

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA**

**MATERIA: Psicopatología Infanto Juvenil**

**TITULAR a cargo: Prof Adj Reg Dr Carlos Eduardo Tkach**

**TEÓRICO: Miércoles 10/08/2016**

Buenos días. Me llamo Carlos Tkach, soy el profesor adjunto titular a cargo de la materia, voy a dar las clases durante todo el cuatrimestre. Les damos la bienvenida a esta materia que es electiva, o sea que obviamente la han elegido, no es obligatoria, que está dentro de la decisión de ustedes, lo que quiere decir que tienen muchas ganas de estudiar y de aprender entonces he preparado un programa muy abundante para que tengan mucho que leer y estudiar, de modo que van a aprender mucho pero van a tener que estudiar mucho. No hay reclamos posibles. Para estar a la altura de lo que han elegido hay que estar a la altura de haber sido elegido, entonces les vamos a dar una muy buena materia y si estudian van a aprender mucho.

Uno de los objetivos en una materia de un cuatrimestre acerca de psicopatología infantil es que tengan un panorama de esta disciplina. Un panorama de las formaciones psicopatológicas que se presentan en los niños, y en varias de esas formaciones, conocimientos específicos que hemos privilegiado para transmitirles. Pero al mismo tiempo un panorama de temas que no vamos a poder ver de modo especial porque no hay tiempo, es muy amplio, pero la idea es que ustedes salgan a la vida profesional con ese panorama psicopatológico, de una psicopatología clínica, y de una perspectiva al mismo tiempo simultánea de ideas psicoanalíticas como explicación de esas formaciones psicopatológicas.

No van a encontrar en el listado de esta materia una idea psicoanalítica única sino que personalmente adscribo a una idea de un pluralismo de ideas psicoanalíticas fundado en una idea de un paradigma de la complejidad, de Edgar Morin, autor que tal vez en alguna otra materia hayan escuchado hablar de él. Hay dos artículos de ese autor para leer en la bibliografía, de modo que empiecen por ahí. Les recomiendo que lean esos trabajos que son accesibles, bastante coloquiales. Uno sobre la noción de sujeto y otro sobre el mismo paradigma de la complejidad, que es un marco si se quiere epistémico, y de un espíritu en relación al conocimiento, que les va a dar un marco de cómo van a ser las ideas que van a escuchar o van a leer.

Les decía de las ideas psicoanalíticas, van a ver distintos autores explícitos o distintos autores que trabajan los temas. Verán una bibliografía de la psicopatología infanto-juvenil donde algunos autores toman distintos autores simultáneamente. Entonces un panorama de

la sintomatología, de las formaciones psicopatológicas, un panorama de ideas psicoanalíticas, porque creemos que todas tienen algo para aportarnos, y porque creemos que no hay ninguna idea psicoanalítica que de cuenta de todo, ni del psiquismo ni de la psicopatología. Cada teoría nos muestra una faceta de la estructura, de la estructura psíquica o de lo complejo del psiquismo. El psiquismo es una entidad compleja y la sintomatología también. Para entenderla hay que disponer un abordaje de pensamiento complejo que se acerque a eso real que es el psiquismo, y de la sintomatología, y la certeza de que ningún pensamiento puede dar cuenta de todo. Y aún así, con una perspectiva de distintos puntos de vista, aún así es inabarcable. Entre otras razones, pero como una fundamental, es que, como la psicopatología que les vamos a enseñar está concebida en términos de la subjetividad y no meramente una clasificación de síntomas, es que la psicopatología clínica tiene en cuenta la noción de subjetividad y de sujeto, la noción de sujeto ella misma es compleja, lo van a leer en Morin, aún con todo lo que podemos dar cuenta de ella, cada sujeto es un enigma, es único y ese sería el resultado final, el punto de llegada de todos estos conocimientos aplicados a un sujeto particular. Esto quiere decir que los conceptos psicopatológicos, neurosis, psicosis, patologías límites, anorexias, hay distintos, ninguno de esos conceptos, de entidades psicopatológicas, pretende dar cuenta de la totalidad de ningún sujeto. La nosología, la nosografía, es un recorte de nuestro instrumento, pero nunca puede ser algo que agote a un sujeto. Y muchos menos el nombre del sujeto, ni mucho menos una etiqueta, o su uso para las peores cosas. Pero si bien los pacientes, los niños que hay que estudiar y que hay que definir qué tipo de sintomatologías tienen, cuáles las más importantes, y qué es lo prevalente, etc, y aquello que en cada niño es único, esos conocimientos son necesarios para orientarnos ante qué problemáticas está en el primer lugar y cuáles son las que nos permiten explicar el padecimiento. Eso quiere decir que los conceptos psicopatológicos tienen un nivel de generalidad necesario, es un nivel de clasificación para poder orientarse en la multiplicidad de los fenómenos sintomáticos que aparecen en un niño. Insistimos, ello no pretende ser exhaustivo de ningún sujeto, aún más, toda clasificación diagnóstica es siempre provisoria y está sujeta a su revisión en el curso del trabajo con el niño, porque iniciada una psicoterapia, el trabajo psicoanalítico se caracteriza por especificar y profundizar cada vez más los elementos justamente diagnósticos y sobre todo los de la singularidad subjetiva. Lo que se define al principio está sujeto a variaciones, a especificaciones, y ninguna idea es definitiva. Y además porque lo que definimos como un cuadro psicopatológico es un aspecto dominante de un sujeto. Ninguna definición psicopatológica explica la totalidad del padecer de un sujeto y mucho menos del ser mismo del sujeto. Un niño con síntomas neuróticos puede tener elementos de orden psicótico o autístico, o border, elementos. Hay anorexias con estructuras neuróticas y hay anorexias que parecen de la patología límite. O sea que la

sintomatología es muy variada y no comparto un pensamiento estructural en el sentido de que se pretenda explicar todo por alguna característica y ya dada como un modo inmodificable de ahí en más. Creo que hay que pensar en términos de dominancias sintomáticas, para seguir hablando de psicopatología y de sintomatología, al mismo tiempo que hay que pensarlas tanto en términos diacrónicos como sincrónicos. Diacrónico quiere decir a lo largo de un período, de un desarrollo. Y en términos sincrónicos quiere decir que, a pesar de lo que podemos llamar un desarrollo en la historia de un sujeto, es decir, los tiempos de constitución psíquica de un sujeto, hay una sucesión temporal, al mismo tiempo que hay estructuras que se van organizando. No les estoy hablando de sintomatología sino de constitución, de la estructuración subjetiva, o la estructuración del psiquismo. El psiquismo se estructura en continuidad, en sucesión, al mismo tiempo que en esa sucesión se organizan estructuras que se van complejizando a lo largo de esa sucesión.

