

Revista SIN CONTORNOS

ESPACIO DE ENTRAMADO PSICOANALÍTICO
www.sincontornos.com



Nº3 - Enero 2016

El problema de la psicopatología

Branko Gerlero Cogo

Nos ocuparemos de uno de los capítulos más controversiales en el campo de la salud mental, digamos en un sentido amplio, de todo lo que abarcan las disciplinas llamadas Psi: el problema de la psicopatología. La cuestión de las nominaciones y las clasificaciones plantean controversias que han librado batallas épicas entre escuelas a lo largo de toda la modernidad.

Desde el nacimiento mismo de la psiquiatría, el estatuto que toma el loco frente a la mirada del médico ha sido objeto de discusión. La fundación del campo psiquiátrico se produce en el contexto de los importantes cambios socio-históricos que acompañan a la revolución francesa. El nacimiento de la psiquiatría como disciplina dentro de la medicina presenta un rasgo singular: no surge por diferenciación de conocimiento o por el progreso de técnicas de exploración, sino que por el contrario, se encuentra estrechamente relacionado con un cambio de otro orden, un cambio que recae sobre la *consideración de la locura*, cambio que implica una nueva perspectiva sobre el loco, que adquirirá el estatuto de enfermo como *alienado mental*. Anteriormente a esto, la locura era campo de jurisdicción a cargo del derecho, y el loco, junto con los marginales y criminales, compartían un mismo lugar en función de su peligrosidad. Es Pinel

(1793) quien inicia un movimiento que atiende a separar al loco de este conjunto a partir de una consideración médica que privilegia la dimensión terapéutica, inspirada en los principios de la ilustración, que implicaba por otra parte la creación de una institución específica organizada a partir de lo que llevo el nombre de **tratamiento moral**, tomando aquí moral, como psicológico. Hecho así el pasaje de la locura del campo del derecho al campo de la medicina, la locura quedará sujeta a nuevos *mecanismos de control social*. El loco será sujeto de observación y clasificación fundamentalmente. Si bien el mito es de orden filantrópico, para Foucault (Historia de la locura – enfermedad mental y personalidad) la creación del discurso teórico psiquiátrico iniciado por Pinel solo sistematiza y justifica una práctica segregativa de la locura, que basaba su eficacia en el aislamiento del loco de su medio social. “*La alienación (dice Foucault) surge como una noción abstracta de la integración de las prácticas jurídicas y médicas*”. Intentamos pensar de qué manera, desde el siglo XVIII hasta la actualidad, la lógica con la que se trata a los padecimientos mentales sigue siendo en sus generalidades una lógica segregativa y de control social, estableciéndose de esta manera una subordinación de la medicina y la psicología al campo de lo jurídico. Es una posición ética en psicoanálisis, no quedar (del todo) entrampado al servicio de dichos mecanismos de segregación, estableciendo la diferencia necesaria, ya para nosotros una diferencia lógica, que pensó Freud entre salud y normalidad; así como también aquella que pensó Winnicott entre salud y sobre adaptación, o más precisamente la relación de acatamiento a las exigencias del medio.

Más importantes se hacen estas distinciones a la hora de hablar de psicopatología en la infancia temprana, en tanto y en cuanto serán los discursos de los profesionales de la salud y de los pedagogos los que condicionaran en cierta medida el destino, saludable o no, de algunos niños. En la actualidad, las nominaciones psicopatológicas han devenido logos, etiquetas de mercado más

que elementos que condensan descripciones clínicas. Más bien, se instituyen en tanto categorías que nominan y definen el ser, que le dan forma, ya no se sostienen en el ámbito de la descripción y utilización por parte de la fina semiología impartida por el experto, sino que moldean el ser en tanto que lo instituyen como un trastornado, más allá de cualquier singularidad que haga asomar a lo que queda del sujeto. Superado el adultomorfismo del siglo XIX, en donde la psiquiatría intentó hacer encajar a los niños en las categorías y clasificaciones nosográficas de las enfermedades adultas, y pasado de moda el psicoanálisis de niños clásico – dígame kleinismo o annafreudismo – la psicopatología infantil cae en una clasificación normativa que no deja lugar alguno a lo pasible de devenir singularidad, y en donde la anormalidad se traduce inmediatamente como patología (trastorno).

