

## **Clase Teórica N° 1**

Miércoles 16-08-17

Prof. Carlos Tkach.

Buenos días, yo me llamo Carlos Tkach, soy profesor adjunto de Clínica de Niños y Adolescentes y desde hace tres años soy Prof Titular a cargo de Psicopatología Infanto Juvenil.

Les voy a presentar la materia y a hacer una introducción a la Psicopatología Infanto Juvenil. ¿Todos han hecho Psicopatología? Vamos a ver que la Psicopatología Infanto Juvenil, tiene sus particularidades diferenciales, con algunos puntos en común respecto a la Psicopatología de adultos.

Con respecto a temas administrativos, en el sitio web de la cátedra ya están subidos los cronogramas de teóricos y prácticos, con la bibliografía obligatoria del programa. El programa tiene más bibliografía, hemos seleccionado algunos textos, pero los que quieran leer más pueden ir a la bibliografía general de la materia, muchos son complementarios. Como suponemos -sabemos que esta materia es electiva- que la han elegido porque tienen muchas ganas de aprender y de estudiar, nosotros hemos preparado un buen banquete para que puedan estudiar mucho y aprendan.

Voy a leer las unidades para que tengan un panorama de entrada de qué se trata la materia: una "introducción a la Psicopatología Infantil" estas dos primeras clases van a ser dedicadas a una introducción y la segunda unidad "conceptos de la Psicopatología Infantil", esto es para comenzar. La tercera unidad corresponde a los conceptos de "angustia, trauma y sintomatología", una introducción a los temas generales como la nosografía, etc. Ya entrando en alguna profundidad a angustia, trauma y sintomatología, junto con conceptos de la constitución psíquica, todo esto antes de abordar una nosografía.

Nosografías de la psicopatología infantil, actualmente hay muchas, no psicoanalíticas sobre todo hay muchas y psicoanalítica algunas, porque la psiquiatría infantil se ha desarrollado mucho en estos años y hay muchas psicopatologías no psicoanalíticas.

Sin embargo, con enfoque psicoanalítico no hay muchas. Sepan que la primera organización nosográfica de las problemáticas infantiles dentro del psicoanálisis se hizo, recién en 1965 por Anna Freud, quien fue la primera que se tomó el trabajo de hacer un panorama de la psicopatología infantil. Hasta ese entonces había ideas que se iban recopilando, pero recién a esa altura de los años 60 pudo hacerse es primer mapa nosográfico desde el punto de vista psicoanalítico; tengan en cuenta que el psicoanálisis de niños comienza a partir de 1910-1920, en que empiezan a atenderse niños psicoanalíticamente, pero es recién a partir de los años 50 en adelante pudo comenzar a haber una idea global de las problemáticas infantiles como para poder hacer una nosología.

El psicoanálisis de niños comenzó con la neurosis infantil, usando el concepto de Freud de neurosis infantil en el adulto, se empezó trasladar a los niños y se comenzó a estudiar los primeros síntomas en la infancia sobre todo los síntomas fóbicos. Pero luego la experiencia fue abriéndose a nuevas problemáticas: la psicosis infantil, los problemas psicosomáticos de los niños más pequeños que implicaron un lento avance sobre problemas infantiles. Recién después de muchos años podía alguien atreverse a dar un panorama general y la que lo hizo fue Ana Freud. Luego han aparecido otras, los DSM ¿lo han visto en alguna materia? Lo ven críticamente seguro, hay que enseñarlo y criticarlo, mostrando otros puntos de vista. El DSM es un listado de síntomas y signos observables, que se pretende ateórico, neutral, lo que incluso es muy discutible porque siempre hay una elección en la manera en la que se decide elegir descriptivamente solo una cantidad de síntomas observables. Seguro lo han hecho seriamente, pero ha habido muchas críticas incluso por quienes han participado en el armado del DSM. Pero el problema es que está fuera de la clínica, es una clasificación puramente descriptiva, que asigna el nombre de un trastorno.

El modelo que les vamos a ofrecer es de una nosografía que existe, se conoce en la Argentina, pero no tanto. Este modelo implica una nosografía clínica, digamos una psicopatología infantil clínica -vamos a ver luego qué significa clínica- y que además y por eso mismo tiene hipótesis sobre la configuración de los síntomas. Porque los síntomas pueden valer para una estructura o para otra estructura psicopatológica o para otro cuadro, sin llegar al concepto de estructura, es decir, en organizaciones sintomáticas en las que los síntomas son ubicuos, por así decirlo, algunos sí corresponden claramente a una organización sintomática pero en otros casos no. Por eso es importante tener en cuenta el psiquismo a partir del cual se organizan los síntomas, eso es lo que no tiene el DSM, no tiene hipótesis psíquicas, eso de modo explícito, con la pretensión de ser comunicable y que permita el intercambio entre distintos profesionales y de este modo universalizable. Con eso hay varias críticas y problemas porque es meramente descriptivo.

No obstante quisiera subrayarles que la descripción de la sintomatología es fundamental para nuestro trabajo con enfoque psicoanalítico. Que nos importe la estructuración psíquica y el sujeto que se está organizando en la infancia- porque la subjetividad está en constitución con sus momentos y tiempos- esto no quiere decir que no nos pueda importar la sintomatología. Los niños que consultan vienen por algún trastorno, sufrimiento, algo que no anda y detrás de eso que no anda, hay algo que es una dificultad del niño que tiene que ver con su sintomatología, muchas veces detrás del motivo de consulta no se ve claramente cuál es el síntoma pero ya implica una dificultad. Si entramos en la indagación e investigación que hacemos con los padres y los niños, vamos a descubrir en qué consisten las dificultades más profundamente, porque a veces el motivo de consulta es algo muy general: por ejemplo tiene problemas escolares, no aprende... hay muchas razones por las que un niño no aprende, pero eso ya es un signo de alguna dificultad, ya estamos ante un conglomerado de problemas que entrando en detalle vamos a ver si es una fobia, o si no se ha estructurado bien su aparato psíquico y entonces los procesos secundarios no se han constituido, que es distinto que tener una fobia, o tal vez también hay problemas también específicos de aprendizaje que tienen su

propia dinámica. Eso implicaría una indagación clínica, clínica ¿por qué? porque el diagnóstico no se hace objetivamente en el sentido de leer y hacer una tabla de datos, como por ejemplo en el DSM IV el diagnóstico de trastorno de atención en los niños, que es un diagnóstico que pueden hacerlo y lo hacen las maestras en el colegio, solamente con observar lo que le pasa al niño, eso está absolutamente fuera de la clínica.