Les dije que el enfoque es el de una psicopatología clínica y eso quiere decir que se pretende entender la sintomatología en términos de la subjetividad, y por eso la hipótesis del psiquismo es fundamental. Hay psicopatologías, por ejemplo, como la del DSM IV o DSM V, que explícitamente, se propusieron hacer una gran clasificación de los síntomas y organizarlos en grupos clasificatorios. Es explícito, fue hecho sin ninguna hipótesis sobre lo que está detrás. En ese sentido tienen el valor que tienen. Tienen un valor, nosotros no les vamos a enseñar el DSM IV pero seguramente lo van a tener que aprender porque si algún día van a trabajar a algunos lugares les van a pedir la clasificación y van a tener que aprenderla. Ahora es el DSM V, que aún no tuve tiempo de revisarlo. Les vamos a dar otra clasificación, que me parece más interesante, que es una clasificación francesa de los trastornos mentales, que se hizo a principios de los años '90, y que tiene una revisión en el año 2000, creo que no la volvieron actualizar pero van a tener acceso a ella. Les decía que hay clasificaciones empíricas, que lo único que pretenden es basarse en descripciones a partir de estudios estadísticos. Lo que pretenden, porque tratan de encontrar unidades sintomáticas que se agrupan y dan una categoría. Creo que sí debe importarnos la descripción de los síntomas, pero además debemos ocuparnos de la estructura psíquica que explica eso que aparece como síntoma. Entonces sí nos importa que haya una hipótesis sobre la subjetividad, sobre el sujeto, de la que los síntomas son los indicios, signos del padecimiento del sujeto. Que nos importe la subjetividad no implica tener ningún desdén por la descripción sintomatológica. Por el contrario, creo que la descripción sintomatológica es fundamental. No sólo en niños, en adolescentes y en adultos también. Me parece que la descripción y la buena precisión de los síntomas de un paciente que nos viene a consultar, y para eso sirven los conocimientos psicopatológicos, me parecen fundamentales como punto de partida de la clínica, porque los pacientes que nos consultan, consultan por trastornos, dificultades, algo que no anda, en los niños, en adolescente, en los

adultos,. Las dificultades del niño la describen los padres, o su entorno, el niño lo puede describir también o lo puede mostrar. Afirmamos que la descripción sintomática es fundamental para el trabajo con los niños, el buen conocimiento de los problemas sintomáticos. Por supuesto que eso va de la mano del conocimiento del psiquismo y de la subjetividad y sus procesos para poder tener un marco de referencia en el que buscar esos síntomas.

Por ejemplo, una idea de Freud, que entre los síntomas neuróticos y la psicopatología de la vida cotidiana, los dos tienen la misma estructura. Esa es una idea importante que aportó al psicoanálisis. Es decir, que los enfermos mentales no están hechos de otra pasta que la de los sujetos normales. Que en un sujeto normal algo que está articulado en un enfermo eso mismo está como fosilizado, agrietado. Freud comparaba a los enfermos mentales con la conformación de un cristal: cuando el cristal se rompe, se rompe por las vías de su constitución. Entonces dice que en el sujeto normal está articulado lo que en el sujeto enfermo está agrietado. En ese sentido lo que el psicoanálisis viene a mostrar es que somos todos potencialmente enfermos, o que la vida psíquica implica conflictividad, angustias, etc. ¿Qué quiere decir que somos todos enfermos? Y que en todo sujeto humano el psiquismo está hecho de contradicciones, de luchas de conflictos, de dramas, de sufrimientos, de tristezas, de penas, que el desarrollo psíquico tiene que ir superando y resolviendo. En ese sentido todos los sujetos pasan por las mismas etapas. Pero depende de cómo se van tramitando las mismas, y eso depende de muchos factores, del niño, de los padres, del contexto, de la situación económico-social, etc, inclusive de la condición biológica, de lo constitucional, eso va a implicar que en el desarrollo normal hayan conflictos, angustias, sufrimientos inevitables. Pero que en algunos casos esos que podrían ser en un momento de esa constitución y ese desarrollo, no se resuelve a favor del desarrollo subjetivo, sino que implica detenciones, sufrimientos y lo que podría ser psicopatología de lo normal, cuando Freud habla de “psicopatología de la vida cotidiana” está diciendo eso, (Freud lo usaba para decir que las mismas eran la expresión de nuestro inconsciente y de nuestros conflictos y de nuestro sufrimiento), en algunos casos o en muchos, se instala como una condición permanente. Un niño con autismo, para tomar la enfermedad más grave de la infancia, implica algo que todo bebé ha atravesado en un tiempo de su constitución, en un tiempo que se acercaría en la constitución psíquica, que sería como un polo de carácter autístico, vamos a decirlo así. Es un tiempo. Pero en algunos niños queda como eso permanente con un gran sufrimiento, y eso se vuelve un fijación, no es transitorio. Y ahí estamos ante un proceso psicopatológico, y lo llamamos psicopatológico porque implica repetición, compulsión de repetición, sufrimiento y un modo permanente de instalarse en el mundo. Hay síntomas neuróticos en todos los niños, pero en algunos, y que pueden ser momentos de su desarrollo subjetivo, ya tomé el ejemplo de lo