En tanto etiquetas o logos del mercado, las nominaciones psicopatológicas devienen mercancía, a las que por su puesto se le adosa el psicofármaco correspondiente. Ante dicha situación, el mercado fabrica una moda, y la enfermedad mental funciona como punto de anclaje identificatorio allí donde no hay lugar para la angustia. Los analistas nos encontramos cada vez más rechazando aspirantes a pacientes que nos vienen derivados de jardines de infantes y escuelas, porque cualquier conducta que no se ajuste a la norma –una norma ya desnormatizada, la que puede funcionar hoy- es tomada hoy en términos de patología. El mercado se ha hecho cargo también de popularizar dichas nominaciones, y también de alguno de sus rasgos clínicos patognomónicos. Los legos, al decir de Freud, se instituyen en pseudo psicopatólogos, al punto tal de que cualquiera puede diagnosticar una bipolaridad, un ataque de pánico, un trastorno de ansiedad, o una depresión en el caso de adultos; o bien un autismo, un ADD o ADHD en niños, con la sola consulta a una página de internet, o bien solo apelando solo al saber popular

Sabemos que nuestra práctica en tanto psicoanalistas tiene que ver fundamentalmente con la metabolización por parte del sujeto de los enunciados que le vienen del medio, de modo tal que un primer trabajo en la consulta analítica será limpiar de impurezas, destituir efectos de nominación que funcionan las más de las veces como defensa, y los pacientes se presentan como enfermos, o presentan a sus hijos con tal o cual patología. Es decir, en la actualidad se hace necesario un doble trabajo inicial: por un lado un des-diagnóstico de aquello con lo que lo nominó el medio –llámese escuela, familia, pediatra, etc. en conjunto con el paciente, de modo tal de despejar identificaciones que coagulan y aplanan cualquier tipo de singularidad subjetiva; y por otro lado un diagnóstico en términos amplios, y no –solamente-clasificadorio en términos de etiqueta.

Una actitud diagnóstica psicoanalítica implica juntamente eso, una apertura a lo singular de cierto conglomerado sintomático, y la ubicación y función de cada síntoma, determinando el modo de funcionamiento y constitución en la economía libidinal de este sujeto, constituido y habitando este medio. Semiología entonces de la presentación sintomática del paciente, y además, semiología del medio, estableciendo sus relaciones intrínsecas y de inherencia.

Pero es fundamental el primer punto, porque de lo contrario caeríamos en un ambientalismo que supone, como lo han hecho ciertas modas teóricas, que el niño no es más que un efecto del medio en el que vive, no dejando de su lado nada de la espontaneidad constitutiva, ni de los modos singulares de metabolización de lo que ese medio ofrece. Dirá Silvia Bleichmar: “*lo que busco cuando hago diagnóstico es –en primera instancia- de qué manera está operando el conflicto intrasubjetivo, vale decir, intersistémico, y también de qué manera se están jugando ciertas cuestiones en la relación con el semejante*”. (Bleichmar, S. 2000).

Entonces, para hablar de psicopatología, retomaremos *algo* del espíritu de Jaspers en su psicopatología general, teniendo en cuenta que se trata de un método de búsqueda, de investigación clínica, de búsqueda de signos a veces muy poco evidentes y muy poco asequibles a la comprensión: en nuestro caso el método será psicoanalítico. Y además, la tomaremos como una tabla de orientación, en donde existen las clasificaciones, pero las utilizaremos justamente para ir desde la práctica – investigación clínica hacia ella, y no desde ellas hacia la realidad con pretensiones de correspondencia biunívoca.

