

Clase Teórica N°2

Miércoles 23-08-17

Prof. Titular a Cargo: Carlos Eduardo Tkach.

Buenos días, vamos a avanzar con algunas cuestiones de la Psicopatología infantil. Hay que decir que la psicopatología infantil se va desarrollando a partir de la década del 50 en adelante, en ese sentido fue un paso importante la aparición de una psicopatología infantil que proviene de una psiquiatría infantil con orientación psicoanalítica. Es importante aclararles que la profundización de la psicopatología del adolescente, es de los últimos 50 años, porque el psicoanálisis de adolescentes también progresa a partir de la década del 60 y luego se va profundizando la psicopatología del adolescente. Habría que hacer una materia específica sobre psicopatología del adolescente, ya que es muy difícil subsumirla en la infantil, por ese motivo lo que tenemos para dar de adolescencia es un poco más acotado, porque profundizaremos más la psicopatología infantil, pero actualmente debidos a los conocimientos ya existentes habría lugar para una clínica de adolescentes y una psicopatología clínica de la adolescencia, porque se saben muchas más cosas, con problemáticas de la adolescencia mucho más específicas y que no son equiparables con la del niño, tienen su propia entidad.

Quiero darles dos o tres lineamientos, de lo que es el Paradigma de la Complejidad, tómenlo como una serie de ideas generales que les va a explicar, que enmarcan todos los temas que vamos a ver en la materia e inclusive las diferentes escuelas y autores. Creo que algo han visto en distintas materias acerca del Paradigma de la Complejidad, pero hay que señalar que viene siendo utilizado por varias líneas de psicoanálisis de los últimos 20 años, como una alternativa para pensar un campo tan amplio de tantas escuelas de psicoanálisis y de tanta diversidad de cuestiones que hay dentro del psicoanálisis que al mismo tiempo fueron estudiadas por varias escuelas por lo general en oposición. El paradigma de la complejidad es una alternativa a esta confrontación sin resolución, cada

escuela tiende a acentuar de modo reductivo su punto de vista, no porque no tengan valor, yo creo que lo tienen, por ejemplo Klein y Lacan para tomar dos extremos interesantes, pero la cuestión es la mirada reduccionista y es lo que el paradigma de la complejidad va a señalar como alternativa al conocimiento reductor. Dice el mismo Edgar Morin, se los cito: *“el pensamiento complejo sirve al conocimiento multidimensional, sabiendo que es imposible tener un conocimiento completo”* y es imposible una omnisciencia, porque uno puede decir multidimensional que sería la pretensión de abarcarlo todo, bueno de eso es de lo que no se trata, pero si se trata del reconocimiento de los lazos entre las entidades que nuestro pensamiento necesariamente debe distinguir, pero no aislar entre sí. Es imposible no aislar para pensar y esto tiene que ver con la tradición del método de Descartes de ideas claras y distintas, distinguidas, pero la idea de Edgar Morin es que las ideas claras y distintas terminaron por parcializar los conocimientos, limitando,, perdiendo una visión del conjunto y de la interrelación entre diferentes ámbitos. Entonces dice: *“reconocimiento de los lazos entre entidades que el pensamiento necesariamente debe distinguir, pero no aislar. Este pensamiento está animado por una tensión permanente entre una aspiración al saber no parcelado, no dividido, no reduccionista y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento (...) Las verdades profundas, antagonistas unas de las otras, eran para mí complementarias, sin dejar de ser antagonistas, sin haber querido reducir a la fuerza la incertidumbre y la ambigüedad”*. Porque un pensamiento reductor de lo que nos tranquiliza es de la incertidumbre y de la ambigüedad, si yo sé que el síntoma del niño está determinado, sin entrar en detalle, por la estructura parental, una versión lacaniana que dicha así es demasiado sintética y no está bien tampoco, si yo tengo esa idea voy a poder tranquilizarme y reducir la ambigüedad y la incertidumbre de cuanto de los síntomas de un niño tiene que ver con su propia producción original, vamos a decirlo así, ¿y la estructura parental no tiene que ver?, sí que tiene que ver, pero no lo es todo. No todo es producto de la estructura parental o no todo es producto de lo intrapsíquico del niño. Hay una tensión entre dos órdenes de saberes que se pueden investigar, si yo tomo la estructura parental vamos a ver líneas de determinación del síntoma del niño

vinculadas con esto, pero si tomamos al niño intrapsíquicamente también vamos a ver algo que tiene que ver con la propia producción de su funcionamiento psíquico. Son dos órdenes de saberes que hay que tener presentes, articularlos, conservando la ambigüedad y la incertidumbre de que no está todo explicado. Porque en el síntoma del niño por muchas determinaciones que encontremos: intrapsíquicas o de la estructura parental, que es un tema contemporáneo del psicoanálisis, también de los últimos veinte años, el síntoma del niño es un enigma: ¿por qué un niño responde de una manera cuando otros responden de otra?, el síntoma del niño tiene su propia originalidad. Del lado del niño, además hay más variables: el proceso de estructuración subjetiva, no es que es una respuesta situacional, de suerte que algunos síntomas son inevitables y muchas veces necesarios y forman parte del desarrollo "normal", les decía algo de esto la vez pasada. *"Un modo mutilante de organización del conocimiento o reductor es incapaz de reconocer o aprehender la complejidad de lo real"* lo real es complejo, entonces la aspiración por el conocimiento multidimensional, tiene que aprender de esa complejidad sin creer que se puede absorber o explicar todo lo real.

De modo que se vuelve un pensamiento simplificante que tiene dos puntas posibles: una unificación abstracta, un todo tiene que ver con todo que anula la diversidad, porque si yo quiero tener en cuenta todos los elementos que conozco, los unifico y así pierdo la diversidad, pero al revés, si yuxtapongo la diversidad, también me pierdo la unidad, la relación entre distintos factores. Esto no tiene completud ni de un lado ni del otro, sino que el desafío es articular dimensiones de aquello que estamos estudiando, por ejemplo la articulación entre el inconsciente que viene del otro u Otro con el inconsciente que viene intrapsíquicamente de las pulsiones, como lo plantea Melanie Klein.

