

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA

MATERIA: Psicopatología Infanto Juvenil

TITULAR a cargo: Prof Adj Reg Dr Carlos Eduardo Tkach

TEÓRICO: Lunes 08/08/2016

Soy el profesor Carlos Tkach, titular a cargo de la materia; está conmigo el profesor Juan Carlos Fernández, profesor adjunto, que va a dar las clases posteriores a las que yo voy a dar, que son las dos primeras, como clases inaugurales. El resto del cuatrimestre lo van a tener a él en este horario y después voy a volver yo en algunas clases más adelante.

Bienvenidos a esta materia, psicopatología Infantojuvenil. Suponemos que si han venido a esta materia electiva, es porque tienen muchas ganas de estudiar y aprender muchas cosas. Entonces nosotros hemos preparado un programa muy abundante, van a tener mucho para estudiar, así que esperamos satisfacerlos suficientemente. Descontamos el interés, ya que la eligieron, entonces esperamos que estén interesados en las clases, tanto estas como las de los prácticos, en las que tratemos los temas, para que estudien mucho. Importa que estas clases teóricas sean interesantes para ustedes y para mí; no hay nada más aburrido para un profesor que da clases teóricas, el desinterés de los alumnos, o el poco interés digamos. Entonces como esta materia es electiva, suponemos vuestro interés, y eso es un feedback que me alimenta a mí cuando doy las clases y los alimenta a ustedes. Eso significa que no me molesta que me hagan preguntas a medida que voy desarrollando los temas. No nos molesta que nos hagan preguntas así sabemos que están pensando y tenemos un intercambio.

Voy a interrumpir unos minutos antes, porque el jefe de trabajos prácticos les va a hablar de algo organizacional, el tema de las prácticas hospitalarias. Los va a asesorar con eso y cómo funcionan.

No sé si han tenido oportunidad de echar una mirada al programa y si han podido leer la fundamentación y la bibliografía que hay escogida. Tienen un primer panorama de fundamentación de cómo pensamos la Psicopatología infanto-juvenil. Si no lo leyeron, léanlo porque no fue hecho absolutamente para nada a la ligera, o sea que tienen ahí una cantidad de ideas que van a funcionar a lo largo del cuatrimestre. No sé que saben a esta altura, supongo que muy poco, de la psicopatología infantojuvenil, por las materias que han hecho. Pero sí conocen el psicoanálisis, que es el enfoque que tiene esta materia sobre la psicopatología. Hay otros enfoques en la psicopatología infantojuvenil que no son psicoanalíticos, que existen en el área; yo voy a hacer menciones, algunas alusiones a otras

maneras de pensarla, que son distintas obviamente, pero que tienen en común, no obstante ello, con las visiones psicoanalíticas, algo que tiene la psicopatología como disciplina, que es un enfoque sobre la sintomatología infantil. Digamos mas allá de las perspectivas teóricas que se pueden encontrar, aun con el DSM-IV, o el DSM-5 ahora (no he podido tomarme el tiempo de revisarlo, conozco el DSM-IV). Saben de que hablo cuando digo DSM-IV verdad? Aun en ese caso, que es una perspectiva distinta a la que les vamos a ofrecer, pero que la práctica clínica institucional les puede requerir. Por ahí entran a trabajar en una clínica, un hospital u otro lugar, y la institución les pida que sepan el DSM-IV o 5, y hay que saberlo, es mejor conocerlo para responder en el campo profesional y poder pensarlo y establecer diferencias con otros modos de pensar. Les decía que aun leyendo distintos manuales de psicopatología, o distintas teorizaciones, hay algo que todas van a tener en común, aun el DSM-5, y es la dimensión descriptivo, por lo menos, de la sintomatología infantil. Si bien la descripción ya implica una cierta manera de pensar, que no es puramente ingenua. Lo que queremos transmitirle en esta materia, en los teóricos, en los prácticos y en las practicas hospitalarias también, que hay un nivel que queremos transmitirle, es que ustedes se puedan ir de esta materia con un panorama lo más amplio posible, que dispongan de un panorama de las problemáticas sintomáticas que tienen los niños. Un panorama, en algunas cosas las vamos a ver más específicamente, que son las unidades que están en el programa, algunas otras no las vamos a poder ver, pero el panorama que les vamos a dar, sobre todo a partir de una clasificación en especial, elegida entre varias clasificaciones posibles. Hay dos que tenemos, son dos clasificaciones francesas, sobre todo una, que es la clasificación francesa de las enfermedades mentales en los niños, que es la que a mí más me gusta, pero hay otras. Para tener ahí un panorama de cómo se puede describir y categorizar la sintomatología infantil, para que ustedes tengan un espectro y se vayan con ese espectro, para que por lo menos sepan que existe y cuando terminen la materia tengan ese bagaje, que les permita afrontar la práctica profesional. La idea, en lo posible que se puede hacer en un cuatrimestre, es darles un panorama descriptivo, pero también teórico y clínico de la psicopatología infantil, que les permita cuando salgan al mundo profesional, disponer de una cierta orientación acerca de lo que se van a encontrar. La idea es que no salgan al mundo, digamos que aquí yo les enseñé, supónganse chino, y ustedes salen al mundo y se habla español, entonces no van a poder hablar y va a parecer que no les sirvió para nada. La metáfora que me salió de los lenguajes viene a cuento porque, además dentro del psicoanálisis, ya no dentro de las clasificaciones psicopatológicas; además de las clasificaciones psicopatológicas, dentro de las perspectivas psicoanalíticas, el psicoanálisis también es una Babel, como se ha llamado; porque dentro de lo que es el campo psicoanalítico hay muchas teorías simultáneamente que se han desarrollado a lo largo de la historia, y hay muchas lenguas en el psicoanálisis. Y en la bibliografía que ustedes van a encontrar en esta materia, es una selección indudablemente, pero hay una pretensión que ustedes se familiaricen con las distintas lenguas del psicoanálisis, es decir que van a encontrar desarrollos que provienen de distintas perspectivas simultáneamente. No pretendemos transmitirles una idea cerrada de cómo

