

CONSIDERACIONES SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA DE NIÑOS*

Dr. Raúl E. Levín**

Presentación

Ciertas tendencias del psicoanálisis persisten desde los orígenes en forma anacrónica si tenemos en cuenta los permanentes desarrollos del corpus teórico a lo largo de sus décadas de existencia. Son puntos de inercia o desajuste que han permanecido desde los comienzos, a pesar del tiempo transcurrido. Muchos de ellos se articulan a las relaciones de inicio entre psicoanálisis y medicina.

Algunos de los temas que de alguna manera han quedado “encriptados” a pesar de los avances teórico-clínicos, pueden quedar denotados en la persistencia de ciertos términos, que ya no serían adecuados a las ideas actuales del psicoanálisis.

Terminología

Algunos de estos puntos de detención han quedado expresados en cierta terminología que aún sigue siendo habitual, a pesar de que no se corresponde con su acepción más tradicional. Me refiero a términos que provienen de los inicios del psicoanálisis, cuando Freud, aparte de no tener otros a disposición, deseaba seguir comprometido con los principios médicos de su época. Su teoría no tenía aún el carácter de tal, y tampoco pretendía (más bien al contrario) que sus ideas fueran autónomas de la disciplina médica en boga. Intentaba que sus nuevas concepciones fueran aceptadas e integradas a la medicina, particularmente por las especialidades que se ocupaban de las mismas problemáticas clínicas que eran de su interés: la psiquiatría y la neurología.

* Conferencia pronunciada el 10 de abril del 2013 en el Departamento de Niñez y Adolescencia de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA).

** levinraul@fibertel.com.ar

Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes

Año 2013, N° 12

El término “patología” fue tomado de la medicina. Es una palabra central en dicha disciplina, que en cierto sentido la define. Alude a lo “no normal” y por lo tanto al campo de la enfermedad en términos médicos.

A la noción de “patologías” (enfermedades) se sumó una tendencia (a veces casi una pasión) clasificatoria, basada mayormente en lo descriptivo (y lo ideológico) ya que por lo general se atribuía el origen de las enfermedades psiquiátricas a suposiciones (que tomaban la forma de certezas), que encubrían la ignorancia médica y avalaban tratamientos sin fundamento científico.

Pero hacía falta, si no había resultados en lo terapéutico, al menos un ordenamiento de los respectivos y diferentes “desvíos de lo normal”. Una operación mediante la cual dichos desvíos cayeran en un casillero en el que el “clásificado” quedara inscripto, y habilitara a una conducta médica de dominio, sostén, y en algunas oportunidades, de intención terapéutica.

Uno de los primeros resultados de la indagación freudiana, fue poner en evidencia lo difuso que era para el psiquismo el límite entre normalidad y patología. Desde el punto de vista ideológico fue un descalabro para la noción médica de enfermedad. Freud demostró que aun en pacientes graves, se sostenían las mismas estructuras psíquicas que se consideraban necesarias tanto para el desarrollo como también para la estructuración de la condición de sujeto propia del humano.

Pero en un principio, tampoco era fácil librarse de la medicina.

Aún con un descubrimiento innovador, como resultaba de situar el origen de los trastornos en la interioridad de lo vivenciado por el paciente, en lo inmaterial y lo singular de la subjetividad (afectos, fantasías, recuerdos, sueños), no tenían sus hallazgos suficiente entidad como para desligarse de la terminología médica, que era la única que tenía a su disposición. Por otra parte el discurso médico supuestamente contribuía a no quedar excluido de la comunidad profesional de la que Freud provenía y en la que deseaba permanecer y hallar aceptación.

Sabemos sin embargo que la corporación de colegas no entendió (o no pudo entender) lo innovador de las ideas de Freud acerca de la dinámica del psiquismo. A pesar de sus intentos de no perder la pertenencia, quedaron entonces sus postulaciones aisladas y hasta rechazadas por la comunidad profesional y académica de la que Freud esperaba comprensión y reconocimiento.

Uno de los tantos principios del psicoanálisis que resultaban inaceptables para la medicina está condensado en el término “patología”. A diferencia de lo que significaba para el saber médico esta palabra, para el psicoanálisis, tendría un valor más parojoal que

asertivo. Sin embargo la palabra “patología” sigue presente en la terminología psicoanalítica, aún cuando el psicoanálisis desnaturaliza su acepción médica.

