

Psiquiatría infantil y psicoanálisis

Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes



SANDRA L. PRESS¹

INTRODUCCIÓN

Quienes ejercemos la psiquiatría con una perspectiva psicoanalítica acordamos con quienes reconocen que «la doctrina psicoanalítica fue la primera en dar un serio impulso a la psiquiatría infantil».²

Sigmund Freud, Melanie Klein, Anna Freud, René Spitz, Margaret Mahler, Donald Winnicott, Erik Erikson, John Bowlby, Mary Ainsworth son reconocidos como pioneros, padres junto a otros, de una psiquiatría de niños y adolescentes. En nuestro país merece este reconocimiento el psicoanalista profesor emérito doctor Luis Enrique Prego Silva, quien impulsó la creación del Postgrado de Psiquiatría de Niños dentro de la Facultad de Medicina, primero en Latinoamérica separado de la pediatría y de la psiquiatría de adultos.

No obstante, G. O. Gabbard nos recuerda que desde la edición del DSM III se viene menoscabando la formación psicoanalítica de los psiquiatras y por ende su posicionamiento frente a los pacientes, observando que en los médicos «hay una necesidad defensiva de impedir una conexión con el paciente» (135).

1 Médico, psiquiatra infantil, miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. slpress@adinet.com.uy

2 Torres Iglesias A., Domínguez Santos, Rodríguez Sacristán, «La psiquiatría infantil hoy (II)».

Esta tercera edición, desprovista de toda teoría, determinó un cambio al jerarquizar fenómenos descriptivos, en que el síntoma aislado comanda la visión diagnóstica, dejando a la semiología y agrupación sindromática divorciada del contexto dinámico de la organización de la personalidad y de la transferencia.

Esta situación fue ubicando en extremos opuestos –en ocasiones de exclusión recíproca– esquemas epistemológicos que se enriquecerían mutuamente a la hora de la comprensión diagnóstica de los pacientes. La psiquiatría y sus modalidades de intervención se han visto alejadas del psicoanálisis y viceversa.

Vimos desaparecer nociones como la neurosis y la psicosis infantil, el conflicto psíquico y sus dinamismos defensivos, elementos que sitúan al síntoma en una constelación de estructura, fundamentos básicos que orientan la psicopatología.

Este desconocimiento puede operar como escotoma al momento de la exploración clínica, limitando al psiquiatra no solo para establecer un diálogo que ofrezca sentido al padecimiento sino por influir a la hora del diagnóstico y/o indicación terapéutica.

Éstos variarán si dilucidamos el tipo de angustia, el nivel de las dificultades para la simbolización enmarcados en una historia singular, que se reaniman en el contexto transferencial de la entrevista psiquiátrica.

Dejo planteadas así algunas de las inquietudes que surgen de mi experiencia y me estimularon a trabajar este conflicto. Intentaré seguir, como hilo conductor, el enriquecimiento que logra la práctica del psiquiatra infantil con aportes fundamentales del psicoanálisis.

PSICOANÁLISIS Y PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

Las clasificaciones

Tras el descubrimiento del inconsciente hace más de un siglo, los conceptos de pulsión, represión y destinos de la pulsión, la sexualidad infantil, la transferencia, el encuadre siguen siendo pilares fundamentales que sostienen la teoría y la práctica del psicoanálisis.

Si bien las clasificaciones son necesarias, Diatkine nos recuerda que «cualquier clasificación necesita [realizar] una elección reductora de los

signos considerados como pertinentes» y nos advierte que se transformaría en un instrumento de agresión «si olvidamos que esta reducción es la propia del instrumento conceptual utilizado» (103).

Así, este autor subraya que, si bien son necesarias, no hay que perder de vista que en modo alguno hablan de lo particular ni de la subjetividad del paciente. Diatkine señaló que las entidades clínicas presentadas en cualquier clasificación no son ingenuas o atóricas y que las conclusiones diagnósticas dependerán de un sustrato teórico. Considera, pues, que al enseñar un modo cualitativo de comprensión encierran y expresan una posición ideológica.

