Inversamente, el acto analítico consiste en implicar al sujeto en aquello de lo que se queja, implicarlo en las cosas de las cuales se queja. [...] Lacan llamaba rectificación subjetiva cuando en el análisis el sujeto aprende también su responsabilidad esencial en lo que le ocurre." (Miller 1997: 70)

No obstante, veremos que en el caso de algunos niños hay un momento anterior, incluso a esta queja sobre los otros. Se trata del "No sé por que vengo", que implicaría que el síntoma está puesto en otro lado, en el exterior. Por ello nuestra intervención tiene que implicar al sujeto para producir el pasaje al "Vengo por que no sé", ya que allí aparece la queja. Pero, creemos que hace falta un paso más para el inicio del tratamiento, se trata de provocar la precipitación del síntoma.

La queja no alcanza para iniciar un tratamiento, hace falta un paso más que tiene que ver con la construcción del síntoma, ya que ello permitirá construir la demanda de desprenderse del síntoma. Tiene que ver con abrir una vía posible de subjetivación de la queja (Giraldi, 1994) El siguiente paso que proponemos es el pasaje del "Vengo por que no sé" a la pregunta: "¿Por qué no sé?", ya que en la medida en que el síntoma pase al estatuto de pregunta es que será instigado a descifrarlo.

Situamos estos puntos en el marco de la rectificación subjetiva ya que ésta rectificación es dialéctica, parte de los decires del sujeto para regresar a ellos (Greco, 1992) Y es allí donde se producirá la asunción por parte del paciente de la propia responsabilidad en aquello de que se queja. Entendemos que la noción de rectificación subjetiva abre la vía a la subjetividad.

Dice Lucía Kerycz:

Si el psicoanalista no debe dirigir al paciente, ni poner en juego sus sentimientos e ideales, si lo que escucha es de entendimiento, y eso no lo obliga a comprender, recibe la palabra del sujeto en el silencio del oyente. Si calla en lugar de responder a la demanda, podemos decir que lo que regresa al sujeto es una interrogación acerca de su implicación en eso que dice. Ruptura en un discurso que ha fabricado otro de quien es víctima o responsable según el tipo clínico. (1992: 17)

La rectificación subjetiva como la intervención inicial, es el trabajo que posibilita y condiciona la entrada en la cura en tanto apunta a confrontar al sujeto con su propio decir y verifica el funcionamiento del terapeuta en el lugar del Otro. Momento inaugural de la transferencia en tanto introduce en la relación sujeto - Otro el supuesto de que hay un saber que desconoce pero

que le concierne, y que es hablando a ese Otro como esta novedad de produce (ib. id.) De allí, si pensamos la rectificación como una intervención, pensamos en la función de la pregunta. Si bien no se trata de responder, el silencio del oyente no implica hacerse el muerto como dice Lacan. En las entrevistas preliminares hay mucha intervención. Una de las intervenciones más frecuentes en las entrevistas preliminares es la interrogación. En las entrevistas preliminares se pregunta mucho.

Tal como lo plantea Ernesto Sinatra la función de la interrogación es esencial en las entrevistas preliminares, por eso es preciso situar para qué sirve y en nombre de qué se interroga.

Se trata de dar lugar a que la persona que habla evidencie una sensibilidad respecto a la lengua que él habita -y, muy especialmente, a la lengua que lo habita: es decir, sin su 'intención'. Desde el inicio la interrogación tiene una función de evaluación clínica, pero además se trata de que el entrevistado vaya localizando el valor de significación que le otorga a sus síntomas. También, mientras transcurren las entrevistas, la interrogación va haciendo lo suyo respecto la localización de la transferencia: sitúa al sujeto en su función de representación, mientras se dirige al analista la suposición del saber necesaria para dar inicio al análisis. Las buenas preguntas orientan la dirección de las entrevistas. (2004: 28)

Pensamos a la interrogación como una condición clínica de las entrevistas preliminares. Condición que no sólo es técnica, sino también ética: posicionarnos desde un lugar en el cual la escucha permita el despliegue de cada discurso singular.