Es muy difícil (y a veces innecesario) para nosotros los psicoanalistas, separar lo normal y lo patológico. La estructura neurótica –es un ejemplo muy contundente- refiere tanto a una imprescindible constitución para el desarrollo propio del sujeto humano, como también al fundamento de la formulación de un cuadro neurótico.

Una de las experiencias más reconocidas y asombrosas para el psicoanalista de niños, es cómo éste, en el período de adquisición del lenguaje y la constitución de su estructura metapsicológica, suele hacer síntomas semejantes a los de una neurosis (fobias, formaciones obsesivas). La delimitación entre lo normal y lo que lo excede es a veces uno de nuestros desafíos en las consultas diagnósticas de estos casos. O quizás tendríamos que decir que en psicoanálisis no es pertinente pensar en términos de normal y patológico.

Sin embargo, aunque le demos otro alcance, la palabra “patología” sigue teniendo entre nosotros actualidad, a pesar de las diferencias con su acepción médica.

¿Psicopatología psicoanalítica?

Estamos ante el dilema relacionado con el término “patología”. El psicoanálisis no lo admite en su acepción médica. De sus fundamentos se desprende que no existe una línea divisoria entre salud y enfermedad. La perturbación neurótica tiene dinamismos que se basan –aunque excedidos, deformados o inhibidos- en los mismos que definen lo “normal” (palabra que como antónimo de “patológico”, puede ser igualmente objetada).

Esta contradicción no fue suficiente para que el psicoanálisis suprima de su léxico la palabra “patología”. El arrastre o la inercia desde los orígenes médicos y el reclamo de no quedar aislado de la disciplina médica, fueron quizás alguna de las razones por las que la palabra perduró. Quizás también las propias resistencias de los psicoanalistas al psicoanálisis contribuyeron a seguir adjuntándose a lo médico. Por eso cuando se alude al psicoanálisis en sus fundamentos, la palabra “patología” puede resonar como parojoal.

Algo de esto pudo estar en la mente de Freud cuando escribió su “Psicopatología de la vida cotidiana” (1901). Parece casi una ironía (o hasta un chiste) presentar fenómenos paradigmáticos de la neurosis (actos, síntomas, actos fallidos y otras formaciones sustitutivas) no solo como cotidianos e ineludibles en la vida común, sino además (y esto es lo contradictorio) compatibles e incluso inherentes a la posibilidad de mantener un equilibrio psíquico.

¿Quiere decir esto que debemos eliminar la palabra “patología” de nuestra jerga? No creo que sea pertinente ni necesario. Quizás tampoco posible después de más de cien años de desarrollo psicoanalítico. Me parece adecuado reformular su sentido en términos psicoanalíticos, abordándola desde nuestra experiencia derivada de la teoría y la clínica actual. Para ello hay que comenzar por relativizar el carácter contundente que tiene para la medicina, y por sobre todo desestimar el alcance generalizador y clasificacionista que se le otorgó.

Se desprende de nuestra práctica, que si bien podemos atribuir tentativamente una nosología de comienzo, a poco de iniciar un psicoanálisis, cada paciente va a ser único, singular e inclasificable para la indagación psicoanalítica. Es el conocido “caso por caso” del que tanto hablamos últimamente.

Propongo que consideremos el diagnóstico psicopatológico psicoanalítico tomando en cuenta distintas vertientes del corpus teórico e intentando encontrar su propia dinámica y las relaciones entre ellas.

Yo suelo tomar como referencia al menos tres formulaciones de distinto nivel, a las que intento relacionar para poder aproximar un diagnóstico que exprese lo propio del paciente, tanto al comienzo como durante el proceso de su psicoanálisis.

Voy a enunciar los modelos teóricos a los que doy prioridad, aunque a estos luego los combine con conceptos de otro orden que pueden enriquecer mi aproximación psicoanalítica, según reclamos de la clínica o eventualmente de su estudio y transmisión entre colegas.

Siempre tengo en cuenta como referencia la *metapsicología* freudiana. Tradicionalmente se considera que hay dos versiones, la del 1914 y la de “El Yo y el Ello” (1923), pero en realidad una no invalida la otra sino que recíprocamente se completan y complejizan. Ambas teorías metapsicológicas se enriquecen mutuamente.