¿El inconsciente sólo viene del Otro? Y, sin duda es importante, porque el sujeto nace en el campo del Otro, en términos lacanianos o en el lazo con el Otro, es decir, no hay subjetividad aislada que se desarrolle, con esta idea tenemos a Winnicott, Lacan y algunos otros autores. ¿Y del lado de lo intrapsíquico, no hay algo que venga del sujeto? También. La cuestión es poder articular simultáneamente las dos perspectivas,

ocupándonos de la que podemos en cada momento, porque nadie puede tener una visión omnicomprendiva.

La complejidad es un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados. Lo inconsciente, lo que llamamos inconsciente en psicoanálisis como estructura, como concepto implica heterogeneidad. El inconsciente no está hecho de una sola materia, lo psíquico no está hecho de una sola materia: no está hecho sólo de significantes, sólo de fantasías, sólo de imagos, solamente de representaciones o de afectos, o de mecanismos, en definitiva algo de todo eso está presente, constituye a lo que llamamos inconsciente. Entre otras cosas, esta idea de la complejidad es útil para pensar la idea del inconsciente, la sintomatología en el niño, por supuesto que un pensamiento reduccionista, es mucho más tranquilizador, pero también en esa focalización nos podemos perder un montón de elementos.

La historia de la clínica psicoanalítica, del psicoanálisis de niños en la Argentina, empieza con el predominio de la ortodoxia kleiniana que fue sustituido por la aparición de las ideas de un Winnicott, de un Freud renovado con Laplanche y Pontallis alrededor de los años 70 que amplió la perspectiva freudiana, también por supuesto las ideas lacanianas y formaron un caldo de nuevas ideas en psicoanálisis en nuestro país. Pero además ¿por qué había ideas que prendieron? No sólo porque eran novedosas en ese momento y con mucha fuerza, sino porque la propia clínica kleiniana, eso lo dicen los psicoanalistas que tuvieron formación kleiniana, que tenían alcance en ciertos casos y en otros fracasaba porque se encontraban con una serie de problemas que estaban fuera de su concepción, por ejemplo la influencia de la estructura parental, porque por concepción eso no entraba. Seguramente para una cierta cantidad de casos, cierta casuística, era efectivo pero para una otra no, por esa razón muchos psicoanalistas kleinianos encontraron en Lacan, en Winnicott y otros autores la perspectiva de lo Otro del niño para pensar qué le pasa al niño y esto no sólo por cuestiones psicopatológicas, sino también clínicas. ¿Está claro? Porque les estoy contando historia, ustedes son jóvenes y es importante que conozcan esta historia, eso no quiere decir que haya que tirar el pensamiento de Klein,

poniendo el acento en lo absolutamente intrapsíquico, pero quiere decir que hay que tener en cuenta otras variables.

La estructuración psíquica, no sé si lo dije la vez pasada, pero quiero insistir porque es un concepto que tenemos que tener en cuenta para esta materia, aunque no lo podemos desarrollar todo, que se refiere a los tiempos de la constitución subjetiva. Hay varios autores que han tratado de esto, con distintos conceptos, yo no creo que unos sean más válidos que otros, todos tratan de dar cuenta de los tiempos de la estructuración del psiquismo y de la subjetividad del niño. Lo que es importante tener presente es que si bien hay continuidad en la estructuración psíquica: lo que se organiza en las primeras etapas va en continuidad con lo que va a seguir después, hasta el punto que si tenemos que hablar de etiología resultan fundamentales la importancia de las interacciones tempranas, de los primeros tiempos. Ahí se producen y determinan muchos caminos en el orden de la psicopatología. Pero si bien hay continuidad genética, que es un cierto modelo de desarrollo que por ejemplo tiene Melanie Klein, planteando una continuidad entre las fantasías tempranas y lo que viene después hay que agregarle a eso una idea de la corriente psicoanalítica francesa, no lacaniana, la idea de una heterogeneidad de las estructuras sucesivas. Es decir que hay continuidad y discontinuidad por estructuraciones, que si algo se estructura se vuelve discontinuo con lo continuo, al mismo tiempo que conserva continuidad, de suerte que lo que se estructura reorganiza lo que estaba anteriormente, es decir que por las re-estructuraciones posteriores psíquicas se reorganiza lo que estaba anteriormente. ¿Qué permite esto? No hacer de lo que estaba antes un determinismo absoluto sobre lo que va a venir después, es decir, lo que pasa en los primeros años de vida con todo el peso que tiene, no implica un fatalismo con respecto a lo que va a venir después: una madre, que en el primer año de vida del niño, está con conflictos y con mucha inestabilidad emocional que altera o complica la primera etapa de constitución subjetiva del bebé, sin duda que lo va a condicionar los primeros tiempos de la subjetividad de su hijo, eso lo vemos en la clínica. Estoy atendiendo un nene de tres años cuyo motivo de consulta es que retiene la caca y no hace caca, se le termina escapando, pero es sobre todo retentivo, tiene miedo de hacer caca, una angustia pavorosa y lo que

yo pude trabajar con él es la angustia de que la cola se le va a romper, porque siente dolor y esto es una especie de circuito que se retroalimenta, porque cuanto menos hace, más constipado está y cada vez que quiere defecar es un dolor terrible. No se anima y cuando lo hace lo hace en el calzoncillo porque el inodoro es un agujero negro para él, además cuando me consultan por él, descubro que es un nene muy apegado a la mamá, no se separa, no puede entrar a un jardín, hay una temática de separación ya compleja porque consulta conmigo recién a los tres años, el año anterior no lo pudieron dejar en un jardín porque lloraba desconsoladamente. Es un nene divino, muy inteligente, es muy placentero atenderlo; después de las primeras sesiones en que nos conocimos, cuando llega yo tengo que bajar a buscarlo porque estoy en un primer piso me dice: *“háblame de la caca hoy”*, me recuerda que hablemos de la caca porque le sirve que hablemos de ello porque es el problema que tiene, entendió por dónde andamos en este terreno, por supuesto lo atiendo con la presencia de la mamá todavía, pero puedo trabajar sin ningún problema. El caso es que además de esto, la separación de la madre, porque uno puede pensar que está la angustia con respecto a la separación de la madre y la separación de la caca, porque desde el punto de vista del lazo al otro hay separación, pero desde el punto de vista de una parte de sí mismo también está en juego la separación, es decir que la castración se juega de los dos lados. Pero además, en la historia de la madre lo que tenemos es que en el primer año de vida ella era una mujer a la que le costó mucho la maternidad porque en el momento que nace su bebe, su padre tiene una amenaza de muerte, era cardíaco, y ella trabaja con él papá y tiene que ocuparse de la empresa, además del riesgo que el papá se muera y al bebé – ella me lo dice con mucha confianza por suerte para mi trabajo - era un esfuerzo que estaba por fuera de ella, hacía lo mínimo posible dejándolo en manos de una empleada. Esto me explica que los primeros síntomas que tuvo este nene era que caminaba mal, un acceso a la marcha tardío, muy inhibido para moverse y el primer tratamiento que le hicieron fue de psicomotricidad, dándole confianza porque no saltaba, tenía miedo de todo lo que era movimiento, es decir que el dominio de su propio cuerpo estaba ya afectado de angustia, una inseguridad de sí que tenía que ver no solo con problemas de estimulación, sino también con una madre que no