La indagación de los síntomas de lo que le pasa un niño y su historia se hace en el trabajo singular con cada niño y cada familia, es clínica en ese sentido, porque corresponde al trabajo y la práctica con singularidades y nuestra intervención en el campo, en ese sentido no es objetiva. Nuestro punto de vista psicoanalítico, implica que nosotros estamos en el campo y en ese sentido no describimos un cuadro, sino que lo pintamos, lo construimos por supuesto con hipótesis y lo que pintamos es un recorte del observador que forma parte del campo y lo que se despliega en el campo en el diálogo con nosotros, un diálogo singular. Entonces el recorte conceptual que tenemos, supongamos sintomatológico, nosográfico, es un recorte de nuestro lado, eso no describe entes naturales en el niño, sino que es un recorte de nuestro instrumento. Es muy importante en relación a la nosografía no convertir los conceptos psicopatológicos en etiquetas del sujeto por muchas razones: la primera porque implica una estigmatización, eso ha sido señalado y advertido en la historia de la psiquiatría y del psicoanálisis también, que ha denunciado que el sujeto pasa a tener el nombre de la enfermedad, más allá de que los mismos pacientes se identifiquen a ellos mismos con el nombre de su enfermedad. Entonces, esta investigación, este trabajo es clínico en ese sentido y es en el desarrollo clínico que hacemos la investigación, que va a tener su despliegue y pueden presentarse posibles variaciones.

La nosografía que les vamos a ofrecer se creó en 1991, tiene una actualización del año 2000 y se trata de la Clasificación Francesa de los Trastornos del Niño y del Adolescente, no es que sea desconocida, en absoluto, sólo que no está tan difundida, porque el DSM de origen anglosajón tiene una fuerza política y económica que se ha impuesto a pesar de las críticas. Tenemos una nueva versión del año 2000 que pronto se va a subir para que accedan a ella en la página. Está hecha y dirigida por un psiquiatra y

psicoanalista francés y otros, aclaro que la corriente psicoanalítica a la que adscribe este psicoanalista es una corriente psicoanalítica freudiana francesa, pero no lacaniana.

En Francia se desarrollaron paralelamente dos líneas psicoanalíticas, en particular, aunque no únicamente en cuanto al psicoanálisis de niños: la lacaniana a partir de Dolto y Mannoni y paralelamente un grupo de trabajo que lideró Serge Lebovici a partir de los años 50, quienes crearon un psicoanálisis de niños que no tuvo tanta difusión en la Argentina, pero que ha sido muy serio e interesante. Esto no implica por supuesto desdeñar el psicoanálisis lacaniano con aportes interesantes y valiosos, a pesar de ciertas limitaciones que encontramos en el trabajo clínico, sin embargo hay configuraciones y maneras de pensar que son importantes tenerlas en cuenta dentro del campo lacaniano.

Esta clasificación, viene de la psiquiatría con enfoque psicoanalítico, porque en Francia la mayoría de los primeros psicoanalistas originalmente eran psiquiatras, porque había que ser médico y entonces los médicos se convertían en psiquiatras. La tradición psiquiátrica francesa es muy importante, muy antigua, lo habrán visto en la materia psicopatología, si hay que hacer una historia de la psiquiatría hay que comenzar con los franceses, también está la psiquiatría alemana. Es una tradición que se impone en la formación médica de lo psi, que fue paralela a la constitución del psicoanálisis, quiero decir, el psicoanálisis aparece después de la existencia de psiquiatría francesa y alemana que va a tomar Freud, la de Kraepelin. Entonces, los primeros psicoanalistas eran psiquiatras, trabajaban con Henry Ey y además formaban parte de la institución psicoanalítica. Recién es con la revolución que inicia Lacan, y otros autores que empieza a aparecer la posibilidad de un psicoanálisis que no tenga un enfoque puramente psiquiátrico, con críticas incluso del psicoanálisis a la psiquiatría, porque entre psiquiatría y psicoanálisis puede haber articulaciones pero se presentan también conflictos. Lo que les quiero mostrar es que aparecen psiquiatras que además son psicoanalistas cuando hacen el trabajo de una psiquiatría psicoanalítica para el caso de esta nosografía, el enfoque que le van a dar es psicoanalítico y clínico que también es importante.

Continuando con los puntos del programa, entonces les dije: Introducción, conceptos, angustia, trauma y sintomatología, fundamentales para entender un niño porque los síntomas van a tener que ver con la angustia, con los traumas y algunas cosas más que ya veremos y todo esto que veremos es previo a la nosografía. Tomaremos algunos cuadros pero no vamos a poder ver todos, pero nos va a interesar darles un panorama. Es fundamental que si se van a dedicar a la clínica de niños tengan un panorama de las configuraciones sintomáticas que se conocen, eso puede estar sujeto a revisión, a crítica, a modificaciones, etc, porque toda disciplina científica siempre está en movimiento y sujeta a la actualización de nuevos problemas sintomáticos contemporáneos, pero tener un panorama de que con qué problemas en los niños se pueden encontrar nos parece importante. Ninguna clasificación es exhaustiva, no podría serlo porque sería pretender que el pensamiento podría atrapar toda la realidad, todo lo real; el dogmatismo termina teniendo esa ilusión de que con los conceptos se puede explicar todo. En nuestro trabajo hay que cuidarse de no creer que con los conceptos podemos explicar todo, porque para explicar algo hay muchas líneas de explicación articuladas, de los síntomas, no hay una unívoca determinación, la sintomatología tiene varias líneas de determinación.