Me resulta importante evaluar no solamente los aspectos estructurales de la metapsicología, sino también las variables que introduce el *narcisismo*. Su información da cuenta por ejemplo de la adhesión al síntoma, la viscosidad libidinal, las resistencias a la resolución de una neurosis, los aspectos tanáticos que pueden obstaculizar o impedir la posibilidad de un psicoanálisis.

El *lenguaje* será el que nos dará acceso al guión inconciente al que nos dirigimos para que sea develado. Hay una narrativa que se expresa a través del habla, el acto, el juego, el dibujo. Este relato (con su lenguaje, sus acepciones, sus inflexiones, sus fracturas

y su gramática) y su “escucha” es un dato fundamental para la consideración de un sujeto que ensaya una experiencia relacionada al psicoanálisis.

Este es el campo estrictamente psicoanalítico del que puede suponerse al menos una aproximación a una psicopatología propiamente psicoanalítica

Freud no ignoró otras problemáticas de difícil inclusión teórica dentro del campo de su disciplina. Por lo contrario, siempre fueron desafíos a resolver, y alicientes para los desarrollos conceptuales. Estos temas que no podían ser abarcados en forma directa por el psicoanálisis, pero siempre estimulando interrogantes, incluían por ejemplo las psicosis, las neurosis actuales, y también la consideración del niño pequeño en su estatuto teórico y en sus posibilidades de acceso clínico al psicoanálisis.

Las incumbencias propias del psicoanálisis quedaron ceñidas a la definición de las neurosis de acuerdo a su dinámica inconciente y al constante esfuerzo por situar cuadros clínicos que estaban por fuera de la comprensión metapsicológica.

Psicopatología psicoanalítica de niños

Respecto a tomar las variantes de la estructura metapsicológica como fundamento de una psicopatología psicoanalítica, no se establecen muchas diferencias (salvo especificidades relacionadas al desarrollo) entre adultos y niños que han atravesado el conflicto edípico y sus trayectos. La formación de síntomas se sustenta –lo expreso de una manera reduccionista– en ambas situaciones según el empuje pulsional y las relaciones con las instancias metapsicológicas constituidas. El lenguaje será el acceso del que se podrá develar el deseo inconciente reprimido que da lugar al síntoma, a otras formaciones sustitutivas y a la angustia.

Desde este panorama de la psicopatología psicoanalítica, tal es la paridad entre el niño “post-edípico” y el sujeto adulto, que Freud toma como referente clínico para conceptualizar las fobias el historial de Juanito, niño de 5 años de edad (Freud, S.: “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, (1905)). Y hace extensivo este modelo clínico de comprender la constitución de una neurosis a cualquier momento de la vida.

En 1926, cuando publica “Inhibición, síntoma y angustia”, texto central que fundamenta la relación entre neurosis y angustia, vuelve a sustentarse en el caso Juanito.

Sin embargo este panorama paradigmático para componer una eventual psicopatología psicoanalítica no puede ser validado en el caso de niños pequeños. Hay un reclamo de la teoría y de la práctica del psicoanálisis tanto de indagar los orígenes como de avalar la posibilidad de psicoanalizar niños ubicados en una situación previa a la estructuración edípica, en cierto sentido sumida en el misterio derivado de la imposibilidad de acceder a lo que la amnesia infantil del adulto no da acceso y a la carencia de un lenguaje enunciante de la emocionalidad del niño pequeño. En este período de la vida –el de la represión primaria–, en los prolegómenos de la constitución de la estructura de sujeto, la teoría se guía por observaciones, atribuciones de mecanismos propios de la vida adulta, y la producción de datos provenientes de estados regresivos en la transferencia de adultos (es muy común suponer una ecuación de identidad entre regresión y niñez). A diferencia de lo que ocurre en relación a los sujetos constituidos, la composición teórica respecto a la niñez proviene de modelos basados en atribuciones desde un sujeto que ordena especulativamente datos que provienen de la experiencia (aunque fuera regresiva) de un sujeto adulto. A diferencia de lo que pasa con los pacientes adultos, cuya capacidad de transmisión mediante la palabra ha sido central en la composición de la teoría, la conformación de modelos teóricos que dan cuenta de la primera infancia provienen de la ¹experiencia psicoanalítica con adultos. Esto no quita interés al psicoanálisis de niños pequeños, sino que por lo contrario es un constante desafío al desarrollo del psicoanálisis en general. Pero debemos reconocer que las teorías sobre el psiquismo temprano derivan de una heurística diferente, que no invalida los resultados obtenidos, pero que los califica en un nivel epistemológico distinto al del psicoanálisis tradicional. Por lo tanto estos modelos teóricos, al ser de otro orden, no pueden ser comparados o relacionados en una ecuación de igualdad con los obtenidos de la experiencia de pacientes con una estructura edípica constituida y un lenguaje enunciante que da cuenta de un ordenamiento metapsicológico.