le había podido darle la confianza en sí que da un deseo materno fuerte y de amor, no porque no fuese querido, sino porque la madre le transfirió algo de su inseguridad. Entonces el problema de la caca tiene que ver con lo primero, pero también con lo que se produjo después, porque esta mujer hizo un cambio, no quedó prendida de este poco ocuparse del niño. Si hubiesen continuado estas primeras problemáticas, hoy tendríamos un nene distinto, tendríamos un niño con una depresión instalada, porque lo que tenía este chico era depresión: jugaba con autitos acostado tirado en el piso, así lo conocí primero; he visto muchos niños con depresiones tempranas y tienen un juego similar, se tiran al piso con los autitos, caiditos, usando el piso como sostén y contacto para todo su cuerpo, como el piso les hiciera upa. Este nene empezó así, había una depresión, resultante de la depresión de la madre y de una presencia no muy vital con él, si eso hubiese continuado yo me hubiese encontrado con este nene en estas mismas condiciones. Por supuesto, parte de las condiciones que introdujeron el cambio, seguro que fue la terapia de psicomotricidad porque introdujo un tercero que le dio algo que la estructura parental no le podía dar y mi intervención también produce otro cambio. Entonces la psicopatología de un niño, está abierta en general, porque no está fatalizada por ciertas etiologías que sin duda influyen, pero está abierta también a los cambios de la introducción psicoterapéutica. Entonces hoy aunque el niño sigue reteniendo la caca y hace cada tres o cuatro días para preocupación de los padres – no está de más que les cuente que los padres estaban tan obsesionados con la caca que les dije que lo dejen tranquilo, que haga cuando quiera y que lo dejen ir al baño cuando pide porque él pide ir y hacer en su calzoncillo; en el consultorio cuando empieza a tener ganas de hacer caca, se va atrás de un mueble que yo tengo y dice “no me miren”, entonces no lo miramos, de ahí saqué la idea de que no hay que mirarlo porque es su propio espacio, como cerrar la puerta del baño, hay que darle su tiempo. A medida que trabajo con él, viene mejorando mucho en el jardín, se pudo ir liberando de las barreras que lo limitaban, es un nene que salta, corre, se volvió pícaro, y apareció otro nene, eso se lo han dicho a los padres. Entonces la cuestión de la caca ya va a llegar, no tengo un apuro, los padres tienen apuro porque creen que el problema es la caca y les ido transmitiendo que el problema es el

nene. Este es mi trabajo con ellos, aunque es un síntoma complicado no es algo banal, pero hay que tener una visión microscópica y macroscópica eso es más o menos lo que quiero decir. Por supuesto también el tema de lo que fue el acceso a la función materna para esta mujer y la relación con su propio padre que se volvió prioritario para ella desde el nacimiento y durante el primera año. Tiene su propio tratamiento analítico y cada tanto es tratado por nosotros en las entrevistas pero nuestro abordaje se centra en el niño.

Tenemos tres líneas para pensar las causas, la etiología del síntoma: una es lo constitucional, acá el psicoanálisis tiene que reconocer, es inevitable que está lo que es congénito, lo biológico, lo genético, la historia prenatal. Porque el niño cuando nace ya tiene una historia biológica que no podemos no tener en cuenta, que puede ser o no un factor, pero no podemos no tenerlo en cuenta. Por supuesto que también, además hay niños con distintas problemáticas biológicas que tienen que ver con el momento del nacimiento, como por ejemplo los problemas de parto, eso aparece tenemos que tenerlo presente. También algo que lo espera al niño es la historia de los padres y una historia biológica, que va a quedar en conexión, enmarcada o desenmarcada de la historia parental. En Freud, si tomamos las series complementarias, algo de esto van a ver en los prácticos: uno de los factores es lo constitucional. Lo constitucional en Freud es complejo, porque por un lado está lo biológico, pero Freud ubicaba en lo constitucional la “herencia arcaica de la humanidad” entonces Freud ubicaba ahí fantasías filogenéticas. Algo así como si la historia de la humanidad, la herencia de los caracteres adquiridos que era una concepción en la que Freud creía, en términos de la evolución, marcaba al sujeto en términos constitucionales. Es una hipótesis difícil de aprehender, de tomarla científicamente porque todos los autores que son psicoanalíticos han puesto en cuestión sobre ¿Qué es la herencia filogenética? ¿Qué son las fantasías filogenéticas? A las fantasías filogenéticas, Freud las equiparaba con el *a priori* kantiano, algo a priori que organizaba la experiencia subjetiva. Es una idea interesante pero de difícil aprehensión, algo previo a la experiencia, es una idea kantiana, es decir que la experiencia ya está enmarcada por algo previo a priori. Lo biológico no, lo biológico tiene mucho que ver, hay bebés que nacen con mucha vitalidad y hay bebés que nacen con menos vitalidad, hay

algo constitucional del bebé en sus ritmos biológicos que son distintos de un bebé a otro. Entonces uno requiere de una madre más en un sentido y otro más en otro sentido, por lo menos para arreglarse con eso, si la madre está muy deprimida y el bebé está muy deprimido, con poca vitalidad, ahí se juntan dos factores que no favorecerán al bebé. Pero al revés, un niño con mucha vitalidad puede animar a una madre que está un poco bajoneada porque le pide y eso es un estímulo al deseo materno, eso no puede no tenerse en cuenta como un dato del bebé que nace. Los pediatras con formación psicoanalítica saben de esto mucho más que nosotros o los que en nuestro campo trabajan con bebés pequeños.