Como nos dice Alicia Fernández (2000b), la riqueza de la pregunta tiene que ver con la posibilidad de preguntarse, se-preguntar. La respuesta es la tristeza de la pregunta. La posición de preguntar(se) se da en la relación 'entre' que toda pregunta incluye, entre aquello que se conoce y aquello que no se conoce. Preguntar es situarse (y ahí circula el deseo de conocer) entre lo que se conoce y no se conoce. De esta manera la interrogación va ineludiblemente acompañada de la curiosidad. Como expresa Grimau "lo aconsejable es averiguar lo más posible, no esperar demasiado respecto a la generosidad del inconsciente, y maximizar la función de la curiosidad." (2003: 28) Curiosidad viene de cura, palabra latina que significa "asistencia que se presta a un enfermo", "cuidado", "solicitud". Curiosidad, entonces, significa también "cuidadoso". "Curiosear, pues, en los pliegues del alma, aún cuando ésta se muestre reticente en un discurso penumbroso." (Grimau 2003: 28) A partir de ello, el psicopedagogo no debe estar atento a un dispositivo, o encuadre, como se lo llamaba antiguamente, sino subordinado a un discurso singular en donde se manifiesta, o no, el síntoma particular.

Por ello pensamos en la interrogación que va desde nosotros al paciente. En un primer momento, cuando el niño es traído por los padres porque no aprende, la pregunta está de nuestro lado: ¿Por qué no aprende? Sin embargo es función del trabajo preliminar - a través de la interrogación como intervención- modificar la situación para que el niño se haga cargo de la pregunta: ¿por qué no aprendo? Sólo así comenzará el tratamiento. Cuando ello sucede, el psicopedagogo debe mantener en suspenso la interrogación, no dando significaciones; "posibilitando que el sufriente vaya desplazando sus preguntas y las interpretaciones que va haciendo, produciendo desplazamientos significantes" (Giraldi 1994: 56)

Sólo así y a través de esta pregunta es que el niño comenzará a construir su demanda, será alguien que padece pero que quiere no padecer.

Un niño que se dirige al psicopedagogo con una queja transformada en pregunta; un sufrimiento que se constituye en síntoma en tanto le atribuye un sentido oculto y que supone que el otro sabe descifrar y espera de ese desciframiento un efecto de alivio.

Es importante marcar como condición indispensable en el inicio de un tratamiento la construcción de la demanda. Sólo diremos que se ha iniciado un tratamiento cuando surja en el niño una demanda de saber diferente a la de sus padres. Demanda de una significación, "o sea que se le diga que quiere decir eso que se le impone y cuya significación ignora" (Najles 1996: 17)

Demanda de saber que por supuesto no es una formulación precisa y consciente, en la mayoría de los casos. Basta un relato, un juego, un dibujo, o una pregunta a menudo comunicada por los padres al terapeuta. "La demanda es la pregunta que el niño puede articular en torno a un síntoma en el discurso." (Hartmann 2003: 32) que en las entrevistas formulará, le dará forma, la construirá como tal.

La demanda "es el modo como el paciente interpreta para sí mismo el propio síntoma, a partir de lo que sabe y de lo que no sabe y de la especial incomodidad que le causa." (Miller 1981: 162). Cuando hablamos de un adulto, la cuestión es más fácil de dilucidar, sin embargo en el caso de niños, demanda, rectificación y síntoma se entrecruzan en el tiempo lógico de las entrevistas preliminares.

El objetivo del trabajo preliminar es abrir un espacio donde el niño pueda construir sus versiones y representaciones sobre lo que le pasa y sobre lo que piensa del aprender. El niño, al instalarse la demanda, ubica posiciones, enuncia preguntas, comienza a desplegar, a transmitir en la transferencia el sufrimiento que en su aprender se deja ver.