Actualmente vemos con preocupación la prescindencia conceptual del conflicto psíquico en la escucha de los pacientes y sus familias, dejando de lado la *via regia* como son el juego, los sueños y fantasías que hablan más del sujeto que su discurso manifiesto o los síntomas que se nos relatan en una anamnesis.

En particular, pensamos que esta carencia influye a la hora de profundizar la comprensión diagnóstica de los pacientes con fallas en la estructuración narcisista que transitan los bordes de la neurosis con expresiones sintomáticas menos mentalizadas, como ocurre en las tendencias a la actuación, intensas crisis de angustia, dificultades de aprendizaje, psicopatosis, profundas depresiones, autolesiones.

La configuración de la estructura subjetiva, la cualidad de las mociones pulsionales circulando entre sujeto y objeto, la internalización de reglas simbólicas que provienen desde lo parental y lo cultural, los duelos, pérdidas y separaciones parecen ser olvidados a la hora de realizar un diagnóstico presuntivo.

Hoy se alzan nuevas voces en esta línea, preocupadas por el devenir de «una clínica cada vez menos dialogante, más indiferente a las manifestaciones del padecimiento psíquico, aferrada a los protocolos y a tratamientos exclusivamente paliativos para las consecuencias, y no para sus causas».³

En su conferencia en Montevideo en marzo de 2010, la profesora Catherine Chabert se refirió entre otros temas a la fuerte influencia que

3 Como la campaña Stop DSM, Barcelona y Buenos Aires. stopdsm.blogspot.com. Abril de 2011.

hoy en día tienen todo tipo de clasificaciones para la comprensión de los pacientes, señalando que éstas influyen en nosotros «*sin que nos demos cuenta [...] y que en nombre de la transparencia y eficacia se procede rigidamente y en aplicaciones alienantes*» (énfasis mío).

La tendencia al uso sistematizado de protocolos estandarizados, pasibles de ser aplicados por pediatras, neuropediatras o enfermeras entrenados, conlleva una lectura distorsionada de la clínica psiquiátrica.

De estas aplicaciones alienantes solo pueden suponerse resultados terapéuticos alienantes y desobjetivantes. Tan es así que, en la primera entrevista de padres, hay quienes se aferran a la etiqueta diagnóstica como si les ofreciera un marco referencial-identitario, siendo frecuente que antes de decirnos el nombre del hijo apelen a «mi hijo es un ADD, un TGD, o él «es un Asperger».⁴

La introducción del «trastorno del espectro autista»⁵ como categoría diagnóstica que sustituiría al autismo, amplió considerablemente el número de niños diagnosticados por padecer algunos síntomas o elementos defensivos autísticos.

Esto ha determinado que la prevalencia haya aumentado, pasando de la clásica 4/10.000 al número de 60/10.000, vale decir que pasó de un niño cada 2.500 a un niño de cada 166 (Untoiglich, 103).

¿Es que se ha elevado el número de niños con este cuadro clínico o será que el instrumento utilizado sesga la lectura de la clínica?

La psiquiatría francesa⁶ ha integrado la metapsicología psicoanalítica para la comprensión de la psicopatología del niño y el adolescente. Autores como Roger Misès⁷ destacan la importancia del reconocimiento de las fallas de la simbolización en la estructuración psíquica temprana.

- 4 Trastorno por déficit atencional, trastorno generalizado del desarrollo, síndrome de Asperger.
- 5 Realizada por las psiquiatras inglesas Lorna Wing y Judith Gould (1979) e incluida en el DSM V.
- 6 *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente*, R 2000, Asociación Franco Argentina de Psiquiatría y Salud Mental, Polemos, Buenos Aires, 2004.
- 7 Profesor emérito de psiquiatría del niño y el adolescente en la Universidad de París-Sur. Fondation Vallée, 7 rue Benserade.

Describe a niños de dos a cinco años que son traídos a la consulta por diversos motivos: síndromes depresivos, síndromes autistas, trastornos alimentarios, encopresis, síndromes fóbico obsesivos, conductuales, hiperquinéticos, atencionales, cognitivos, psicósomáticos, retrasos en adquisición del lenguaje.