Esta nosografía tiene en cuenta parámetros no unívocos, ya vamos a verlo. Tener un panorama general me parece importante, de manera que cuando trabajen con sus primeros pacientes o trabajen a lo largo de los años, tengan una idea, a medida que trabajen con niños, en el caso de cada niño en particular, puedan definir qué sintomatología predomina de sus dificultades. Lo cual no implica que es algo exhaustivo que suponga definir al sujeto, se trata de un saber sobre los síntomas, el saber sobre los síntomas es un saber que generaliza que no habla de sujetos, habla de configuraciones de los síntomas, el sujeto es otra cosa ,en todo caso, que se expresa en el síntoma, pero lo que vamos a indagar del sujeto tiene otro estatuto, eso lo iremos trabajando, pero les recomiendo que vayan leyendo un artículo que está en la bibliografía que se llama “El sujeto” y es de un autor muy interesante llamado Edgar Morin, que es el autor del llamado paradigma de la complejidad.

Entonces ¿Qué configuraciones sintomáticas hemos elegido? Comenzando por los llamados síntoma de angustia en la infancia y neurosis de angustia, la existencia de síntomas de angustia en la infancia, es una categoría que ya está en alguna psiquiatría, pero es un tema que a mí me ha interesado mucho, forma parte de mi tesis de doctorado y por eso la hemos puesto y porque es una de las problemáticas que se van a encontrar en la infancia. ¿Qué son síntomas de angustia en la infancia? Es la emergencia de la angustia bajo distintas expresiones. En la evolución psíquica de un niño, la constitución psíquica, los tiempos del desarrollo psíquico aparecen síntomas de angustia que forman parte inevitable de cualquier constitución subjetiva, primero la angustia que forma parte de la vida, no hay desarrollo psíquico sin conflicto, angustia y sufrimiento, eso es universal, no hay normalidad sin síntomas, o sea que de la llamada normalidad forma parte de tener síntomas. Un niño que no tuviese ningún síntoma o dificultades, es un niño que algo grave tiene: un ser adaptado, que no trae problemas en ningún lado es grave, al contrario un niño que hace ruido, que trae problemas está más dentro de la normalidad. Habrán padres que querrían que los niños no los molesten y lo logran cuando el niño se convierte en un adulto en miniatura pero en dicho caso no es un niño normal y esto antes o después desencadenará otras dificultades que se volverán manifiestas. Un niño es un ser que está organizándose y constituyéndose en la vida y presenta las dificultades que además han sido o son contemporáneas a los de los padres mismos, quienes también han sido niños.

Dichos síntomas de angustia pueden convertirse sino en algo sintomático, es decir, repetido, con cierta fijación e insistencia, es decir que puede ser algo transitorio o constituir una dificultad instalada, pero en el desarrollo subjetivo van a aparecer, en algunos casos pueden presentarse de modo transitorio y en otros estar instalados. Pero nuestra intervención clínica, muchas veces- por eso el diagnóstico se hace con cautela- nuestra intervención puede hacer que la evolución de esta configuración se modifique y no quede instalada, por eso insistimos hay que ser cauto con el diagnóstico que es de ese momento y que no define ninguna eventualidad evolutiva, a donde va a ir a parar las cosas, justamente por la infancia, porque la infancia implica movilidad.

Luego vamos a hablar de autismo y psicosis infantiles, en los prácticos van a ver autismo y psicosis en la adolescencia, porque no hay tiempo en los teóricos. La unidad siguiente se refiere a las neurosis infantiles, que descubrió Freud.

Fue muy acotado porque Freud no vio niños y construyó su teoría sobre todo en base a lo que descubría de la infancia de sus pacientes adultos, fue quien hizo el primer mapa, pero los que descubrieron bien y con mucha profundidad qué son las neurosis infantiles fueron los desarrollos de todas las escuelas del psicoanálisis que surgen a partir de Freud: Melanie Klein, Ana Freud, Winnicott, Lebovici, Diatkine, los psicoanalistas franceses con estudios muy interesantes basados en la clínica, Doltó, Mannoni, Laurent, lacanianos y algunos desarrollos más. O sea que el curso del tiempo ha permitido conocer mejor el panorama de las neurosis que no es sólo una, Freud estudio la fobia, y Juanito fue un niño fóbico con una agorafobia además. Bueno eso permitió profundizar muchos aspectos fundamentales para el psicoanálisis, pero las neurosis fóbica es sólo una de las formas en las que se presenta la neurosis en los niños y que representa además un momento estructural en la constitución psíquica. Pero además en la primera infancia en la medida que el sujeto esta en constitución todavía es difícil definir la estructura sintomática si se va a tratar de una neurosis y cuál específicamente. Podemos tener síntomas neuróticos sin poder definir una estructuración en cuanto tal.

Se conocía mucho mejor la infancia desde el momento edípico en adelante y la psicosis que es de la primera infancia, pero son los estudios de los últimos 30 años que permitieron hacer esta nosografía. O sea que una estructuración neurótica, por ejemplo puede ser un momento del devenir de un niño, entonces si vemos un niño a los 4- 5 años podemos definir algunas cosas, pero por ahí no algo tan preciso como un estructura estable. Me refiero a estructuración psíquica en el sentido de configuración sintomática, como algo que organiza los síntomas.

*Alumna:* A los 4- 5 años no podemos definir la estructura, pero ¿ya hay algo que no cambia digamos o todavía está en devenir?

*Profesor:* Bueno, siempre en la estructuración psíquica estamos ante un movimiento, no podemos concebir al sujeto sino en un devenir, pero a los cinco años hay algo que ya ha dado bases a una organización. Podría decir que si estamos ante un autismo o una psicosis estamos frente a una de las estructuras más complicadas, definidas y de menos movilidad o cierre y esto se produce muy tempranamente. Lo cual no quiere decir que todos los autistas y psicóticos sean iguales, dado que la intervención terapéutica hace del mismo otra cosa y es otro sujeto, no es el mismo con el desarrollo. Y hay salidas del autismo, y están estudiadas, son salidas hacia la psicosis muchas veces. No compartimos demasiado el criterio de definir algo ya estructurado porque sino ¿para qué intervenir?, intervenimos para modificar algo que está en estructuración o que puede cambiar, sino nuestra intervención no tendría mucho sentido. El riesgo es hacer de la idea de estructura un fatalismo, con un destino definido, para nada eso es cierto. Hay muchos autistas que siguen siendo iguales después de muchos años de trabajo y son graves pero hay muchos otros con desarrollos muy sorprendentes, para tomar lo más grave. Además hay varios tipos de autismo, no hay uno solo. No alentamos la idea de definir que algo ya está estructurado, sin duda un sujeto que se va armando, hay líneas que son las de la constitución psíquica, de los primeros años que sin duda es importante, no es definitorio pero es de una importancia central con respecto a lo que va a venir después.