Esta demanda no tiene porque ser verbalizada, sino que puede ser enunciada de diferentes maneras: por un encadenamiento de gestos, de miradas, un juego o un dibujo en donde el psicopedagogo lee, escucha, mira el despliegue discursivo del niño. Pues, como dice Esteban Levin (1991) no sólo este necesita allí transmitir algo de su sufrimiento, sino fundamentalmente que al hacerlo, éste se articule, se hilvane en una cadena de decires. Para que ello suceda, el psicopedagogo deberá leer la demanda, puntuar (por medio de miradas, gestos, palabras, escrituras) que allí el niño transmite, dice, hace, abriéndose entonces un espacio para el discurso del sujeto en relación a su aprender.

La iniciación del tratamiento, diremos, implica una decisión que habrá de ser sancionada por el psicopedagogo, pero con el consentimiento del entrevistado. No se trata de un procedimiento automático; se trata de un acto que se efectiviza por parte del psicopedagogo.

Sin embargo, ello nunca acontece sin el consentimiento del entrevistado, que en el caso de ser adulto es un candidato a paciente en el momento en que da el "sí", al acceder a su primera sesión, pero en cuanto a los niños, el consentimiento debe pasar por el proceso antes mencionado que va desde el "No sé por qué vengo", transitando el "Vengo porque no sé", hasta llegar al "¿Por qué no sé?". En este punto situamos la localización subjetiva, es decir que el sujeto ha sido localizado y es a partir de allí que la cura puede iniciar su camino.

El inicio de la cura depende de la posición subjetiva del niño, y sus preguntas en relación a dicha posición, y no de la realidad externa a él. Se trata del pasaje del síntoma como signo que no se dirige a nadie, como signo petrificado, al síntoma como significante que se dirige al otro a quien se supone un saber y de quien se espera su desciframiento. "Hacer un síntoma es algo muy respetable en el campo de la subjetividad. Freud lo dijo muy claramente: el síntoma está absolutamente abrochado a la constitución misma del ser parlante; el punto es qué hago con dicho síntoma". (Baraldi 2005: 27)

Se entiende, entonces al síntoma del niño como aquella manifestación que a él lo interroga -ahí la subjetividad en juego- y que lo "hace hablar" en su cura, en vías de buscar una solución que no sea el sufrimiento. Cuando recibimos al niño, éste presenta un padecimiento o malestar bajo el peso de un signo, siendo tarea de las entrevistas preliminares devolverle dignidad al síntoma, lo cual es equivalente a restituirle valencia discursiva. (Flesler, 2007)

Sin embargo, la pregunta no implica respuesta. Se piensa que una cura comienza con las preguntas y termina con las respuestas que se les halla. Pero es a la inversa, comienza por las respuestas -que tienen que ver con la queja- para conducir a las preguntas. Preguntas en donde las propias palabras del sujeto produzcan algún retorno sobre él mismo. Produzcan un efecto de significación.

Por ello,

La rectificación subjetiva como la intervención analítica inicial, es el trabajo que posibilita y condiciona la entrada en análisis en tanto apunta a confrontar al sujeto con su propio decir y verifica el funcionamiento del analista en el lugar del Otro. Momento inaugural de la transferencia en tanto introduce en la relación sujeto-Otro el supuesto de que hay un saber que desconoce pero que le concierne, y que es hablando a ese otro como esta novedad se produce. (Kerycz 1992: 18)

En este trabajo, sobre todo cuando hablamos de niños, la posición del psicopedagogo cobra fundamental importancia. Aquí entra en juego el concepto de docta ignorancia, que implica dejar

vacío el lugar del saber desde nuestra posición, lo que no quiere decir promover la ignorancia. Implica una posición de *no saber*. "No saber, en el sentido de suspender toda verdad del terapeuta respecto del malestar del niño y la constitución de un espacio para que su verdad acontezca en un discurso propio" (Levy 1988: 235)

Más allá de toda construcción teórica en la cual buscar anclar al paciente, se trata de dejarse sorprender por la palabra de este sujeto particular en el sentido que Lacan formula "yo no busco, encuentro" (Levy, 1988). La premisa del no saber es la que define la posición del psicopedagogo. En este sentido es respetar la fórmula que corresponde al terapeuta: atención flotante, frente al decir del paciente.