Destaca que más allá de su expresión sintomática, solo pueden ser entendidos si articulamos la expresión sintomática *a su dinámica psíquica estructural*.

Esta concepción estructural de las «patologías límites del niño pequeño», también destacada por Ph. Jeammet con el concepto de «disarmonía evolutiva», se refiere a niños con presencia de juego simbólico (a veces inhibido por angustias paranoides), con angustias y defensas primarias sumando fantasías crudas cuyo contenido tanático tiñe las representaciones psíquicas de la sexualidad infantil. Esto conlleva problemas instrumentales que involucran el lenguaje, la psicomotricidad y lo cognitivo, solidarios a las fallas de la simbolización.

Muchos de estos niños que vienen siendo diagnosticados (siguiendo el DSM IV) como «trastornos generalizados del desarrollo no especificados» o incluidos dentro del «espectro autista», disponen de recursos simbólicos y de una clara movilidad defensiva que determina mejor pronóstico.

¿Será que la elevada prevalencia del «espectro autista» se explique (entre otras variables que no analizaremos en este trabajo) por la ausencia de escucha dinámica de los psiquiatras?

Otra cuestión fundamental es la de distinguir los funcionamientos patológicos de las modalidades subjetivas actuales que cobran cada vez más protagonismo en el escenario social. Tema no menor a la hora de sacar conclusiones y tomar decisiones terapéuticas.

Por ejemplo, es bastante frecuente encontrarnos con niños pequeños que tienen una prosodia de lenguaje extraña, que reproduce palabras y entonación de los dibujos animados del cable o de los juegos de PC. ¿Qué dimensión darle a este rasgo específicamente descriptivo si se presenta aisladamente? ¿Habla del niño o de su ambiente?

Si bien la publicación del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM 2006) responde desde la Psiquiatría Dinámica al DSM IV RT otorgando a los síntomas su valor cualitativo, sus ejes (MCA junto con los PCA y SCA)

enmarcan a los síntomas dentro de la experiencia subjetiva, dejando de ser una categoría generalizable, e intenta impartir el nivel de sentido y significación desde la teoría psicoanalítica.

Pero no ha logrado una difusión que incida en la formación académica de los psiquiatras, al menos en nuestro medio.

Para ir cerrando estas reflexiones, sabemos que el DSM V⁸ cambió la designación de los «trastornos generalizados del desarrollo» por «trastornos del neurodesarrollo». Esta nueva definición lleva a pensar que la tendencia será que estos niños y sus familias vayan siendo abarcados progresivamente por la neurología y alejados del terreno de lo «psi». ¿Qué consecuencias traerá esta nueva postura en sus potencialidades subjetivas a mediano y/o largo plazo?

La concepción de síntoma

El síntoma para el psicoanálisis no es transparente, sino que es lo apenas visible de un conflicto que abre a enigmas. Transacción de un pulsar inconsciente censurado, muestra y encubre a la vez. Formación del inconsciente simbólica, re-presenta un algo perdido de la experiencia que en su inscripción ha poblado la trama psíquica de fantasías singulares acerca del origen, la sexualidad, la muerte, el objeto y el yo. Más que a certezas nos abre a infinidad de preguntas.

El síntoma queda comprendido más allá de las conductas, pasando a ser la punta del iceberg visible de una intrincación de elementos dentro de la dinámica intrapsíquica.

Testimonia las fallas, escollos o fijaciones en el desarrollo libidinal, habla de cierta imposibilidad para lidiar con pérdidas –ausencias– renuncias pulsionales con los objetos primarios, y de la dificultad para alcanzar sustituciones-transformaciones inconscientes que enriquezcan la capacidad representativa del psiquismo.

El síntoma puede ser expresión de angustia por fantasías que pueblan la realidad psíquica del paciente, o por el contrario ser expresión de un vacío representacional.

El síntoma abre frente a cada paciente un abanico de incertidumbres siendo necesario no pensarlo aislado sino dentro de la homeostasis psíquica.

