FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA

MATERIA: Psicopatología Infanto Juvenil

TITULAR a cargo: Prof Adj Reg Dr Carlos Eduardo Tkach

TEÓRICO: Lunes 22/08/2016

Quisiera comenzar la clase de hoy haciendo algunas consideraciones sobre lo que se considera el saber diagnóstico en psicopatología y con la idea de poder diagnosticar la sintomatología en la infancia. Como deben saber las relaciones del pensamiento nosológico con el psicoanálisis, es contradictoria. Hay una tensión que existe entre los conceptos psicoanalíticos y los de la clasificación psicopatológica. Es lo que se tiende a pensar como una brecha, una grieta insalvable entre psiquiatría y psicoanálisis.

Entre la bibliografía que tienen que leer hay un trabajo de Paul Bercherie, que les comenté la clase pasada, en el que hace una historia de la psiquiatría de niños. Algo que revisa este autor, historiador de la psiquiatría y de la teoría psicoanalítica también, es que la psiquiatría infantil no existía al momento que se constituye el psicoanálisis, no existía como entidad clínica, no existía como psiquiatría clínica. Sobre finales del siglo XIX y comienzos del XX, comienzan a escribirse algunos tratados de psiquiatría infantil, algunos; que abarcan sobre todo los cuadros más graves, la demencia precoz, que es postulada a principios del siglo XX. Cuando Melanie Klein, atiende el famoso caso Dick, que es en los años 30, ella menciona un diagnostico de demencia precoz, todavía no se hablaba de autismo ni de esquizofrenia infantil.

Fue un avance en la historia de los conocimientos de la psiquiatría infantil naciente, diferenciar los débiles mentales, lo oligofrénicos, los retrasados, de niños que tenían otro tipo de configuración. Al principio todos los niños parecían retrasados, anormales, monstruos. Una discriminación más precisa comienza a realizarse dentro de la anormalidad flagrante. Pero es recién con el desarrollo del psicoanálisis, y los conocimientos del psicoanálisis aplicados a la infancia, que comienza a desarrollarse lo que se llama la psiquiatría clínica infantil propiamente dicha y que recién a partir del año 1930. O sea que la psiquiatría infantil, tiene entre sus motores y desarrollos iniciales las teorías psicoanalíticas, porque le permitían, le brindan una noción de niño, a los estudios psiquiátricos, al clínico, que permite concebir el ser niño con las nuevas ideas que trajo el psicoanálisis, para poder hacer una psiquiatría clínica. Mientras que la psiquiatría de adultos, la

psiquiatría clásica existía, Freud se basa en las ideas de Kraeplin; la psiquiatría infantil le debe al psicoanálisis mucho de lo que fue posibilidad de constituirse.

El primer tratado de psiquiatría infantil con influencia psicoanalítica, que habla de la psiquiatría clínica, es el famoso tratado de Leo Kanner. Esto es en el año 1935-36 es el año del primer tratado. Este es el autor que va a descubrir en 1942 el famoso autismo de llamado de Kanner en su nombre. Paralelamente las primeras ideas que influye el psicoanálisis también a los pediatras, y a los estudiosos del desarrollo infantil, como Arnold Gesell, por ejemplo, que trabaja junto con Kanner en Estados Unidos. Gesell es de los primeros que elabora un test de desarrollo para niños de 0 a 3 años, hoy ya perimido pero que fue muy conocido y divulgado. Ocurre una compenetración muy importante entre los psiquiatras que se van a ocupar de niños y los pediatras. En esta época se multiplican estudios psicológicos acerca del desarrollo infantil , son los años en que la psicología del niño paralelamente empieza a desarrollarse, por ejemplo el texto celebre de Piaget sobre “El nacimiento de la Inteligencia del niño”, donde estudia los dos primeros años, de vida, es del año 36 también.

En esa época entre psicología del niño y psicoanálisis no había tanta diferencia, sobre todo en los comienzos. El mismo Piaget, no sé si lo saben, fue miembro de la Asociación Psicoanalítica Suiza.

Gesell hizo estudios sobre los niños, y son esos estudios a largo plazo y de muchos niños los que permiten a Kanner descubrir, y tener una casuística para ver niños que se desarrollan distinto, y pasar a descubrir y diagnosticar lo que se llama el autismo.

Actualmente se denomina el espectro autista, como lo llama el DSM-5, lo que hasta el DSM IV se llamaba Trastornos Generales del Desarrollo. Actulmente hay un espectro más amplio de autismo, no es el único el de Kanner, está el Asperger, y después hay sintomatología autista, y algunas todavía difíciles de comprender. Cuestiones muy extrañas en los primeros años de vida de niños muy graves, pero que no son estrictamente el autismo de Kanner, casos muy complejos y se los denominan Trastornos Generalizados del Desarrollo, o espectro autista.

Vale la pena que lo sepan, dicho diagnóstico está creciendo mucho en el mundo, cada vez hay más de esos casos. Y no está claro si cada vez hay más porque se sabe más y esto permite detectarlo o porque efectivamente, en la realidad, aparecen consecuencias de las nuevas formas de crianza con los cambios temporarios de la vida, la familia, la relación de los padres con los hijos, la tecnología, etc. Pero cada vez hay más casos graves de esta naturaleza y es un campo de investigación, o sea vendría muy bien que haya interesados en poder

profundizar en esas problemáticas, porque son niños muy graves, que sí son atendidos en distintos tipos de terapias además de los abordajes psicoanalíticos. Hay tratamientos cognitivos conductuales, colegas con enfoque psicoanalítico, todos dan una versión de esto, es un campo polémico, la polémicas tienen sus efectos es el tipo de terapia a realizar.

Los psicoanalistas creemos que hay algo difícil de entender, que se trata de anomalías en la constitución subjetiva, en el desarrollo psíquico, muy tempranas, que tienen que ver con el lazo con la madre, sin duda. Pero además se trata de perturbaciones en la base de la constitución psíquica y que sigue siendo enigmática y hay muchos estudios que están tratando de dar cuenta de todo esto.

A propósito de las problemáticas tan tempranas y difíciles de comprender aprovehco para comentarles la revalorización que se viene realizando en los últimos 20 años, tal vez un poco más, por el campo psicoanalítico, de la teoría del apego. Esta teoría la desarrolló Bowlby, un psicoanalista, pero que para el psicoanálisis fue una teoría herética cuando fue formulada. En los últimos años, por ciertas corrientes, no por todo el psicoanálisis. Sino ciertas corrientes que trabajan con niños están revalorizando la teoría del apego desde la perspectiva psicoanalítica, o estableciendo puentes entre la teoría del apego y la teoría del psicoanálisis. Esto viene a cuento, porque se ha vuelto necesario, por la necesidad de tener más referentes clínicos para pensar problemáticas cada vez más complejas.

