

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA**

**MATERIA: Psicopatología Infanto-Juvenil**

**TITULAR: Prof. Adjunto Carlos Eduardo Tkach**

**TEÓRICO: Miércoles 14/11/2015**

**DOCENTE A CARGO: Prof. Adj. Titular a cargo Dr. Carlos Eduardo Tkach**

### Las patologías límite en la infancia

Diría que, desde el punto de vista de la clínica contemporánea, el tema que voy a abordar hoy, forma la mayor parte de las problemáticas que enfrentamos en la clínica, subrayo esto. O para decirlo de otra manera, lo que les voy a hablar hoy sirve para entender muchas cuestiones de la clínica contemporánea.

Se trata de los llamados estados límites en la infancia, que tienen distintas denominaciones, depende de la corriente psicoanalítica, depende de los autores, de las preferencias. Patología límite para algunos, patologías narcisistas o anaclíticas. Los trastornos narcisistas no psicóticos tienen que ver también con estos cuadros, pero hay muchas otras clasificaciones. Se le ha descrito también como distorsiones del yo, personalidades como si, personalidades con falso self. Son distintas denominaciones, por ejemplo el falso self es de Winnicott y las personalidades como si es de Helen Deutsch, una psicoanalista de la primera época. También como trastornos de la identidad. Y se encuentra algo de todo esto en niños carenciados, maltratados o abandonados, en toda la patología de la carencia maternal, de la carencia parental. Es toda una dimensión muy estudiada de lo que son las carencias maternas reales, no estamos hablando de la ausencia materna en general, hablamos de la carencia real de la madre. Carencia en lo real, sería falta en lo real, sería privación materna.

La madre del niño neurótico que es la que se acostumbra a pensar, la falta de la madre, es la madre que cuya presencia y ausencia va a instalar la dimensión deseante y simbólica, pero se trata en ese caso de falta imaginaria y simbólica. Acá les estoy hablando de ausencia real de la madre. Privación parental, negligencia,

abandono, en general se combinan todas estas cosas, donde predomina alguna de ellas.

El tipo de estructuración psíquica que se da en los niños con ciertas problemáticas más complejas se explica muchas veces con los modelos de los cuadros límite. El espectro de casos, de descripción sintomática de estos cuadros es amplio, su casuística es muy variada, de modo que ninguna clasificación termina de explicar todo. Más allá de esto, lo que importa en la dinámica psíquica de estos cuadros, y su expresión sintomática que además es muy variada. Entonces yo voy a tratar de hablarles de ambas cosas, de la dinámica y de las expresiones sintomáticas, que es, por otra parte, como hay que pensar la psicopatología de estos cuadros.

Un abordaje clínico, debe tener en cuenta la expresión sintomática, descriptiva y las formas de padecimiento y, en otro orden, una descripción dinámica que hace al funcionamiento psíquico. En rigor, una relación entre el funcionamiento psíquico y lo síntomas es lo que nos permite tener una idea del cuadro ante el que estamos. Un síntoma fóbico puede corresponder a una dinámica neurótica o límite. Es cierto que el tipo de fobia que se presenta ya muestra algo distinto. Hay fobias, por ejemplo, comunes que corresponden a la neurosis, pero hay fobias muy intensas, persistentes, que hacen pensar en cuadros límites. O sea que el mismo síntoma, a veces por la intensidad, es un indicio de que estamos ante otra cosa.

Algo que ha contribuido a comprender mejor la dinámica de estos cuadros son los estudios en psicósomática realizados por los psiquiatras psicoanalistas franceses no lacanianos. La psicósomática misma podría ser considerada también como un cuadro límite porque está afuera de las clasificaciones denominadas estructurales. Los cuadros psicósomáticos que no son conversiones. Se puede apreciar a través de dichos estudios que las cuestiones que muestran las estructuras psíquicas de los casos psicósomáticos ayudan a entender esto que se llama estados límites o cuadros límites.

¿De dónde surge esta idea de cuadros límite, border line, fronterizos? Surge, en principio, a partir de los años 30 en la clínica psicoanalítica de adultos. Los analistas

empiezan a descubrir pacientes que son normales, normales en el sentido de que andan por la vida, se vienen a analizar, y los analistas descubren en los tratamientos que el funcionamiento psíquico de dichos pacientes en el dispositivo analítico, no es el esperable según los modelos de las neurosis. Se vuelven difícilmente analizables o directamente inanalizables. Inanalizables en el sentido clásico del término, como lo inventa Freud en los primeros años. Son pacientes que no respetan el encuadre, es el mismo dispositivo analítico desde el que comienza a hacerse el diagnóstico, para empezar. No se adecuan al funcionamiento del dispositivo estándar. Mucha desorganización, dificultades con la asociación libre, mucha dependencia de objetos primarios. El síntoma es la vida misma de estos sujetos, además de que tienen fobias, cuestiones obsesivas, etcétera, pero puede verse que es la vida misma de estos pacientes la que está alterada. Eso hizo pensar en que no eran neuróticos, pero tampoco eran psicóticos, porque algo que se va a constatar en los cuadros límite, aún en la infancia, es que el juicio de realidad está conservado. Puede perderse por momentos, puede ser fluctuante, pero no hay pérdida del juicio de realidad, cosa que sí está presente en la psicosis. Pero por el tipo de funcionamiento psíquico y por el tipo de angustias, se los empieza a considerar como con elementos psicóticos. De aquí viene la idea de “entre neurosis y psicosis”.

Básicamente las cuestionamientos a la clasificación de estados border line viene del campo lacaniano, porque siguen una idea de la Lacan, que sigue la de Freud, en el sentido de partir de la psiquiatría de Kraepelin: psicosis, neurosis y perversión. Entonces estos casos serían como inclasificables, así se denominan en el campo lacaniano. Porque se plantea una noción de estructura, fija, y que no tendría modificaciones. Pero en otros campos del psicoanálisis empiezan a aparecer estas clasificaciones porque la clínica misma les hace repensarlo.