En el niño, la *lectura estructural* subyacente al síntoma considera la historia en activa confluencia diacrónica y sincrónica de factores genético-orgánico-maduracionales, instrumentales (lenguaje-psicomotricidad), pulsionales, de las vivencias traumáticas, tipo de angustia, los mecanismos defensivos a los que apela el Yo para manejar separaciones, pérdidas y frustraciones, la consistencia o precariedad de la capacidad representativa, los objetos fantasmáticos, las fantasías arcaicas y edípicas, la prevalencia de zonas erógenas y pulsiones parciales, la relación existente entre el símbolo y lo simbolizado inconsciente, la instalación de la represión o diques, las fallas del «como si» y su expresión en términos de ecuación simbólica kleiniana, las identificaciones.

El síntoma, en el niño, nos enfrenta también a lo que aún no ha sido reprimido y/o a lo que demanda represión, lo que nos remite a los padres y su posición frente a los duelos y la castración simbólica, en interacción con el entorno social y cultural.

Con-textuando al síntoma en la entrevista psiquiátrica

La integración terapéutica entre psicofarmacología y tratamiento psicoanalítico favorece a muchos pacientes, lo sabemos y lo constatamos. Pero en la praxis nos preocupa su divorcio ostensible por el gran número de niños medicados sin acceder a una entrevista en la que, con el juego, sean escuchados para que su síntoma cobre valor de *texto a significar*.

Es muy frecuente que se nos derive un paciente para medicar, pero nuestra intervención no se reduce a una simple indicación farmacológica. El psiquiatra considera y/o descarta factores orgánicos (pediátricos, endocrinológicos, neuropediátricos), instrumentales (evaluación del lenguaje, psicomotricidad, de instrumentos cognitivos) para alcanzar un diagnóstico a partir del cual pensar una terapéutica.

Para el psiquiatra psicoanalista la entrevista de juego es una valiosa herramienta.

El psiquiatra juega no solo para diagnosticar, seguir la evolución o apreciar la efectividad de un fármaco.

La entrevista de juego es la vía por la cual el niño relata *su* motivo de consulta, particularmente cuando predominan padres que llegan sin

demanda propia, enviados o condicionados por la institución educativa. Vía de rememoración y de elaboración del conflicto para el paciente, vía privilegiada para atisbar el sentido inconsciente subyacente al síntoma.

Por lo anterior propongo como imprescindible que la entrevista psiquiátrica con el niño incluya la técnica de juego. Esta *entrevista diagnóstica de juego* condensa en un corte transversal el hoy, lo anterior y el devenir en un *texto a ser decodificado*, para desenmascarar el sufrimiento escondido tras el síntoma. Texto que aludirá a la estructura intrapsíquica articulada a lo que proviene del entorno familiar, escolar y social.

En el juego se observa su potencial elaborativo y de producción de nuevos sentidos.

Por ello jugar ha de formar parte de la *estrategia del tratamiento psiquiátrico*. Interesa intervenir (aun cuando sea necesario medicar) encarnando un objeto de la transferencia sin permanecer en el plano de la abreacción y/o sugestión.

Este posicionamiento subraya la importancia de la formación en teoría y técnica psicoanalítica como parte de la trayectoria académica de los psiquiatras de niños.

SESIÓN ANALÍTICA Y CONSULTA PSIQUIÁTRICA:

ALTERNATIVAS TRANSFERENCIALES

Hablar de transferencia durante la práctica psiquiátrica permite introducir uno de los conceptos fundamentales de la técnica psicoanalítica.

Particularmente me dedicaré aquí a trabajarlos enmarcados dentro de algunas circunstancias de intervención psiquiátrica.

Desde la primera entrevista, la *repetición* en el juego, actos, palabras, sonoridad y prosodia del lenguaje *resignifica* vivencias, siendo el reconocimiento de la transferencia lo que nos pone en contacto con lo olvidado, desfigurado o ausente para la memoria conciente del niño y/o sus padres.

Esta *repetición en transferencia* tiene el valor de ser «la más fidedigna manera de recordar» desenvolviéndose, como dijera Freud (151), «importantísimas vivencias, sobrevenidas en épocas muy tempranas de la infancia y que en su tiempo no fueron entendidas».