Obviamente los conocimientos que le permiten a la psiquiatría infantil desarrollarse, obviamente que van a ir mas allá del campo de la neurosis. Freud estudió el campo de la neurosis, y dejó en el psicoanálisis, un conocimiento básico sobre la neurosis infantil y la sexualidad. Es con lo que Freud comienza y en principio es con la neurosis infantil en los adultos. La aplicación de los conocimientos de los adultos a los niños es un trabajo que lo van a hacer los primeros psicoanalistas de niños. Y va a llevar muchos años aclarar ese mapa de lo que es la neurosis infantil en los niños mismos. Se empieza a descubrir que la neurosis infantil, como concepto del psicoanálisis, para los propios psicoanalistas, es insuficiente para dar cuenta de las problemáticas de los niños, y mucho mas insuficiente cuando se trata de los primeros años de vida, los primeros años del desarrollo.

Quiero señalarles que la conexión entre el trabajo psicoanalítico con niños y la pediatría es un campo común de intercambios, y que debería serlo aún más, porque ambas disciplinas se benefician de los conocimientos de la otra. De hecho en el trabajo clínico tenemos mucha relación con los pediatras, porque los pediatras son los primeros que ven los problemas de los niños. Muchos de los

niños que van a un psicoanalista, fue también porque han estado primero en conexión con un pediatra, aunque la conexión no sea directa, han pasado por un pediatra que ha detectado los primeros problemas. Los neurólogos infantiles también cuando se trata de problemáticas más graves, y los psiquiatras infantiles también. Durante muchos años en la Argentina, la psiquiatría infantil quedó en manos de la neurología infantil, porque la psiquiatría infantil quedó, sobre todo entre nosotros, un poco desdibujada. Pero la aparición de psiquiatras infantiles en los últimos años, 25 años, con formación psicoanalítica, no únicamente pero también, ha cambiado dicho campo profesional. Yo creo que un dialogo profesional, entre los psicoanalistas de niños con los pediatras, los con neurólogos infantiles y con los psiquiatras infantiles, creo que debería ser muy fructífero, porque todos estamos en un campo clínico común, aunque cada uno recorta un aspecto diferente. No creo que sea un campo necesariamente de combate, sí de diferencias, de polémicas, pero también de aprendizaje recíproco.

Les decía que la relación entre la nosología y el psicoanálisis es contradictoria, o es de tensión, porque la nosología tiende a clasificar, tiende a clasificar elementos sintomáticos, histeria, neurosis obsesiva, depresión, tiende a hacer una clasificación. Y el pensamiento clasificatorio, si se vuelve un pensamiento del sujeto, es un problema porque reduce un sujeto a la categoría. En eso el psicoanálisis puede plantear que nosotros no tenemos nada que ver con eso, nos importa el sujeto, y nos importa no pensar un sujeto en términos de una categoría previa determinada en función de sus síntomas. Además porque los síntomas no agotan al sujeto, y al recortar los síntomas para ponerle un nombre, se corre el riesgo es de cosificar al sujeto en términos de los síntomas que tiene.

Este es un reclamo que surgió en los fines de los 60, los 70, hubo una crítica a la psiquiatría, surgió en esos años todo un movimiento antipsiquiátrico muy fuerte contra los mecanismos de poder de la psiquiatría, contra el poder del pensamiento psiquiátrico sobre el sujeto. Esto fue un movimiento revolucionario de ideas, en el campo psicoanalítico de niños estuvo bastante representado por una autora lacaniana, que fue Maud Mannoni, que trabajó con Lacan. Y una de las fuentes de esta autora , una de las primeras psicoanalista de niños lacaniana que teoriza muchas cuestiones, es el pensamiento antipsiquiatrico. Ella trabajaba en Francia, en el campo de la salud mental, en las instituciones, y conocía los estragos que producía en los niños débiles mentales. Una de sus experiencias más importantes de Maud Mannoni, fue volcada en un libro sobre la debilidad mental desde el punto de vista psicoanalítico, es el famoso libro “El niño retardado y su madre” que es del año 1965. Maud Mannoni, empieza a plantear que no se trata de reducir al débil a la categoría de débil, y cancelarle con esta denominación vuelta etiqueta, la posibilidad a un débil mental de desarrollo subjetivo.

Discutió la tendencia a la clasificación de los niño psicóticos como débiles, la confusión de la debilidad con la psicosis. Y también en contra del uso del pensamiento psiquiátrico como condena del ser. Ella decía que cuando recibía a un niño se tomaba todo el tiempo necesario para entender que le estaba pasado, que para condenar a un ser nunca era demasiado tarde. Por supuesto hablaba de su trabajo en el campo institucional con niños con problemáticas graves en su desarrollo subjetivo.

Entonces todos los cuidados que se pueden tener al respecto, todas las alertas que hay que tener desde el punto de vista del pensamiento clasificatorio y su uso, es lícito y vale la pena tenerlo, porque el deslizamiento puede ser muy fácil. Incluso con consecuencias institucionales, porque a un niño, ponerle a un niño psicótico la clasificación de débil mental, le cambia el destino institucional que va a tener el niño. A las escuelas de niños débiles mentales (trabajé muchos años en el campo de la debilidad mental) van niños psicóticos porque muchos de ellos pueden presentan un desarrollo intelectual pertubado, queda afectado su desarrollo cognitivo, y puesto en el lugar de débiles mentales, su subjetividad queda petrificada en esa condición. Pero no necesariamente creemos que el uso del pensamiento clasificatorio, tenga necesariamente que tener ese destino.

El otro riesgo del uso del pensamiento nosológico, es para los propios psicólogos psicoanalistas y ya no desde el punto de vista institucional. Y esto también hace una especie de llamado de atención al psicoanálisis mismo, que nosotros como terapeutas de un niño utilicemos inconscientemente, a veces conscientemente, las categorías diagnosticas como un lente desde el cual vemos todo lo que le pasa al niño, o a cualquier sujeto. Eso actúa como un prejuicio, y la banalización de ciertos conceptos hace que ello pueda ser mayor. Es tan pernicioso para la escucha psicoanalítica, para la lectura psicoanalítica, la clasificación diagnostica, como cualquier clasificación o conceptos que creamos que sintetiza al sujeto. Vale tanto una clasificación, es un neurótico obsesivo, o tiene síntomas obsesivos, y creer que todo su ser se reduce a la neurosis obsesiva y no ver más en el niño que la neurosis obsesiva. Ese sería el problema, que al utilizar ese concepto reducimos el campo de lo que vamos a observar. Como se trata de psicopatología clínica, clínica quiere decir que se trata de un acercamiento singular al paciente, que se acerca al caso. Nosotros mismos somos el instrumento de acercamiento al caso, es decir, que no lo clasificamos desde afuera. Entonces nuestra presencia, nuestra subjetividad está presente en el campo que armamos con el paciente. Y en ese campo que no es absolutamente objetivo, pero que es objetivable, pero tampoco es absolutamente objetivo. Nuestra presencia subjetiva es la que permite indagarlo, es lo que abre el campo transferencial, que es fundamental para el