más grave, ahora voy a tomar el cuadro psicopatológico más benigno para la vida, que sería un paradigma de la estructuración normal. Si bien la neurosis tiene bastante que ver con la normalidad, implica inevitablemente conflictos, angustias, etc, pero en algunos niños eso se vuelve fijación, repetición, sufrimiento y una condición permanente que requiere una intervención especial. Entonces no hay ni que exagerar la enfermedad en el sentido de pensar que el enfermo está hecho de otra pasta, ni tampoco, algo que en los últimos años se discute mucho, yo tengo mi posición frente a eso, es la psicopatologización. Debemos estar atentos a la psicopatologización en el sentido de que, ante cualquier dificultad que un niño tiene ponerle el nombre, el título, la entidad, y rápidamente etiquetarlo. Pero tampoco exagerar que todo está dentro de la normalidad. No es conveniente tampoco una tendencia a pensar que estaríamos frente de procesos que ocurren a todos y de lo que se trata no es tanto de los síntomas sino de la subjetividad, lo cual es cierto, con el riesgo entonces de desestimar la sintomatología como algo que le pasa a todos y no darle la seriedad que tienen, como sufrimientos que el niño padece. El riesgo es tanto caer en una desestimación de sus trastornos, como también el riesgo es caer en un etiquetado de morbilidad y así pensar al paciente como representante de una entidad psicopatológica.

El tipo de sintomatología puede ser un indicio de ello. Ni siquiera podemos decir que los síntomas más agudos son indicios de enfermedades más graves. Hay niños con mucho sufrimiento de angustia que no necesariamente están gravemente enfermos. Puede ser un momento de la evolución. Una psicopatologización apresurada podría tomar momentos de verdadera descompensación en la infancia, o en la adolescencia, como en los adultos también, como el inicio de un proceso mórbido. Por ejemplo, tomo a la psicosis, que es lo más grave. En realidad el conocimiento psicoanalítico equilibrado permite pensar que en realidad la aparición de ciertos síntomas revela un malestar anterior que no llamaba la atención, y lo que aparece como ruidoso en realidad es el intento de salida, y por paradójico que parezca, un intento de estructuración, aún con mucho sufrimiento.

Recibí hace unos meses un niño de 1 año y 9 meses, por suerte para mí que había tenido un gran ataque de angustia, terrible, cuando los papás comenzaron a llevarlo al jardín de infantes. Lo quisieron poner en un jardín maternal, querían llevarlo y dejarlo. El nene no se separó de los padres y tuvo una gran crisis traumática, muy fuerte para sorpresa de los padres, no terminó quedándose en el jardín, no se bajaba de los brazos de la madre, muy atacado, que le duraba todo el día. Después de intentar que acepte el jardín durante dos semanas los padres desistieron sacarlo y ocurrió que le duró el estado de crisis traumática y malestar permanente. El nene permaneció así varios meses, hasta que me vio a mí, (primero vio a su pediatra, luego a un neurólogo quien lo deriva). Durante ese tiempo el niño seguía con ese estado. Estaba en una desestabilización muy dolorosa. Cuando yo empiezo a indagar con los padres, era un niño que estaba realmente mal. No era un autista pero

podía ir en el camino del autismo o de la psicosis. Triste, con accesos de dolor, inexpresivo, aislado, que siempre había jugado con cosas pequeñas, se quedaba colgado, y para los padres era signo de un chico normal, tranquilo. Yo le decía a los padres “Qué serio que es” y me decían “Si, él es así, serio”. Les dije que no puede ser serio un niño, tiene muchos años por delante para volverse serio, ya le va a llegar el tiempo de volverse serio. Pero no puede arrancar siendo un serio. Los padres estaban muy desubicados respecto de lo que puede esperarse de un niño. Me van contando y voy descubriendo una historia muy pesada de ellos. Es una pareja joven. Los dos atravesaron momentos de mucha depresión alternativamente luego de nacer el niño, primero el padre, luego la madre. Y cuando uno se recuperaba el otro caía, y el niño estuvo a la deriva. Entonces todo eso que se desató con las crisis del niño, que uno pensaría “que mal que está”, en realidad reveló algo que pudo ponerlo en tratamiento y denunciar lo que pasaba. Entonces ya fue la revelación de un malestar anterior que estaba sofocado y en ese sentido fue el inicio de un modo de curación, un modo de salida. Hay que tomar la sintomatología en el proceso del desarrollo subjetivo, en lo cual participan los padres. Estoy dando ideas generales que hay que tener en cuenta como introducción a esto. El papel de los padres y su estado anímico ha sido fundamental en este caso pero tampoco hay que poner toda la determinación en el papel de los padres en la constitución del niño y de la sintomatología. Es uno de los factores a sopesar con el resto, pero no por principio, sino que se trata de ver en cada caso el papel que juega, por supuesto cuanto más pequeño es el niño es mucho mayor pero también importa la respuesta del lado del niño a las condiciones de su medio ambiente, de los lazos parentales.

En los comienzos de la clínica psicoanalítica con niños y debido a que se comenzó abordando sus síntomas neuróticos se pensaba al niño independientemente de su entorno. Cómo con esta perspectiva quedaban sin resolverse muchas cuestiones se ampliaron las perspectivas y durante muchos años las corrientes psicoanalíticas a partir del descubrimiento del papel de las estructuras parentales, el papel de determinación que tiene sobre los casos, se encontró un territorio muy rico, muy valioso (la historia familiar, de los padres, en el universo simbólico, el deseo de la madre, el nombre del padre y el lazo, los vínculos, las interacciones). Se encontraron muchas ideas a partir de esta perspectiva para entender un niño, ya que entender un niño no es fácil para el adulto. Entonces eso dio lugar a una cantidad de ideas que llevaron ocasionalmente, o a veces mucho, a pensar que el niño solo es síntoma de la estructura familiar o de los padres. Eso es otro extremo.