Aquí entra a jugar lo propio de la singularidad de cada caso, no se trata ya de seguir un modelo lineal, al modo del modelo médico. Siguiendo a Sinatra (2004) decimos que en el caso por caso se trata de salir del modelo médico según el cual el médico es el que tiene el saber para pasar a un modelo en el cual sea el paciente quien lo detente. "Freud inventó un truco, adelantándose a lo que le iban a demandar [sus pacientes], él ofrecía, pidiendo: 'antes que yo pueda decirle algo, cuénteme lo que usted sabe sobre usted mismo'. Es de este modo cómo logró invertir las condiciones de la demanda: 'no soy yo el que sabe, de antemano, sino usted'." (Sinatra 2004: 93)

En la iniciación de un tratamiento psicopedagógico se busca hacer circular el síntoma en una serie significativa, en un encadenamiento, podemos hablar, tal como dice Baraldi (1999: 13-14) "del espacio circunscrito por una teoría y una praxis, donde [el psicopedagogo] no se ubica del lado de quien tiene el saber -y debe insertarlo en quien consulta- sino de quien aprende y por lo tanto transmite para que algo de ciertos saberes y conocimientos coagulados puedan ponerse en circulación.

Circular se opone a rotular y/o taponar.

Circular incita búsqueda".

Hablamos de la instalación de la transferencia, en tanto significativa. Ello quiere decir que como primera cuestión debe haber un significante, "un significante que no es cualquier palabra sino aquella que localice, singularmente, en las entrevistas preliminares de qué se trata eso que aflige a quien consulta" (Sinatra 2004: 152). Es decir, en un primer movimiento: a alguien le pasa algo; en un segundo movimiento, no sabe lo que significa ese algo. El tercer movimiento pone en juego una direccionalidad: se trata de remitirse a Otro que se supone que sí sabe (Ss).

Entonces, la puesta en forma de la transferencia implica que haya un significante por el cual alguien se haga una pregunta, tal vez la más corriente pero también la más propia, aquella pregunta que más lo represente en su posición subjetiva, en su sufrimiento. De pronto, y en ese momento, ese significante ha devenido síntoma. El síntoma es la respuesta enigmática a la pregunta "¿qué quiere decir eso que me pasa?". "Esta interrogación - a rescatar, destacar, localizar y trabajar en las entrevistas preliminares- debe implicar ya una división subjetiva en la persona que la emite; implica ya una división entre el saber y el no saber; entre el dolor y la suposición de que haya un saber que pueda calmarlo". (Sinatra 2004: 153), división que va a mover al sujeto a tratar de descifrar su síntoma, momento inaugural de la cura. Porque hay un paso esencial: suponer que 'esto que me pasa' quiere decir algo. Porque si esta suposición no está, '¿qué es eso?', no alcanza. No es suficiente con enunciar 'me pasa algo'; tampoco con 'yo sé que no estoy bien'. Muchas veces este empuje queda restringido a posiciones como 'Sí, algo me pasa', pero falta la segunda parte de la formulación: suponer que eso quiere decir algo, y -además- suponer que por saber lo que ese algo querría decir el sujeto podría aliviarse. El tercer paso consiste en la consulta propiamente dicha: uno se dirige al analista con su dolor porque supone que lo puede ayudar para encontrar el saber que le falta para aliviarse. (Sinatra 2004: 153).

Se trata de poner en forma el dolor subjetivo, cuyo destino es devenir un síntoma, pero no un síntoma cualquiera sino ése que consistiría en el significante bajo transferencia y que permitirá situar al sujeto. Se trata de un significante que indica una pregunta que le es dirigida al psicopedagogo. Se trata de una incógnita; esa pregunta es algo enigmático, es decir, sintomático. "Es la interrogación a formular respecto del valor, de la causa sufriente que produce ese síntoma." (Sinatra 2004: 155) Lugar complejo en el que como terapeutas somos situados, lugar de poder, lugar difícil el del psicopedagogo en tanto consultan porque no aprende y nos ubican en un lugar del saber. Un saber que por un lado es efectivo, y por el otro es puro supuesto (SsS). Pero como dice Baraldi, "solamente si podemos sostenernos en ellos [en los fenómenos transferenciales] y operar desde allí, esto es, solamente si podemos soportar un lugar al que se le supone un saber, lograremos

que el saber circule, circulación que en sí misma enuncia una verdad: el saber no pertenece a nadie sino que se halla en el decir en tanto devenir" (1993: 38).