Silvia Bleichmar, que es una autora que van a ver en nuestro curso y que es una psicoanalista que falleció hace diez años, habló para entender lo que pre-existe al niño, de lo que ustedes van a ver en los prácticos que ella denomina “*estructura edípica de partida*” que viene de la idea lacaniana de estructura parental que pre-existe al niño, pero además eso no explica todo lo que le va a pasar a un niño, es un punto de partida, esta no es la concepción lacaniana: porque desde esa perspectiva la estructura parental no es sólo de partida, es de partida y de llegada. Para Silvia Bleichmar, es de partida. Pero con una lucidez que siempre me ha gustado ella dice “podríamos adjudicarle a lo constitucional en Freud, la idea de estructura edípica de partida” para poner en lo constitucional freudiano la estructura simbólica que pre-existe al niño y lo va a determinar de partida. Porque así como estructura de partida es lo constitucional biológico, también es estructura de partida el nombre que se le pone a un niño, nadie le pregunta al niño democráticamente ¿cómo te querés llamar? y se lo deja sin nombre para que a los quince años decida, eso es una marca y con el nombre vienen un montón de cosas y con el lugar que viene a ocupar en la familia: si es primero, segundo o tercer hermano, si es niña o niño, cómo fue deseado. Esas son condiciones estructurales de partida que van a marcar al niño mucho antes de que él pueda pensarse, que pueda pensarse que él es él. Esta idea de adjudicarle la estructura edípica de partida a lo constitucional freudiano me ha parecido un hallazgo brillante. Retoma la idea lacaniana y la acota poniéndola en relación además con la historia del niño durante la primera infancia.

La otra línea etiológica es la historia del niño, la historia de su constitución psíquica, para entender este niño, por ejemplo el paciente que estoy atendiendo yo con problemas de retención de la caca, todo lo que les dije son mojones para entender la historia del paciente sin entrar en profundidad, no hice un estudio científico del caso aún porque lo sigo atendiendo. Pero podría hacer un relevamiento acerca de como era ese nene a los seis meses, al año, qué pasaba y seguramente tomo las notas y voy a tener una configuración psíquica de la que se fue presentando y planteando desde ese momento hasta el momento actual. La historia es fundamental, cuando recibimos a un niño nos importan las condiciones estructurales de partida y la historia de cómo se desarrolló y la historia de sus síntomas, del síntoma habitual y de sus otros síntomas y dificultades. En una entrevista con los padres, al comienzo y durante el trabajo del comienzo, porque no todo se resuelve en unas entrevistas, tenemos dos fuentes de indagación: *la estructura parental* y *la historia de la sintomatología del niño*, son dos líneas que hay que verlas. Y es muy importante, como ya les dije, de qué sufre el niño y la historia de ese síntoma y de los otros, porque el síntoma puede ir cambiando, no es siempre el mismo, a veces permanece y a veces son sustituciones sintomáticas de parte de lo que puede pasar en la infancia. Y en la historia del niño además hay que incluir la historia de los traumas vividos por el niño, traumas ruidosos o silenciosos que pueden ocurrido en su estructuración psíquica, estamos aquí en las secuencias estructurantes de los acontecimientos vividos por el niño y que tuvieron valor traumático.

Y la tercera línea etiológica: *las proyecciones parentales*, este es un concepto distinto de las ideas lacanianas, pero que no se contradice ella pero las mejora a mi gusto para introducir el factor madre y padre en el niño como objeto de deseo, de amor, el lugar que los padres le van dando al niño en su propia subjetividad. Porque el niño es objeto de proyecciones subjetivas de sus propios padres, se depositan en él un montón de cosas que hacen a la transmisión de ellos y que modela su organización psíquica. El niño es objeto del deseo de la madre, del deseo de los padres, pero eso se juega en un nivel intersubjetivo, no sólo en términos simbólicos, se juega al mismo tiempo en el lazo de los padres con los niños en la interacción. Eso se da en lo real de la interacción, hay un nivel

inconsciente distinto del inconsciente simbólico porque se da a nivel de los actos y eso lo leemos entre líneas en la historia que nos cuentan los padres, los padres no nos van a decir algo acerca de ello en primera persona, en principio porque nada del inconsciente se dice en primera persona, pero menos esto que se juega a nivel de las interacciones en acto. Tan importante es esto que hay toda una línea en psicoanálisis que trabaja el tema de las interacciones parentales en los primeros años de vida, porque encuentran ahí un nivel de la explicación de la psicopatología de un niño. Que tiene que ver con el posicionamiento simbólico y deseante de la madre, pero también tiene que ver como ella en acto pone en juego lo que le pasa con su hijo.

Estos son tres niveles para pensar la etiología, van a verlo un poco más en los prácticos, por supuesto cuando investigamos los problemas psicopatológicos de un niño, no nos circunscribimos a lo psicopatológico, nos interesa el tipo de niño frente al que estamos, qué ser, qué sujeto tenemos ante nosotros, eso es fundamental. Todo esto vale en términos de un sujeto y un niño original y único que tenemos ante nosotros y cómo los padres se las arreglan con eso, lo acogen, siguen y reciben a ese niño que como ser original aparece. Nuestro trabajo no es puramente psicopatológico, sino que empieza por ahí, en el sentido que se nos consulta por un niño porque sucede algo, empieza pero no termina ahí, tenemos que ver al sujeto singular ante el que estamos.

Entender, tener una idea de la sintomatología de un niño, ubicarlo en algún cuadro, no resuelve en absoluto ninguno de los problemas clínicos. La clínica está abierta a todo lo inesperado, lo nuevo, lo que es imprevisible y entender el cuadro de un niño no explica nada qué pasa con los encuentros con un niño. Los encuentros con un niño, las sesiones abren otro campo que es el propiamente psicoanalítico, si bien la psicopatología puede ser psicoanalítica, yo creo que sí, eso no resume la dificultad de lo que encontramos en las sesiones con un niño. A mí me parece importante, no como protocolo, que un niño sepa por qué viene a consultar, así como este nene dice: *“hablame de la caca”* sin que yo le haya dicho nada, él me está diciendo: yo de eso sufro. Supongamos que esto se puede encuadrar en un caso de encopresis, pero las sesiones con el niño es un campo nuevo, único y un niño encoprético va a ser de una manera, otro va a ser de otra

en el decurso de la clínica. Ese saber que tenemos de su síntoma, lo tenemos en latencia, no es un saber que lo estemos aplicando, tampoco lo podemos olvidar: lo tenemos en latencia y nos servirá cada tanto porque la conducción de la cura tiene que ver con los síntomas, aunque no únicamente, en todo caso para entender el síntoma hay que entender al sujeto. Es decir que no surge del cuadro psicopatológico un modelo de trabajo, un protocolo, de lo que hay que trabajar desde el inicio de la terapia. Ahora bien, eso no quiere decir que haya que trabajarlos, tampoco que no hay que hacerlo, hay que tener una oscilación entre un punto y otro de acuerdo al despliegue del proceso clínico. Si esto hace ruido con algunas otras ideas que han escuchado en la formación que ustedes ya tienen me preguntan y les digo como pienso yo esto.