Más allá de la discusión, les diría metapsicológica, estructural, de ante qué estamos, de lo que no hay duda es que son pacientes distintos en su presentación clínica, en su sufrimiento, y que obligan a un modo de trabajo analítico, por lo menos distinto, tanto que para algunos en la historia del psicoanálisis, fueron pensados como no

analizables y eran pacientes con los que había que hacer psicoterapia, etcétera, y no psicoanálisis.

Winnicott es de los autores que empieza a hablar de estos cuadros; no es el único, pero ha insistido en ello. Se los empieza a describir en la infancia a finales de los años 40. Hay algunos textos importantes. Entre nosotros, hay un libro que está agotado, escrito por la doctora Marilú Pelento y Carlos Paz acerca de estos cuadros border line en niños y adolescentes. Se trata una obra en dos tomos que ha quedado descuidada, perdida en el tiempo y que valdría la pena recuperarla porque es de mucha utilidad clínica, porque realmente es una gran monografía de recopilación de la historia de todos estos conceptos.

Pregunta de alumna: ¿Desde qué punto son no analizables? ¿Les es difícil sostener la asociación libre?

No soportan mucho la asociación libre, o no la soportan del todo; lo que tenemos son presentaciones, más que representaciones, actuales, en acto, que hacen pensar en algo que ya sería más estructural, de dificultades simbólicas.

Cuando Freud empieza a analizar las neurosis, coteja el análisis de las neurosis, como ustedes deben saber, con las perversiones. Es el primer modelo, la neurosis que es el negativo de la perversión. Desde los años 20 en adelante, lentamente se instaura la problemática para Freud del cotejo de la neurosis con la psicosis. Fruto de ello se pueden ver los artículos de Freud sobre "Neurosis y psicosis", "La pérdida del principio de realidad en neurosis y psicosis" y sobre todo los últimos trabajos de "Análisis terminable e interminable" donde se ven una cantidad de cuestiones donde Freud está preocupado por la cuestión del yo y la alteración del yo.

Para explicar estos cuadros la cuestión de la perversión se vuelve insuficiente, primer punto. Y vuelvo a insistir, en principio comienza por la dificultad de la analizabilidad que permite comenzar a identificarlos. Un estudio psiquiátrico publicado en la revista Vertex donde rastrean el inicio de la detección de cuadros border line destacan que ya desde el 1800 o un poco antes incluso se ubican estas problemáticas diferentes. Hubo psiquiatras que describían cuadros que no era ni

psicóticos ni normales, pero además es que es un diagnóstico que lo encuentra el propio dispositivo analítico.

Digo algo más de los adultos, son casos en lo que se veía la necesidad de contención, de sostener al yo del sujeto, de ayudarlo a adecuarse en la vida. Ahí aparece el criterio de adaptación a la realidad, porque son pacientes que no se adaptan bien a la realidad, son como desadaptados, entonces hay que ocuparse de las instancias yoicas perturbadas por lo que se empieza a cuestionar que se trate verdaderamente de un psicoanálisis en el sentido tradicional.

André Green es un autor que ya falleció y fue el psicoanalista francés más importante que se dedicó al estudio de los cuadros fronterizos. Señala que se trata de cuadros en los que predomina el pasaje al acto tanto en lo somático como en la realidad, en lo real, es decir, como modo de funcionamiento psíquico que tiende a excluir lo psíquico. Entonces, vía el pasaje al acto en la realidad o vía el pasaje al acto en el soma, aún cuando haya estructura psíquica, aunque haya elementos psíquicos que podríamos llamar simbólicos, puede apreciarse no operan las función simbólicas. No son vacíos de psiquismo, pero su función está cortocircuitada o ausente en ciertas áreas. O hay fallas en la simbolización, es decir, hay zonas no representadas en el psiquismo, de no representación; o las que funcionan, están en cortocircuito, y entonces triunfa la fuerza pulsional, que fuerza al acto o fuerza al cuerpo, al soma.

De modo que estamos ante un campo psíquico donde lo que se describe es una ceguera psíquica, por eso es que eran descriptos como difícilmente analizables. Son pacientes que pueden hablar, pueden decir qué les pasa, pero no bien nuestro trabajo clínico tiene que ver con hacerles registrar aquello que dicen, que lo que dicen tiene que ver con ellos, que lo que dicen puede contener afectos, que lo que dicen puede tener que ver con algo que dijeron antes, con algo que les pasó, dichas conexiones, eso es lo que no opera. Si no opera eso, nuestra función analítica no encuentra un sujeto al que se le pueda decir “¿esto no tendrá que ver con esto?”, ni siquiera la pregunta. No estamos ante una clínica de la pregunta, si quieren una descripción interesante para pensar la neurosis, pero no son psicóticos.

Exclusión psíquica, expulsión psíquica, escisión, es otra de la descripción que hacen los autores. El mecanismo de defensa privilegiado no es tanto la represión como la escisión, y la escisión no es entre preconscious, consciente e inconsciente, en ese caso es la represión; la escisión es un mecanismo que divide, escinde al yo, así lo describe Freud. Yo menciono a Freud no por decir que si lo dijo Freud todo lo que viene es verdad, no tiene que ver con pensar que la palabra de Freud es sacrosanta, pero sí porque ya había descubierto el propio Freud que el yo se parte, se divide, se escinde. Para decirlo de otra manera se altera su capacidad de síntesis. Una parte reconoce la realidad y reconoce un aspecto de sí, y la otra la niega y la rechaza, y las dos coexisten sin entrar subjetivamente en contradicción, eso es lo interesante. Escisión en la que se basa la desmentida, la renegación, son mecanismos del yo, por eso se trata de casos en los que es muy importante un trabajo que no es tanto develar contenidos inconscientes como en la neurosis, sino mostrarle al sujeto, al yo, cómo piensa, cómo funciona, cómo opera psíquicamente. Más del modo de operar que de los significados.