La condición para iniciar un tratamiento podría formularse del siguiente modo: "no sé qué quiere decir eso que me pasa, pero sé que algo quiere decir y, además, estoy dispuesto a averiguarlo". Muchas veces, no es que el síntoma - como signo - no existe antes de las entrevistas, pero para el sujeto pasa inadvertido.

Hablamos de la posibilidad de que cada niño pueda subjetivar aquello que le pasa. Pueda subjetivar lo singular. Se trata por lo tanto, de permitirle al niño construir un espacio para decir su síntoma, decir lo que le pasa. Para hablar su síntoma. A partir de ello, las entrevistas preliminares podrían apuntar a ofrecer un espacio para que algo de la subjetividad y del deseo advenga.

REFLEXIONES FINALES

Los psicopedagogos nos vimos en la necesidad de incorporar elementos de la teoría psicoanalítica para intentar una comprensión más global de este "niño que no aprende". (Baraldi, 1993). Hablamos de incorporar elementos de la teoría, no de invadir el campo del psicoanálisis, ni que el psicoanálisis se desvirtúe en la práctica psicopedagógica, sino de articular las concepciones psicoanalíticas en una práctica - la práctica psicopedagógica - distinta de aquella que los originó - la práctica psicoanalítica-.

En este caso el de entrevistas preliminares, término que designa un tiempo particular: el que va desde que el sujeto y sus padres se encuentran con el psicopedagogo por primera vez, hasta el momento en que comienza el tratamiento. Determinar el inicio del tratamiento implicará, más allá de lo aquí expresado, sostener diferentes posiciones, hacer diferentes apuestas, en el caso por caso.

A partir de estos puntos establecimos la importancia y la posibilidad del uso de las entrevistas preliminares en psicopedagogía.

En las entrevistas preliminares, entonces, se tienen que introducir tres variables:

- a) Que se formalice el síntoma, en tanto alguien lo porte y le moleste.
- b) Que se enlace a querer saber sobre él, lo que se llama el desciframiento.
- c) Que se suponga un saber al psicopedagogo sobre ese desciframiento.

Esto ha sido encuadrado en el concepto de rectificación subjetiva, trazando como especificidad de la clínica psicopedagógica el pasaje por los momentos lógicos que denominamos: 1) "No sé por qué vengo", 2) "Vengo porque no sé" y, 3) "¿Por qué no sé?".

Ello quiere decir que en las entrevistas preliminares los síntomas como signos pasan a ser síntomas en el marco del tratamiento. Consiste en una operación de singularización donde pasamos del plural de los síntomas a su singular (Strauss, 1989), a entender al síntoma como una manifestación de la subjetividad. Síntomas que funcionan como preguntas.

Se trata en las entrevistas preliminares de la construcción del síntoma, ya que ello permitirá construir la demanda de desprenderse del mismo. Tiene que ver con abrir una vía posible de subjetivación, de la queja al síntoma, entendido éste como el "¿Por qué no sé?", ya que en la medida en que el síntoma pase al estatuto de pregunta es que será instigado a descifrarlo.

Concluimos entonces, que la iniciación del tratamiento es una decisión que el psicopedagogo deberá avalar, pero con el consentimiento del entrevistado. Consentimiento, que estará dado por el "¿Por qué no sé?". En este punto situamos la localización subjetiva, es decir que el sujeto ha sido localizado y es a partir de allí que la cura puede iniciar su camino.