Decimos que el niño tiene sus propios síntomas, el niño existe de por sí. Este niño que yo he visto él existe de por sí. A mí no me alcanza trabajar con los padres. Hay mucho que hacer con los padres, y es lo que estoy haciendo, y el niño en dos meses viene cambiando mucho por suerte debido a modificaciones que se han podido dar en los padres. Hay mucho

que andar todavía. Estoy introduciendo la idea de que la cuestión terapéutica en nuestro campo es fundamental. Tampoco debemos desestimar el valor de la eficacia terapéutica en nuestro campo. Es fundamental porque lo que hacemos es conocer todo eso para ayudar a un niño, a un adolescente, a aliviar su sufrimiento. No le vamos a aliviar un sufrimiento inevitable que implica la vida, el sufrimiento del existir, pero el sufrimiento psicopatológico sí, es lo que intentaremos. Para que pueda disfrutar del vivir y ampliar sus fuentes de placer. De ese sufrimiento es el que tenemos la obligación ética de ocuparnos. Por ello, este niño me preocupó mucho al principio, ahora estoy más tranquilo, pero porque vi efectos, aunque hay mucho por andar todavía. Lo que quiero decir, este niño también tiene su manera de reaccionar, de responder, con menos margen obviamente por que está en los inicios de su desarrollo subjetivo, a las condiciones de partida que le ofrece la vida familiar. Y el hecho de que haya aparecido una figura distinta, el papel un tercero en este caso, seguramente que implicó un factor de intervención que empieza a cambiar la historia. Además porque está comprometido en ello la transferencia de los padres sobre mi mi figura y mi saber acerca de las dificultades del niño y de ellos como padres. Esto es parte de la concepción psicoanalítica de nuestro trabajo. Nuestra intervención es un elemento que pasa a jugar en la historia y que implica la aparición de una novedad, con lo cual una enfermedad o un padecer psíquico no es definitiva, tiene la chance de su modificación y cambio a partir de la aparición del encuentro con otro, que da la oportunidad de una salida o de una reestructuración. En este niño, mi hipótesis es, y esto lo doy para pensarlo como ejemplo, hay mucho que andar, que estructurar y reestructurar. Por eso trabajo con los padres, les doy ideas a ellos sobre lo ocurrido y lo que ocurre actualmente y de a poco voy haciendo cosas con el niño porque es de a poco el lazo que va teniendo conmigo. Este era un ejemplo. Los tiempos de la infancia son tiempos irrecuperables, lo que puede producirse en cierto lapso de los primeros años ocurre o no, y luego se cierra esa posibilidad, digamos que prescribe y no puede ser retomado más adelante. Por ello la importancia de actuar tempranamente.

Les hablé de la importancia de una buena descripción sintomática porque es ahí donde está el sufrimiento o su modo de manifestarse el sujeto, y les decía que hay síntomas muy llamativos que no necesariamente implican gravedad, y hay síntomas mudos o ausencia de síntomas y ese sería el síntoma en todo caso. Este niño era mudo para sus padres y eso pasaba desapercibido. Ese es el problema para hacer una estadística de la psicopatología infantil, porque se puede hacer a partir de los que consultan, ¿pero los que no consultan? ¿en qué están? Freud mismo decía que la neurosis de la infancia puede ser llamativa o pasar desapercibida. Que sea llamativa indica que hay sufrimiento manifiesto, pero a veces no hay sufrimiento manifiesto. Y la posibilidad de hacerlos hablar es cuando aparece alguien. El pediatra de este chico, supóngase, podría haberlo visto y darse cuenta que en lo

mudo había algo que había que llamar la atención. Entonces es un indicio de la sintomatología no sólo lo que es manifiesto como indicio de esos signos, sino lo que debería estar y no está. No sólo nos importa lo que está y que insiste como un signo. También es un signo para nuestra evaluación psicopatológica la omisión, lo que debería estar y no está.

La psicopatología es una entidad discutida dentro del psicoanálisis. Depende de qué teoría psicoanalítica se tome o qué ideas o qué corrientes, etc, es una concepción cuestionada por ideas ortodoxas psicoanalíticas o por maneras de pensar. Hay distintas maneras de pensar la psicopatología, por ejemplo, porque la psicopatología de la vida cotidiana hace que todo pueda ser pensado como psicopatología con lo cual no habría psicopatología, y el pensamiento psicopatológico, se aduce, no es mi idea, se aduce, es reductor del sujeto y lo que importa es la singularidad, etc. Además hay psicopatologías que no son psicoanalíticas. La palabra psicopatología viene del año 1700, fue retomada por Freud en un campo de la psiquiatría en relación con la medicina. Freud la toma. Después la idea desaparece en él, la va dejando. Y se discute si al psicoanálisis le importa el pensamiento psicopatológico o no. Es todo un tema epistemológico que no lo vamos a resolver nosotros en esta materia. Sépanlo, tengo el deber de decírselos porque si hay algo que me importa es no ocultar el panorama de ideas que hay ante algo, pero es un problema epistemológico y de discusión interno a la disciplina psicoanalítica. Sí puedo decirles que un autor, un psicoanalista muy interesante que se llama Paul Laurent Assoun, es un teórico del psicoanálisis dice que la psicopatología es una figura del psicoanálisis, como lo es la clínica, como lo es la metapsicología. Es un modo de pensar el psicoanálisis. Hoy en día hay psicopatologías infantiles, psiquiatría infantil, porque la psicopatología está muy ligada a la psiquiatría. La sospecha o el desdén de las psicopatologías en el campo analítico proviene del emparentamiento con la psiquiatría. Esto es lo que les causa molestia a los psicoanalistas. Pero también tengo que decirles que existe una psicopatología psicoanalítica como existe una psiquiatría infantil psicoanalítica, que es lo que vana tener que leer. Muchos de los textos que les he mencionado son de la corriente de psicopatología psicoanalítica que no es de la psiquiatría tradicional. El primer modelo de la psicopatología de la infancia desde el punto de vista del psicoanálisis recién fue hecho en 1965 por Anna Freud, que fue la primera que se tomó el trabajo de tener un panorama de la psicopatología psicoanalítica y de la normalidad en la infancia. El famoso libro de ella se llama "Normalidad y patología en la niñez". Ella toma lo normal como un parámetro y lo compara con una clasificación que hace de la sintomatología. En realidad Anna Freud siguió hasta el final de su vida organizando psicoanalíticamente las sintomatologías. No es la últimas versión pero es la más conocida.