Caso clínico:

Melchor tiene 3 años y 5 meses en el momento en que hacen la consulta en el área de salud mental del hospital de Chivicoy, derivado desde el CEAT (centro de estimulación temprana). A este centro es derivado por el pediatra a mediados del año 2013 con diagnóstico de retraso madurativo leve, sin antecedentes, y parto normal. Comienza estimulación temprana casi un año después, a la edad de 3 años. Allí comienza tratamiento de fonoaudiología, toma sesiones con una maestra estimuladora, y se realiza una interconsulta con médico otorrinolaringólogo por sospecha de sordera congénita, dando por resultado una evaluación normal. Según la maestra estimuladora y la fonoaudióloga, Melchor no registraba sonidos, con lo cual decidieron descartar lo auditivo. En el mismo mes en que comienza estimulación, solicitan también consulta con médico neurólogo, evidenciando resultados de evaluación normal, y la indicación de que siga con estimulación del lenguaje. Se encuentra tranquilo siempre y cuando la mamá está cerca, y si logran por un momento jugar sin la mamá en presencia, comienza a hacer berrinches cuando escucha la palabra “mamá”.

Vive con su mamá (25), su papá (28), su hermano mayor (10) y su hermana menor (1,6), en una parte muy reducida de la casa, porque la otra parte la

subalquilan. La mamá es ama de casa y el papá es obrero de la construcción. Según cuenta la mamá de Melchor, el papá no comparte demasiado tiempo con ninguno de sus hijos y los grita mucho. Ella hizo el intento de hablar con los hermanos de su marido, pero a ellos tampoco les hace caso.

En abril de 2015 realizan la consulta conmigo en el hospital. Concorre a la consulta en compañía de su madre y de su hermanita de un año y medio de edad. Los invito a pasar al consultorio y la mamá comenta que Melchor tiene grandes dificultades para separarse de ella, y esto ha sido motivo para que en el jardín le recomienden que espere un tiempo más para llevarlo, puesto que el niño solo tolera quedarse media hora en la sala, y no para de llorar durante todo el tiempo que se encuentra allí. Intento que la mamá salga y quedarme jugando con él, pero automáticamente comienza a hacer una rabieta y a decir No, acercándose a la puerta para que la mamá no salga. En el área del lenguaje presenta Jerga, a todo responde con un Ticu Ticu rítmico, que a primera vista no impresiona ninguna intención comunicativa, aunque observando un poco más de cerca puedo pesquisar que lo dice cuando le pregunto algo o cuando se encuentra con algún juguete que le gusta. A lo largo de las sesiones comienzo a explorar la utilización que hace el niño del lenguaje. Presenta palabras monosilábicas como “No” o “Si”, y fragmentos de palabras como “Ma”. Interrogo a la madre acerca del lenguaje, y me comenta que ella le entiende, que lo que más aparece es este ticu ticu, pero que tiene algunas palabras y que “se hace en entender todo lo que quiere”. Le pregunto a la mamá si alguien de su familia tuvo antecedentes de retraso en la adquisición del lenguaje hablado, y me comenta que su hermano mayor, que actualmente tienen diez años, comenzó a hablar recién a los cuatro años, momento en que decidió enviarlo al jardín de infantes, y que sus primos que aún viven en Bolivia también presentaron retrasos en la adquisición de la lengua hablada, comenzando a hablar uno de ellos recién a los 7 años. Durante las sesiones utilizamos la caja de juegos, elige los juguetes con

los que quiere jugar y, si yo lo convoco, podemos jugar juntos y compartir juguetes. Mientras juega, suena, yo retomo estos sonidos y empezamos a compartirlos, hasta que podemos hacer una conexión entre el sonido y el juguete en tanto que los sonidos devienen onomatopéyicos. Toma un bloque con ruedas y comienza a hacerlo andar, le digo “es un tren, como hace el tren, chu chuuu”. En ese momento hacen lazo, en un decir soussureano, significante y significado, y cada vez que toma el bloque con ruedas y lo hace andar, le pregunto ¿Cómo hace el tren? Chu chuu, responde, y comienza a utilizarlo en el juego.

Por otro lado, es un niño que no habla, pero que está en el lenguaje; mantengo una actitud exploratoria, y comienzo a pedirle que me alcance cosas de la caja de juegos.

Allí puedo corroborar no solo que entiende el significado de las palabras que le digo, es decir que conecta concepto con objeto, sino que además reconoce algunos colores, cuando le pido que me alcance alguno de los lápices para dibujar.