Ya les hablé de que las eventualidades evolutivas de un niño están siempre abiertas, con lo cual no hay fatalismo entre lo que pasa antes y lo que va a pasar después, incluso en casos muy graves o serios como son traumas infantiles de los primeros años de vida, que es un campo de estudio fronterizo del psicoanálisis, del que se ocuparon algunos psicoanalistas, como el caso de la resiliencia. ¿Alguien sabe lo que es la resiliencia? Hay autores, uno muy querido, que ha estudiado niños con sufrimientos traumáticos en las primeras etapas de la infancia que no quedan fatalmente determinados por esa historia, pueden hacerse otra vida y otra historia. Eso no significa que todos nos podemos rehacer de cualquier cosa, o sea alguien que estuvo en un campo de concentración puede superarlo, pero las marcas de haber estado en un campo de concentración, doy un ejemplo extremo, van a estar en su vida y como sabemos mucha gente que ha estado en un campo de concentración terminó suicidándose o repitiendo en su historia muchos problemas. Pero muchos otros no, eso es lo que quiero decir, lograron hacer otra cosa con su propia existencia, la resiliencia es un concepto que viene de la física y tiene que ver con la capacidad de flexibilizarse de los metales y trasladado al campo psíquico de sobreponerse a las desgracias de la existencia. Eso no está cerrado, tampoco totalmente abierto, no es que nos rehacemos una vez por año y como el ave fénix que renace, sino la vida no dejaría marcas y eso no es cierto.

Bueno quiero contarles un poco algunos elementos de la historia, de la psiquiatría infantil; somos herederos de estos conocimientos previos que nacen con la psiquiatría infantil. Tienen un trabajo que van a tener que leer, pero es un texto que vale la pena que lo lean: el texto de Bercherie “La clínica psiquiátrica del niño”, que lo vamos a subir a la página. Estaba en francés y una compañera nuestra, Graciela Manrique que ya no está más en la cátedra porque se retiró, hizo una traducción magnífica de este texto, que vale la pena que conozcan.

Paul Bercherie es un autor francés, psiquiatra, que ha estudiado el psicoanálisis y la psiquiatría, es formidable su nivel de precisión, y aquí tienen una historia de la clínica psiquiátrica del niño. Por supuesto cuando nace la psiquiatría infantil, esto que desarrollo es una gran pincelada, el nacimiento de la psiquiatría infantil es posterior al psicoanálisis, junto con el psicoanálisis paralelamente, pero su motor de desarrollo está claramente influenciado por el psicoanálisis. Es decir, el psicoanálisis influyó mucho en la aparición de la psiquiatría infantil, amplió horizontes para que los psiquiatras pudieran comenzar a pensar las problemáticas de los niños, de suerte que muchos psicoanalistas de niños que fueron psiquiatras, psiquiatras infantiles y también psicoanalistas.

Por lo menos esto no es tan contemporáneo, les estoy hablando de algo que tiene su origen en los años cincuenta en adelante. La problemática de la psiquiatría infantil hoy, es similar en algunos sentidos para la psiquiatría, la misma que tiene la psiquiatría de adultos, que es la aparición de los DSM, que traen bastantes problemas a la hora de entender el sujeto. Entonces estamos constreñidos a los DSM, a un listado de síntomas y a no poder pensar las estructuras subjetivas, esto es parte de la polémica contemporánea.

Bercherie da tres periodos para entender la clínica infantil, que sería del estudio de las problemáticas de los niños. La primera que cubre los tres primeros cuartos del siglo XIX, para entender al niño, se usa una categoría de adultos que es la *idiosia*: el retraso mental. O sea lo primero que se identificó en el niño, como algo psiquiátrico, fue el retraso mental, y que permite diferenciarlo de la demencia. Del demente dice Esquirol “es un rico que se convirtió en pobre, mientras que el idiota siempre ha padecido el infortunio

y la miseria”, siempre hablando en el plano intelectual. Es decir, hay alguien que pierde las adquisiciones que tenía, y alguien que ya nace pobre. En esta época los autores no creen en que haya algo que se llame locura en el niño, les estoy hablando a mediados del siglo XIX. Entonces la locura en esta primera etapa es la *idiosia*; por lo tanto, la discusión se basa en qué grado de reversibilidad tiene, o de irreversibilidad.

En esa época ya había una experiencia anterior del siglo XVIII, novedosa, que marcó la psiquiatría infantil, que fue el descubrimiento de un niño que había sido abandonado en los bosques que se llamó el Salvaje de Aveyron, es conocido sobre todo por una película francesa, bien interesante. Este niño fue educado por un educador de niños y se supone que utilizó ideas de reeducación de niños sordos y mudos, se lo consideró un idiota, pero estudios posteriores hacen pensar que se trataba de un autista porque tenía rasgos bastantes importantes de autismo. Pero de todas maneras la noción de *idiosia* va a sobrepasar todas las clasificaciones de los niños, dice Bercherie, para que vean que todavía la noción de retraso mental marcaba los problemas de un niño. No era difícil entenderlo porque un niño autista, un niño psicótico, lo tiene perturbado es su desarrollo intelectual, su desarrollo en relación a la realidad, entonces todos caían en una misma bolsa, se requería una finura de observación y otros conceptos propios para entender al niño. Lo que pasa en esta primera etapa es que se estudia al niño con las ideas de los adultos, y el niño sirve, un poco más adelante, para entender lo que va a ser más adelante el adulto, pero no como una problemática propia del niño. Esta primera etapa, primera etapa de retraso mental, que va hasta finales del siglo XVIII, corresponde en la historia de la psiquiatría con el paradigma que es el de *la alienación mental*.