Eso para decirles que es algo que tiene pocos años en última instancia. El primer manual de psiquiatría infantil, con influencia psicoanalítica, es el de Kanner, el que inventó el autismo

que lleva su nombre. Él descubre el autismo en el año 1942, pero su manual es del año 1935-1936, su primera versión que es donde se inicia la psiquiatría infantil contemporánea decididamente influida por el psicoanálisis. Existía la psiquiatría infantil antes, habían manuales, algunas ideas les voy a transmitir. Voy a transmitir ideas de un artículo que está en la bibliografía y que está subido, léanlo, que es un excelente investigador francés que se llama Paul Bercherie, que probablemente lo vieron en otras materias, es un investigador formidable y muy lúcido, que tiene en un libro un capítulo que se dedica a la historia de la psiquiatría infantil. Es un texto que hicimos traducir especialmente para nuestra materia y se titula "La clínica psiquiátrica del niño". Léanlo porque van a tener un panorama histórico de cómo llegan las ideas psicoanalíticas al campo de los niños y de la clasificación psiquiátrica. Me parece importante para estudiar conocer la historia de los conceptos. Conocer desde dónde vienen y cómo se han ido enlazando y constituyendo. Ahí van a tener un buen panorama de ello. Pero se puede decir que recién en los años 30 en adelante aparece, lo dice Bercherie, ( como les dije es un trabajo que no está traducido, lo tradujo una docente de la cátedra, Graciela Manrique, especialmente, yo lo tenía hacía muchos años y lo había perdido, después lo recuperé en francés). Vale la pena conocerlo porque es una idea interesante. Una es que la verdadera clínica psiquiátrica infantil como la conocemos hoy empieza en los años 30 y le debe al psicoanálisis su desarrollo, sobre todo los iniciales. Los psiquiatras que se dedicaban a los niños, influidos por el psicoanálisis pero también por la psicología del niño, encuentran un soporte importantísimo para hacer una nueva clínica, que no sea meramente descriptiva de los cuadros. La clínica tradicional de adultos existía antes que Freud como es sabido; se basa sobre en todo Kraepelin, pero ya había una historia de la psiquiatría antes del psicoanálisis. A fines del siglo XIX y comienzos del XX existían las primeras clasificaciones de psiquiatría infantil, pero la introducción de una nueva clínica es partir de la influencia que tiene el psicoanálisis. Habían descripciones de los cuadros más graves de los niños. Y con bastantes problemas porque aplicaban las ideas de la clasificación de adultos a los niños, o sólo se buscaba ver en los niños el inicio de la patología de los adultos, qué pasaba en los niños de eso, como buscar el origen de la patología de los adultos en los niños. El aporte del psicoanálisis permite pensar algo singular de los niños porque aporta una visión de la subjetividad del niño, entonces el niño puede ser estudiado no sólo por lo que dicen los padres o el medio que era el camino prevalente en las clasificaciones psiquiátricas anteriores. Había una clasificación de niños pre-psicoanalítica, niños perversos, delincuentes, caracteriales, que describían, o el ambiente describía niños insoportables, con trastornos de conducta, etc, pero sin hipótesis sobre la subjetividad. Entonces si el niño roba puede ser alguna caracterización del perverso, como un niño con trastornos sociales, una psicopatía, ese tipo de cosas. Con lo cual se describe el acto, pero leer el robo como una metáfora simbólica de un sujeto que

está pidiendo, supónganse, que le reintegren algo que perdió, como puede ser el contacto materno es otra manera de leerlo. Los conocimientos psicoanalíticos le dan a la clínica psiquiátrica un empuje, que fue previo a la influencia del psicoanálisis en la clínica psiquiátrica; el conocido manual de psiquiatría de Henri Ey es muy posterior, tiene influencia claramente psicoanalítica, pero es un manual de 1960.

Una idea para abordar la noción de sujeto y los conocimientos psicoanalíticos. La hipótesis del inconsciente es una idea fundamental del psicoanálisis. Las diferentes teorizaciones psicoanalíticas que van a estar presentes en la materia implica introducirlos en las distintas maneras de pensar el inconsciente. No hay una perspectiva que sea la verdad de todas. Van a encontrar en la bibliografía que van a leer y en las clases diferentes maneras de pensarlo. La hipótesis del inconsciente, de los procesos inconscientes en el psiquismo, de los pensamientos inconscientes, etc, es una hipótesis fundamental, pero cada teoría tuvo una noción del inconsciente diferente, basado en Freud, pero que al mismo tiempo lo profundizó, lo hizo suyo de modo prevalente y además lo transformó. Esto ha sido uno de los debates en las teorías psicoanalíticas porque de ello se deduce también cómo pensar la clínica. Entonces, cómo vamos a ver niños y adolescentes y la cuestión del inconsciente va a estar presente para entender la sintomatología, es importante que tengan en cuenta lo siguiente: no existe una sola perspectiva de la noción de inconsciente, por lo menos hay una manera de pensar en la cual no se trata solamente de una noción de inconsciente, tema problema de la historia del psicoanálisis que puede comenzar a resolverse desde la perspectiva de la complejidad, tomar la noción de inconsciente en su complejidad. Muchos autores tomaron diferentes formas de pensar el inconsciente y todas apoyadas en Freud. El último Freud ya no define lo inconsciente como reducido a un sistema, inconsciente es una cualidad psíquica, porque está en todas las instancias del psiquismo del modelo de Freud, de la 2da tópica. Entonces, no se puede decir que inconsciente es una sola cosa, ni siquiera de una sola materia, hay de distinta materialidades que constituidas en el psiquismo, eso es muy importante para pensar la subjetividad y en el caso de la psicopatología.