La estructuración psíquica, si bien se va organizando en continuidad, es decir lo que viene primero va a ir generando lo que viene después, es decir que hay una continuidad genética según los autores kleinianos, pero también hay discontinuidades, es decir que se organizan re-estructuraciones psíquicas. Ahora la organización de cada momento de estructuración psíquica, re-significa hacia atrás lo anterior, no es una línea de determinación únicamente del pasado hacia el futuro, sino que el futuro re-significa y re-organiza lo que estaba, esa reorganización tiene tanta importancia como el primer tiempo y el resultado de esa reorganización da la configuración actual. Si bien lo primero es muy importante en la determinación, está sujeto a las reorganizaciones del porvenir, eso hace a las complejidades de nuestro trabajo. Tu pregunta no tiene una respuesta, no es una pregunta por un millón de dólares, está abierto y hay experiencias que muestran que hay

cosas que están muy estructuradas tempranamente y otras que no, que varían. Todos los estudios de resiliencia, como la capacidad de la subjetividad de sobreponerse a eventos traumáticos, muy desgraciados de la vida, muestran que si bien los traumas son muy importantes, definiendo la existencia de un sujeto, en otros casos, en cambio se observa que pueden sobreponerse y debido a nuevos encuentros en la vida, cambiar un destino que podría haber sido funesto. Y también hay que decir en el proceso de estructuración psíquica y constitución de la subjetividad se producen emergencias nuevas que no se explican por ningún determinismo, lo que quiere decir que implican la emergencia de las singularidades del sujeto.

El otro cuadro que vamos a ver son los cuadros límites en la infancia, que se trata de una categoría que existe hace tiempo; desde fines de los años 40, ya se empiezan a describir cuadros que no son los de la neurosis y tampoco psicosis en los niños. Se empiezan a descubrir chicos, por los buenos investigadores psicoanalíticos, autores psicoanalíticos, abiertos a la clínica, que no pensaban que todo estaba definido, sino que había configuraciones nuevas a describir. Entonces aparece el concepto entre neurosis y psicosis y se empieza a estudiar muchísimo más y los niños con esa configuración diagnóstica, que constituye un campo amplio, una clasificación muy general la de casos límites, y puede no querer decir nada en sí mismo, o demasiado general y que es un motivo de consulta muy frecuente en nuestro trabajo y en estos casos dichos niños, volviendo a tu pregunta, están abiertos a encontrar una estabilización neurótica dependiendo del momento de estructuración psíquica en el que se encuentren o instalarse y fijarse en una posición así, complicada, son los niños difíciles por así decirlo.

Luego vamos a ver una temática importante, estudiada hace mucho tiempo que es la psicopatología de las carencias maternas. Comienza a estudiarse desde los años 50 en adelante, la importancia de la privación real de la madre, no se trata de la falta materna de la neurosis, no la falta simbólica o imaginaria, sino la falta real de la madre, su ausencia real, que desaparece, o que no tiene continuidad, mujeres madres a las que por diferentes motivos de su historia les cuesta la relación con el niño, el lazo real. Eso genera en la constitución psíquica un agujero que puede ser restituido, compensado o no,

dependiendo de las instancias posteriores de la vida y de cómo el chico se organiza frente a ello. Spitz, Bowlby los primeros y otros autores que han estudiado esta problemática y es parte de lo que nos encontramos en nuestro trabajo, no solo en el campo clínico, sino sobre todo niños que están bajo la asistencia estatal: abandonados, en hogares sustitutos, esperando intervención de la justicia porque hay que ver que se hace con el niño, niños con esas carencias maternas, da distintas tipologías de problemáticas y sintomatología que hay que tenerla en cuenta. Esas carencias que en el niño se organizan como una neurosis, porque eso existe, lo he visto, trabajo en ese ámbito en un Programa de Extensión de nuestra Facultad denominado "Atención de niños privados del cuidado parental" hace ya unos quince años, el agujero temprano que se produce en el psiquismo implica algo distinto de su estructuración neurótica más o menos estable, pero el agujero ese de la primera infancia va a dar otras problemáticas además de la sintomatología neurótica en el mejor de los casos y en el peor configuraciones sintomáticas del orden de la patología límite.

Lo que les estoy queriendo decir es lo siguiente, la configuración sintomática que podemos encontrar en un niño no es exhaustiva de todo el niño porque hay otras problemáticas que pueden estar en segundo lugar y no son dominantes en el principio. O sea lo que podemos establecer es qué es lo dominante pero hay otras cuestiones que por ahí no aparecen como dominantes al comienzo, pero luego van a dar sus propias manifestaciones, o estarán relacionadas con lo dominante. En los niños con carencias maternas es muy común, digamos esta problemática de niños carenciados tiende a estar en el diagnóstico de estados límites como les decía, eso es lo que más bien se encuentra. Pero hay niños que hacen una evolución mejor, que algunos define muy fuertemente su configuración psíquica y en otros dan modificaciones y la vida y los hechos de la vida van a dar distintos destinos.

El concepto de trauma, vamos a verlo, implica introducir en la estructuración psíquica la importancia del acontecimiento en la vida de los sujetos. Del acontecimiento y

de lo vivido, de lo vivido en general, y el trauma es algo vivido en especial, es un antes y un después. Entonces para entender a un niño tenemos que poder ubicar no solo las líneas de su organización, las líneas familiares, sino los episodios de su vida y que ha significado, y que ha tenido un valor traumático.

Luego signos particulares y signos patológicos de la adolescencia. Y hay una última unidad que es configuraciones sintomáticas contemporáneas. El panorama que les da la nosografía, que es bastante exhaustivo y muy importante, hay que combinarlo con configuraciones contemporáneas de la época, que toman un primer plano, que cuya clarificación no es estrictamente psicopatológica pero si define problemática donde la sociedad, el mundo y la actualidad tienen que ver, eso es importante tenerlo en cuenta. Aún todas estas configuraciones psicopatológicas hay que ponerlas en el contexto contemporáneo; no sólo en el contexto familiar, que ya es importante, no definimos solo a un niño, sino que lo definimos en relación a su contexto, pero además hay configuraciones contemporáneas que están en los diarios, violencia contra la infancia, maltrato, abuso, el bulling, y algunas más que se puedan encontrar. Vamos a tratar de elegir alguna, no podemos ver todas; este año tomaremos el abuso infantil y vamos a hacer un ateneo con esa temática, que ya les indicaremos qué bibliografía vamos a tener. Esto en relación al panorama de la materia. Algunas consideraciones generales.