pensar ni la psicopatología ni el psicoanálisis en sí. Y como siendo psicoanalistas, conocemos las teorías, las más importantes, y son valiosas todas, y todas tienen algo para enseñarnos, en la bibliografía que van a ver, y en la manera de abordarlo, están presente las líneas más importantes, privilegiadas algunas más que otras, pero van a ver que el panorama incluye la perspectiva freudiana, kleiniana, es decir todas las perspectivas psicoanalíticas que han tratado sobre el psicoanálisis de niños. De modo que les vamos a ofrecer lo que llamaríamos un pluralismo teórico en psicoanálisis. No es por democracia este pluralismo, aunque podría ser una idea, pero me parece que la metáfora de democracia no resiste para el campo científico. Pero sí es porque cada teoría psicoanalítica, desde su perspectiva y partiendo sin duda de la obra inicial de Freud, lo que hace con el psicoanálisis, y de niños en especial, es tomar un aspecto de lo que Freud tomó y dejó abierto, desarrollarlo, profundizarlo y ampliarlo. Freud no era la verdad develada, fue un investigador y dejó las cosas donde pudo, donde llegó y cada autor tomó un aspecto y profundizó ese aspecto, inclusive inventando nuevos conceptos y ampliando la teoría. Eso es beneficioso para cualquier desarrollo científico. Pero cada experiencia clínica Kleiniana, Anafreudiana, Winnicott, las líneas lacanianas, para tomar las más importantes, han profundizado muy seriamente varios aspectos, podemos decir que cada uno da una versión posible de estructura psíquica.

Lo que se denomina el psiquismo, que es un concepto del psicoanálisis, es una hipótesis fundamental para pensar la psicopatología. Quiero decirles que lo psíquico, el psiquismo no es de una sola materialidad. La entidad psíquica, lo que llamamos lo psíquico, no se agota en una sola materialidad. La materialidad de lo psíquico es variada y compleja. Variada quiere decir que lo psíquico no está constituido por una sola materialidad, está constituida por la representación de palabra, representación de cosa, pero también está constituido por percepciones, sensaciones, afectos, está constituido por mecanismos de defensa, está constituido por los significantes sin duda, por instancias imaginarias, por fantasías, y también por funciones, modos de funcionamiento. Lo psíquico no se lo podría, en una visión contemporánea, pretender condensar en una sola materialidad. La ventaja de poder ver con la distancia de los años, las escuelas que han existido, nos permite ver en perspectiva los aportes que cada escuela ha brindado, y que ha querido investigar a su manera, esta complejidad de lo psíquico. Entonces creo que de todos los autores tenemos cosas que aprender, aunque por supuesto esa complejidad tiene alguna articulación. La complejidad está implicada en lo real, psíquico, en lo real de la sintomatología sin duda también; pero también hay complejidad en la manera de pensar. Poder pensar la complejidad es una apuesta del conocimiento, es un paradigma de un autor francés, muy interesante que se los recomiendo, y que ya tienen en la bibliografía algo para leer, que es Edgar Morín. ¿Oyeron hablar del Paradigma de la Complejidad? Bueno los que hayan oído hablar del Paradigma de la Complejidad, releen, y lean lo que está en la bibliografía, porque es un modo de pensar la ciencia no reduccionista. No reduccionista y no creyendo que en esa reducción está la verdad absoluta. Sino además con la idea de que ningún pensamiento

puede abarcar la totalidad de lo real. De modo que hay que poder dialogar entre las distintas maneras de abordarlo; y también de un pensamiento, como dice el mismo Edgar Morín, pueda dialogar con lo real, en lugar de pretender reducirlo, o pretenderlo sintetizar. Esto es una perspectiva, les diría casi epistemológica, para dar cuenta de la presencia y del uso de las distintas teorías psicoanalíticas para pensar la psicopatología infantil, y que sirva como perspectiva clínica, también para tener en cuenta esa complejidad. Porque el análisis de un caso de un niño con cualquier síntoma, con cualquier problema que nos consulten, la determinación de eso que está presente en un niño también es compleja. O sea que se trata de que con estas ideas puedan concebir la complejidad de lo que está ocurriendo con ese propio niño. En ese sentido la psicopatología que les vamos a presentar es una psicopatología clínica, no es una psicopatología estadística. El DSM-IV justamente se caracteriza por estudios de carácter estadístico, descriptivo. Personalmente no me traen demasiado problema las descripciones del DSM-IV, siempre me han interesado, porque definen patrones. Quienes han hecho estos estudios saben lo que hacen, desde una perspectiva que yo no comparto, porque a mí no me alcanza. Pero la descripción sintomática es muy útil y es valiosa. Pero aun la descripción sintomática implica la complejidad; ya en los propios síntomas hay complejidad, ningún niño tiene un síntoma sólo y puro, ya es un recorte de la teoría. Pero además de la complejidad de los síntomas, esta la complejidad de las determinaciones de ese síntoma, esta la complejidad de los factores que han desencadenado ese síntoma, que no es solo uno, es complejo, que tiene relación con lo que Freud llamaba la sobredeterminación del síntoma. Pero podemos ir más lejos que Freud incluso, porque Freud tomaba las determinaciones sobre todo intrapsíquicas. Pero hoy para pensar la psicopatología infantil tenemos no solamente los parámetros intrapsíquicos, sino que tenemos los parámetros relacionales, de relación del niño con sus objetos parentales, y la historia de los padres, y la historia del propio niño. Ya les puse varios factores en juego. Está el síntoma, los síntomas, que presenta el niño, está la historia de ese síntoma en la propia historia del niño, pero también está la historia del niño en relación con la estructura parental, con los objetos parentales. Y además si vamos más lejos está también la cultura y la sociedad en juego. O sea que ahí tenemos distintos niveles, e inclusive está lo biológico, lo neurobiológico, que es un factor importante para tener presente para la sintomatología, específicamente para ciertos cuadros sintomatológicos que tienen que ver con la problemática de los niños. O sea que les enuncié, así a modo de brocha gorda, en qué consiste y a que me refiero cuando hablo de la complejidad. Por supuesto que es más sencillo tener un cuadro de doble entrada, que clasificaría de modo simple, pero ¿que nos perdemos en esa descripción? Lo que se pierde con la psicopatología descriptiva, meramente descriptiva, y que vamos a desarrollar en esta materia. Vuelvo a decir, nos importa que ustedes se vayan con una idea de la psicopatología infantil, pensada de otra manera, pero también de la sintomatología. Porque es el punto de partida, la consulta que recibimos clínicamente es por la sintomatología que tiene el niño. Aparece en primer plano y es el motivo de consulta, y que luego da lugar a otras problemáticas cuando se lo indaga. Pero es el punto de partida, entramos a un caso por el sufrimiento que