La primer noción de Freud del inconsciente, con la que empieza el psicoanálisis, es el Inconsciente Reprimido, lo que quiere decir por represión, hay contenidos que tienen que ver con la sexualidad y el rechazo a ella, la castración, también con la muerte y con la agresividad, son ideas, representaciones, pulsiones representadas, que están reprimidas y retornan en los síntomas. El síntoma de la histérica es el resultado del retorno de lo reprimido, la neurosis es eso, sin entrar en detalles. Pero también los sueños, los actos fallidos y muchos fenómenos de la vida normal, eso es el gran descubrimiento de Freud, que a partir de la psicopatología encuentra algo universal en la subjetividad, que también está los llamados normales. Esa idea, es la más importante y la que dio al psicoanálisis su impronta histórica, al punto de que hoy el psicoanálisis es como dice Paul Ricoeur, que es

un filósofo francés, el psicoanálisis es una formación de la cultura, está más allá de la clínica, está en los medios gráficos, en los escritores, en la filosofía, películas, ensayos, se convirtió en un punto de referencia.

Por supuesto también está el pre-consciente, que Freud no estudió demasiado; pero corrientes de ideas contemporáneas de los últimos 30 años han recuperado la noción de pre-consciente a partir del estudio de los síntomas psicósomáticos.

La idea de inconsciente no termina ahí, con la segunda tópica da una nueva versión del aparato psíquico, los llama instancias del psiquismo, y el aparato psíquico de la primera tópica pasa a ser parte de esta nueva conceptualización en tres instancias -yo ello y superyó- es decir que lo absorbe como una parte de él. Entonces, lo inconsciente ya no es sólo lo reprimido, inconsciente es también el ello, es decir que hay un inconsciente no reprimido, que es ello, y también el inconsciente reprimido que es de las producciones simbólicas, es el inconsciente que produce las llamadas por Lacan "formaciones del inconsciente", que va a hacer producciones simbólicas de metáforas, metonimias y producciones de esa naturaleza. El ello, en Freud va a ser sobre todo el territorio de lo pulsional no representado, pero que forma parte del aparato psíquico, o sea que en el psiquismo están las pulsiones. En la primera tópica, la pulsión en Freud es un concepto límite, en el límite de lo psicológico y lo somático, pero en la segunda tópica las pulsiones forman parte del aparato psíquico (es una idea de André Green), o sea que ya son psíquicas, pero es un psiquismo actuante, pulsante, pero no representado, que se puede representar o no, hay fuerza psíquica que no es meramente biológica, las pulsiones que van a representar lo biológico en el psiquismo, esa es la definición de Freud, pero no es una traducción directa de lo biológico. Entonces, tenemos inconsciente del ello pulsional, que tiene que ver con la compulsión de repetición, con el más allá del principio de placer. Acá lo que regula las pulsiones ya no es el principio de placer-displacer, sino el más allá, que es mortífero, hay algo en el psiquismo que atenta contra él, y son las pulsiones destructivas y autodestructivas, con lo cual no sólo está el Eros, sino que también está Tánatos, e implica una figura de lo pulsional, de violencia tanto erótica como agresiva y destructiva. Hasta acá tenemos dos vertientes de lo inconsciente.

Después está el yo, que Freud lo tematiza en relación al narcisismo, porque en el camino Freud introdujo la teoría del narcisismo, noción que resulta de importancia en espacial para ciertos cuadros que vamos a ver, hay trastornos psicopatológicos que tienen que ver con el narcisismo, las llamadas patología límite o también patologías narcisistas en los niños, tiene entre una de sus características patologías narcisísticas en los niños; que implican un problemática subjetiva distinta de las neurosis en los niños. Hago un paréntesis, el psicoanálisis empezó con el estudio de las neurosis, primero la histeria, histeria de angustia, la fobia y la neurosis obsesiva. Luego Freud se ocupa de la psicosis aunque dijo

que no son analizables, pero el psicoanálisis empezó con un conocimiento de la neurosis y eso llevó a los niños. Además de las neurosis adulta, el primer campo de extensión del método inventado por Freud fueron los niños, lo primero que se empezó a analizar son niños neuróticos, después vinieron las psicosis de los adultos, por supuesto estaba la perversión que tampoco era muy analizable, pero el progreso del conocimiento psicoanalítico extendió el panorama de su conocimiento psicoanalítico, más allá de la neurosis. Entonces, la neurosis deja de ser el único cuadro que nos importa, porque la psicosis llega después en la historia de la atención de los niños, con los años empiezan a aparecer otro tipo de problemas porque el psicoanálisis va tomando cada vez más temas y aparecen los cuadros borderline o patologías límite.

Freud en su camino de investigador del psiquismo encuentra que además de la neurosis hay más problemas, uno es el narcisismo. Otro es lo que trae la compulsión de la repetición, después es la psicosis, eso lo lleva a Freud a hacer la segunda tópic, porque hay más problemas de lo que puede explicar con la lógica de la primera tópic. Entonces, está el narcisismo y el yo, que no es sólo la relación con la realidad, sino que además está el narcisismo. Narcisismo quiere decir que el yo es un objeto de la libido, con lo cual aparece algo que no es sólo el inconsciente reprimido, sino otra dimensión que es lo que Freud denomina el sentimiento de sí, el sí mismo, consciente e inconsciente, eso es el narcisismo, que ha dado lugar a otros desarrollos del psicoanálisis como la noción de Self, que es otra noción de la subjetividad del psicoanálisis, sobre todo de la escuela anglosajona. La noción de sujeto, es una noción sobre todo francesa, porque viene de la filosofía y fue promovida por Lacan. Pero está la noción de Self, desarrollada por el psicoanálisis anglosajón y ha dado lugar a varias teorías sobre el narcisismo. Importa porque hay problemáticas en los niños, adolescentes y adultos que no son neuróticas sino narcisistas, y dentro del narcisismo con algunas variantes que no se pueden explicar por la neurosis, el modelo de la neurosis explica un aspecto importante pero no explica todo, ni siquiera en el cuadro mismo neurótico, por ejemplo, un niño neurótico puede tener también problemáticas narcisistas.