En el niño, las particularidades de su sintomatología, se caracteriza por ser cambiante, tener una expresión original, propia. Muchos problemas de los niños se ven la conducta, en la interacción con los otros, se ven en el cuerpo, y la importancia del entorno, este último va desde la posición estructural simbólica de los deseos parentales a el lazo que los padres tienen con los niños, al modo de interacción, el lugar que el niño tiene para los padres, aquí las ideas de Lacan, de Winnicott, y de muchos autores que han estudiado las particularidades del entorno. Un entorno que tiene que ver con la sintomatología de los niños, a veces directamente y a veces no, es uno de los elementos que hay que tener en cuenta, pero además están los síntomas de los niños.

En los inicios del psicoanálisis la clasificación que recibe Anna Freud y muchos otros, sin llegar a hacer una clasificación, se estudiaban los síntomas de los niños; el síntoma del niño, tiene una fobia, tiene esto, lo otro, etc, porque los conceptos permitieron indagar la singularidad sintomática de los niños. Todos tenían idea que los padres tenían que ver, pero no había conceptos para entender eso, se lo manejaba clínicamente, el mismo Freud no le adscribía a los padres un determinismo causal, sobre todo porque eran casos de neurosis. Pero la evolución de la clínica encontró los límites de quedarse con la descripción de los síntomas de los niños, porque se conocieron más cosas, y se conoció por ejemplo el papel del ambiente y de los otros significativos y sus deseos por el niño, y esta dimensión fue dando respuestas a la clínica. Toda la evolución del psicoanálisis de niños obedece a la evolución de la clínica; la clínica que trae nuevos problemas y hay que pensarlos con nuevos conceptos porque los que había ya eran insuficientes. Ahí aparece el conocimiento del ambiente y sobre todo para los niños más pequeños, esto es Winnicott; las ideas de Lacan, sobre todo a través de los que se dedican a niños, y otros autores, que empiezan a tener ideas sobre cómo operan los padres, el ambiente, en relación a los síntomas de los niños. Esto amplió tanto el horizonte de ideas, y productivamente que se produjo un exceso en ciertos desarrollos, y se llegó a pensar que todos los síntomas de los niños eran un emergente de lo que era el funcionamiento familiar, de la estructura parental, hubieron distintas teorías, comunicacionales incluso, que se incorporaron al psicoanálisis. Ello abrió mucho el panorama pero también tuvo sus limitaciones. Hoy, creemos que hay que comprender la complejidad de la psicopatología infantil, es decir que no obedece a una sola causa, esta multideterminada, sobredeterminada y que no hay un solo paradigma, hay varios que podemos tener en cuenta para poder entenderla. Eso no quiere decir que el síntoma del niño, si es del niño, no lo sea de él, quiere decir que siendo de él también tiene que ver con el contexto y con la relación con los otros. Entonces la tensión entre síntomas y la estructura parental y el medio ambiente implica algo que hay que estudiar en cada caso, no tiene una única respuesta, no tiene un cuadro que permita clasificar y decir este síntoma tiene que ver con padres de esta manera, no existe eso. En cada caso hay que ver como esto se significa.

Estoy atendiendo en este momento a un niño bastante complicado, que es inteligente, que está muy bien en muchos aspectos, pero que de golpe nadie sabe por qué en la familia en principio, tiene unos arranques furiosos que nadie lo puede controlar, muy serios, yo todavía no vi ninguno, en directo, pero en algún momento lo voy a ver en el consultorio, pero sobre todo le ocurre en la familia, no ocurre en ámbitos fuera de ella, los padres se vuelven locos porque no saben cómo manejarlo, lo castigan, etc, y es un chico vivísimo. Lo que quiero decirles es lo siguiente, todavía estoy en período de estudio inicial, y él parece que se pone a gritar, que se enoja con todos, es muy complejo, muy gritón, y yo me entero a medida que voy trabajando con él, me voy enterando que en la vida familiar el padre y la madre son gritones, absolutamente, ellos son como el chico en este aspecto. Yo había hecho esta pregunta, pero había sido pasada por alto. En el desarrollo transferencial, de mayor confianza, porque los padres tienen mucha vergüenza de contar sus chifladuras, tienen mucho pudor de decirlo, acerca del niño nos van a decir todo, pero los padres tienen que tener confianza y saber que nosotros estamos para escucharlos y no para juzgarlos. Cuando va avanzando la confianza y la transferencia positiva se va instalando, la madre dice “sí la verdad que somos muy gritones entre nosotros, con los chicos”, entonces les digo que esto tendremos que revisarlo porque el chico no nació de un repollo, nació de ellos. Entonces este es otro factor que hay que ver, lo cual no quiere decir que el niño no tenga su lío, porque yo lo estoy estudiando a solas y se queda conmigo, quejándose un poco pero se queda, y dibuja y hace muchas cosas muy interesantes, incluso otras problemáticas que todavía no están claras. Quiero decir, a medida que avanzamos sabemos más cosas porque no las podemos saber de entrada. Aún cuando hagamos un interrogatorio exhaustivo, que no sirve de mucho, pero a veces hay que hacerlo, no tenemos todos los elementos de entrada, estos los vamos viendo a medida que vamos avanzando. Con este ejemplo quería mostrarles la complejidad que hay entre la estructura y los síntomas, y mucho más en la primera infancia porque la relación del niño con los padres todavía está en términos de lazo constitutivo y hay diferenciación pero al mismo tiempo hay lazos instalados que todavía no se han separado, entonces en esa zona la frontera es mucho más difícil de establecer.