presentan los niños. Lo que sea, enuresis, miedos, retraimiento, falta del lenguaje, problemas de conducta, arrancarse el pelo, tener tics. Esos son el punto de partida, pero en la indagación descubrimos otros. Si nos quedamos con la descripción, ¿que es lo que perdemos, desde el punto de vista psicoanalítico? El sujeto y lo psíquico, que está sosteniendo esa sintomatología, por decirlo así, o mejor, manifestándose en la sintomatología. La problemática de pensar al sujeto, es lo que nos importa como psicoanalistas, la subjetividad, articulada a los síntomas. Pero los síntomas no son meramente un epifenómeno de lo psíquico, es el modo real que tiene lo psíquico de presentarse, es el modo real que tiene lo psíquico de manifestar sufrimiento y revelar el padecer de una subjetividad. Si bien la subjetividad está en lo que llamamos lo psíquico, no está menos en el síntoma, está también en el síntoma. Sé que les estoy dando una idea no estándar del psicoanálisis, por lo menos no clásica, puede coincidir con algunos otros desarrollos. Y es que el síntoma no es meramente un detalle, el síntoma es de lo que se sufre, es un real y también está el sujeto allí. ¿Esto qué quiere decir? Aquí les menciono e indico otro artículo de Morín, los dos artículos que tienen que leer de Morín para esta primera unidad; son dos artículos, uno sobre la complejidad y otro sobre el sujeto. Léanlos, no es un texto de un psicoanalista, o sea que lo van a entender bien, no es complejo, y es complejo, porque van a ver un autor que les tendría abrir ideas, en cuanto a que el sujeto no es de una sola pieza, el sujeto está repartido en varias versiones, también la subjetividad es compleja, eso es lo que les quiero decir.

Esto viene de la mano de otra cuestión, estoy dando ideas de los fundamentos para introducirlos. Una concepción, una hipótesis muy importante del psicoanálisis, una postulación de esta disciplina, es la noción de inconsciente. La noción del psiquismo y la noción de inconsciente. La noción de lo psíquico ya fue una idea de Freud, es el psicoanálisis de Freud que postula la existencia de lo psíquico, y de lo psíquico no reducible a la biología, eso ya es importante. La problemática actual contemporánea de la psicopatología es un avance en las neurociencias, que con todo lo que aportan y son muy valiosas, no hay ninguna duda de eso, está la pretensión de reducir lo psíquico a lo neurobiológico. Mi pretensión no es descartar lo neurobiológico, estoy muy lejos de hacerlo, porque creo que sobre lo neurobiológico se constituyó el sujeto; sin esa base, sin eso viviente no hay subjetividad, no hay sujeto, pero lo psíquico trasciende el nivel de lo neurobiológico. Y también lo psíquico que les vamos a presentar, es una idea de lo psíquico no reduccionista, pero tampoco dualista. Lo psíquico, no es para pensarlo como inscripto en una concepción de la dualidad cuerpo-alma, el alma fue uno de los nombres que recibió lo psíquico históricamente, el alma, la psique, la idea es griega. La filosofía de Descartes trato lo psíquico y la res extensa, la cosa pensante y la cosa extensa. Ese dualismo cuerpo y pensamiento, cuerpo y psiquismo, lo que les vamos a plantear, es una perspectiva no dualista para pensarla, sino que hay una relación de continuidad de lo biológico a lo psíquico, pero que en cada nivel se desarrollan capacidades, emergencias nuevas que el nivel anterior no tenía. Se los digo sintéticamente, lo viviente, si tomamos los entes del

mundo, tenemos la materia real, el mundo físico, el mundo biológico y el mundo humano. El mundo biológico surge como una complejización y un salto respecto del mundo físico, los átomos, etcétera, en lo biológico, se organizan y se combinan en unas macromoléculas y algo importante que su autoorganización; y eso tiene un desarrollo tal que permite el salto en los seres mamíferos superiores, en el desarrollo del sistema nervioso central. Esa línea, lo psíquico va a emerger como consecuencia de un grado de desarrollo especial del homínido, y de su desarrollo neurofuncional, es decir la capacidad de pensamiento y de representación. Por supuesto que en esto influyen factores sociales, culturales, antropológicos, que son otros de los elementos que determinan. Les hago esta aclaración para mostrarles el lugar que tiene lo psíquico, para que no parezca una entidad que no tiene ninguna relación con su base material. Esta base dando lugar sin duda a la emergencia de otro nivel no reductible al anterior que es la capacidad representacional que a su vez está vinculada estrechamente al lazo con los otros, el ambiente y la cultura.

Lo psíquico que pensó el psicoanálisis fue un cuestionamiento, una ampliación de la noción de conciencia. La idea de conciencia era una idea evidente, no traía muchas dudas pero aun los trastornos mentales, que ustedes conocen bien, los que trataba Freud, eran reducidos, reductibles a la biología. Es Freud el que comienza a interesarse por la subjetividad de las pacientes que tienen alteraciones en el cuerpo. Alteraciones en las que se puede ver que, los distintos niveles interactúan uno sobre otro: lo neurofuncional actúa sobre lo psíquico y lo psíquico sobre lo neurofuncional. Algunas cosas de esas se saben y otras todavía siguen siendo un misterio. Por ejemplo, sigue siendo un misterio cómo es una conversión, no está tan claro, se sabe que hay algo psíquico que se traduce en un cambio corporal, pero no se entienden muy bien todavía cómo es eso desde el punto de vista qué transformación va de lo psíquico a lo biológico que permite una parálisis o los dolores, etc. De qué modo la actúan las representaciones psíquicas, los significantes, para alterar el funcionamiento biológico.