Además, el yo es la sede de los mecanismos de defensa, que no son sólo la represión, hay que hablar de defensas como un concepto amplio que tiene muchas formas. La represión es un modo de defensa de las etapas más desarrolladas del psiquismo. Cuando el psiquismo está en una etapa menos desarrollada, cuando el yo no se diferenció del ello, etc, el psiquismo usa otras defensas distintas de las de las neurosis. Los mecanismos de defensas son inconscientes y explican los síntomas. La sintomatología se explica por los contenidos inconscientes y por los mecanismos de defensa, pero estos dos no tienen la misma cualidad inconsciente, los mecanismos de defensa son operaciones que hace el psiquismo, el psiquismo no solo tiene elementos como representaciones, pulsiones, angustias, sino que además opera, trabaja sobre ellos, ese es el aspecto operatorio del

funcionamiento psíquico, y eso es un inconsciente distinto, lo inconsciente del yo. En la clínica no es lo mismo interpretar un contenido inconsciente que interpretar un mecanismo, por ejemplo mostrarle a un niño como niega, como proyecta, es mostrarle a alguien una operación y no solo un contenido. Para los casos más graves es tan importante o más el modo en que procesa psíquicamente tanto como los contenidos. Entonces, tenemos ya otra noción de inconsciente, narcisismo y mecanismo de defensa que es otra categoría.

Además está el superyó e ideal del yo, que está como subestructura del yo. Freud quiso indicar con esa instancia el lugar de la cultura, el lugar de los otros, por eso está el ideal del yo, el ideal de los padres, el superyó de los padres, está ahí lo que está por encima del yo, es una formación sobre el yo, del propio yo, pero que también es inconsciente. O sea que el inconsciente del superyó o del ideal del yo no es lo mismo que la noción de inconsciente de los contenidos reprimidos. Entonces, lo inconsciente es muchas cosas y cada teoría tomó ciertos aspectos y dejó otros o no les dio tanta importancia. Es tan compleja la noción de inconsciente que llevó mucho tiempo darse cuenta de las diferencias, estas distinciones nos la permite hacer el paso del tiempo, y es bueno poder enseñarles de la mejor manera posible una puesta al día de los conceptos.

El inconsciente de Melanie Klein es sobre todo el ello, la noción de lo inconsciente correspondiente al ello, va a ser importante para entender las primeras etapas de la vida. Es un inconsciente endógeno, como dice Silvia Bleichmar, es el resultado de la inscripción pulsional que se representa en el psiquismo. El inconsciente de Lacan, es un inconsciente que viene del otro, viene de afuera, entonces el otro para entender al sujeto es fundamental, en esta concepción el sujeto antes de ser él mismo, es otro o viene del otro, le da importancia al universo simbólico que preexiste al niño, esa es una noción del psicoanálisis francés lacaniano (hay otro psicoanálisis francés que es no lacaniano) del cual Lacan es uno de sus representantes, no piensan el inconsciente como algo inmanente del sujeto que viene de la biología, sino en su lazo con el otro. El sujeto es efecto del otro, aparece otra noción de inconsciente que es el discurso del otro, a partir de lo dicho por los otros, fundamentalmente a partir de estructura parental. Esto es para que vean dos nociones opuestas de inconsciente, una interna otra externa.

En el camino hay otras también, Winnicott toma más la segunda tópica, pero tiene en cuenta el medio ambiente, articula las ideas de Klein con las de Freud y con las suyas.

Con esto, lo que les estoy transmitiendo es que inconsciente es muchas cosas, que lo inconsciente no está de entrada, que se va constituyendo, porque la idea de Klein era que el inconsciente estaba desde el principio y para siempre, en el primer año de vida ya estaba todo determinado. El inconsciente de Lacan también está desde el origen a partir de del discurso parental, y es estructural.

Los autores que van a ver en esta materia, que trabajan la psicopatología infantil, son psiquiatras psicoanalistas franceses, tienen la virtud de articular los conceptos de Klein, de Anna Freud, de Winnicott, Lacan también aunque en menor medida, pero es una visión compleja, esto que estoy diciendo es para introducirles el marco con el que se van a encontrar en la bibliografía

La idea de Anna Freud es una noción de inconsciente que sigue la de Freud, toma la segunda tópica y le da mucha importancia al yo. La importancia de la noción del yo está siendo revalorizada en los últimos veinte años, la idea del yo fue desestimada por Klein porque era la parte consciente, fue muy criticada por Lacan porque era lo imaginario engañoso, del desconocimiento, y esto, como dice André Green, proscribió el estudio del yo. Pero estudios psicoanalíticos de los últimos 30 años señalan que el yo es bastante más complejo que eso, el yo implica narcisismo, al cual lacan lo dejó como imaginario y el narcisismo es mucho más complejo que eso, porque es un tiempo de estructuración del sujeto, del sí mismo, que es una dimensión del sujeto. Del mismo modo que les estoy transmitiendo que no hay una sola dimensión del inconsciente tampoco hay una sola dimensión del sujeto sino que esta es compleja, lo van a ver en Edgar Morin, el sí mismo es un aspecto de la subjetividad, que implica una noción compleja.