En varias oportunidades, no hemos podido entrar al consultorio, y al intento de interactuar con el presentaba rabietas y se tenían que volver a su casa. Esto es posterior a un intento por parte mía de que, en sesiones anteriores, se quede conmigo jugando en el consultorio, y la madre afuera. Es decir, luego de eso, él anticipa la posibilidad de que esto vuelva a suceder y no quiere volver a entrar. También comenzaban estas rabietas cuando había demasiada gente en la sala de espera, o alguien se interponía en el pasillo que lleva al consultorio; allí volvía para atrás y terminábamos realizando la sesión en la sala de espera.

Un paso antes de volver a entrar al consultorio, es el dibujar con la secretaria. Al presentarse muy inquieto, se acerca a la secretaria y toma un lápiz y un papel, y comienza a garabatear. Correlativo de ello, es la construcción de un pasillo con las puertas (la de la sala de espera y la de mi consultorio) por el cual él puede ingresar sin mayores dificultades. Aquí se presenta una variación: si la madre

permanece dentro del consultorio, él se apura a cerrar la puerta, y si la madre se queda en la sala de espera, dejamos el “túnel” abierto, y al intento de cerrar la puerta me lo impide.

Durante todas las sesiones se da la secuencia de dibujo - juego o Juego – dibujo. No logra formas, pero muestra gran placer en el dibujo, que compartimos ambos en la misma hoja, y se muestra interesado en elegir los colores. La madre comenta que es una actividad que comparte con el hermano y con ella.

La última sesión transcurrió luego de dos meses en los que se había ido a Bolivia con su mamá y su hermana más pequeña. Me lo encuentro en la sala de espera de niño sano, estaba muy alegre, jugando entre su mamá y los otros niños que había allí. Iba a buscar a una niña para jugar, con su lenguaje escaso. Al otro día, entra al consultorio sin ningún problema, jugamos/dibujamos y noto que logro algunas palabras más como Hola, Chau, Chocó... esta última correspondiente a un juego que comenta la mamá, cada cosa que lleva con fuerza hacia la pared se acompaña de un “chocó!”

Es interesante pensar este caso a la luz de una posición teórica psicopatológica como la que presentamos al principio, porque funciona algo así como representante, como *retrato* dirá Ricardo Rodolfo, de muchos pacientes en donde no se puede poner una etiqueta nosológica con total claridad, justamente porque son sujetos en vías de estructuración de la tópica psíquica. Con lo cual, hablar de una patología con nombre y apellido no sería más que cristalizar una observación, un estado, en una clínica completamente sincrónica y que procede por cortes, sin tener en cuentas los múltiples pronósticos posibles. Sobre todo, en psicopatología de corte psicoanalítico, se nos hace imposible pensar a Melchor dentro del esquematismo Neurosis / psicosis. Diríamos más bien, que se hace necesario el establecimiento de otros vectores de lectura clínica, como por ejemplo la pregunta acerca de si el conglomerado semiológico que presenta es del orden del síntoma o del orden del trastorno. Teniendo en cuenta el

criterio psicopatológico que planteábamos en la introducción, resulta de suma importancia pensar cuales son las características de las problemáticas que presenta el niño, tanto como el diagnóstico en salud.

Es decir, cuales son los recursos con que contamos para trabajar y que grado de permeabilidad reviste a la hora de las intervenciones.

Teniendo en cuenta que lo envían para tratamiento con sospecha de autismo, endremos en cuenta la posición de Golse a la hora de hablar de la plasticidad de los trastornos autistas. No podemos afirmar en ninguna medida que este niño presenta un cuadro de autismo infantil precoz, teniendo en cuenta que, si bien algunos de los otros devienen peligrosos, su respuesta, su defensa, no es el encapsulamiento autístico, sino más bien la huida al regazo de la madre.

En este sentido, podemos pensar en dificultades de la separación, que nos hacen pensar también en cuales fueron las características del vínculo de apego; teniendo en cuenta que, un buen apego implica necesariamente un buen desapego.

Si pensamos en cuadros psicopatológicos, debemos pensar más que en un autismo, en un cuadro de psicosis infantil, lo que Margaret Malher hubiera conceptualizado como psicosis simbiótica, presentado semiológicamente escasa capacidad de relacionarse con otros si no cuenta con la presencia física de la misma. Es decir, encontramos aquí lo fallido de la constitución de una superficie de continuidad que permite el jugar a solas.