Las ideas psicoanalíticas de psiquismo e inconsciente han permitido crear la clínica de adultos y luego de niños a partir de la posibilidad de actuar sobre el psiquismo a nivel representacional y producir transformaciones. La noción de inconsciente que presenta Freud, es la noción de inconsciente para el psicoanálisis, pero ocurre que la noción de inconsciente misma es compleja. Quisiera transmitirles no hay un solo inconsciente. Hubo un solo inconsciente para Klein, si, hubo otra noción de inconsciente para Anna Freud, más cercana a la de Freud; Winnicott tiene una noción de inconsciente no demasiado explícita, que opera, Winnicott no hace metapsicología del inconsciente; Lacan tiene su propia noción de inconsciente, fuertísima, ha dividido aguas en la historia del psicoanálisis, hay un psicoanálisis antes de Lacan y después de Lacan. Inclusive un psicoanálisis no lacaniano es un psicoanálisis después de Lacan, no se puede no estar influido por la obra de Lacan. O sea que la noción de inconsciente no es única, no sólo lo psíquico no es único sino que la idea de inconsciente no es única. El inconsciente de Klein no es exactamente el mismo de

Freud, aunque se basa en Freud. La noción de inconsciente de Anna Freud sí se basa en las ideas de Freud pero Winnicott tiene una idea, por ejemplo, del inconsciente que es de la segunda tópica; la noción de inconsciente de Lacan, al principio, sobre todo es de la primera tópica. Entonces la misma noción de inconsciente, el inconsciente, reducida a una sola manera de pensarla me parece que no es muy útil ni teóricamente ni clínicamente; en todo caso, excede la manera que me parece que vale la pena pensarlo.

Si tomamos al propio Freud, que es el que me parece que va a aclarar las cosas, en Freud tenemos la primera noción de inconsciente, que es el inconsciente reprimido, que divide el psiquismo, el aparato psíquico, en inconsciente, preconsciente, consciente. Esa es la primera noción de Freud, es el inconsciente que se extendió por el mundo e hizo famoso al psicoanálisis, la una nueva visión del papel de la sexualidad en la vida humana, que todo se podía interpretar, que los sueños tenían sentido, los actos fallidos, las obras de arte, los chistes, los juegos de los niños. Surge esa idea, la idea más productiva, la interpretación de los sueños, las formaciones del inconsciente, los síntomas neuróticos, aplicación del psicoanálisis al estudio de la sociedad, la cultura, el arte, esta noción es la que le reveló al mundo otra dimensión de la subjetividad. Pero esa noción de inconsciente no es la última que tuvo Freud ni es la última que va a quedar y eso permite entender autores posteriores. Cada autor fue tomando algo de Freud, profundizando, hay ciertas cosas que quedaron como obstaculizadas o no trabajadas. Además el psicoanálisis tiene una historia de momentos dogmáticos muy importantes y eso es una especie de limitación que ha tenido el pensamiento psicoanalítico para seguir avanzando, pero cada autor pudo avanzar. Entonces nosotros que estamos a más de cien años de distancia de eso, tenemos la posibilidad, de ver las cosas con perspectiva o como suelo utilizar a veces, una metáfora que surgió con la modernidad, un autor decía que, sobre todo en la modernidad a partir del 1600, 1700: “un enano subido a los hombros de un gigante ve más lejos que el gigante”. Bueno, podemos decir que Freud, Lacan, y otros han sido gigantes de la teorización, y nosotros podemos ubicarnos como enanos subidos a los hombros de esos gigantes y ver más lejos. Esa es una posición que tenemos en la historia: venir después, eso uno no lo elige, pero tiene la ventaja de poder ver en perspectiva los ciclos de pensamientos que tienen su momento de máxima productividad teórico clínica y luego comienza un declive en dicho proceso porque obviamente ninguna teoría puede dar cuenta de todo. Esto último para entender las diversas dimensiones que toma la noción de inconsciente. En la última etapa de Freud, postula la segunda tópica y en esa noción del aparato psíquico, lo inconsciente ya deja de corresponder a un sistema, deja de ser exclusivo de un sistema como era en el primer Freud.

Suele decirse el inconsciente, pero en realidad hay muchas dimensiones de lo inconscientes, Uno es el inconsciente reprimido, pero en la segunda tópica, lo inconsciente (Freud empieza a hablar de “lo inconsciente” y no de “el inconsciente”), lo que es inconsciente está repartido en las distintas instancias. Está el Ello, que en principio es un inconsciente distinto al reprimido, el ello es el inconsciente pulsional que Freud tiene que formularlo

para dar cuenta de lo pulsional no representado, sería lo pulsional real en el sujeto que no adviene a la representación y en el que opera la compulsión de repetición. De suerte que el inconsciente reprimido, que ocupa su propio lugar en la segunda tópica, tiene relación con el ello pero es el inconsciente representado, en el que operan las representaciones, aquí las pulsiones operan a través de sus representaciones, las representaciones de cosa y las representaciones de palabra, transformadas en cosa, es decir, como resultado de la represión y de las demás operaciones defensivas. Entonces ahí ya tenemos el concepto de inconsciente reprimido y lo inconsciente del ello, el ello inconsciente que es otra noción de inconsciente. El yo, que es otra de las instancias, para Freud tiene partes inconscientes y partes conscientes. De suerte que el yo va a ser sede, de la conciencia y eso ha dado la idea de que el yo es engañoso, es imaginario y es narcisístico, ha servido a toda clase de críticas por encubrimiento por su papel de encubrimiento de las significaciones del inconsciente reprimido, en particular es la crítica lacaniana. Pero para Freud los elementos inconsciente del yo eran los mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa son inconscientes y son los que nos permiten explicar el modo de operar del psiquismo. El psiquismo no es sólo contenidos de distinto tipo: representaciones, afectos, ideas, etc. No es sólo eso sino que además son operaciones, que operan sobre dichos contenidos; las represión y las demás operaciones defensivas, son operaciones del psiquismo. La represión no es el único mecanismo de defensa, ya en la obra de Freud, pues amplía hacia el final de su obra los mecanismos de defensa, la defensa no es sólo la represión. Freud encuentra un abanico de defensas que explican, sobretudo, la neurosis y algunas que van a explicar la psicosis. Esta dimensión del inconsciente no es un inconsciente de representaciones, es un inconsciente de operaciones psíquicas. El psiquismo, obviamente, es contenido vivencial representado y también es un sistema de operaciones: reprimir, forcluir, proyectar, desplazar, condensar el material, negación, denegación, desmentida, son operaciones psíquicas de esta noción de inconsciente que es distinto del inconsciente reprimido y que es distinto al inconsciente pulsional. Defensas que operarán sobre los efectos del inconsciente reprimido y el inconsciente pulsional. Desarrollos posteriores basados en Freud pero con desarrollos nuevos, van a indicar el papel de otro mecanismo defensivo para tramitar lo pulsional del ello, con lo que el yo tiene que arreglársela, la dimensión pulsional que no puede dominar debido a su intensidad y violencia, y que no es el mecanismo de la represión sino el mecanismo de la escisión. Partiendo de la escisión freudiana que es un concepto que Freud postula en el año 27 y que habla del yo, que se divide, se escinde, por eso lo denomina la escisión del yo, se divide en dos partes una que acepta ciertos contenidos y otra que rechaza y que subsisten en el yo sin contradicción. Escisión que implica la aceptación y el rechazo simultáneos de contenidos intrapsíquicos y de la realidad. De modo que se abre un abanico defensivo a partir de la neurosis y después un abanico de defensas al que se llega, primero a partir de la profundización en los estudios de la neurosis y también a partir del conocimiento de la psicosis. La otra instancia es el superyó que incluye el ideal del yo, que también también es inconsciente pero no es el mismo inconsciente que el reprimido ni el pulsional, porque el superyó y el ideal del yo representa en el psiquismo la cultura, la