Otro autor contemporáneo importante sobre el estudio de la psicopatología es Lanteri Lareau, que ha estudiado y formulado los paradigmas de la historia de la psiquiatría. El primer paradigma de la historia de la psiquiatría está enmarcado, en general, por la alienación mental, es decir por una locura única que tenía distintas expresiones. Entonces en esta etapa para el niño, va la misma idea: el retraso mental que explica todo.

Voy ahora a la segunda etapa de los paradigmas de la psiquiatría; estoy haciendo un paralelo entre las dos historias: la psiquiatría infantil y los paradigmas de la psiquiatría. El segundo paradigma de la psiquiatría es el de *las enfermedades mentales*. Acá aparece una preocupación por el diagnóstico, por la diferenciación entre distintas enfermedades, ya no una locura única. Esto para adultos, pero empieza una preocupación por entender los distintos síntomas y la clínica en este caso se vuelve diacrónica. Mientras que para el primer paradigma, *la alienación mental*, la clínica era sincrónica, aquí con las enfermedades mentales la clínica se vuelve diacrónica y eso permite estudiar los problemas de la evolución de las enfermedades mentales diferentes todas, cada una con su propia historia, con su propia diacronía, diferenciada una de la otra. Eso abre una perspectiva para pensar mejor a los niños, en el sentido de que se puede pensar lo que está primero en el niño, que explica lo que viene del adulto. En la segunda etapa de la psiquiatría infantil lo que prima es la locura del adulto en el niño, o sea se permite pensar que la locura del adulto se encuentra en sus orígenes en el niño. Y eso permite hacer diacronía, estudio del desarrollo de una enfermedad; en las dos etapas la concepción es que el hombre ya está contenido en el niño. Dicho en otros términos, también una idea clásica, *“el hombrecito ya está en el niño”* el hombrecito que va a ser. *“El hombre adulto ya está presente desde la infancia en las facultades mentales”*, o sea en las facultades mentales ya está en lo que va a ser el adulto. Entonces en esta etapa, que comienza en la segunda mitad del siglo XIX, aparecen los primeros tratados de psiquiatría del niño tanto en lengua francesa, alemana como inglesa. Pero la idea es por supuesto biológica porque se estudia el cerebro del niño susceptible de logros y fallas, la base es biológica. Es decir, el cerebro se desarrolla y en el desarrollo puede tener accidentes, problemas o degeneraciones. El concepto de degeneración, que está en los primeros trabajos de Freud, porque es una idea de la degeneración del desarrollo cerebral.

Principios del siglo XX en 1906, aparece el diagnóstico de la Demencia preciosísima, con un autor italiano célebre que se llama Sante De Santis. La profesora Lucía Rossi, de Historia de la Psicología, recopiló mucha información sobre este descubrimiento histórico, me lo contó en una presentación muy interesante que realizó en el Congreso de

Investigaciones de nuestra Facultad del 2015. Fue un descubrimiento interesante porque fue el primero que habló de demencia preciosísima, que es el diagnóstico que se le supone en la época de Melanie Klein a Dick, su caso se supone que es una demencia preciosísima, no había otro concepto, y fue el primer tratamiento psicoanalítico de un niño psicótico. De esta época va a surgir el concepto moderno de Psicosis Infantil, asociado también al retraso mental, pero como la aparición de algo distinto. ¿Por qué preciosísima? Porque es la demencia del adulto. Aquí se lo va a encontrar en el niño. También el primer diagnóstico, ya no de retraso mental, distinto de un retrasado, de lo que se conocía hasta ese momento.

El tercer periodo de la clínica psiquiátrica infantil, según Bercherie, comienza en 1930, a esta altura tenemos un psicoanálisis bastante instalado, y coincide en la historia de la psiquiatría con el paradigma de lo que según Lanteri Laura va a llamar de *las grandes estructuras psicopatológicas*. Es decir, que la historia de la psiquiatría pasa por los siguientes paradigmas, primero *La Alienación, locura única, sincrónica*; segundo por: *Las Enfermedades Mentales, diacrónica*, que eran tantas que había la necesidad de encontrar estructuraciones que organicen tantas enfermedades distintas. Una semiología demasiado abierta pasa a requerir a tener parámetros sintéticos que expliquen tantas enfermedades y a partir de allí aparecen los conceptos de estructura psicopatológica. La historia de la psicopatología es anterior a esto, pero si ustedes ven los trabajos de Freud, él trabaja con las ideas de la psicopatología. Cuando organiza la neurosis, la psicosis, modelos psicopatológicos, qué quiere decir esto? Modelos para explicar las formaciones sintomáticas por mecanismos, explicar los síntomas uno por represión, otro por desplazamiento, otro por forclusión. Bueno todavía no se usaba forclusión pero estaba la idea de la psicosis. Es decir, mecanismos psíquicos que explican los síntomas y fenómenos psicopatológicos. Esta tercera etapa coincide con el paradigma de *las grandes estructuras psicopatológicas*. Aquí aparece una clínica muy rica que influye en el campo médico, sobre todo en los pediatras. A partir de los años 30 el descubrimiento de las problemáticas de la infancia, con los conocimientos del psicoanálisis, va a ser la pediatría, porque era el campo clínico más accesible. Los psiquiatras de adultos no se dedicaban a niños. Entonces

¿quiénes se dedicaban a los niños? Los pediatras. Winnicott es uno de ellos. Los pediatras por tener formación psiquiátrica, psicoanalítica empiezan a ver los niños de otra manera, podían ver a los niños. Los psiquiatras veían al adulto, los padres no llevaban los niños a los psiquiatras, los llevaban a los pediatras. Estos son los primeros que van a observar a los niños. Y empiezan a descubrirse enfermedades psicosomáticas, problemas de conducta, manifestaciones patológicas afectivas, perturbaciones del desarrollo, es decir del desarrollo de la motricidad, el sueño, control de esfínteres como mi pacientito, y del lenguaje, entre otros. Son los primeros que ven estos problemas y fomentan el desarrollo de una psiquiatría infantil influida por el psicoanálisis. El tratado Psiquiatría Infantil de Kanner, es la primera gran psiquiatría infantil, influida por el psicoanálisis, que es del año 1936. Kanner es el que descubre el autismo, el autismo de Kanner, que es algo posterior, en el año 1942. La época del paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas es una época en el que el término nervioso pasa a significar psicógeno, porque la palabra nervioso tiene que ver con los nervios, que venía de la neurología. Alguien está nervioso pero pasa a significar psicógeno, ya no de la neurología.