registro de la subjetividad del niño y lo que se va a de él. El psiquiatra puede ver a un niño, y hacer un diagnostico y decir que se trata de una neurosis obsesiva. Ese mismo niño, lo estudia, lo observa, por los distintos medios, los psiquiatras hacen psiquiatría clínica, toman algunas pruebas, hablan con él, van a jugar, pero concluyen en algo. Freud decía en su famoso texto sobre psiquiatría y psicoanálisis (una de las conferencias del año 32), decía que el psicoanalisis empieza donde termina el psiquiatra. Y el cuadro de neurosis obsesiva, de síntomas obsesivos en los niños, tomado por un psicoanalista se vuelve absolutamente otra cosa, aún con los mismos síntomas. El real del síntoma está presente, pero se abre un campo intersubjetivo de dialogo, de indagación en el saber del sujeto, permitiendo el despligue de sus representaciones singulares. Esta indagación forma parte del trabajo del analista, que ya no solo describe, sino analiza, es decir descompone en elementos; se empieza a instalar la transferencia, y entonces se abre la dimensión de un sujeto, y el campo que se genera ya es otro que el que abrió el psiquiatra, que el que clasificó el psiquiatra.

Entonces la nosología, en todo caso, no es más que un punto de partida, para poder discriminar las formaciones sintomáticas dominantes de un paciente, y sobre todo, lo que podemos decir al principio. Un diagnóstico no se puede asentar solamente en la lectura de los síntomas, un diagnóstico en el sentido estricto que les vamos a plantear. Probablemente un psiquiatra se va a basar en la lectura de los síntomas, porque su trabajo se enmarca dentro del pensamiento medico. Existen psiquiatras psicoanalistas, y psiquiatras psicoanalistas de niños, y también existen psiquiatras que son cognitivistas, o biologicistas. Pero psiquiatras y psicoanalistas existen, el mismo Winnicott, se consideraba un psiquiatra infantil, además de psicoanalista y de pediatra.

Les decía que el diagnóstico no se puede fundar meramente en la descripción de los síntomas, porque nos importa la estructura psíquica del sujeto que está en juego. El sujeto no se reduce a esa categoría del síntoma. Además para todas las psicopatologías, la esquizofrenia, la neurosis obsesiva, hay tantos neuróticos obsesivos, esquizofrénicos, no hay una sola esquizofrenia o una neurosis obsesiva, hay tantas como niños o sujetos neuróticos obsesivos o esquizofrénicos; esto plantea el psicoanálisis.

En la práctica eso es lo que se va a descubrir. Lo que esta más allá de los propios síntomas. Pero que cada neurótico obsesivo, cada esquizofrénico, sea distinto de todos los esquizofrénicos, ello no impide encontrar elementos comunes, esos elementos comunes son los que nos permiten hacer una categorización y orientarse al respecto de lo que se presenta del caso.

Les dije en la primera clase que esperamos que aprendan a la salida de esta materia un espectro de las sintomatologías que puedan encontrarse en la infancia, por lo menos que las hayan leído y que sepan para que existen. El trabajo psicoanalítico va a ser el trabajo singular que van a hacer con cada uno una vez que puedan abrir el campo clínico especifico de la singularidad del sujeto.

Además hay otro problema y es que los diagnósticos cambian con el tiempo, no sólo el diagnostico inicial cambia con el tiempo, sino que cambia con nuestras intervenciones psicoterapéuticas que vamos haciendo, entonces tampoco es definitivo. Y que un diagnóstico pueda cambiar con el tiempo es porque el síntoma, justamente en el trabajo psicoanalítico, es susceptible de evolucionar con el tiempo, de modificarse. Y en el curso de un trabajo analítico, indudablemente van a aparecer, y deben aparecer, otras expresiones del sujeto. Ninguna clasificación patológica define la totalidad del sujeto, un sujeto es irreductible a cualquier clasificación, porque además va a tener otros síntomas, además de lo que se defina como lo predominante, y además va a tener otros elementos subjetivos que van a hacer a su singularidad. Con todas estas salvedades creemos que es bueno que ustedes tengan una idea de las categorías que definen a grandes rasgos las sintomatologías en la infancia. Les decía que no van a tener que ver el DSM-IV ni el DSM-5, pero van a tener acceso a otra clasificación, que es la Clasificación francesa de los trastornos mentales de los niños y adolescentes.
Está subida en la página de la cátedra, es un texto obligatorio, donde van a tener dos ejes de esta clasificación. Un eje de categorías clínicas de base y un segundo eje de factores asociados o pasados eventualmente etiológios.

No basta tener un diagnóstico para comprender la sesión de un niño, avanzo un poco más en el campo psicoanalítico. Con tener un diagnóstico, no me sirve para entender que pasa con un niño en una sesión de trabajo. Y además, sobre todo, porque el trabajo psicoanalítico, ya desde las primeras entrevistas, está abierto a lo imprevisto, a lo inesperado, a lo impensado, a un decurso del sujeto que va a ser distinto y que puede cambiar la idea que tenemos de él. Nuestro trabajo, en ese sentido como psicoanalista, no puede propender a esa síntesis que implica la categoría diagnóstica; sino que en principio y sobre todo propender a una ampliación de las dimensiones subjetivas. Se puede decir que el pensamiento psicopatológico es un pensamiento de síntesis, y el trabajo del analista, por lo menos en un principio, es un pensamiento de análisis, de descomposición de elementos. Nuestro trabajo como analistas también es un trabajo de síntesis, no es solamente un trabajo de análisis, pero esto no puedo explicárselos en este momento porque hace propiamente a cuestiones de la clínica psicoanalítica. Pero si quiero decirles que cuando Freud dijo psicoanálisis tomó el modelo del análisis,

del análisis fisicoquímico, fue un investigador en fisico-química, fue un investigador en ese campo, en neurofisiología. Entonces la descomposición de elementos, de los elementos complejos, en sus partes, es decir una molécula compuesta en sus distintos componentes, de ahí viene la palabra psico-análisis. Es decir, analizar a partir de lo que un sujeto dice, o inclusive de sus síntomas, descomponerlo en sus elementos cada vez más pequeños, ese es el trabajo de la singularización de un sujeto. Nuestro trabajo también es de síntesis, según mi punto de vista, pero la primer tarea es permitir que el sujeto se descomponga en elementos, y salga de la síntesis anómala de la que está preso al comienzo.

Insisto en que si nuestro pensamiento es sobre todo el de la clasificación, y ya tenemos una síntesis previa, inclusive nuestros propios prejuicios, en el trabajo clínico, esto opera y limita lo que puede desarrollarse. Porque el lazo intersubjetivo en el trabajo analítico, es estrecho entre lo que escuchamos y lo que producimos, con nuestra intervención abre o no abre lo que el paciente va a desarrollar, hay una dinámica que se abre en el campo clínico común, es importante que lo sepan. Si bien el paciente viene con sus condiciones, reales, sintomáticas, su subjetividad; lo que se abre o se cierre va a depender de lo que nosotros podamos abrir o cerrar. Y nadie está exento, todos estamos expuestos a lo que no escuchamos, a lo que no sabemos, a lo que no entendimos; y por ello es necesario en nuestro trabajo el trabajo de supervisión, de lectura, de intercambio.