Lean la fundamentación del programa, allí hay ideas sobre cómo pensar la psicopatología infantil. Les quisiera transmitir un modelo para explicar para qué sirven estas teorizaciones, para pensar y entender un caso clínico, no se trata de un solo factor o una sola causa, el psicoanálisis estuvo tentado de encontrar causas únicas que explicaran todo, por ejemplo el edipo, el trauma, la ausencia del padre, etc. En el modelo teórico y clínico en Klein, lo que se constituye en el primer año de vida tiene una fuerza determinadora tan grande que determina todo lo que va a pasar, por supuesto la terapia va a intentar cambiarlo, pero todo se juega en el primer año, es casi un concepto estructural, lo que se trata de analizar es esto, ese inconsciente primitivo y profundo, que determina posiciones fantasmáticas que toman un valor estructural pues permanecen a lo largo del desarrollo subjetivo. La crítica que se le hace a este pensamiento por parte de los autores franceses, crítica muy pertinente, es que hay algo en la constitución del psiquismo que es continuo (concepto kleiniano de continuidad genética), pero también hay estructuraciones que son heterogéneas, entonces no se puede reducir a esa continuidad lo que se ha ido estructurando en sujeto por ejemplo de 20 años, lo que se ha ido estructurando en él modifica lo anterior, lo contiene pero lo modifica. Entonces hay continuidad genética, es la hipótesis Kleiniana, hay continuidad homogénea en el desarrollo psíquico, pero también hay heterogeneidad de estructuras sucesivas. Entonces, hay aquí un modelo causal que es que desde el principio se determina todo. En Freud hay otro modelo que es el de la retroacción o retroactividad, es un modo de causación, entre lo primer tiempo y lo segundo tiempo que

actúa sobre el primero, hay una causa retroactiva, el producto es resultado de la actualización de un factor del pasado por uno del presente, ni se explica sólo por el factor pasado ni tampoco por el factor actual, se explica por la conexión entre los dos. Ese es el modelo que explicará la neurosis, la resignificación retroactiva.

Entonces, tenemos las primeras vivencias, tenemos la estructuración del sujeto, y tenemos los factores de constitución del psiquismo, lo que permanece y lo que se va reestructurando. Dejo de lado el factor biológico, hay niños que van a tener que ver que vienen con una impronta biológica, neurológica, que no se puede no tener en cuenta porque eso tendrá efectos sobre el funcionamiento psíquico. O sea que cada reestructuración reordena lo que estaba antes. Y además están los factores del mundo externo, el deseo de los padres e inclusive los factores culturales. Por que todo esto que estoy describiendo acá se da en un lazo a la madre y al padre, porque todo esto que describo de modo autónomo existe y se va produciendo porque hay madre y padre, funciones maternas y paternas, parentalidades como un concepto más contemporáneo, que cumplen una serie de funciones. Entonces, acá tenemos otro factor de causación, no hay bebé sin madre indicó Winnicott en el campo psicoanalítico en un momento de la historia de esta disciplina, actualmente es una obviedad, pero cuando él lo dijo en los años 50 para el mundo psicoanalítico era una novedad porque se pensaba al sujeto aislado y solo. Hay que pensar de qué modo operan las funciones parentales, que es otro de los factores y por esta vía de los padres, lo sociocultural, que no se puede desconocer. Esto es una ensalada ustedes dirán, ¿cómo distinguimos? Bien, el trabajo es en cada niño ver los diferentes niveles de esta complejidad para no reducirlos a un solo factor. Esto es un pensamiento clínico, no es una mera clasificación, hay algo de ella pero también hay algo de pensar todos estos procesos y articularlos para explicar un caso. Pero tenemos varias variables y varios factores que convergen para explicar algo, el niño y sus síntomas. Este es el espíritu con que les vamos a transmitir la psicopatología. El psiquismo además tiene otros elementos, lo neurobiológico no lo vamos a explicar, hay que saber que eso existe. También hay otro elemento que el psicoanálisis ha trabajado menos, que son los elementos cognitivos del funcionamiento del psiquismo, hay trastornos de ese funcionamiento como lo son las dificultades de inteligencia, los trastornos de aprendizaje, que es otro de los síntomas y que implican tener que revisar los fallos en el pensar, en la cognición. Es una vertiente del psicoanálisis que implica dificultades en el pensar, o los niños graves que no llegan al lenguaje o a tener pensamientos, que aparecen como retrasos intelectuales y en realidad lo son pero debidos a la psicosis, hay todo un campo que es por donde empezó la psiquiatría de niños. Lean el artículo de Bercherie que es muy interesante si les interesa la historia. La primer clasificación que se hizo de los niños fue de los niños retrasados, porque eran los anormales, eran considerados monstruos por la inhabilitación de los procesos mentales,

progresivamente el niño va tomando su propia envergadura en la historia. Una de las primeras preocupación de los estudios psiquiátricos sobre la infancia fue educativa, se trataba de educarlos. La locura en los niños no era reconocida, a fin del siglo XIX empiezan a aparecer algunos que hablan de locura en los niños. ¿oyeron hablar del caso Dick de Melanie Klein? Ella dice que el caso Dick es una demencia precocísima; el cuadro de la demencia precocísima, es el primer diagnóstico que se hizo de niños locos, principios del siglo XX por Sante de Sanctis, es primer reconocimiento de la locura en los niños, que se parece al autismo, cuadro que se fue reconociendo con el tiempo. Entonces, lentamente se van reconociendo las diferenciaciones que hay en un niño, que no son sólo de desarrollo, y junto con eso, y el psicoanálisis aportó mucho a eso, poder pensar que el niño no es un adulto en potencia, no es sólo un ser a ser educado, o es malo y hay que hacerlo bueno, o es bueno y que hay que educarlo, ideas que eran importantes en la historia del pensamiento sobre la infancia a lo largo de la historia. El cambio es poder pensar que el niño es un sujeto en constitución y hay una subjetividad que se está armando y que no es sólo potencia del futuro, sino que es un ser o un psiquismo que se está construyendo. Bien, espero que les entusiasme ponerse a estudiar nuestra materia. Los primeros y terceros miércoles del mes después del teórico de 11 a 12, en el aula 301 voy a abrir un espacio para consultas que lo voy a atender yo personalmente. Buenos días, hasa la próxima.