Winnicott dice algo que nos gusta citar, en un texto que van a tener que leer, para ver como tomar la nosografía, que es algo muy sencillo como una idea simple pero que implica una gran profundidad, y es un anticipo de la idea de complejidad. En el artículo *Psiconeurosis en los niños*, le está hablando creo a pediatras o psiquiatras, él fue un gran conferencista y difusor del psicoanálisis en campos no propiamente psi, él dice “*no hay fronteras claras en psiquiatría*” es decir, no hay fronteras claras entre las neurosis, las psicosis, los trastornos límites o las neurosis de un tipo del otro, no hay fronteras claras. Pero aclara que si “*queremos llegar a alguna parte, debemos suponer que existen*” esto lo dice en el año 1965, Winnicott se murió en el año 1971. La clasificación que vamos a ver es del año 1991, o sea muchos años después. Fíjense la paradoja, no hay fronteras claras, porque un niño con una neurosis fóbica puede también tener o parecer con tipos de síntomas obsesivos o con algunos problemas que tienen que ver con el aprendizaje, que da otro tipo de configuración. Pero algo predomina, pero digamos la frontera no es clara, pero como plantea Winnicott si queremos llegar de aquí a Jujuy, necesitamos un mapa, tenemos que suponer que existe porque entre Buenos Aires, La Pampa y Córdoba las fronteras no son claras en los bordes. Pero si queremos llegar a Jujuy tenemos que tener un mapa para saber a dónde ir. Entonces el mapa no es el calco de la realidad, no existe un mapa que muestre tal cual la realidad; el mapa es algo que da una configuración general y nos permite seguir de acá a Jujuy y no terminar en Santa Cruz. No hay mapa igual a la realidad, Borges contaba la leyenda de un emperador chino que quiso hacer un mapa, esto es una ficción de las tantas exquisitas que tiene Borges, que quiso hacer un mapa que sea igual a la realidad, y entonces el mapa se extendía por todo el imperio, porque a cada punto de la realidad correspondía un punto del mapa, entonces era un mapa inmenso, entonces ya perdía la función de mapa y se fue abandonando por lo incómodo. Entonces el mapa es un mapa, sabemos que hay que tomarlo sabiendo que las fronteras no son claras, pero cuando estamos en Jujuy estamos allí, no estamos en Tierra del Fuego.

Otro concepto que en psicoanálisis, Freud ha invocado, importantísimo, es que entre la normalidad y la patología hay diferencias cuantitativas, no cualitativas, desde el

punto de vista del psiquismo. Es decir que entre lo normal y lo patológico de vuelta, no hay frontera. Es decir, con Freud hay psicopatología del neurótico ya de entrada empieza a organizar en qué consiste la neurosis adulta, pero simultáneamente escribe *Psicopatología de la vida cotidiana*. Entonces tenemos la idea de psicopatología para pacientes fóbicos, obsesiones y fobias, histeria y otros más, todos dentro de las neurosis, y al mismo tiempo, unos años después escribe *Psicopatología de la vida cotidiana*, o sea que la psicopatología está tanto en la vida cotidiana como en los enfermos. Pero hay una diferencia entre tener un lapsus, tener sueños, tener equivocaciones, que el inconsciente sea más fuerte que la conciencia traiga algunos problemas, que tener un síntoma neurótico histérico, de afecciones corporales, que no se le encuentra razón médica y el paciente sufre. Ahí hay algo cuantitativo, pero que en algún momento se vuelve algo cualitativo, hay un salto cualitativo. Entonces no es cuantitativo únicamente ni cualitativo únicamente. Hay que mantener una continuidad, y una discontinuidad entre lo normal y lo patológico. Es decir, el neurótico no está hecho de otra estofa que los normales, como yo por ejemplo que soy muy normal (risas). El neurótico está hecho de la misma pasta que yo, ¿entienden? Y el enfermo, el psicótico, está hecho de la misma pasta que yo. Ha pasado las mismas angustias, tuvo padre, madre, hermano, tuvo que arreglársela con eso, etc, tuvo pérdidas en la vida, cada historia es distinta, pero no es un degenerado mental, que fue una teoría de la neurología: la degeneración mental, sino que es un ser humano, como todos, que ha resuelto lo que no podía de la existencia, cancelando su relación la realidad, haciendo síntomas que vayan al cuerpo y se vayan de la mente, que sería el caso de una histeria por ejemplo. Eso es lo que Freud quiere demostrar, que hay algo de la subjetividad humana que es universal. Pero la manera de resolverla es tan singular, es tan de cada historia, que el modo de organizarse, va a dar distintos modos de responder más saludablemente o con más sufrimiento. Porque los síntomas son modos del sufrimiento, que por un lado es de la existencia, no existe la existencia sin sufrimiento, la existencia implica un dolor del existir, pero los síntomas son otra cosa. Y ¿por qué son síntomas? Porque insisten, porque se repiten, porque se quedan, es decir, no son transitorios. Toda nuestra existencia está llena de síntomas permanentemente: dolores de cabeza por alguna tensión que tenemos,

podemos tener alguna conversión circunstancial, alguna situación fóbica, una inhibición. Todos tenemos algo de esto en la vida cotidiana, pero ninguna es fija. Alguien se tiene que mudar, se separó, un niño que estuvo pasando por una mudanza, que los padres se separaron, va a hacer una cantidad de síntomas, inevitablemente, porque son modos de respuesta defensivos para arreglarse con la realidad. El problema surge cuando los síntomas se instalan, quedan, permanecen y da lugar un sufrimiento permanente. Entonces la continuidad con lo normal, sí lo es, pero en otro sentido define algo que se repite e insiste con sufrimiento o limitaciones subjetivas. Partimos de que el concepto de normalidad es entre comillas en psicoanálisis. La “normalidad”, lo van a ver en los prácticos, es un criterio difícilmente definible, pero hay chicos más saludables y hay chicos con más problemáticas y sufrimiento. Entonces el modo de expresar sufrimiento son los síntomas. Y algo más, si bien es importante lo que hay detrás de los síntomas, digamos qué estructura psíquica, qué estructuración psíquica está detrás de los síntomas en cada sujeto, que es describir las formas que toman los síntomas, además es fundamental ver la subjetividad de la que resulta ese síntoma, eso es fundamental, y eso es lo que ha aportado el psicoanálisis, sin duda. Es decir, ir al funcionamiento psíquico del que el síntoma es una emergencia por mecanismos psíquicos. Si bien es fundamental eso, no es menos importante el modo particular en que cada sujeto, cada niño, tiene de hacer su síntoma. Es decir, el síntoma no es meramente un emergente, pero no es puramente un emergente de algo que hay que buscarlo en otra parte, una parte hay que buscarla en otra parte, pero en el mismo síntoma hay una forma que se organiza el sufrimiento que es fundamental tenerla en cuenta, el sujeto también está ahí, si bien lo vamos a encontrar en su funcionamiento psíquico, también está ahí en el síntoma de un sujeto. El síntoma tiene una estructura, es una formalización del sufrimiento, es un modo particular. Y por eso podemos encontrar sintomatología que se repiten. Ahora esa forma del síntoma es importante tenerla en cuenta. Por eso les damos la nosografía y les transmitimos las siguientes ideas, las que creemos de la clínica.