Que resulta fundamental para abrirnos nuestro entendimiento porque nadie puede tener una visión omnicomprensiva, no hay una súper visión, ni siquiera la del supervisor, el supervisor también está situado en un punto de vista subjetivo. Entonces siempre vamos de un punto a otro; esta es la artesanía de nuestro trabajo.

Lo que estoy desarrollando tiene valor para cualquier saber en el trabajo psicoanalítico, pero estoy hablando en este momento acerca del saber diagnostico, de síntesis, de clasificación. Es un saber que operar, no es que desaparecen del todo nuestros conocimientos, pero se ponen entre paréntesis. El saber de nuestros conocimientos, teóricos, metapsicológicos, psicopatológicos, e inclusive el saber acerca del propio sujeto, del propio paciente, lo que hemos conocido de sus padres y de toda su historia, ese es un saber del que disponemos y lo importante es poder ponerlo entre paréntesis. Se trata de que no obstaculice lo nuevo que vamos a escuchar. Pero no siempre nos encontramos con lo nuevo, nos encontramos con lo nuevo y con lo viejo, con lo mismo, y con lo diferente. Nuestro trabajo está siempre entre lo mismo y lo diferente. Entonces es imposible desandarse del saber que tenemos, porque además nos orienta ese saber del que disponemos.

Cuanto más grave es un paciente más necesitamos los conocimientos, más conceptualizaciones necesitamos. Esto lo decía una autora muy importante de nuestro país, me refieron a Silvia Bleichmar, a mayor nivel de patología, más conceptos necesitamos, porque sino el paciente queda expuesto a nuestra propia subjetividad. Entonces tener conceptos nos da un marco de orientación para poder ubicarnos frente al que estamos.

De modo que los conceptos, la idea de suposición del saber no es la nada del saber, es una puesta entre paréntesis, y saber utilizarlo y dejarlo cuando lo necesitamos. Hay que saber mucho para poder entre paréntesis el saber. Es un saber muy instruido el que puede ser puesto entre paréntesis para volverlo operatorio. En ese sentido no es que estamos desprovistos de saberes, el problema es como los usamos y que sepamos diferenciar la categoría distinta de cada saber.

Les hablé del saber psicopatológico, que es el saber clasificatorio de síntomas. Hay otro saber, que es el saber de la metapsicologia, un saber psicoanalítico. Tampoco sirve pensar a un paciente, en acción con él, con los conceptos metapsicológicos. Ese es un momento posterior al trabajo donde se conceptualiza pero luego de hacerlo ya disponemos de él y se trata de cómo operar con dicho saber.

Y además está el saber único del sujeto en el trabajo con nosotros, ese es el propio saber del psicoanálisis, es decir lo que el niño cuenta. Un niño que atendí, un chico que tiene 10 años me contaba las dificultades que tiene para dar exámenes, que se pone muy nervioso, según sus palabras. Por suerte hablaba mucho y me pudo contar un montón de cosas… *"pasa que tengo una mamá que está todo el día encima mío, no me deja tranquilo, me vuelve loco, y yo sufrí mucho porque mi mamá se separó del novio que tenía* (los padres se habían separado cuando él era más chico*), y mi papá me dice, y entonces yo tengo una autoestima muy baja* (así habla, ya va a cumplir 11 años) *entonces me siento como un boludo y ya no se qué hacer, y entonces no voy aquí, no voy allá"*…bueno, ese es el saber de él. En el diálogo con él descubro que se siente un boludo porque no sabe de futbol, porque es tiene un perfil tipo nerd, él sabe de tecnología. Entonces cuando él sabe, él no se siente un boludo, cuando sabe de tecnología, sabe de informática, porque además es muy curioso, ahí boludo no se siente; pero cuando tiene que ver con el fútbol, respecto a los varones, se siente que es un boludo. Ese es su saber, este aspecto lo puedo ir pensando, estoy ante una problemática neurótica, con componentes narcisisticos, o un problema narcisístico de base, porque es un chico que sufre de angustias intensas. Está con ataques de angustia muy importantes, corporales, tiene dolores de cabeza muy intensos, lo han revisado mucho últimamente, esto es reciente, parecen un

síntoma de tipo histérico. No lo sé aún. Pero sí hubo un médico que le dijo que tiene estrés, y yo le dije *"bueno está bien que el médico te haya dicho que tenés estrés, pero yo te voy a decir otra cosa. Para mí lo que vos tenes, el médico lo llama estrés, yo también estoy de acuerdo con él, pero le voy a poner otro nombre, similar, cercano, que es angustia, lo que vos tenes es angustia."* Y le digo a qué me refiero. Porque él vive con peligros permanentemente, en un estado de que todo le va a salir mal y que va a ser una catástrofe. Cualquier prueba, tanto las pruebas sociales, cuando tiene que conectarse con gente o con chicos; o cuando tiene que dar un examen. ¿Por qué esto está sobre todo en los exámenes? Ya veremos, porque no es sólo con el futbol, él duda de que sabe. Bueno eso que le estoy contando yo es la cocina de nuestro saber.

Para conceptualizarlo tengo que empezar a subir la puntería por decirlo así, o ser más preciso. Ya encontré el estado de angustia, algunos síntomas histéricos, un estilo, me pareció, de histeria masculina, creo. Nosotros armamos hipótesis que nos va a permitir seguir indagándolo. En el trabajo no me implican un obstáculo esas ideas, más bien surgen después de escucharlo, no es que la he ido a buscar. Al escucharlo y entender su lógica, que es la lógica de su saber subjetivo que yo puedo escuchar, iré encontrando elementos. Por supuesto es una historia compleja como la que les conté el otro día, la estoy sintetizando, hace poco que lo veo, pero se los muestro como opera ese saber distinto, único, con el que trabaja un psicoanalista.

Algo que descubre el psicoanálisis, que Freud lo descubre en general, pero los psicoanalistas de niños lo van descubriendo cada vez en niños más pequeños, es lo que le debemos a Melanie Klein, es la indagación de los niños más pequeños y sus hipótesis sobre los primeros años de vida. El psicoanálisis lo que muestra es la naturaleza profundamente conflictiva del ser humano. Estamos hecho de diversos conflictos. Es normal la conflictividad humana: entre el amor y el odio, entre lo que se espera y lo que se consigue, entre el mundo interno y la realidad. Nunca la realidad es todo lo que deseamos y la realidad nos impone limitaciones, el crecimiento implica frustraciones, renuncias y duelos. En ese campo de lucha lo que va ocurriendo, y eso es lo más saludable es, que predomine una subjetividad que se vaya constituyendo, y el predominio del principio de placer- displacer por sobre los aspectos del más allá del principio del placer, es decir, de los aspectos más destructivos del psiquismo. Y que predomine el desarrollo de una unidad subjetiva que se va constituyendo. Primero es el yo, luego es el sí mismo, después son las propias representaciones, la constitución del inconsciente reprimido. Es decir, hay un sujeto que se va constituyendo y que va disfrutando de la existencia. Los logros de placer de un sujeto : el deseo, el juego la relación amorosa de los primeros años son el territorio más favorable del desarrollo subjetivo humano.