Es más un trabajo de registro de sus modos de operar psíquicamente que de develar un contenido, y los modos de operar, que son modos de pensar, son los mecanismos de defensa, son los mecanismos operatorios de la instancia del yo. Yo no les estoy hablando del yo imaginario, cuando hablo de los mecanismos de defensa del yo les estoy hablando de un aspecto real del yo, son los mecanismos de defensa, que también son inconscientes.

Sin duda una problemática central en estos cuadros es el narcisismo, que es otro aspecto del yo, por eso se los ha definido también como patologías narcisistas. La estructuración narcisística, el narcisismo, está perturbado.

Si ustedes ven la clasificación francesa de los trastornos mentales de niños y adolescentes, van a encontrar que están descriptos como patologías de la personalidad y describen cinco tipos. Algunas son a predominio de una disarmonía evolutiva -cuando se habla de disarmonía evolutiva es uno de los cuadros que se ha descripto-, porque aparece el predominio de trastornos en el desarrollo de las grandes funciones. Aparecen como trastornos del desarrollo también, y en las

conductas, y ese desarrollo es disarmónico. Son chicos que se desarrollan bien, supónganse, en aspectos operatorios, pero tienen retraso en el lenguaje; o tienen un desarrollo del lenguaje adecuado, pero tienen dificultades con muchos aspectos de la realidad. Problemas del desarrollo yoico: el lenguaje, los aspectos cognitivos, funcionamiento motriz, la representación simbólica, el juego, la relación con los otros, la sociabilidad. Estoy leyendo lo que dice la clasificación, porque el punto de vista descriptivo -como les he insistido a lo largo de este cuatrimestre- me parece importante conocerlo.

Aparece una inseguridad de fondo, esto tiene mucha importancia, porque el sentimiento de inseguridad que se ve en estos niños es una inseguridad de sí y en su relación con el mundo. Y presentan -como dice muy bien la clasificación- angustias depresivas y de separación importantes.

Aprovecho esta descripción para ya incluirles algún elemento estructural. Estos cuadros tienen como eje dinámico no la angustia de castración, que corresponde a la neurosis, sino angustias más arcaicas, que tampoco son las de la psicosis, como las angustias de aniquilamiento, sino que se trata de angustias básicamente ordenadas alrededor por una parte de angustias depresivas y de separación. La angustia depresiva y de separación es anterior en el desarrollo psíquico a la angustia de castración, aunque la angustia de castración reordena las angustias anteriores, las reordena pero no las absorbe. Lo que se llama angustia depresiva, que ha sido descrita por muchos autores, tiene que ver con el lazo primero al objeto, ya diferenciado el sujeto del objeto. Es decir, el narcisismo ya constituido como una unidad diferenciada del objeto, pero muy dependiente del mismo, donde el objeto no ha podido, no ha sabido brindar con su presencia una seguridad, un reconocimiento podríamos decir también, de continencia al yo, al vivenciar narcisístico. Entonces se instaura una estructura narcisística débil, lábil, insegura de sí. Por eso es un cuadro donde va a aparecer una dependencia muy grande del objeto como forma de reaseguro ante angustias depresivas. Las angustias depresivas son angustias que afectan el sentimiento de sí. Por eso aparecen como inseguridad, desvalorización, una pérdida en la estima de sí.

La llamada baja autoestima, es otra manera de describir esto. La baja autoestima puede ser un problema del neurótico también, pero hay una simbolización mayor de ese estado. En estos cuadros, la pérdida de la autoestima o la inseguridad de sí configura el propio armado del propio sujeto. El sentimiento de sí, el sí mismo de estos niños, está todo el tiempo sintiendo una inestabilidad que potencia el estado de indefensión, el estado de desamparo y el estado de impotencia.

Esas angustias se han organizado en etapas de constitución originarias, dejan en la base de la formación del narcisismo del sujeto un estado endeble que perturba la adquisición del desarrollo de los procesos del yo, inclusive de los procesos secundarios por eso pueden ser chicos que van a hablar mal, que pueden tener dificultades en el pensar. Es como si los procesos secundarios, simbólicos o psicomotrices de la estructuración de las imágenes del propio cuerpo, ya estuvieran amenazados por esta inseguridad, y entonces van a predominar en el cuerpo, van a predominar en las funciones yoicas, o inclusive en el desarrollo del procesos secundario. Por eso los vamos a tener niños con debilidades en su desarrollo, o con zonas más estructuradas y zonas menos estructuradas, más fallidas, y por eso se los llama disarmonías evolutivas, porque no es armónico, con aspectos que se han desarrollado bien y otros que hablan de algo verdaderamente lábil y no bien estructurado.

Se caracterizan, como les decía, por trastornos del lenguaje, de la psicomotricidad, de las funciones cognitivas. Me detengo en la llamada disarmonía evolutiva porque es muy frecuente encontrarnos con cuadros así. Este estado genera que estos niños, cuando entran en el circuito de aprendizajes en el jardín o en la primaria, todos estos de base, generan una dificultad de investimento de todos los procesos de aprendizaje, que requieren un trabajo psíquico mayor. Entonces toda esta inseguridad va a limitar los progresos psíquicos que la vida va a exigir. El niño tiene que entrar a primer grado, eso implica aprender a leer y escribir, y entonces se trata de niños que no pueden investir, con interés, con deseo y creativamente el aprendizaje.

Algo que caracteriza a los cuadros de esta naturaleza, es la multiplicidad de sintomatología. Es un abanico amplio de síntomas, difícilmente clasificables de modo unificado. Voy a empezar por la diversidad de los motivos de consulta: trastornos de la alimentación, del sueño o del control de esfínteres puede hacer pensar que estamos ante estos cuadros. Retrasos, como les dije, más o menos disarmónicos. Son casos que muchas veces el que los detecta es el pediatra, y es quien puede hacer una derivación adecuada. El lenguaje muchas veces puede estar afectado. Manifestaciones orgánicas que hacen pensar en una vulnerabilidad en la relación psique-soma tal como es indicado por Winnicott. En chicos un poco más grandes, pero también en más chicos, puede aparecer una tendencia al retraimiento y al repliegue, a la inhibición.