tradición, la historia de los otros, los ideales parentales, uno en sus aspectos prohibitivos y otros en sus aspectos de auspicio para el sujeto. Superyó e ideal del yo: están por encima del yo y Freud va a poner ahí las prohibiciones pero también las marcas culturales. Entonces ustedes tienen esa instancia, intentan relacionar el sujeto con lo intrapsíquico que tendría que ver con la relación con lo biológico o lo pulsional; el yo es la relación con la realidad (porque el yo para Freud es la instancia que tiene relación con la realidad) y el superyó que implica el ideal del yo, que implica las instancias culturales, que también son inconscientes. O sea que el inconsciente pasa a ser ya no privativo de un sistema sino una cualidad psíquica. Entonces hablar de lo inconsciente de un caso es hablar de muchas cosas simultáneamente y hay que poder diferenciarlas a medida que profundizamos en un caso. Ocurre que las concepciones posteriores de las nociones de inconsciente como por ejemplo la de Melanie Klein, tiene una noción de inconsciente que tiene más que ver con el ello de Freud, con la fantasía inconsciente que representa la pulsión en su aspecto más fuerte, destructivo y autodestructivo. El inconsciente de Klein tiene que ver más con el ello en Freud, lo inconsciente del ello freudiano, un inconsciente totalmente endógeno, de modo absolutamente endógeno, efecto de la acción pulsional constitucional desde el nacimiento y que se inscribe como fantasía a nivel mental. Mientras que el inconsciente de Lacan, para tomar el otro extremo, cuál es la gran revolución que introduce Lacan en el psicoanálisis: decir que el inconsciente es el discurso del Otro, es de los otros, de lo simbólico. Es decir que no es endógeno, lo que Lacan quiere cuestionar ahí es una subjetividad pensada como inmanencia endógena, biológica. Entonces dice no, lo inconsciente es la cultura, el lenguaje, todo lo que viene de afuera, es exógeno al sujeto y que va a determinar al sujeto. La noción de Klein era: las pulsiones son endógenas y determinan al sujeto y el otro no importa en Klein en tanto determinación. Lacan lo que viene a plantear es: no, es el otro para pensar el inconsciente. La concepción de Anna Freud, o sea los Anafreudianos, que también es un poco la de Winnicott, pero sobre todo la de Winnicott se acerca a la de Klein pero mantiene las tres instancias, Winnicott es más freudiano que Klein. A Winnicott lo van a ver mucho en los prácticos, van a ver una versión no freudiana de un autor que está orientado a otras cosas o ha visto otras cosas, es un autor muy interesante y muy amigable de entenderlo, que parece simple pero no lo es, es una falsa sencillez de Winnicott, no crean que está diciendo pavadas, él pone todo lo que sabe en su manera de hablar sencilla. Sigue, por supuesto mucho de Klein pero toma las nociones freudianas, van a poder ver la importancia que les da. Anna Freud es una seguidora de Freud y desarrolló un psicoanálisis de niños y una psicopatología infantil basada en la segunda tópica, es decir, va a postular al yo como una instancia muy importante para el desarrollo. La primer psicoanalista de niños que hizo un primer mapeo de la psicopatología infantil, el mapeo general de la psicopatología infantiles, es bueno que lo sepan, fue Anna Freud, en 1965, quién dedicó su vida a encontrar variables que le permitieran explicar tanto la patología como la normalidad. Los kleinianos no se dedicaron mucho a eso, aunque tienen hipótesis psicopatológicas pero Anna fue la que se dedicó a estudiar muchos niños y a profundizarlo desde el punto de vista de la estructuración psíquica, la psicopatología y una categorización

de los síntomas en su relación con el desarrollo psíquico teniendo en cuenta una idea que ha dado lugar a una psicología evolutiva psicoanalítica con la idea de desarrollo. La idea de desarrollo del niño fue un eje importante en Anna Freud para pensar los procesos psíquicos del niño que acompaña el desarrollo general biológico pero también para ella desarrollo mental. La noción desde el lacanismo plantea, para que se den cuenta de que se trata de otra concepción, es una noción no desarrollista, son nociones estructurales, son nociones sincrónicas, mientras las nociones de desarrollo para pensar el sujeto tienen que ver con lo diacrónico, con procesos que se van estructurando en una sucesión a lo largo del tiempo. Las versiones de Lacan y en cuanto a la constitución subjetiva, durante muchos años insistieron sobre todo en lo sincrónico, lo que determinaba al niño desde el punto de vista de estructura parental como algo fijo y ya determinado desde el origen a partir de posición del sujeto en el discurso y el deseo del otro. Yo creo que para pensar un niño es importante tener en cuenta tanto lo que viene del otro como lo que el niño hace y va armando con lo que va viniendo del otro, y esto implica un proceso tanto de estructuración como de continuidad. Hay una constitución del niño, procesos de organización, al mismo tiempo que constitución sucesiva y pasajes de estructuras. Estoy tratando de darles un modelo que articule lo que se estructura con lo que cambia y se recomplejiza en una estructura más compleja, más articulada y con más elementos. La idea de Klein, su idea de estructuración psíquica es que lo que se estructura al principio, lo que se da en el primer año de vida, ya determina todo lo que va a venir, esa es la noción de Klein. O sea que en todo lo que sigue, van a haber cambios, pero está determinado por esta base de posiciones esquizoparanoides y depresivas que están en el primer año de vida. Las posiciones fantasmáticas esquizoparaonoide y depresiva. De modo que todo se explica de atrás hacia adelante. La idea de Anna Freud es que hay una organización, un yo que se va estructurando y complejizando en el desarrollo. La idea lacaniana es que el niño nace y el Otro ya ha marcado, ya ha sembrado los significantes, el modo de ser deseado y los significantes edipicos del ideal, el Nombre del Padre, el falo que ya marcan al sujeto y todo lo que sigue está marcado por esa estructuración, por esta estructura que viene del Otro.