Ello es el resultado de luchas internas importantes que van logrando zonas de equilibrio psíquico que predominan sobre zonas psíquicas en las que amenazan aspectos disruptivos. La ruptura de ese proceso implica la patología, dicho en términos amplios. Una de las cosas que tiene que descubrir cualquier niño o cualquier adolescente o cualquier adulto que se psicoanaliza es que la vida no es un lecho de rosas. Pero sabiendo eso hay mucho que podemos lograr pero que no viene todo dado, tenemos mucho que hacer para lograr nuestras satisfacciones y lo lograr lo que se va queriendo y deseando.

El reconocimiento en los aspectos conflictivos y angustiosos le permite al sujeto arreglarse con sí mismo y con la vida. Eso es fundamental para el trabajo psicoanalítico. En esa lucha entre tendencias opuestas, que son de distinto tipo en el desarrollo subjetivo, se descubre que la patología, lo que va a ser un síntoma, que va a tener características psicopatológicas, tiene que ver con algo que se empieza a repetir, es fijo y que está dominado por la compulsión a la repetición. Un desarrollo normal de un niño no es sin síntomas: en un bebé que no tiene angustia o que no manifiestan angustia, diríamos que hay algo que no funciona. Un bebé que no grita, o no pide o no se enoja porque hay frustraciones, es un bebé mudo que se adapta a todo quiere decir que está enfermo. Pero un bebé que grita todo el día, que llora todo el día y nada lo puede calmar, estamos ante un niño con problemas y seguramente tiene que ver el lazo materno que no ha encontrado la manera de poder calmarlo. El desarrollo implica distintas alternativas sintomáticas y que se expresan en síntomas, hasta podría decir síntomas entre comillas, el elemento sintomático. Algo se vuelve síntoma cuando permanece, se repite, implica repetición, compulsión de repetición y como dice Diatkine (un autor que van a leer) la formación patológica, psicopatológica, engendra su propia repetición, es como si el esquema ya definidamente psicopatológico produce un modo de funcionamiento que repite su misma patología.

Alumna: tengo una pregunta, quizás porque estamos más acostumbrados a leer sobre los adultos. El modo de presentación del síntoma de un niño cuando viene a consulta, digo en el adulto quizás, un adulto que se decide por analizarse, es alguien que no sé si siente que tiene un síntoma pero que se da cuenta que hay cosas que se tienden a repetir o que tiene algún problema que lo llevan a consulta. En el niño cuando esto es detectado por un otro, los padres, el colegio o un psiquiatra como vos dijiste, cómo se trabaja con el síntoma de un niño que la subjetividad está en construcción. Yo pienso en los cambios de posición subjetiva, que se dan a través del análisis, ¿cómo se trabaja con eso en un niño que todavía no tiene la subjetividad formada o está en construcción?.
Profesor: Estás pensando en un niño de qué edad.

Alumna: un niño bastante más chiquito, no como un chico de 10 que vos dijiste recién sino un chiquito de tres.
Profesor: un niño de 3 años, yo atendí hace unos años, un caso que me fue muy bien por suerte para mí y para él. Era un niño que había dejado de hablar, que jugaba poco, estaba inapetente, tenía tres años, los padres estaban preocupados, habían hecho distintos tipos de estudio, lo había visto la pediatra. Yo me encuentro con un niñito que cuando lo empiezo a ver, se tira al piso y empieza a agarrar cositas pequeñas, un autito, unas cositas, pequeñas cositas de una alfombra que tengo yo en el consultorio. Me encuentro con eso y los padres tenían su teoría, una pelea entre ellos: el padre acusaba la madre porque cuando este niño nació el hermano de la madre había tenido una crisis psicótica muy importante. Es decir que ella mientras amamantaba a este bebé, muy tempranamente tenía que hacerse cargo de su hermano internado, que estaba loco y la amenazaba con asesinarla. Había una historia pesadísima que no era lo único. Todo esto lo fui reconstruyendo con los padres, me encuentro con un niño así y que los padres no habían encontrado la manera de sacarlo adelante. Entonces yo me pongo a trabajar con el niño, primero con la mamá, cada tanto con él sólo, y con el tiempo cada vez más me dedico al niño. No voy a esperar a que tenga 8 años para que pueda decir "sufro" como el pibe de 11 años, ahí hay un ser que ya sigo signos de llamado a sus padres, signos mudos, de que algo le pasa. Los padres no son culpables en el sentido de haber tenido que ver con la producción de los síntomas del niño, lo adoraban a ese chico y algo se le fue de las manos, de sus propios conflictos, por sus propios procesos inconscientes, por su propio sufrimiento y lo querían sacar adelante.
De modo que no se necesita más que ver un niño que hay que sacar adelante. Ese niño que en poco tiempo empezó a encerrarse, empezó a comer poco, empezó a dejar de hablar para comunicarse. Veía un estado depresivo y se los dije muy pronto a los padres. Ya eso nos convoca a intervenir porque es la demanda de sus padres; sacar a ese niño adelante porque su estado ya quiere decir algo para otro, para otro que dice "acá falta un niño", por decirlo así. Este ser está como, invaginándose sobre sí, ha perdido la relación con los otros. Iba un jardín donde participaba poco, yo lo fui a observar al jardín y veía que era un niño muy poco firme en su postura corporal, pero con una mirada lúcida, muy inteligente. Ya porque los padres lo deciden y lo ven y porque el sufrimiento no tiene que ser enunciado con palabras, el sufrimiento se muestra no sólo se dice. Nuestro trabajo con niños hace que nuestra lectura de los síntomas y del sujeto no está solo en lo que dice, el niño está mucho y también, sobre todo, en lo que muestra, en lo que hace en su conducta. Entonces eso hace que yo suponga que ahí hay un niño, un alguien, un quien al cual voy a buscar sin necesidad de más cosas, de que él pida o no pida. El niño se había encerrado y tal vez con cierta desesperanza porque había algo que no se podía captar. Pero a veces hay un

otro, como los padres, que me dan lugar a mí como un tercero y soy yo el que lo va a buscar, lo encuentra y en dos años, este niño recuperó su desarrollo. Evidentemente había una estructura que habían sembrado los padres que estaba ahí posible de recuperarse, si hubiese sido más grave, hubieran pasado unos años y yo no hubiese mucho menos que eso. También es cierto que si nadie hubiese intervenido ese niño se encerraba y cada vez podría volverse más serio y con más dificultades para revertirlo.