Como les decía la depresión ocupa un lugar importante para entender de qué se trata. También van a aparecer fenómenos de desbordamiento emocional, es decir, no sólo depresión sino ansiedad, o explosiones de angustia. Y también como les anticipaba fobias intensas, rasgos obsesivos, conductas ritualizadas, repetitivas, muy intensas y que cumplen la función defensiva de controlar la intensidad de las angustias que amenazan el ser del niño. Además trastornos de la conducta. El llamado trastorno de la conducta, es una descripción objetiva del comportamiento. Detrás de un trastorno de conducta puede haber un neurótico, un psicótico, puede haber un niño con tendencia a la perversión o puede haber un niño límite. Eso sólo no dice nada definitivo, pero al mismo tiempo dice mucho; es indicio de un estado angustioso intenso que intenta descargarse o dominarse mediante la puesta en acto en la realidad y que se expresa con frecuencia en la escuela y se asocia al fracaso escolar.

Con referencia a los trastornos de la conducta, Winnicott, hablando de los cuadros fronterizos, describe un tipo de niños que entrarían dentro de esta clasificación, de niños que han sufrido una privación del cuidado parental. Winnicott describe niños dentro de lo que él llama la tendencia antisocial y lo que se denomina descriptivamente trastornos de conducta pueden tener que ver con dicha tendencia. Winnicott describe la tendencia antisocial, como un aspecto ya instalado en la vida

del niño, es decir, la sociedad lo ha clasificado así, ha intervenido el Estado, etc., y llegar a la delincuencia juvenil. Pero la tendencia antisocial puede ser muy precoz y estar dentro de una familia. Es decir, hay un elemento estructural que pone en evidencia lo que se llama la tendencia antisocial, que es lo que Winnicott denomina, con una descripción muy sencilla y muy conocida, que es que el síntoma del niño con tendencia antisocial tiene que ver con su capacidad para causar fastidio. El trastorno de conducta es el niño que causa fastidio, es decir que ataca a los otros, que ataca a las normas sociales, al otro, a los otros. Eso puede ser un momento de un niño en cualquier vida familiar, donde hay funciones parentales, etc., pero cuando el medio fracasa en sobrellevar este estado, esto se agudiza y termina siendo algo persistente y no algo transitorio.

Winnicott lo que dice es que, en esos cuadros de la tendencia antisocial, fueron niños que en algún momento, en una segunda etapa del desarrollo, el ambiente dejó de sostenerlos. Se atravesó la primera etapa, de dependencia absoluta en los términos de Winnicott, donde las cosas fueron bien. Pero en una segunda etapa de dependencia relativa, el ambiente lo priva de su presencia real o emocional y de su sostén. Dicha deprivación genera en el niño una pérdida que está relacionada con una angustia depresiva intensa y es lo que denomina una congoja intolerable. Hay que pensar esta falla, esta deprivación como una falta en lo real del sostén del otro. Algo de esta congoja intolerable puede estar presente en la estructuración de los niños border, los llamados fronterizos, que no devino tendencia antisocial necesariamente, pero devino un daño permanente del sentimiento de sí. No sólo una herida narcisista, que deja una cicatriz, como en el caso de la neurosis. Sino una herida en todo el vivenciar narcisístico de ser y existir, es como si el narcisismo estuviera herido y no hubiera cicatrizado y la herida estuviera aún abierta. Una cosa es que el narcisismo tenga una herida y otra cosa es que el narcisismo esté partido. Freud habla de la herida narcisista para los cuadros neuróticos, una herida del sentimiento de sí. En estos casos el sentimiento de sí es una herida. El sí mismo, que es otra dimensión en la que aparece el sujeto, es lo que está herido gravemente en su confianza en sí mismo, en el sentirse amado y querido. Es como si en algún momento se hubiese instalado la no certeza del amor del otro, la no seguridad en la

presencia real del otro, la falta de confianza en la papel continente del otro, y eso deja en el ser del niño un sentimiento de no ser deseado, de no ser amado, y eso amenaza el narcisismo permanentemente, amenaza la confianza en sí mismo y la vivencia de sentirse con derecho a tener un lugar en el mundo.

Ningún niño es consciente de esto, salvo cuando aparecen momentos agudos o de crisis, y son niños que dicen a mí no me quieren, me siento un tonto, que tienen una sensación de abandono y una tendencia a auto-infligirse daños o de odio al mundo.

Aquí más que la problemática libidinal, tenemos la problemática de la pulsión de muerte, para decirlo en términos de Freud. Vamos a decirlo en términos más contemporáneos, la problemática central pulsional, es la de la destrucción. Las tendencias destructivas/auto-destructivas, que no logran ligarse ni tramitarse. Por eso se describe en estos cuadros también una especie de masoquismo, sobre todo en cuadros donde se repite mucho el malestar y los síntomas, un verdadero masoquismo que insiste en repetir el malestar.

En los cuadros neuróticos, predomina lo que Green llama la lógica de la esperanza. ¿Por qué la lógica de la esperanza? Porque la neurosis tiene que ver con un conflicto entre el deseo y la prohibición. Les estoy dando claves metapsicológicas conceptuales, después esto en cada caso tiene muchas vicisitudes. ¿Pero cuál es el conflicto en la neurosis? El deseo y la prohibición. Pero la esperanza del neurótico, de la lógica neurótica, es que en algún momento va a haber un encuentro amoroso, realizado, idealizado, con el objeto. Hay una esperanza. En los cuadros fronterizos lo que predomina es una lógica de la desesperanza. Ha habido un fracaso original en la constitución del deseo, de la experiencia de satisfacción.