Lo que desde esta cátedra les vamos a plantear, es un modelo más complejo, que si bien hay estructuraciones tempranas, también hay desarrollo y complejización que da lugar a una heterogeneidad de estructuras. No solo hay continuidad, es decir, lo que se estructuró permanece, lo primero es continuo en el sujeto pero al mismo tiempo hay heterogeneidad estructural. Es decir que hay estructuras en la organización de un sujeto que van complejizándolo y reorganizando lo que estaba antes. La orientación kleniana y de muchas corrientes psicoanalíticas es creer encontrar en algún lugar la causa de todo: en el primer año de vida, después a partir de Winnicott con la relación a la madre, la madre era terrible; otra es el abuso del padre. Una tentación que surge no de sus autores originales que sabían ver que las cosas no son simples pero si en la vulgata psicoanalítica o en una simplificación que es querer encontrar la causa primera y primordial que explique todo. Hete aquí que no alcanza, hay distintas causas y cada una tiene su propio peso y cada una tiene que ver con la

historia y además no sólo tiene que ver con los procesos de organización del psiquismo del niño sino con la relación con el otro. Es decir, la historia va a marcar esa estructuración. Si un niño viene en un cierto desarrollo y en un momento de su historia se produce supongamos una crisis importante de la relación entre sus padres, a ese niño le va a cambiar la vida, va a haber algo que va a continuar, va a estar pero ese elemento coyuntural de la historia familiar que hasta cierto momento era estable, por decirlo así, y se muere la madre, vamos a tomar algo claramente fuerte, ese niño, ese evento, implicará además un valor traumático. La noción de trauma va a ser muy importante para nuestra aplicación de la psicopatología porque implica la alternativa a lo estructural, porque el trauma es vivido por el sujeto, que marca en la vida un antes y un después. En la constitución de la subjetividad hay traumas, traumas constitutivos. El acceso a la vida humana implica un vivenciar traumático. Hay traumas estructurales para todos y hay traumas singulares de cada historia. Ahora bien, la teoría del trauma es un elemento que hay que conjugarlo, un campo que el niño no puede dominar, porque viene de la vida familiar, hay que conjugarlo con la estructuración psíquica que hay allí. Entonces tenemos muchos factores pero ni siquiera el trauma explica todo, como una fundamentación que pudiese explicar todo por lo traumático. Muchos padres que a veces consultan por chicos muy serios nos dicen “habrá tenido que ver que yo tal cosa que me pasó?”, padres que están dispuestos a pensarse en la historia, hay padres que no tienen condiciones para pensarse en su historias, pero otros sí pueden revisar qué de su historia habrán tenido que ver con el niño pero tienden a pensar que “yo en tal época estuve así..” o “cuando estaba en el embarazo me pasó tal cosa”, quieren encontrar una causa y lo cierto es que hay distintas causas y por eso digo que hay distintos factores y la idea de la complejidad es conveniente para pensar las determinaciones. Ayer casualmente recibí una consulta telefónica, se las voy a contar porque me di cuenta que me podía servir como un ejemplo para que las clases no sean meramente teóricas. Recibí una consulta telefónica de una amiga española cuya hermana tiene una hija adoptada con problemas y me consultó por teléfono y conversé con la hermana de mi amiga durante una hora. Esta mujer me cuenta que tiene una hija adoptada, que es única hija, que ella es una mujer que nunca estuvo en pareja, que es una niña china, que la adoptó cuando tenía ocho meses, que la trajo de China hasta España y la crió todos estos años. ¿Por qué está preocupada?, porque descubrió que la nena que tiene ahora diez años se tira el pelo, se arranca el pelo, y fue descubierto porque no tiene pelo en una amplia zona del cuero cabelludo, arrancarse el cabello es un síntoma que se llama tricotilomanía, es arrancarse los cabellos. O sea tiene una alopecia producto de esa compulsión porque es una actividad compulsiva; sepan además que hay una alopecia que es psicósomática, esta es una alopecia por arrancarse el cabello, hay una alopecia que se cae sólo por cuestiones emocionales pero hay otra que es por arrancarse los pelos. Bueno está preocupada porque descubrió áreas en los que se los sacó mucho, le pregunto “¿y cuándo empezó esto?”, empezó hace unos meses, cuando terminó el año escolar europeo y que ella lo descubrió, la nena no dice nada. Le pregunto “¿qué más le pasa?” y me dice la veo más seria, que habla poco, que últimamente está muy enojada con ella, tiene una relación más agresiva y peleada