Los años de la infancia, los primeros años de la primera infancia son irrecuperables. Lo que no se da en los primeros cinco o seis años prescribe, forcluye, no hay posibilidad de recuperarlo después, no es qué queda en latencia, en espera de ser retomado. No es que a los diez lo que no hablaba ahora va empezar a hablar, no: lo que se cierra como estructura psicopatológica temprana se vuelve irrecuperable. Sí tratable pero no recuperable desde donde se interrumpió el proceso de constitución subjetiva. Entonces en los primeros años urge nuestra intervención.

Alumna: tu intervención como analista va tanto a los padres como al niño?

Profesor: fue tanto al niño como a los padres, fue ambos, paralela y simultáneamente. En cuanto al niño me tiré al piso con él, empecé a mirarlo, escucharlo, establecer un contacto con él a través de algún elemento, de a poco, muy de a poco, tuve que darle tiempo. No se trató de abordarlo de modo intrusivo porque tampoco sería posible de ese modo. Tuvo que aparecer alguien que se concectara de otra manera con él. Eso me llevo bastante tiempo y bastantes meses de preocupación porque veía que era muy lento el desarrollo pero confiaba en que mi método era adecuado, que algo se movía en los padres, etc., después y de a poco se va moviendo toda la estructura familiar.

La apertura a un tercero de afuera también es parte de lo que abre en los padres y abre en el niño. No era sonriente, empieza a sonreír, empieza a estar más alegre, más contento. Yo me despedí de un niñito que empezaba preescolar en condiciones excelentes. Una vez me lo encontré en la calle cerca del barrio donde trabajo, me vino a saludar y estaba de lo más sonriente y me recordó, me saludó y después me he enterado que tiene un desarrollo saludable. Pero no es necesario otra cosa para ir a buscarlo, la famosa demanda de análisis, que vale para los adultos, y para los adultos neuróticos, y en estos no siempre viene lista al comienzo. En los niños la demanda viene del padre, viene de los otros .Y se va a convertir en demanda propia su puedo trabajar con ello. En este caso era un niño de 3 años dócil, pasivo. Pero piensen en un niño de 6 años que le cuesta aprender, lo traen y él no quiere saber nada ni del reconocimiento de sus síntomas, ni de su conciencia y además puede no querer venir.

Alumna: profesor, puede ser posible que en este caso del niño de tres años lo agarre otro profesional y lo clasifique en autismo, en algo del espectro autista, un diagnostico conclusivo?

Profesor: No sé si del espectro autista pero puede no conocer la importancia del trabajo que hacemos los psicoanalistas de niños. Entonces dice esperemos, que lo llevan más a pasear, que lo estimulen en el lenguaje, una fonoaudióloga, un psicomotricista, que no lo descarto para ciertos casos en fundamental, es una ayuda valiosísima para nuestro trabajo pero en este caso no hubo nada de eso. En otros casos sí pido la ayuda del psicomotricista o de la fonoaudióloga pero en este caso yo aposté a esto y tenía tiempo para probar. Sí, podía pasar perfectamente eso, que alguien piense que se trate de un problema en el desarrollo del yo, del desarrollo de las funciones instrumentales del sujeto y en realidad no se trata de otra cosa. El desarrollo objetivo del sujeto está condicionado por el desarrollo subjetivo. Muchas veces ocurre que se altera el desarrollo de la función en el yo, por ejemplo lenguaje, hay que recurrir a otro tipo de ayuda psicoterapéutica que son necesarias para llevar a un niño adelante porque el trabajo psicoanalítico se vuelve insuficiente. Hay que trabajar con otras áreas de la subjetividad y eso en el trabajo de la psicopatología infantil es muy importante tenerlo presente. Un psicoanalista no puede hacer todo lo que un niño puede necesitar y en la primera infancia es tan compleja la interrelación entre el desarrollo del lenguaje, de la inteligencia, del desarrollo de la motricidad, con el desarrollo emocionale es tan intricado, que a veces hay que recurrir a otras terapias para favorecer los que los franceses llaman “las funciones instrumentales”.

El aprendizaje, la motricidad, a veces quedan afectados por problemáticas psiconeuróticas o a veces de otro tipo. Entonces supongan un niño con trastorno de conducta, que tiene seis años, que le pega a los compañeros, que está irascible y es traído por los padres porque la escuela indicó esto como un problema. Él con su síntoma está diciendo algo. ¿Cuál es su síntoma? Agresividad con los pares. Este es un síntoma distinto a un síntoma neurótico. El modelo del adulto que hace demanda de análisis, es el modelo de demanda de análisis del neurótico y aún así ni siquiera es pura, hay que trabajarla. Acá estamos frente a sintomatología que no es neurótica: un niño que le pega a todos, no estamos frente a sintomatología neurótica, puede que sea un neurótico o no, pero el acto de pegarle a los niños o pegarle a otro, irascibilidad, como manifestaciones de una dificultad, no es un síntoma neurótico. Puede ser una estructura neurótica, sí, podría ser la estructura de un niño que está en camino hacia la estructuración neurótica, pero estos síntoma está del lado del pasaje al acto o del acting.

La entrada de análisis en los niños no es como los adultos neuróticos sino que la entrada análisis de los niños es mucho por la vía del acting, por la vía del pasaje al acto, por la vía de los trastornos en el cuerpo, no es una entrada por el síntoma según el modelo la neurosis del adulto. Este chiquito que yo les contaba de 11 años y me habla de cómo les contaba, en ese caso estamos entrando por la vía

de la problemática de su sentimiento de inferioridad, de minusvalía, entre los varones especialmente, veo ahí cuestiones acerca de la posición sexual.
También podría tratarse de un niño de 10 años y también manifestar sus síntomas por pasaje al acto y su conducta violenta y tengo que poder leer eso como algo sintomático y no confundirlo con una sintomatología neurótica estrictamente.