Respecto a la experiencia de satisfacción hay un artículo de Ricardo Rodulfo, para explicar sobre todo la psicosis, pero podría utilizarse para estos cuadros freonterizos. Como si las experiencias de satisfacción de sí, de la constitución de sí mismo -por eso hablo del narcisismo-, hubiesen fallado seriamente, y esta falla, este fracaso, estuviese condenado a ser repetido, y esto es lo que se observa en los

síntomas y en las dificultades además para el trabajo analítico clásico y por requiriere un abordaje distinto dentro del dispositivo psicoterapéutico.

Voy a describir algunos aspectos psicopatológicos generales de estos cuadros. Hablo de niños y de adolescentes también porque ocurre que si la adolescencia de un niño que viene en un estado límite, si no ha sido tratado, va a ser una adolescencia mucho más complicada. Eso es importante que lo tengan en cuenta. Por eso es que si reciben un adolescente con complicaciones, es bueno saber si lo que se presenta como problemática actual del adolescente viene en continuidad con la infancia o es una ruptura y es el inicio de algo nuevo. Hay cuadros neuróticos que se caracterizan por continuidad y hay cuadros neuróticos que se caracterizan por la ruptura en la adolescencia, pero hay cuadros límites que van a mostrar una continuidad de dificultades.

Entonces, llegada la adolescencia sin tratamiento, con estas dificultades, es que ya estamos frente a problemas agravados porque todas estas dificultades que les voy describiendo, en la medida en que no reciben ayuda o tratamientos adecuados –a veces los reciben y tienen logros parciales-, hacen que un niño llegue a la adolescencia con el agravamiento social que además los síntomas tienen. Las repercusiones sociales de los síntomas producen un agravamiento del estado sintomático. Este aspecto lo destaca Winnicott para otro tipo de casos, en los que él señala la importancia de poder intervenir a tiempo cuando aparecen ciertas problemáticas, porque la persistencia de ciertas problemáticas tiene después consecuencias por la vida social, y eso es un agravamiento.

De modo que en estas situaciones para llegar al núcleo de la problemática, tenemos que desandar muchas cuestiones secundarias. Por ejemplo, un niño con un déficit en su autoestima, que nunca está seguro de nada, que no confía en su inteligencia, que se siente un idiota y un tonto, y no puede pensar, y con fracaso tras fracaso en su historia escolar y del colegio secundario, deja un sentimiento depresivo de sí mucho más intenso, y una desesperanza instalada, una desesperanza -les diría- comprobada, y a veces, como consecuencia, un odio de sí, un aborrecimiento de sí

o un odio al mundo. Entonces lo que tenemos que desandar en un adolescente ya es algo muy complejo.

Les voy a describir algunas características psicopatológicas. Fallos en el apuntalamiento. ¿Conocen la idea del apuntalamiento de Freud de la pulsión? La idea del apuntalamiento es tomada aquí para referirse al apuntalamiento en el otro. Entonces los fallos en el apuntalamiento son en el apuntalamiento narcisista. Freud describía una forma de amor por apuntalamiento, o sea elegir el objeto de amor según cómo fuimos amados, como el modelo materno. Entonces se elige como modelo para el enamoramiento, algo que recuerde, evoque o pueda operar como la madre que nos cuidó. Entonces, una falla en el apuntalamiento genera, como consecuencia, una inestabilidad narcisística. Eso se descubre en la historia, aún en un niño de 4 o 5 años, haciendo la historia de cómo fue el primer año, el segundo, el tercero, vamos a ver momentos donde hubo fallas maternas y sus efectos en la vivencia de sí.

Atendí un niño varios años, muy inteligente, cuya mamá cuando nació su hermanita al año y pico, muy cerquita, estuvo enferma de muerte y, entre internación y recuperación, estuvo un año sin poder ocuparse de él. Esto dejó una falla en este niño -y con mucha culpa para la madre- permanente. Entonces, primero generó una dificultad en su estructuración personal importante al principio, y luego una especie de ataque al mundo permanente. En este caso no es que no tenía familia. Los síntomas de este chico eran realmente serios, de mucha agresividad, de muchos ataques permanentes en la escuela; no era un caso de tendencia antisocial en el sentido de que no dispusiera de su familia, la tenía. Lo atendí a él solo, también con la madre, con el padre, fue mejorando en muchos aspectos, pero su odio era persistente y siempre volvía. Tenía dificultades en la capacidad de jugar. Oscilaba entre pedir un apoyo permanente a la madre y un desapego de la vida familiar.

Recuerdo una sesión que hice con él junto con la mamá, analizando sus odios –citaba a la madre en momentos de agravamiento-, y en una de esas sesiones me dijo yo quiero vencer a la fuerza de gravedad, para que vean lo lúcido que era; en ese momento ya tenía 7. “Yo quiero vencer a la fuerza de gravedad”, y yo le decía:

“ es imposible vencer a la fuerza de gravedad”. También quería superar sus agravamientos podría decirse en una lectura más fina. Pero en otro sentido se trataba de pretender algo imposible. Que puede ser de la neurosis, pero puede ser de estos cuadros también. Una cosa es sufrir por lo imposible y otra cosa es querer vencer lo imposible, hacer posible lo imposible.

Estaba usando una metáfora, pero es como si dijera: “quiero vencer a todo lo que he sentido que no puedo dominar”. Es cierto, él no pudo dominar las fallas de la madre, no hay más remedio que psíquicamente reconocerle -como decía Winnicott- que tiene un derecho en ese reclamo, pero a lo que pasó tiene que poder perderlo y puede haber un duelo de lo que no ocurrió. Es cierto que cierto funcionamiento de los padres, a pesar de ser muy cuidado -por lo menos manifiestamente-, era fallido en el apuntalamiento, era persistente, y entonces eso no lo ayudaba a ir resolviendo este duelo. Es un duelo por lo que nunca se tuvo ni se va a tener, y además el odio con su hermana, y el mundo. Esto requiere elaboración, muchas reelaboraciones y justamente porque el modo de presentación de los síntomas tiene que ver con la repetición en acto, los pasajes al acto y los actings.