Cuando un niño viene a ser atendido, me voy a enterar de muchas cosas, pero el por qué viene y de qué sufre, es fundamental para empezar a entenderlo. Todo lo que hay

que entender de su funcionamiento psíquico, de la vida familiar, se entiende a partir del síntoma, es decir, desde el cómo sufre, se lee el universo familiar y psíquico, no al revés, no es al revés: que sería el camino que tomaron los modelos familiares o desde la estructura parental, que desde el otro leen al niño. El otro es importante, pero hay que leer el otro desde el niño, los otros, o las interacciones en función del modo de respuesta que el niño da con sus propios síntomas. Entonces la configuración de síntoma es importante tenerla en cuenta, y, como les digo, el sujeto también está ahí, el sujeto entonces está en muchos lugares. Digo, no está sólo en la cadena significante, está ahí, también en el *yo*, es un efecto de la cadena significante, está en el *self* que es otro concepto. En psicoanálisis hay varios conceptos de la subjetividad, no hay uno solo. Ahí también hay que tener una idea de complejidad, de qué es el sujeto. Está en la relación especular, en la relación con el otro, en el mí.

Tienen para esto último dos artículos que tienen que leer, que están colgados en la página web de la cátedra , dos artículos de Edgar Morin ¿habían escuchado hablar del Paradigma de la Complejidad?, bueno este Paradigma es un conjunto de ideas generales que fundamentan el espíritu de cómo está organizado este programa y la dirección de la bibliografía. Tienen que leer un artículo de él sobre el Paradigma de la Complejidad y otro artículo sobre el Sujeto, el concepto del Sujeto desde el punto de vista de la complejidad. Léanlo para tener una buena visión de qué significa usar el Paradigma de la Complejidad.

Otra cuestión, la emergencia sintomática en un niño en determinado momento que parecería el inicio de una patología, muchas veces es al revés, es la eclosión de algo que estaba oculto y latente y el síntoma es un modo de reorganizarse y el inicio de una curación. Porque los síntomas ya son un intento de curación, un intento fallido, fracasado, que trae sufrimiento. Pero muchas veces lo que aparece sintomático es la revelación de algo que estaba oculto e inadvertido. Muchas de la sintomatología de los niños son inadvertidas. ¿Qué quiere decir que sea inadvertida? Freud dice, cuando habla de neurosis infantil, de la infancia, que puede pasar inadvertida o ser llamativa, ¿Para quién es llamativa o inadvertida? Es para los otros, son los otros a los que los llama. Entonces si no hay otros conectados con el niño, para entender los signos de lo que le pasa, lo que le

pasa al niño, es inadvertido por el otro y eso no quiere decir que este sano. Eso quiere decir que le pasan cosas que son inadvertidas y con una consecuencia más: *“la educación calla a gritos los síntomas de los niños”*. Esto lo dice Freud hablando de Juanito. Dice que Juanito tuvo la suerte, porque fue criado con el mínimo de coerción. Los padres de Juanito era gente progre de la época, de 1900, la madre usaba pantalones, andaba en bicicleta, y les interesaba el psicoanálisis. La mamá se había atendido con Freud, el papá iba las reuniones de los miércoles con Freud, era gente progre, entonces lo criaron a Juanito con el mínimo de coerción y le permitieron que expresara sus ideas sobre sexualidad infantil. Eso no impidió que tenga una neurosis, porque criar a un niño en forma libre no impide la neurosis, no es causada por la familia; es causada por la familia en el sentido de que inevitablemente frente a los conflictos de un niño en su constitución con las figuras parentales hay síntoma. En ese sentido la neurosis es un momento de la estructuración de un niño. Esto quiere decir que cambiando la educación, no se evita un síntoma; se evitan algunas cosas, pero no los síntomas neuróticos. Y ¿Qué permitió eso? Que el niño expresara su neurosis a cielo abierto y entonces Freud concluye *“porque en muchos casos sino, la neurosis del niño, la fobia, es callada a los gritos por la educación”*, y si es callada los gritos por la educación deviene, dice Freud en 1909 con una lucidez impresionante, puede devenir en una alteración patológica del carácter. Entonces es verdad que la educación y la posición de los padres, pueden acallar a los gritos a un niño porque tienen el poder sobre el niño, es muy posible. Pero eso va a devenir en formaciones psíquicas más complejas; se va a convertir en un inhibido, en un retraído, y va armarse un carácter ya no algo por fuera de su yo, porque el síntoma es algo que está por fuera del yo en el sentido de que es egodistónico. Es algo del ser pero al mismo tiempo exterior. Mientras que lo que es el carácter tiene que ver con la configuración de cómo el sujeto se siente, de quién es. Entonces que sea inadvertido o no, ya les dije que depende, y eso no quiere decir que los chicos que más consultan son los más enfermos, por ahí los que no consultan son los más enfermos pero no tenemos manera de saber. Se puede hacer estadística de salud mental o tener una cierta idea por los que vienen a consulta, y los que no vienen puede estar mejor o puede estar peor. Hay chicos que no consultan porque están bien

pero no es siempre el caso, en general cuando recibimos un niño, ¿qué vemos? Por ejemplo tiene ocho años pero los problemas empezaron a los tres, cuatro, cinco años, pero fueron inadvertidos o no se les dio importancia, y el momento posible, el que los padres consultan es cuando “las papas queman”, o ya repitió de grado o está por repetir o no juega o no tiene vida social o esta triste o está enojado y los padres entonces ahí recurren a alguien que pueda entender. Pero todo lo que pasó antes, hay que revelarlo, y es parte de la historia del chico. Por eso la intervención temprana en los casos más graves es tan importante, sobre todo en los casos más graves.