con su mamá. Esta mujer no entiende de qué se trata, que la niña le ha hecho reclamos de por qué ella no tiene un padre, que enojada con ella le ha dicho *“me voy a China, me saco el pasaje y me voy a China”*, que ha preguntado por la mamá china, todo esto en el último tiempo. Por lo cual, me hace pensar a mí, escuchando a la nena y no sólo al síntoma, que la nena está en un movimiento de rebeldía con la madre, más agresiva, preguntando o indagando lo que hasta ahora no había sido indagado, diciendo me vuelvo a China, y cuestionándola a la madre por qué no tiene padre, a esta mujer por qué no tiene un hombre. Le pregunto cómo fue la adopción y me dice que fue a los ocho meses, la fue a buscar a China y la llevó a España. Ese fue el modo de la adopción, no deberían serlo de ese modo pero así se realizan. Digo esto porque una bebita que tiene ocho meses, ya tiene ocho meses de desarrollo emocional, o sea que de golpe, salta a otra figura que se la lleva en el avión y se la lleva a España con los mejores deseos del mundo y que le ha dado una vida que no hubiese tenido en China, sin duda. Pero eso implicó para esta bebita una vivencia traumática, al principio el encuentro con ella, la nena estaba angustiada, la rechazaba, y bueno se la llevó y la fue calmando y la nena se fue acomodando a la situación, el modo de defensa que pudo hacer el bebé. Pero probablemente haya dejado una marca traumática que quedó silenciada, sofocada. Quiero transmitirles la idea de que ese cambio implica no solo de figura, sino también de olores, de lenguaje porque esa nena escuchaba otra sonoridad de palabras. No me pudo decir exactamente cómo estaba esa nena, que era lo que yo quería saber, cómo estaba como bebita. A los ocho meses ya podemos saber cómo está un bebé desde el punto de vista de desarrollo emocional, es posible, existe una psicopatología del bebé hace más de dos décadas, hay muchos estudios que ayudan a que nos hagamos la idea de un bebe pero ella no me pudo explicar, pero sí que estaba seria, rechazándola. Más allá de eso, esa nena escuchó chino, los olores chinos, caras chinas, comida china, ambiente chino y de golpe hay un corte brutal que la traslada y la mete en otro mundo vivencial, no es sólo otro universo simbólico, que lo es, sino también vivencial, eso es lo que quiero transmitir, de otra mujer con otros olores, otra lengua, otro modo, otro trato, todo distinto, la comida, etc. O sea que a eso nadie le prestó atención, yo mientras se lo decía a esta señora, caía ahí en cuenta porque ella estaba contenta de tener su bebé, de cuidarla, de criarla, hizo lo que podía. Me dijo que de muy chiquita la nena ya para dormirse se chupaba el pulgar, que se lo chupó hasta bastante grande y además se hacía rulitos con el cabello para dormirse. O sea que para dormirse ya había una conducta autocalmente, tal vez ya sintomática: chuparse el pulgar y jugar con el cabello, eso es algo que se ve en la mayoría de los niños pero yo ya me di cuenta cuando me contó eso que era una autoestimulación porque la “tricotilomania” forma parte de procedimientos autocalmantes muy tempranos que usan los bebés o niños pequeños para calmar la angustia vivida ante la ausencia del otro, esta nena para dormirse hacia eso. Es decir, cuando se retiraba de la relación con los otros, una especie de angustia muy temprana ante la ausencia de una figura contenedora, pero mucho más tempranas que la angustia de separación, para calmarse hacia eso. Esto lo mantuvo hasta que tenía seis o siete años. Además la madre agrega que durmió con ella hasta hace un año porque no podía dormir sola y necesitaba presencia de otro para poder

dormir. Estuvo haciendo el esfuerzo para dormir sola pero no podía lograrlo. Es decir que había intentado por sí misma hacer un cambio en el último año de intentar dormir sola pero volviendo a la cama de su mamá. Por lo cual mi hipótesis fue, se lo dije a la madre, que probablemente la “tricotilomania” se producía cuando ella se iba a dormir, porque no veía hacerlo durante el día. Pero cada vez tenía menos pelo, entonces de la hipótesis fue que lo hacía al dormirse, en el dormirse había surgido esa una angustia, resurgido podíamos decir o se había expuesto dicha angustia porque tal vez nunca había desaparecido. Pero evidentemente esto que fue en otra época, que se mantuvo levemente, y reapareció últimamente porque se trata de un síntoma nuevo, tirarse del pelo, o sea que hay algo que viene de antes y hay algo nuevo que es más fuerte probablemente porque la angustia que siente ahora quizás sea más intensa. Pero no es sólo la angustia del primer año de vida, sino que es esta angustia más vivencias posteriores que tiene ella ahora, que es una nena que tiene diez años, que está intentando separarse y diferenciarse de su madre, y ya compara con otros nenes de su edad que tienen familia, que tienen padres, tienen una estructura familiar que su mamá no le ha dado y que ella se está enfrentando con quién es. Hay una reorganización, inclusive metiendo en eso su identidad sexual como niña, algo que yo no pude indagar mucho pero me pareció que estaría en juego. Cuando le voy explicando todo esto a la mamá para entenderla y más o menos darle algunas hipótesis, a medida que yo le decía estas cosas, ella me decía agregaba más elementos porque mis comentarios suscitaban más asociaciones en ella. Lo último que surgió, fue cuando le dije “me parece que va a tener que hacer un tratamiento, la verdad que esto no lo vas a poder solucionar con cambios que vos hagas como madre”. Porque me preguntaba “qué hago, la tengo en mi cama, la saco de mi cama” y le digo “mira, eso no se va a solucionar ni con que la pongas ni con que la saques en este momento, tiene que tratarse, ¿alguna vez viste una psicóloga?”. Y ahí me entero que tuvo viendo una psicóloga desde hace dos años y que cortó el tratamiento justo para el verano europeo, que estaban terminando las vacaciones y que la nena quería seguir yendo. Me entero esto al final, que a la nena le gustaba mucho, que hablaba con psicoterapeuta y le servía pero que la psicóloga le había dado fin al tratamiento, dijo que la niña ya estaba bien, pero que luego la nena le decía a su madre que quería seguir yendo pero lo había dicho un tiempo después. A partir de allí hice otra hipótesis: ese lazo que había hecho con la psicóloga había sido muy importante en su vida, que no era una psicoanalista, era una psicóloga, pero había sido un lazo valioso que la había ayudado, ella no quería cortar, pero la psicóloga lo había finalizado. Esa separación, sentida como una pérdida por la niña, debe haber generado un vacío, una tristeza importante frente a una ausencia importante porque era la única persona (y eso me lo confirma la mamá) con la que tenía un diálogo distinto, con otro que no sea la madre porque era la única figura alternativa que había surgido en la historia. Y es probable que ésta pérdida, de algo que se había instalado en ella, ese lazo terapéutico habría ocupado transferencialmente algo del lazo temprano que estaba vacante, por decirlo así, y que ella la sostenía y cuya pérdida generó esta angustia que nadie se había dado cuenta que tenía que ver con eso. Porque el lazo terapéutico pensado desde el psicoanálisis sería un elemento para analizar y ayudarla a