Ahora con respecto a todo lo que es del campo resistencial del niño, que lo trae a análisis, tendría que hablar de clínica, me detengo aquí porque tengo que hablar de psicopatología pero el manejo clínico del inicio de un caso con resistencia, que a veces viene junto con la resistencia de los padres, es fundamental para instalar las condiciones de una psicoterapia psicoanalítica. El niño en general no manifiesta sufrimiento, esto tiene que ver con psicopatología y clínica, todos los psicoanalistas de niños han reconocido que el niño no manifiesta su sufrimiento. Salvo en ciertas fobias y en crisis aguda de angustia. En ciertas fobias vamos a tener un niño que nos va a decir tengo miedo, no puedo dormir de noche, pienso en ladrones que van a venir, por ejemplo, de sus fantasmas. Hay cierta fobias que no, en la que los niños no manifiestan sufrimiento. En las crisis agudas de angustia, es un tema que van a ver en el curso de la materia, que es un ataque de desesperación y ahí el niño es consciente de que sufre.
En todas las demás sintomatología el niño no manifiesta sufrimiento, lo que no quiere decir que no sufra, el sufrimiento está en los otros y en un modo particular. Los padres sufren de distinta manera: sufren identificándose con el niño o sufren porque el niño está sufriendo, y eso genera las condiciones para trabajar con él. O sufren porque no soportan por sus dificutades; o sufren porque el niño no es como hubieran querido que sea. Entonces el modo en que los padres sufren es variado y eso forma parte de las condiciones de entradas de las consultas. La cuestión del sufrimiento de los niños, que no lo manifiestan, es parte de la clínica con niños. El autista no manifiesta sufrimiento, toda su organización defensiva está armada de tal modo que se mutila psíquicamente, se cancela como sujeto para no sufrir, como les dije en otra clase. Entonces ¿no vamos a atender a un autista porque no dice que sufre? No, hay que ir a buscarlo porque detrás de esa forma, de esa barrera hay un ser, que no puede ser. El trabajo con niños es así.
Si bien este es un campo complejo, la cuestión de los padres y el niño es a decidir en cada caso, no es una pregunta por un millón de dólares si el síntoma que tiene el niño es de los niños o de los padres. Puede ser tanto del niño como de los padres, están involucrados los niños como los padres, a veces más los padres, a veces más el niño. Esto es una relación entre dos cosas, sobre todo en la primera infancia.
Este niño de 11 años que yo empecé a ver, sí, yo veo cuestiones importantes de la madre pero yo tengo un sujeto que tengo que sacar adelante, empezar a trabajar con él y es él quien va a tener que arreglarse con la madre que tiene (que

es lo que no puede hacer); además de arreglarse con él mismo porque él está involucrado en el síntoma con la madre. Entonces no es necesario que yo vaya a buscar la relación con la madre.
Ahora bien, si en el curso del trabajo analítico encuentro una conexión de recrudecimiento sintomático, modalidades que uno encuentra de problemáticas que me permiten intervenir con la madre, lo voy a hacer. Pero el principio de que el síntoma está del lado del niño a mí me parece fundamental tenerlo en claro. El niño tiene su propio síntoma. Todas las teorías que surgieron del psicoanálisis como Lacan, Winnicott, inclusive las terapias familiares dan cuenta que el campo interaccional, el campo simbólico y real de los otros tiene que ver con la sintomatología de un niño, de eso no hay duda. Pero el síntoma está del lado del niño.
El niño pequeño del que les hablaba, estaba deprimido él y él tiene su depresión, después hay que ver qué hace la madre pero él tiene su propio estado depresivo.
Entonces es muy importante no quitarle la entidad sintomática que tiene el niño, porque es un modo de sufrir pero además es un modo de manifestarse como sujeto.
Cuando yo le decía que si bien con los síntomas no hacemos un diagnóstico, no obstante pretendemos que de esta materia salgan con un conocimiento descriptivo de los síntomas. Justamente para no desdeñar la clasificación sintomática, me parece fundamental que ustedes tengan un buen conocimiento para tener un buen acercamiento a una descripción fenoménica.
Porque lo que los padres nos describen cuando nos vienen a ver son todas las dificultades que tiene un niño y de eso se sufre. Ahora con eso no alcanza, pero sin eso nuestro trabajo también es insuficiente y navegamos en una deriva porque no ubicamos al sujeto en su modo de sufrir. En el modo de sufrir y en el síntoma también está el sujeto, esto es lo que quiero enfatizar fuertemente. El propio Winnicott que trabajó con los padres y con los niños, él mismo dijo que todo el aprendizaje que tenemos del conocimiento de la familia no debe hacernos olvidar que el síntoma del niño es su propio modo de sufrir y que el trabajo fundamental es el que hacemos con él. Si además clínicamente tenemos que intervenir con los padres es otra cosa pero no explicar el síntoma por los otros, ese es un riesgo importante porque es desconocer una subjetividad que está haciendo sus propio síntomas. Síntomas que algunos son respuestas al otro, directas o a veces no y a veces son síntomas independientes del otro.
Algo que descubre Melanie Klein es que los primeros fantasmas infantiles, en los primeros años, muestran un mundo interno en lucha contra una destructividad intensa, que le permitió a Melanie Klein indagar sobre las cuestiones de la pulsión de muerte. Se lo ve en los niños pequeños que destripan a la muñeca, quieren mandar a tirar por la ventana el hermanito que está por nacer, que hablan de las cosas más destructivas alegremente. Todo este mundo fantasmático destructivo,

aterrorizante es el que descubre Melanie Klein, porque profundiza y descubre los primeros terrores de los niños. Esas fantasías no son el calco de ninguna vida familiar anómala, violenta o maltratadora. En la mejor de las familias, los niños de los mejores ambientes, estos fantasmas parecen venir de no se sabe dónde, tiene algo que ver con la estructura psíquica humana. Es más, un niño maltratado, violentado por el ambiente no produce estos fantasmas con tanta frescura porque está inhibido, está asustado y esos fantasmas están sofocados en el propio niño. Porque la violencia es real en su vida. Esto pasa con un niño abusado, un niño maltratado. Se requiere mucho trabajo y mucho desarrollo con un niño que ha sido maltratado porque está cohibido e inhibido frente al otro. En cambio, niños de hogares más o menos equilibrados en la vida familiar expresan esto y no se trata de un calco del mundo real, tiene que ver con algo fantasmatico que es el propio mundo interno.

Como dice Winnicott, hablando de la neurosis infantil, aún en el más saludable de los ambientes el niño afronta angustias que tienen que ver con distintas cosas. Esos son los síntomas del lado del niño. La sintomatología neurótica, podríamos decir que queda por fuera del lazo con los otros, se organiza por fuera, autónomamente en el psiquismo del niño. El lazo con los otros complicará más las cosas o las favorecerá pero es un síntoma absolutamente autónomo. Toda la sintomatología anterior tiene que ver con lo que el ambiente deja grabado en el psiquismo, lo cual tampoco quiere decir que hay que ir a tratar al ambiente. A veces, porque sería inútil, porque lo que el ambiente ya dejó en un sujeto ya es inmodificable y ya está en el sujeto. Y a veces, porque aun si quisiésemos trabajar con el ambiente, sería imposible porque no tenemos acceso a la colaboración de éste como hubiésemos deseado y es más lo que podemos hacer por un niño sólo y ayudar al ambiente en lo posible.

¿Alguien tiene alguna pregunta sobre esto? me sirve que me hagan estas preguntas me permite ver con qué ideas previas vienen.

Alumno: tengo una pregunta que me quedó pendiente de hace un ratito. Usted dijo que los síntomas no tienen que ver con la neurosis sino con el pasaje al acto. ¿Está entonces diciendo que el pasaje al acto y el acting tienen que ver con la psicosis o no siempre?