Melanie Klein pensaba que había que analizar a todos los niños, porque en todos los niños había sufrimiento de la vida y de la muerte; entonces todos los niños necesitarían un psicoanálisis. Bueno esto es imposible aunque tengamos miles de millones de dólares, supongamos que este ideal fuese posible, tampoco se podrían analizar a todos, sería impracticable. Entonces un problema de salud pública es: ¿A cuales se tratan? ¿A cuales se le da prioridad?, desde el punto de vista de la organización del Estado. Si bien todos los niños padecen del sufrimiento de la existencia algunos la sobrellevan y otros se detienen y hacen un detenimiento que los perjudican. Hay algunos síntomas en el desarrollo que no perjudican el desarrollo subjetivo de un niño, por ejemplo las fobias tempranas, no necesariamente van a perjudicar la totalidad del niño, al contrario el tener una fobia acotada le permite al resto de la vida psíquica desarrollarse saludablemente. El problema es cuando los síntomas conspiran contra el desarrollo subjetivo general, ahí es donde estamos ante un verdadero problema.

Desde el punto de vista clínico nosotros atendemos a todas las demandas, no definimos que sólo atendemos esto o lo otro. Porque además atender a un niño por quién sus padres consultan por sus síntomas específicamente, que los definimos, en el trabajo psicoanalítico hay que tener en cuenta el síntoma, pero en la psicoterapia analítica se analiza todo, no analiza solo los síntomas, pero no deja de tener en cuenta los síntomas. Entonces recibimos demandas y nos encontramos con variados problemas. En algunos niños una familia pueden sobrellevar algunas dificultades porque la familia lo sobrelleva y en otros casos los padres no tienen condiciones para ayudar a un niño a salir de una

dificultad, y a veces en muchas problemáticas de los niños hay padres que tienen capacidad de ir resolviéndolas, de ayudarlos a resolverlas, de apoyar al niño en dichas dificultades y sostener su yo, otras no y ahí tenemos la consulta. Y en cada caso hay que decidir qué tipo de intervención hay que hacer. Claramente cuando tenemos niños con sintomatología instalada creemos que hay que atender a los niños, pero como el caso que les mencioné antes, me tengo que ocupar de los padres para ver como eso incide en los problemas que tiene el niño, que todavía no sé, si es más, menos, 10%, 100%, algo. ¿Está claro lo que quiero decir?

Algo importante sobre la sintomatología. La sintomatología instalada tiene la siguiente particularidad, esto lo dice un autor que valoro mucho, que se llama René Diakine, uno de los autores franceses que les señalaba, él dice que el efecto y los productos de un funcionamiento sintomático y patológico, sufriente, el efecto y los productos de eso, tiende a producir, a generar a su vez, a convertirse en generadores de ese mismo funcionamiento. La fobia instalada que produce inhibiciones, dificultades, angustia, sobre todo angustia, los efectos tienden a generar la repetición de ese funcionamiento fóbico. Es decir hay como una retroalimentación patológica, y eso explica que se instale y no se puedan disolver rápidamente.

El psicoanálisis no aspira a que un niño, un paciente, un sujeto, no tenga síntomas, sino que aspira a aliviarlo de el sufrimiento de más que tiene, pero también a lo que lo tiene que ayudarlo es a arreglarse con los sufrimientos que tiene la vida misma, y con los síntomas que inevitablemente va a tener, y a algunos que tal vez no se los pueda sacar, pero analizados va a tener menos efectos que los que tenía antes porque la posición del sujeto cambia respecto de los síntomas ¿me siguen con lo que quiero decir? Entonces no aspiramos a una normalidad ideal, que no existe, pero sí que un niño se las arregle. Melanie Klein dice algo importante que a mí me gusta, parte de lo que van a escuchar en esta materia son muchos autores simultáneamente: Klein, Anna Freud, los psicoanalistas franceses, Lacan, desarrollos de Ricardo Rodulfo y de Marisa también. Es decir, acá ninguna idea explica todo, esta es la idea de la Complejidad, entonces necesitamos tomar una porción de verdad de lo que cada teoría tiene y eso hay que usarlo, y no creer que

alguna de las teorías explica todo porque si no haríamos un reduccionismo. Eso tampoco significa que todo está relacionado con todo de modo confuso, no, hay un todo que no es una totalidad indiferenciada, es un todo que se correlaciona con las partes. Klein dice que si todos los niños tienen sufrimientos y la vida es así etc., ¿Qué es lo que hace a uno diferente del otro?, qué diferencia al niño sano del niño enfermo, del niño que enferma ¿Cuál es la diferencia? Que tiene una posición optimista frente a los conflictos. Es decir, un niño optimista está en una posición, ya no son los síntomas, es su posicionamiento deseante, vital para enfrentar los sufrimientos.

Y también hay niños que tienen una posición pesimista, algunos que no lo saben, pero otros que lo dicen. El chico más grande ya lo dice, he tenido grandes discusiones, interesantes, con chicos casi púberes sobre el pesimismo, el realismo, el escepticismo, el optimismo. La neurosis muchas veces es un sufrimiento que se cree no tiene fin y que es inmodificable, esa puede ser una posición neurótica y sentirse víctima de la vida, de la existencia, la victimización, también está en los niños. Es cierto que los niños pueden ser víctimas de muchas cosas, de eso no hay duda, pero también el posicionamiento neurótico puede ubicarlos en algo, en el sentir sin darse cuenta que esto no tiene arreglo. Bueno hay familias en que hay márgenes de mayor arreglo y hay otras en las que hay menos. Esto de cómo reaccionan los padres a los síntomas de los niños no sólo por advertirlos o no, no sólo importa que papel jugaron las posiciones parentales para entender cómo se produce un síntoma en un niño, esto es un elemento. Pero además cómo reaccionan los padres a los síntomas de un niño, es otro elemento, si los toleran, si los acompaña, si les gritan, esta es otra vía que hay que entender de los padres. Esta familia que les conté en principio la disposición de la madre es la de entenderlo y ayudarlo, pero lo que pasa es que es más fuerte que ella cuando se saca y le grita como loca, loca dice ella. Bueno seguimos el miércoles que viene. Les va a hablar Paul Yorston, que es el jefe de trabajos prácticos sobre las prácticas institucionales. Buen día.