Es lo que Graciela Girdali llama sintomatizar el trastorno. "Sintomatizar implica apostar a la subjetivación, a través de dar la palabra al sufriente y a quienes se interrogan sobre una problemática escolar, porque descifrando y desanudando al síntoma se hace lugar a la invención de un nuevo lazo con el mismo, diferente a la mortificación y la victimización" (Girdali 2008: 141)

Hablamos de obtener una rectificación de su relación con su propio síntoma, que obtenga a través del tratamiento psicopedagógico los medios por los cuales consiga saber hacer con su síntoma en el aprender, superar la barrera de las dificultades y constituirse en un sujeto que desea aprender... un sujeto en relación con un deseo que no sea anónimo.

BIBLIOGRAFÍA

- Baraldi, Clemencia. *Aprender: la aventura de soportar el equívoco*, Rosario, Homo Sapiens. 1993.
"Prólogo", a González, Liliana: *¿Discapacidad?*, Córdoba, Ediciones del Boulevard. 1999.
"Diagnóstico en la infancia: Síntoma y signo". En: Untoiglich, Gisela (coord.): *Diagnósticos en la infancia. En búsqueda de la subjetividad perdida*, Buenos Aires, Noveduc. 2005.
- Di Ciaccia, Antonio. "El síntoma, del signo al significante" en *La envoltura formal del síntoma*. Buenos Aires: Manantial. 1989.
- Dinerstein, Aída. *¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?* Buenos Aires: Lugar Editorial. 1987.
- Fernández, Alicia. *Poner en juego el saber*. Buenos Aires: Nueva Visión. 2000b.
- Flesler, Alba. *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Buenos Aires: Paidós. 2007.
- Freud, Sigmund. "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina" en *Obras Completas*, t. III. Madrid: Biblioteca Nueva. 1920.
- Giraldi, Graciela. *El niño en la ventana*. Rosario: Homo Sapiens. 1994.
Educación y psicoanálisis. Rosario, Homo Sapiens, 1998.
El niño en la encrucijada. Rosario, Homo Sapiens. 2004.
La educación sexual escolar y los síntomas actuales, Rosario, Homo Sapiens. 2008.
- González, Liliana. "Pediatria - Psicopedagogía. Hacia la búsqueda de acuerdos..." en *Aprendizaje Hoy* N° 30, Buenos Aires. 1995.
Aprender. Psicopedagogía antes y después del síntoma, Córdoba, Edic. del Boulevard. 2001.
- Greco, Guillermo. "El sujeto y la entrada en análisis". *El Caldero de la Escuela* N° 2, Buenos Aires, Publicación mensual de la Escuela de orientación lacaniana. 1992.
- Grimau, Alberto. "Algunos comentarios sobre la primera entrevista" en *Imago Agenda* N° 67, Buenos Aires, Letra viva. 2003.
- Hartmann, Alicia. *Aún los niños. Psicoanálisis y subjetividad en nuestra época*. Buenos Aires: Letra Viva. 2003.
- Kerycz, Lucía. "Rectificación subjetiva en la dirección del la cura" en *El Caldero de la Escuela* N° 2. Buenos Aires: Publicación mensual de la Escuela de orientación lacaniana. 1992.
- Lesserre, Aníbal. *Un niño no es un hombre*. Buenos Aires: Atuel. 1994.
- Levin, Esteban. *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1991.
- Levy, Evelyn. "Reflexiones en torno a la clínica psicopedagógica y psicomotriz" en Jerusalinsky, Alfredo y col. *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1988.
- Miller, Dominique y Gérard. *Psicoanálisis. Una cita con el síntoma*. Barcelona: Gedisa. 1991.
- Miller, Jaques-Alain. "Psicoanálisis y psiquiatría" en *Elucidación de Lacan*. Buenos Aires: Paidós. 1981.
Introducción al método psicoanalítico, Buenos Aires, Paidós. 1997.
- Najles, Ana Ruth. *Una política del psicoanálisis -con niños-*. La Paz: Plural Editores. 1996.
- Quinet, Antonio. *Las cuatro condiciones del análisis*. Buenos Aires: Atuel. 1991.
- Sinatra, Ernesto. *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Buenos Aires: ICBA. 2004.
- Strauss, Marc. "El síntoma en la cura" en *La envoltura formal del síntoma*. Buenos Aires: Manantial. 1989.