Profesor: No, en absoluto, el pasaje al acto puede ser en cualquier estructura psicopatológica. A veces, es el tipo de síntoma predominante, pero puede formar parte de otro tipo de estructura. Éste es el modo predominante de todo lo que es el cuadro de los casos denominados borderline, lo vamos a ver en la materia, es un tipo de clasificación discutida, discutible, que muestra cuestiones clínicas indudables de niños donde la sintomatología está sobre todo del lado del pasaje al acto y del acting. Es decir, es sintomatología que no cursa (dicho de modo muy general) por la vía representacional de modo predominante. En cambio la sintomatología neurótica cursa por la vía representacional. La fobia, los

pensamientos obsesivos, los síntomas histéricos que tienen que ver con fantasías cursan en el psiquismo por la vía representacional. En cambio, la sintomatología borderline, a groso modo, cursa vía el pasaje al acto y el acting y menos por la vía representacional. Eso no quiere decir que en el cuadro borderline no hay representaciones, ni quiere decir que los cuadros neuróticos no tengan pasaje al acto pero hay un predominio del papel representacional.
Entonces cuestiones como: el ambiente, dificultades para pensar, problemas en el aprendizaje, dificultades en el dominio del propio cuerpo, dificultades cognitivas (estoy hablando de cuadros borderline), dificultades en la sociabilización tienen que ver, a grandes rasgos, con el desarrollo del yo y del propio narcisismo, de la propia instancia narcisística. Esta es una conflictividad anterior a la conflictividad edipica en términos freudianos.
Alumna:¿ Cuando hay síntomas histéricos no necesariamente es una estructura histérica?
Profesor: si, eso es verdad, si.
Alumna: pero ahora está diciendo que hay predominio de síntomas histéricos…(inaudible)
Profesor: En la infancia es preferible hablar de sintomatología a dominancias. A mí me gusta más hablar de a dominancia de síntomas histéricos, a dominancia fóbica, a dominancia obsesiva. Cuando hablo de estructura, más bien, trato de hablar de estructura psíquica más que del cuadro. Como la cuestión de la estructura psicopatológica en la infancia está armándose, todos han tenido problemas para definir una estructura comparable a la histeria, a la neurosis obsesiva o las fobias. Entonces reconociendo esa dificultad, que realmente existe y tiene razones variadas, se habla de sintomatología a dominancia pero que haya a dominancia no quiere decir que no haya otras cosas. ¿Se entiende?
Lo normal y lo patológico. Obviamente lo que una civilización o una cultura consideran normal es totalmente cuestionable porque lo normal muchas veces es lo deseado, esperado, entonces eso trae problemas. Tampoco lo normal que nos va a importar es la normalidad estadística, eso habla de un promedio. Tampoco la normalidad es la adaptación, tampoco podría serlo como criterio único porque la adaptación como criterio es ubicuo: en el sentido de que puede estar bien que un niño vaya al jardín y disfrute del jardín pero puede estar muy bien que un niño no se adapte a un ambiente represor, coercitivo, violento, en cuyo caso entonces la no adaptación es un signo de salud.

Un niño totalmente normal como decía Melanie Klein, que hace caso, que no presenta conflictos, que no trae problemas a los padres es un niño enfermo, además de un niño sin encanto. Un niño normal no es un niño fácil dice esta autora en 1932. Pero cómo hacemos para definir cuando estamos ante algo patológico, ese es el problema, algo nos tiene que guiar. La palabra adaptación

ha sido muy cuestionado por el campo del psicoanálisis; los psicoanalistas americanos, conceptualizaron la adaptación del yo.

Sin embargo, se espera cierto grado en el desarrollo de un niño que los padres necesitan que vaya al jardín, que aprenda. En líneas generales ese deseo de los padres, que los niños van cumpliendo, es una adaptación a una ley común. Todos estamos en una cierta normatividad de la ley común, que puede ser la ley edipica que implica un reconocimiento de algunas leyes con lo que está permitido y lo que está prohibido. Esto no tiene nada que ver con hacer de los sujetos, sujetos iguales pero hay necesariamente en el desarrollo subjetivo una entrada a una cierta ley común. Esto en relación a la adaptación, pero un niño demasiado adaptado nos debe llamar la atención en el sentido de que nunca tiene conflictos, nunca tiene problemas. Por eso la palabra adaptación tiene realmente dificultades. Freud, como les dije en la primera clase, estableció una relación entre lo normal y lo patológico. Lo que descubre el psicoanálisis es que la psicopatología del neurótico lo lleva a la sintomatología de la vida cotidiana, es decir, hay un lazo de continuidad y ¿ dónde está la diferencia?. Bueno traté de precisárselas por el lado de cuando ciertos elementos psicopatológicos se fijan, se repiten y ya no se vuelven psicopatología de la vida cotidiana, se vuelve psicopatología que da sufrimiento.

El modo de sufrimiento nos hace pensar que estamos ante algo fuera de lo normal, la intensidad del sufrimiento, no el sufrimiento inevitable de la existencia y sus repeticiones. Tomando a Winnicott y también a André Green, que se interrogaron acerca de cuál es el criterio de salud en psicoanálisis. Habría que hablar de salud psíquica más que de normalidad, porque la normalidad nos lleva a la norma y trae complicaciones. Lo saludable de un desarrollo psíquico, de la estructura psíquica, es el uso de las defensas de modo flexible. Cuanto más flexible es el uso de las defensas subjetivas, más saludable es. La rigidez en el uso de las defensas, la rigidez en un solo tipo de defensa nos hablaría de algo que tendería hacia la enfermedad. Es saludable una buena conexión de los elementos conscientes e inconscientes. Un niño, un sujeto que tiene posibilidad de conectarse con sus aspectos inconscientes o conflictivos y soportar el grado de angustia es más saludable que un sujeto que reprime y sofoca todos sus conflictos, que no soporta las variaciones y que parece muy adaptado pero en realidad está usando defensas para no dar cuenta de su propia índole conflictiva entre sus afectos y las dificultades que tiene.

En la relación entre los síntomas existentes y el uso de las defensas, tenemos criterios para pensar la psicopatología. Hay niños con síntomas que puedan ser muy sufrientes y trabajando con ellos descubrimos que tienen un uso de defensas flexibles. Entonces el síntoma, las manifestaciones sintomáticas, se vuelven en

una estructura con mayor flexibilidad, más posibles de ser tramitadas. Estructuras más rígidas, dan sintomatología que también pueden ser estructuras muy sufrientes, rígidas. Hay que correlacionar los sufrimientos sintomáticos con la estructura del funcionamiento psíquico, eso es lo que nos da una pauta para saber frente a qué estamos.

Y otra salvedad más, que es importante, algo que también permite el considerar el pensamiento psicoanalítico es que la aparición de una sintomatología grave que parece la eclosión de algo serio, muchas veces es el comienzo de una salida que dio a su malestar que estaba mudo tiempo antes. Entonces no nos guiamos meramente por la eclosión sintomática sino por aquello de lo que da cuenta. Entonces lo que puede parecer el inicio de una enfermedad seria, es el modo de salida de algo peor que estaba mundo y era un malestar que era desapercibido. Por ello hablamos de una cautela en el uso del diagnóstico.