revisar esa angustia, sentimiento de pérdida, y lo que se encontrase en el trabajo con la niña, porque la pérdida del dicho lazo suscitó creo, la actualización de la misma angustia pero dio lugar a otros procedimientos sintomáticos para calmarse. De la sexualidad no tengo la menor idea, no se puede descartar, pero es un procedimiento que tiene que ver con angustias muy tempranas, no con la angustia de castración; o tal vez también se esté jugando la castración actualmente en la separación de su madre. Más la complejidad de una nena que está en otra etapa y empieza a ver la vida de otra manera. En fin, esta fue mi manera de pensar este caso en una conversación que por supuesto no doy por exhaustiva pero podría ser un modo de pensar una primera entrevista a partir de la cuál continuar la indagación y profundizar esas primeras conjeturas: hasta aquí, diríamos, ni solamente porque fue adoptada, ella siempre supo que era adoptada, podría estar presente su condición de ser china, porque dijo de irse a China, pero eso no surgió en esta conversación. Pero sí había un trabajo psíquico nuevo que la mamá estaba tratando de entender. Entonces tiene que ver con lo anterior, tiene que ver con la estructura parental de partida que tiene esta nena y compara diciendo “no tengo papá y quiero tener papá”, no haber tenido un papá, se abriría allí una interrogación acerca de los hombre y de la ausencia de hombres para su madre, en fin, pero la indagación no llegó hasta ese punto; más un momento de duelo en que debe estar ella. Ahora con esto lo único que explico es la sintomatología, ciertos parámetros de estructuración subjetiva, pero todavía no tengo el caso singular. El caso singular se va a dar, supongamos, si a la niña lo recibimos en algún consultorio, en un dispositivo analítico, lo singular de este caso sería el trabajo psicoanalítico con la niña, ver con qué nos encontramos en el contacto y diálogo con ella; hasta sólo tendríamos las hipótesis a partir de lo que nos cuenta la madre. Hablar de tricotilomanía es una descripción para describir síntomas, algo general, con la historia que transmite la madre, puedo conjeturar algunas ideas acerca de su estructuración psíquica. O sea tengo los síntomas, la estructuración psíquica, la estructura parental y además con estos elementos de análisis puedo tener un diagnóstico inicial. Puedo decir que supongo que estoy ante una niña con estructura neurótica pero con algo que quedó de angustias muy tempranas que dan actualmente lugar a un síntoma no neurótico que es la “tricotilomania”, un síntoma de acción, es un pasaje al acto en el propio cuerpo, compulsivo y seguramente adictivo, una conducta sobre sí, pero no es una nena que esté en pasaje al acto en general, por lo menos hasta aquí, con estos elementos; es una niña que estudia bien, que piensa, que tiene una estructura representacional afectiva desarrollada y los elementos edipicos están en juego por eso es que quiere un papá, etc. Pero este sería en algún momento el diagnóstico inicial: estructura neurótica, con este tipo de síntoma, más otros elementos, etc., pero después tengo la singularidad de cada caso. Al ponerla a analizar, a trabajar, a explorar, se va a desplegar las propias asociaciones de la niña y su propio trabajo psíquico, que va a dar a entender cuál es su propio modo de vivir todo esto que describimos en un nivel general. La psicopatología, los conceptos psicopatológicos, se caracterizan por tener un nivel de generalización. Cuando decimos “tricotilomania”, yo no estoy describiendo ningún sujeto, estoy describiendo un síntoma. Si digo neurosis, ya no estoy describiendo un síntoma

solamente sino que estoy describiendo síntomas neuróticos y una estructura de funcionamiento psíquico. Depresión, también describe una sintomatología porque es lo primero y lo más relevante de un caso, lo que domina la sintomatología de un sujeto. Yo creo que eso sirve para el trabajo analítico, es necesario, pero con eso solo yo no tengo la clave del caso singular, para eso está esta materia que se llama psicopatología. El diagnóstico no clasifica sujetos, clasificar es un modelo del investigador, no del sujeto. No hay que confundir el modelo de clasificación con el sujeto porque con el diagnóstico hay toda una historia, y una actualidad de su uso, el diagnóstico ha servido para las peores cosas: para etiquetar, discriminar, para mandar a chicos psicóticos a escuelas de deficientes mentales, para psicopatologizar la vida, como suele decirse. Ha habido mucho desarrollo del psicoanálisis, sobretudo lacaniano, pero no únicamente, contra la etiqueta del diagnóstico y la petrificación subjetiva que funciona en el diagnóstico, eso importa.

Ahora bien, creemos que es importante tener un panorama de estructuras sintomáticas, psicopatológicas que se presentan en los niños que los ubique frente a qué estamos cuando recibimos la consulta por un niño; donde estamos porque ningún diagnóstico es final porque lo que describimos en un momento no es definitivo, el desarrollo de un caso puede hacer cambiar el diagnóstico. Pero el desarrollo de un caso expone a través del dispositivo analítico el saber singular del sujeto, que no es el saber de la psicopatología ni el de la metapsicología. Al inicio del trabajo con un paciente se trata de una orientación primera de la sintomatología más importante pero además de que eso puede confirmarse o puede especificarse y variar. Insisto en el análisis singular, no es la aplicación de un diagnóstico, la psicoterapia es la investigación de esa niña única en su juego, en sus decires y ahí está lo singular de ella. Entonces tendríamos tres niveles: descripción sintomática y organizaciones sintomáticas, organizaciones psicopatológicas; tendríamos un nivel que es funcionamiento psíquico, psiquismo y funcionamiento psíquico, el funcionamiento mental de ese niño. Son tres tipos de saberes distintos: el saber clasificatorio, que es clasificatorio pero de conceptos psicoanalíticos, es de tipos clínicos (neurosis, psicosis, autismo, depresión, psicósomas), es el saber de clasificación; después hay un saber que es metapsicológico, que es de funcionamiento psíquico, es decir, acá podemos decir predominan tales pulsiones, tal mecanismo de defensa, tipos de angustias, está desarrollado el aparato psíquico más o menos, hay poca o mucha permeabilidad del inconsciente reprimido sobre lo preconscious. Bueno ahí tenemos un nivel del psiquismo, no de los síntomas, sino de articulación psíquica. Y después tenemos el saber singular del sujeto, pero se produce en el dispositivo analítico. Son tres niveles de saber distintos que no hay que confundirlos. Ese saber es el que opera en la cura, por supuesto cuando trabajamos como clínicos, nuestros conocimientos están entre paréntesis, no es que están en vacío, no estamos vacíos de conocimientos pero están entre paréntesis para ver lo que surge de la singularidad del sujeto. En ese sentido funciona la idea del sujeto supuesto saber, que es operatoria, en cierto sentido por el trabajo del análisis, pero no es que no sabemos nada, sabemos un montón de cosas que la vamos a usar para saber ante qué estamos, pero cuando trabajamos con un

niño único, está poner entre paréntesis lo que sabemos para que emerja su propia singularidad.