¿Dónde se ve en la clínica? Y se ve que el material que presentan estos niños está menos del lado de la asociación libre que del lado del acting o del pasaje al acto. Cuando él dice: “Quiero vencer a la fuerza de gravedad”, me lo está diciendo muy en serio, no me está diciendo: “A mí me gustaría vencer la fuerza de gravedad. Bueno, puedo ser paracaidista, puedo aprender a pilotear aviones, helicópteros, hacer aladeltismo”. Bueno, estaría muy bien eso, pero lo que él decía no era un deseo, él decía: “Voy a vencer a la fuerza de gravedad” con odio de que en el mundo hubiera fuerza de gravedad. Podemos decir la gravedad de la madre, que hay fuerzas que no podemos dominar, todo lo que no podemos dominar del mundo, podríamos decir también. Él estaba en una guerra con eso. ¿Y por qué estaba en una guerra con eso? Porque tenía con un odio terrible, que no cedía, que además disfrutaba de la venganza en ese odio.

Es un sufrimiento que, al mismo tiempo, se disfruta. Un sufrimiento y su venganza que, además, le da identidad, entonces él tendría que poder abandonar la

identificación con este estado. Bueno, esto es parte de lo que el análisis tiene que poder hacer, analizar con un chico, un adulto o un adolescente, esta insistencia en la mortificación y en el odio y las satisfacciones paradójicas que extrae de esta posición. Los delincuentes que matan, matan con gusto. A algunos se les escapa el tiro, pero hay asesinatos que no se entiende por qué. Matan por ganas, ¿sí? O sea, no hay solo satisfacción del lado libidinal, hay satisfacción en la realización de las pulsiones agresivas. Esto es lo más complicado. No sólo hay violencia de lo libidinal - lo libidinal tiene su violencia-, también está la violencia de la agresividad, y cuando tiene que ver con el odio es vía la destrucción. Una vía de la cura de estos cuadros, podría ser la transformación de la violencia y de la agresividad, su sublimación, su transformación en otra cosa.

Fracaso en la función de transicionalidad, esto es muy importante, es un dato clínico importantísimo, porque a la cuestión de la continencia materna y el apuntalamiento, lo vamos a descubrir en la historia, pero al fracaso en la función de transicionalidad, lo vamos a descubrir clínicamente. Vamos a tener indicios –por la descripción que nos harán los padres de las dificultades que tiene-, pero lo vamos a ver en nuestro trabajo clínico, ahí vamos a descubrir fallas en la simbolización. Son niños que no pueden jugar, tienen perturbada la capacidad de jugar.

La función de transicionalidad es la que conceptualiza Winnicott, y el indicio mayor es la capacidad de juego, pero la capacidad de juego se instala porque el niño puede, habiendo tenido la madre, separarse de ella y contar con ella ahí cerca. Ahí cerca digo porque Winnicott tiene un artículo muy interesante que se llama “La capacidad de estar a solas”, y en la evolución del juego, hay una etapa que es la posibilidad de jugar a solas en presencia de la madre. Esa es una metáfora de la posibilidad de separarse del otro, pero seguir contando con el otro. Estar a solas sabiendo que el otro está ahí cuidándonos las espaldas. En estas historias, el otro no está, el niño está a solas y no tiene construida una noción de otro que esté ahí real y simbólicamente presente. No han sentido que cuentan con el otro no se ha instalado intrapsíquicamente es posibilidad de contar consigo mismo, como no han sido verdaderamente contenidos ni cuidados suficientemente, la separación es

vivida como un abandono. Entonces, la dificultad de estar a solas está entramada en su propio funcionamiento psíquico, entonces no puede jugar a solas, porque no cuenta con otro que esté ahí, entonces el salto al “a solas” no se produjo nunca. El “a solas” es un precipicio, es un abismo infranqueable. ¿Cómo se compensa ese abismo? Mediante el pasaje al acto, mediante el acting, mediante la satisfacción pulsional directa. Entonces no hay verdadero juego, no hay instalada una capacidad de representación en ausencia. Es como si las representaciones en ausencia no operaran, comienza a perturbarse las capacidades representativas y del pesar.

Uno de los modos que aparecen en estos cuadros -así lo ha estudiado un autor importantísimo en el psicoanálisis que es Bion, contemporáneo y posterior a Winnicott y a Klein, que insiste en la posibilidad de pensar- es una alteración en la función del pensar. Porque el pensar -que no es meramente representar, es representar, pero implica un salto cualitativo- puede hacerse en ausencia del objeto, y si la ausencia del objeto no se sostiene desde una presencia mínima, una presencia de sí a sí mismo podríamos decir, esa ausencia es vivida como catástrofe. El neurótico tiene la posibilidad de poder representar la ausencia y volver sobre la presencia, porque se ha instalado la simbolización del par presencia-ausencia. Acá estamos ante que, la ausencia, es desaparición del objeto y de sí; y algo más, la presencia del objeto -y esta es la otra vuelta complicada- es vivida como intrusión, invasión del otro, del objeto.

El neurótico, en la instancia normal, presencia-ausencia juega con un ida y vuelta; aquí la ausencia es vivida como desaparición, abandono, angustias de pérdida intensas, pero la presencia del objeto es intrusiva, es invasora, entonces el yo siente que, o se queda solo en el mundo, o el otro lo invade, por decirlo así. La relación a la madre queda inscripta en ese par original.

Graciela Manrique: Sería que lo que se juega allí es la instauración de la categoría de no-presencia, que no es ausencia digamos, que es una presencia diferente, presencia sin estar ahí.