Diferenciamos entonces; no encontramos en Melchor una falla o una fijación a nivel del autoerotismo, sino más bien en la constitución del narcisismo, habiendo fallas importantes en las funciones yoicas que le permitan un sentir autónomo y un pensar autónomo, sin peligro de desintegración subjetiva. Tomando al mismo autor, diremos que cuando el bebé nace hay 4 dominios importantes que se abren, elementos que avanzan juntos: la autoconservación, el apego y la intersubjetividad y el último es el de la regulación del placer y del

displacer. Al mismo tiempo hay tres grandes temáticas, la temática de los envoltorios psíquicos, la temática de los lazos primitivos y la temática de las relaciones propiamente dichas. Con Melchor podemos decir que si bien no hay una privación en lo que refiere al acceso a la intersubjetividad, si hay una clara perturbación de la misma: por un lado por la dificultad de relación con otros en ausencia física de la figura materna, y por otro lado por la marcada perturbación en el acceso a la lengua hablada. Es un niño que no ha podido *agarrar y hacer uso del lenguaje*, en tanto objeto y en tanto elemento de relación/ diferenciación con otros. El lenguaje consta de dos movimientos simultáneos en su función; por un lado señala la distancia intersubjetiva, pero por otro lado la llena. En casos de algunos niños autistas ni siquiera pueden establecer la distancia de separación, el otro no existe en absoluto. En el caso de Melchor, la distancia de separación esta perturbada, y a medida que el tratamiento avanza podemos decir que está en vías de constitución. Pero aun no organiza “tela de araña” intersubjetiva, más bien establece una línea madre – niño, niño - madre.

Por otro lado, vemos los efectos del ambiente en la constitución subjetiva de Melchor. El medio en el que habita, podríamos decir en términos de Winnicott que es un medio que obstruye, es decir que no facilita los procesos de maduración, y en tanto tal, no se constituye en un ambiente facilitador. El modo en que la madre se refiere a su pasado con una nostalgia notable, su angustia cuando relata su vida en Bolivia y cuando relata sus problemas con su marido y el modo en que este trata a los niños, dejan entrever una situación de duelo que tiene que ver con el destierro y con un bienestar perdido, desde su cultura y sus relaciones familiares, hasta sus comodidades habitacionales. Prueba de ello es que cuando pasan un par de meses en Bolivia, Melchor vuelve mucho más alegre y más organizado en su conducta, a punto tal de que logra el juego de Chocar, que se acompaña de la palabra “choco”, prueba de un mínimo indicio de

constitución del espacio, y base para la constitución de un arrojar que le permita la distancia necesaria para un acceso a la intersubjetividad.



Bibliografía:

- Bleichmar, S. (1999). Clínica psicoanalítica y neogénesis. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. Primeras inscripciones, primeras ligazones. En La fundación del inconsciente. Ed. Amorrortu.
- Golse, B. Conferencia: “Cuerpo y Desarrollo. Simbolización en presencia y en ausencia. La metáfora de la araña”. Asociación Psicoanalítica Argentina
- B.Golse y S.Eliez. Sobre el autismo y de los trastornos invasores del desarrollo. Del “proceso autistizante” al autismo de Scanner.
- Golse, B . Sobre lo que no podemos ceder
- Punta Rodulfo, M. (2009) El psicoanálisis, el educador, el pediatra y el niño sano. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/102_infanto_juvenil/material/elpsicoanalisis_educador_elpediatra.pdf
- Punta Rodulfo, M. Desde la salud hacia lo psicopatológico. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/102_infanto_juvenil/material/salud_h/pdf_5/16_Facultad_de_psicologia,_UBA.Fecha:07/14/1413:08:25 .
- Rodulfo, R. (2004). Serie y suplemento. En El psicoanálisis de nuevo: elementos para la deconstrucción del psicoanálisis tradicional. (pp. 21-36). Buenos Aires: Eudeba.
- Rodulfo, R. (1992). La vivencia de satisfacción y la patología grave temprana. En Estudios Clínicos. (pp.235-246). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. Naturaleza Humana. Ed. Paidos.
- Winnicott, D. Los Procesos de maduración y el ambiente Facilitador. Ed. Paidos.