Esas investigaciones sobre los niños con más conceptos van a dar como resultado diferenciar el autismo y luego progresivamente la psicosis. Y para entender esto, el concepto del desarrollo psíquico del niño, es un concepto fundamental. El factor del desarrollo y sus alternativas y la estructura psíquica del niño.

Recién en este tercer período el niño es considerado como un ser con sus propias características y no el adulto en potencia. También se lo debemos, no sólo al psicoanálisis sino también a la psicología del niño. Porque también lo que va a permitir una psiquiatría infantil, es la aparición de una psicología del niño a partir de finales del siglo 19. El desarrollo del psicoanálisis de la infancia, es paralelo al de la psicología del niño, que es lo que va a dar elementos al psiquiatra para poder entender al niño, además del psicoanálisis. Entonces se va a instalar la idea de que el hombre se hace, no está ya determinado desde el inicio.

Las dificultades para entender la psicopatología infantil, antes de la existencia de una psicología del niño, tenían que ver con que no habían elementos para el adulto para

empatizar con el niño, no tenían con qué entender qué era un niño. Freud dice al pasar, hablando del Hombre de los Lobos, ustedes saben que Freud analiza en este paciente la neurosis infantil, la analiza desde el adulto, entonces señala todos los problemas que tiene analizar en un adulto lo que fue la neurosis cuando era niño, que no es lo mismo que volver al pasado, no es un túnel en el tiempo. Pero hablando de ello dice al pasar que al adulto le es difícil la empatía con el niño; y es difícil entender en el niño, lo que se nos hace accesible cuando es adulto. Y él dice “al adulto le es difícil empatizar con el niño” y por eso las primeras psicoanalistas van a ser mujeres porque naturalmente les es propicia una mayor empatía para poder entenderlo, como un niño no tiene palabras, tiene pocas, en aquella época está el problema de cómo acercarse a comprender lo que está del lado del niño desde el punto de vista psíquico. La psicología del niño va a ayudar en la psiquiatría en ese punto y por supuesto el psicoanálisis también.

Esta tercera etapa, de *las estructuras psicopatológicas*, si la sintetizamos plantea el siguiente tema: en la estructura tenemos algo que explica el fenómeno. Con el paradigma de las enfermedades mentales ponemos el acento en el fenómeno, o sea acento en el fenómeno y el acento en la estructura. Y el tercer paradigma pone acento en la estructura. Pero el tema de la estructura también tuvo sus limitaciones y problemas porque se vuelve muy indefinido y no termina de explicar por la estructura los fenómenos que están por fuera, es decir no alcanza a sintetizarlos. Si bien fue un avance importante para unificar distintos fenómenos el descubrimiento y postulación de la estructura, el avance de los fenómenos ya excede inclusive el concepto de estructura, al punto que Lanteri Laura tiene un último trabajo en el que habla de paradigmas regionales, que por regiones se pueden estudiar estructuras, pero ya sale de las grandes estructuras neurosis, psicosis. Entonces el problema en el que participa la psiquiatría actual, según Lanteri Laura contemporáneamente, es la proliferación de problemáticas de patología mental que la estructura no llega a explicar pero sí tenemos el fenómeno.

Con este planteamiento hay desarrollos lacanianos muy interesantes en los que la apuesta es como encontrar la estructura en el fenómeno. En lugar de oponer estructura y fenómeno, es poder encontrar la estructura en el fenómeno. Salir de esa oposición entre

estructura y fenómeno. Esto es una idea que habría que desarrollarla, pero en la infancia se explica que no podemos buscar una estructura que lo explique todo, porque la estructura se está haciendo, y aun teniendo estructuras hay cosas que las exceden, no explica todo una estructura, explica estructuraciones en todo caso, explica organizaciones sintomáticas.

Esto que desarrollo es para que tengan una idea porque esto es parte de los problemas que tiene la psicopatología infantil. Tomen la clasificación francesa y van a ver que hay formaciones psicopatológicas variadas pero hay un campo enorme de problemas adicionales y por eso mi intención que tengan un panorama que aunque no puedan organizarse en forma sintética, tengan un panorama de las formaciones sintomáticas que se presentan y del conjunto de variables, que son muchas, para entender distintas problemáticas. Cuando vayamos viendo la clasificación tendremos posibilidad de verlo con más detalle. Preguntas, comentarios, hasta acá?

Alumna: no sé si tiene que ver, pero cada vez que hablan de Autismo y Psicosis infantil no entiendo si se piensa el autismo dentro de la psicosis.

Profesor: bueno eso van a verlo en una próxima clase. Entonces van a ver autismo y la manera de relacionarlo con la psicosis.

Pero es cierto que más allá de lo que van a escuchar, es algo que se desarrolla paralelamente. Algunos la incluyen dentro de la psicosis y otros las separan como algo específico, es un campo abierto de discusión, no es algo que esté cerrado. Pero a partir del descubrimiento del autismo, se comienzan a hacer descubrimientos de las psicosis infantiles con Malthus, el mismo Winnicott, con Tustin: todos son desarrollos de autores ingleses y franceses que van a estudiar la psicosis infantiles hasta hoy. A tal punto que es tan amplio, inclusive el campo de lo que se llama Autismo, que en el nuevo DSM 5 lo que antes era Trastornos Generalizados del Desarrollo, ahí ven las problemáticas autísticas tempranas, ahora se las llama Trastornos del Espectro Autista. Que si bien tiene el problema de indiferenciar demasiado con ese nombre, también da cuenta de la cantidad enorme de cuadros, que poniéndolos en la misma bolsa, son difícil de categorizar, porque no todos son del autismo de Kanner, ese autismo es muy específico, pero abrió entender

muchas problemáticas tempranas que se le parecen sin ser estrictamente eso. No está claro si ahora conocemos mejor eso que llamamos Espectro Autista o Trastornos Generalizado del Desarrollo, si ahora lo conocemos mejor o hay más porque en todo el mundo se registran un aumento en el diagnóstico de esos cuadros. No está claro si lo está produciendo la cultura o el llamado al autismo es un tema cultural contemporáneo eso lo dice Eric Laurent en La batalla del autismo, o se diagnostica más.