Dr. Tkach: Exactamente. Por eso el análisis, el trabajo analítico requiere un trabajo sobre estas zonas en el curso de la transferencia. Esto no se puede resolver sino en el curso de un proceso transferencial, donde el lazo con el analista se vuelve primordial para manejar y simbolizar estas cuestiones, por eso un buen lazo transferencial se vuelve central para sostener estos casos. En estos casos no se trata solo de revelar lo reprimido, sino que la función de continencia y de sostén es necesaria como un terreno fundamental para la elaboración de todo esto. Pero el otro para estos niños –como en este pacientito del que les contaba- demasiado lejos el objeto lo siente como perdido, pero demasiado cerca es vivido como una invasión, entonces se trata de una oscilación, porque si se lo desea, si se lo quiere, rápidamente la amenaza es la ausencia, porque dicha categoría de no-presencia no está instalada y está instalada una especie de agujero inmediato, pero si está el otro, es insoportable, porque es invasor.

Puede apreciarse este aspecto en la historia de los funcionamientos maternos como han quedado inscriptos estas oscilaciones: o funcionamientos maternos muy abandonicos, muy desconectados, o funcionamientos maternos que no reconocen la individualidad del niño y lo que hacen es un lazo indiscriminado, como si el niño fuera parte de ellas.

Estos son cuadros que, desde el punto de vista lacaniano, un modo de ser puntualizados es que acá el niño no es el falo de la madre, o es un falo pobre, o desinflado, por decir así. Si en el neurótico el niño ha sido el falo de la madre y tiene que resolver ser el falo, aquí el falo no lo fue del todo, es un falo inestable y el niño cae en posición de objeto de la madre. El falo está -porque no son psicóticos- y el niño es deseado, pero ha sido deseado pobremente, inestablemente también, entonces el niño cae del lado de ser un objeto de la madre, de no sentirse sujeto por el reconocimiento del otro.

Los niños carenciados, con carencias maternas a los que me refería antes - básicamente los niños de la calle, los niños donde la cuestión social es muy pregnante, conozco estas situaciones-, son niños que nunca fueron el falo de la madre, lo dijo muy esto en una conferencia hace muchos años la doctora Marilú

Pelento. Son niños que nunca fueron lo que Freud describe como el niño de narcisismo, nunca lo fueron, entonces haber sido deseados y amados es siempre una esperanza nunca cumplida, como en este chiquito que yo les decía, pero que tenía su madre, pero en él esto tenía esta dialéctica. Pero en los casos en los que efectivamente la madre ha estado, pero no ha podido ocuparse de él por las locuras de la propia madre, deja este daño en el sentimiento de sí y cuya reparación requiere un trabajo muy complejo.

Tal vez hayan oído hablar del concepto de resiliencia, que ha sido incorporado en algunos desarrollos psicoanalíticos. La idea central es la capacidad subjetiva de recomponerse de vivencias que han dejado daños psíquicos importantes. Muestra que en casos de verdaderas situaciones traumáticas vividas en la historia estas no podrían implicar necesariamente sería un destino fatal. Sería posible un destino distinto, casos que ponen de relieve que sería posible no quedar atrapado por un fatalismo que iría a cumplir toda la vida. Dicha posibilidad tendría que ver con encuentros posteriores en la vida, la ocurrencia de acontecimientos, eventos que mostrarían la existencia de factores suplementarios en una historia y no necesariamente de las series freudianas como complementarias.

Además tiene que ver con la posibilidad intrapsíquica del sujeto de desprenderse de la mortificación como un modo de ser, como un modo que le da identidad. Es una línea de pensamiento para pensar las posibilidades del psiquismo de lo que se ha denominado como 'neogénesis' sin pretender promover con estas días un optimismo ingenuo. Pero sí poner de relieve que el mismo trabajo analítico interviene en un sujeto como un factor suplementario abre las posibilidades de modificaciones psíquicas y producciones inéditas en el desarrollo subjetivo.

Alumna: Una pregunta sobre ese chico que su mamá se enfermó: ¿Ahí hubo un momento en el que sí estuvo como falo de la madre y después cayó?

Dr. Tkach: Sí, es el caso, estoy de acuerdo, esa es la lógica. Ocupó el lugar de falo de la madre y después cayó. Esa es la lógica con la que hay que pensarlo, por eso Winnicott dice: "Son casos en los que al principio las cosas iban bien, y de golpe

dejaron de ir bien”, entonces queda el recuerdo de haber sido, pero queda el dolor de después ya no ser. En el psicótico eso no fue de entrada, nunca fue. No hubo un tiempo en que las cosas fueron bien. Acá fueron bien, y eso queda como algo perdido, que no es la pérdida de la posición fálica del neurótico, que debe abandonar la posición fálica en la dialéctica de la castración. Acá hay una pérdida del estatuto fálico, de ser deseado, amado querido, valorado, etc., por eso son niños con poca confianza en sí, que pueden desarrollar transferencias intensas de sostén, pero con mucha ambivalencia. Acá la ambivalencia pulsional es muy fuerte.

El fracaso de la transicionalidad genera dificultades después en los aprendizajes, da dificultades en los procesos de simbolización, por eso aparecen dificultades intelectuales.

Otro de los fallos que se producen en estos casos es el fallo en la elaboración de la posición depresiva. Es decir, la pérdida del objeto, su falla en la elaboración de la pérdida, el odio que genera y las vivencias de abandono, es el eje en términos de angustia, les diría es el eje organizador de estos cuadros. Y para protegerse de angustias depresivas, hay muchos mecanismos. Uno es la defensa maníaca. ¿Qué es la manía? La manía fue descrita por Melanie Klein tomando la psicosis maníaco-depresiva. Frente a la sensación de pérdida, la defensa es una negación de la importancia del otro y de la pérdida, es la negación de la tristeza que da los sentimientos de pérdida del objeto. Entonces una negación de la depresión genera un estado falso, pero muy eficaz como defensa, que es sentirse un yo grandioso, superador y al que nada le afecta. Uno de los efectos es la producción de lo que Winnicott llamó falso self, que ya es una solución pseudo-maníaca a la angustia depresiva. ¿Entonces por qué se describe un falso self? El falso self es una identidad falsa, alguien tiene una cáscara de ser, que no es verdadera. No es el falso self normal, es el falso self donde el sujeto se arma como creyendo que es él, pero está al servicio de no necesitar de los otros, de no necesitar del objeto. Por eso una de las descripciones de los cuadros limítrofes es el llamado falso self.