A esta discrepancia entre los hallazgos del psicoanálisis freudiano y el análisis de niños se refiere Freud en la conocida carta a Jones del 26 de mayo de 1935, cuando requerida su opinión en relación a las controversias entre Melanie Klein y Anna Freud, dice entre otras cosas: "...la esfera en que ella (M.K.) ha hecho sus observaciones me es ajena."***

Con los niños pequeños estamos entonces en un campo distinto. No hay un sustrato teórico del mismo nivel que para el psicoanálisis en general. La psicopatología también suele ser menos confiable. Se utilizan terminologías inadecuadas, por ejemplo "fobias tempranas"

o “mecanismos obsesivos tempranos” porque no se compadecen con la carencia de una noción de inconciente y una organización metapsicológica que condiga con la que define las neurosis en términos tradicionales psicoanalíticos.

Hay cuadros que se presentan en la primera infancia que no son extensiones o atribuciones a punto de partida de los conocidos como propios de los pacientes adultos. Entre ellos, mencionamos el autismo. No son pocas las dudas sobre su verdadera naturaleza. Las especulaciones acerca de su etiología son de diferente nivel: desde la participación de una fuerte carga constitucional hasta las incidencias de la calidad de las relaciones objetuales primarias. A pesar de ser un cuadro que se presenta en la primera infancia no pueden eludirse opiniones sustentadas en experiencias derivadas de alternativas de las relaciones tempranas que han sido teorizadas desde el análisis de adultos. Es también difícil definir la posible relación entre posibles depresiones tempranas y autismo. Es un cuadro que da lugar a multitud de versiones, incluso a derivaciones opinables (como la de su supuesta variante, la enfermedad de Asperger).

Se trata en realidad de uno de los muchos ejemplos relacionados a cuadros “psicopatológicos” de la primera infancia que dan cuenta de la ignorancia que tenemos acerca de los dinamismos de la emocionalidad infantil, que no puede ser transmitida verbalmente por quien la experimenta (o sufre).

Comentario final

He intentado en forma muy compacta dar una idea panorámica de lo que se entiende –por cierto de una manera opinable- por psicopatología psicoanalítica, con una referencia particular a la psicopatología infantil.

He tenido que atravesar (sin llegar a desconocer) la dificultad de estar ocupándose de los cuadros psicoanalíticos como si fueran “patologías”, palabra que desmiente (a menos que el problema sea aclarado) que a diferencia del punto de vista médico, el psicoanálisis no se centra en establecer una línea divisoria tajante entre normalidad y patología.

No me he ocupado de las psicosis, tema que atañe a los interrogantes psicoanalíticos, pero que no podría afirmar corresponden estrictamente al campo del psicoanálisis.

Me he referido, lo reitero en forma casi redundante, al punto de vista del aporte psicoanalítico. Por eso he dejado fuera de mis consideraciones a una sucesión de

Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes

Año 2013, N° 12

problemáticas de otro nivel conceptual que suelen ser elevadas a la categoría de un diagnóstico, pero que en realidad derivan de la observación fenomenológica, reiterando verbalizaciones del motivo de consulta provenientes de los encuentros coloquiales con los padres, o de modas o intereses de otro orden. Me refiero a una interminable lista de planteos enunciados en forma manifiesta, que incluyen desde preocupaciones producto de la observación de la vida familiar o vincular, o que son producto de la circulación de problemáticas escolares o de otra índole en boga (como el "déficit de atención"), que en realidad no dan cuenta de un diagnóstico en términos psicoanalíticos, al que arribaremos mediante las herramientas psicoanalíticas estableciendo su fundamentación metapsicológica y narcisísistica, mediante el lenguaje que nos dará acceso a lo inconciente en juego.