Colegas nuestros, como Marcela Díaz, que trabajan en zonas urbanas complicadas, pueden dar cuenta que hay chicos muy perturbados tempranamente, que están en ese orden. Lo que si podemos decir que se trata de perturbaciones en la estructuración subjetiva temprana. Y se denomina autismo porque hay un retraimiento, un aislamiento del otro, pero hay más problemas en eso. Y en eso está la discusión biológica, que tiene que ver la genética, o qué tiene que ver las formas de la parentalidad, las funciones maternas y paternas. Pero realmente es un tema, quién quisiera investigar algo en este momento lo interesante es eso, yo quise hacerlo y no pude por distintas razones, hubiese querido tomar esos casos y ver de qué se trata con una mirada psicoanalítica y no meramente psiquiátrica porque creo que es un desafío interesantísimo de esta época porque cruza temas contemporáneos, la marginalidad actual, problemas del capitalismo contemporáneo, globalización, más las alteraciones perturbaciones de las funciones parentales. O sea que es amplio para estudiarlo porque hay consultas importantes sobre esto, hay que poder ayudar a los chicos y a sus padres.

Hay toda una tendencia que está en manos de psiquiatras o neurólogos organicistas , no todos, pero si la mayoría a hacer con ellos tratamientos reeducativos, de las funciones cognitivas, que son necesarias y que no se puede obviarlos, pero no ponen el acento en la estructuración psíquica, en el sujeto que está allí perturbado. ¿Habían escuchado hablar de esto antes? Me importa para saber qué formaciones tienen, para nosotros que trabajamos de esto y estamos atentos.

Sobre todo en los primeros años, hay toda una psicopatología del bebé de los tres primeros años de vida, hay manuales y tratados sobre la psicopatología del niño pequeño. En especial en francés, o sea que es un área específica, que no puede estar absorbida por

por los temas que veremos pero está incluida en la clasificación que yo les di. Se ha desarrollado, hay muchos trabajos, investigaciones específicas sobre eso y que tienen su propia entidad, es decir problemas tempranos, que no necesariamente son las psicosis, que son problemas de estructuración, que pueden ser algo de los cuadros limítrofes, y porque que estamos en la primera infancia cuando todo se está haciendo, entonces es más complejo de poder estudiar. Comentarios, preguntas, ¿algo? Tenemos un rato más.

Alumna: en una estructuración no entendí lo de discontinuidad de la misma, ¿cómo sería?

Profesor: la discontinuidad quiere decir que hay un corte en lo continuo que implica una nueva organización que re-significa, reorganiza lo anterior. O sea lo anterior se conserva pero en una nueva organización y está a su vez está sujeta en continuidad con lo que va a seguir, y está sujeta a una nueva organización que va a reorganizar lo anterior.

La etapa del estadio del espejo tomemos el paradigma de Lacan, la primer constitución del objeto, Lacan, Klein, Winnicott y otros autores, primer tiempo de la constitución subjetiva, constitución del narcisismo del niño, aparece una primera diferenciación de la madre, de él, de sí mismo. Hay un segundo tiempo que tiene que ver con la autonomía y el acceso al lenguaje, separación de la madre no sólo diferenciación, sino separación de la madre y autonomía motriz y acceso al lenguaje. El niño del Fort-da sería un paradigma de esta etapa. Acá hay otro tiempo, pero es un tiempo en el que el niño ya puede establecer relaciones intersubjetivas, ya hay un sujeto en relación con otros, en el sentido de un sujeto con otros. Antes no tenemos esta intersubjetividad, sí habría una primer diferenciación del yo. Entre esa primera organización y la segunda, hay varios parámetros, para Lacan está el estadio del espejo y después está el complejo de intrusión que es la aparición del otro, del rival, hay otro como él, y después está el Edipo, son como tres grandes parámetros que Lacan desarrolla en su texto sobre La Familia. Cada una implica un momento de organización particular, que reorganiza lo que estaba antes. Esto quiere decir que los factores que estaban antes, que produjeron eso en este momento, se van a organizar y reorganizar de una manera o de otra. Es decir que alrededor de los dos o tres años a un niño se le muere la madre, para tomar algo traumático importante, eso va a sufrir en su reorganización algo que no se hubiera producido si no se hubiera muerto la

mamá. O los padres se separan o hay accidentes de la vida que van a influir en cómo se organicen o reorganicen o se separan, desaparece la figura paterna, quiere decir que el padre como tercero no va a llegar a la situación edípica no va a llegar de la misma manera. Eso hace que la organización psíquica continúe, pero al mismo tiempo estructure y determine lo anterior de una manera distinta. El complejo de Edipo freudiano también es un momento de estructuración del niño y por eso tenemos acceso a las organizaciones neuróticas, y de acuerdo a cómo fue esa vicisitud particular de la vida del niño, como él responda a esa situación, se va a instalar una nueva organización subjetiva que también va a resignificar las anteriores, en un sentido o en otro. Entonces sí tenemos continuidad, lo anterior determina lo que sigue, lo anterior es causa de lo que sigue. Este es un modelo, de desarrollo, en Klein hay un modelo así. Lo que introduce Freud es que lo que sigue también determina lo anterior. Entonces también hay dos líneas de causalidades: una que se llamaría en a-priori, y otra causalidad en a-posteriori. Porque no es que la casualidad que era a-posteriori reorganiza como sintetizando todo lo anterior, organiza lo que hay acá, en a-priori, en anticipación, y a-posteriori sería en retroacción. Esas serían las dos causalidades, hay que usarlas para entender cualquier estructuración psíquica en la infancia, lo que va en anticipación y lo que va en retroacción. Ninguna es absoluta o sea siempre es con algo que anticipa, las marcas iniciales, experiencias iniciales, están marcadas en el sujeto pero eso no es el final, el final es lo que se resignifique de eso y esto nuevamente. Una causalidad más simple es decir le pasó esto y esta es la consecuencia. Pero las cosas son más complejas que eso, y el concepto de resignificación, de a-posterior de Freud, de *après-coup* en francés, es un concepto interesante que tiene mucho valor, es un concepto que redescubierto en Freud y pasa a tener importancia en la historia del psicoanálisis a partir de Laplanche y de Lacan, o sea que se renueva y se encuentra la riqueza que tiene esta idea desde los años 50 con Laplanche y Pontalis que arman un diccionario y Lacan también releendo a Freud.

Buenos días.