Pueden apreciar que estoy utilizando simultáneamente categorías diferentes de la subjetividad desde el punto de vista psicoanalítico, que tienen distinta proveniencia,

pero al mismo tiempo muestran distintas dimensiones. Uno es el yo, otro es el sujeto y también he introducido la noción de self. Son tres denominaciones en psicoanálisis de la subjetividad. El sujeto es francés, viene del psicoanálisis francés y viene de la filosofía francesa, desde Descartes en adelante. El concepto de yo es freudiano. Hay una historia del concepto de yo en Freud, está el narcisístico, después están los mecanismos de defensa después está el yo de la escisión, o sea que hay varias maneras de pensar el yo. Y en el psicoanálisis americano, el yo autónomo y adaptado a la realidad, que ha sido muy criticado, sobre todo por Lacan. Y después está la categoría del self, que es anglosajona. El self es el sí mismo, es un modo de definir el sí mismo y que tiene a su vez diferentes desarrollos. Les hablo de las tres al mismo tiempo porque creo que la subjetividad está en todas ellas; podría decir que el sujeto está en todas esas dimensiones, no está sólo en una.

El sujeto aparece en el discurso, aparece en el dibujo, en el juego, aparece en la acción, aparece en el acting. Después podemos precisar más cosas, su modo de presencia, pero la subjetividad aparece diversificada en varias dimensiones, no hay una que sea privilegiada, y menos para pensar la clínica. Por eso la noción de self, que tiene que ver con la noción de sí-mismo. Les hablé del narcisismo, Freud hablaba del sentimiento de sí, es una idea que está en Freud también. El sujeto tiene que ver con otra dimensión y el yo tiene que ver con otra dimensión de la subjetividad. Esas tres yo creo que son compatibles –en la medida en que ubiquemos su procedencia- para entender una subjetividad, ninguna nos da una totalidad. Es otra manera de decir que no hay esencia de la subjetividad, que no hay un centro del sujeto.

Volviendo al tipo de casos que estamos desarrollando, que tienen perturbadas sus capacidad de asociar libremente, el material que tenemos son sus acciones, sus juegos impulsivos, y lo que se despliega en la relación transferencial. Son casos - para hablar un poco de clínica- en los que el auxilio de nuestra presencia es fundamental, por eso son casos en los que no podemos esperar que la asociación libre curse por sí sola y el niño se ponga a jugar y nosotros lo seguimos y revelamos el inconsciente. Nuestra presencia de apuntalamiento, de contención, de favorecer

la transicionalidad es fundamental y necesaria. Tenemos que prestar nuestra presencia, nuestro juego y nuestras representaciones y nuestras ideas para que el sujeto pueda trabajar en el espacio psicoterapéutico. Y prestarnos a juegos y actividades con las que ir construyendo lo que no estaba. No es tanto revelar lo que estaba como construir lo que no estaba. Tiene más que ver con un trabajo de pasar de lo real a la representación, una dimensión real sin poder imaginarse o sin poder ponerse en palabras. Se trata de una clínica distinta dentro del psicoanálisis. No es el psicoanálisis del modelo de la neurosis, porque el psicoanálisis del modelo de la neurosis es este: revelar lo reprimido, ese es el estándar. Estos casos nos enfrentan con otras dimensiones subjetivas, que además ayudan, si uno las tiene claras, a analizar casos neuróticos con aspectos graves o más complejos. Preguntas.

Alumna: Desde la posición de la cátedra, ¿cómo tratan la tendencia antisocial? Porque, por ejemplo, en escuela inglesa el servicio los trata de manera grupal.

Dr. Tkach: La tendencia antisocial es uno de los aspectos de los llamados cuadros limítrofes, es uno de ellos, no es todo. Algunas cosas son comunes y otras son diferentes. Winnicott mismo se daba cuenta de que eran difícilmente analizables, entonces el tratamiento grupal es un modo de permitir el acceso al trabajo psíquico. Son casos en los que el trabajo social y lo que la sociedad les pueda brindar, es fundamental como base. Estoy de acuerdo con el tratamiento grupal, sin ninguna duda, lo que pasa es que depende de los recursos que tienen los servicios, los recursos humanos, económicos, para poder hacer eso, pero estoy de acuerdo con un trabajo sobre todo social y grupal.

Alumna: No quiere decir que un tratamiento individual no se pueda sostener...

Dr. Tkach: No, se puede probar un tratamiento individual, sin dudas. Hay casos que son mucho más accesibles. Hace muchos años que dirijo un Programa de Extensión de nuestra Facultad que se llama "Atención de niños privados de los cuidados parentales". Durante tres años nos dedicamos a atender niños que estaban en hogares, algunos de ellos que habían tenido historias de tendencia antisocial, y la

atención con ellos, que eran sobre todo adolescentes, era posible. Eran casos más difíciles, sin duda, pero en algunos hubo efectos importantes, en tratamientos individuales, pero el recurso grupal me parece fundamental. Era uno de los planes que teníamos que no pudimos llevarlo adelante. Ahí hay que tener ductilidad de recursos clínicos, ductilidad de recursos que sirvan para que la subjetividad en estos casos se despliegue. Si un chico se despliega bien individualmente, bien, pero si esto es mejor en un grupo, que sea en un grupo, porque eso le da una resonancia, una confianza de no sentirse solo con su problemática. Sí, la cuestión grupal me parece interesantísima.

Alumna: ¿Fallos en el segundo tiempo en la constitución narcisística, no?

Dr. Tkach: Sí, exactamente, el narcisismo se ha armado, pero todavía dependiendo del objeto, y ahí se desarma. Sería un segundo tiempo.

Hasta la próxima clase.