VIÑETA 1

En la primera entrevista, Santiago, de 5 años, llegó literalmente arrastrado por su madre; el niño luchaba y forcejeaba para no atravesar el umbral de la puerta de mi consultorio. Lloraba en forma desgarradora y su madre, tan enojada como angustiada, intentaba disimular la violencia que erupcionaba. Intenté apaciguar la angustia del niño (que en la sala de espera comenzó a golpearse con brusquedad la cabeza contra la pared) explicándole que lo esperaba para jugar. Los hice pasar juntos a la sala de juegos donde los juguetes y materiales de dibujo estaban sobre la mesa.

El niño, crecientemente angustiado, volvió a repetir sus golpes de cabeza contra la pared con violencia cada vez mayor. Se dirigía hacia la ventana o la puerta vidriadas donde corría riesgo de lastimarse si se rompían los vidrios.

La madre, abrumada y abatida, se tendió en el sillón a llorar desconsoladamente, lo que me señalaba su enorme impotencia más el abandono al que sometía a su hijo en situaciones de intensa angustia. Mientras yo era la depositaria de una transferencia masiva persecutoria del niño y de desamparo de la madre, intentaba contenerlos y cuidar que Santiago no se hiciera daño.

Esta presentación de un niño en una primera entrevista habla por sí sola. Madre e hijo escenificaron en transferencia la experiencia de aniquilación, derrumbe y muerte, «lo ya acaecido» en el encuentro madre-bebé.

Esto será para el psiquiatra psicoanalista tan o más importante que el motivo de consulta manifiesto recogido durante la anamnesis.

Más allá de una historia relatada por sus padres, lo que se renovó allí fue el desconsuelo de una madre inhabilitada para pensar alguna estrategia, dar alguna respuesta, o tomar a su hijo en brazos para mitigar la angustia-dolor-terror. Condensación pasado-futuro que «pasa a ser un asunto del aquí y ahora», como manera de ser recordada en transferencia (Winnicott, 2000, 111).

TRANSFERENCIA Y DERIVACIÓN PSIQUIÁTRICA

Compartiré aquí algunas reflexiones que representan un pequeño recorte de las situaciones transferenciales que enfrentamos en la práctica.

La clínica confronta al psicoanalista con los límites de su técnica cuando existen fallas de la simbolización con síntomas menos mentalizados, desorganizaciones psíquicas, depresiones que al agravarse implican riesgo. Entre muchas, son algunas de las circunstancias que exigen la intervención de un psiquiatra para poder iniciar o avanzar durante un proceso psicoanalítico.

La derivación a psiquiatra y los efectos transferenciales que suscita tienen resonancia tanto en el marco del análisis como en la consulta psiquiátrica.

Para un paciente en análisis esta solicitud no es aséptica. Es un hecho que en ocasiones contamina la sesión analítica, por hacer estallar fantasmas de daño en la dupla.

El analista puede ser depositario de la frustración y experimentar cierta sensación de fracaso y culpa cuando los síntomas no se alivian o se exacerbaban. En situaciones de riesgo, la desmentida y los clivajes del paciente y su familia atentan contra la derivación sugerida, no siendo facilitada o aceptada.

Son momentos en los que hay que resistir proyecciones y francos ataques cuando se atribuye el fracaso al análisis, un momento crucial en el que se pone a prueba el *no dejarse matar por el odio transferencial*.

Esto me llevó a plantearme la importancia de anticipar al paciente, al comienzo de un tratamiento analítico, lo que Freud definiera como «agravamiento durante la cura», ya que sabemos que hay elementos «que no aparecen prontamente en la transferencia» (Winnicott, 2000: 112) sino más tarde, por derrumbe defensivo, lo que demandaría intervención de otro profesional.

Si bien en la consulta psiquiátrica no nos hallamos en una instancia de sesión analítica, surge en el psiquiatra psicoanalista la escucha de lo que se desarrolla en la transferencia, incidiendo también en el compromiso que rodea a las indicaciones.

No obstante, el psiquiatra también recibe el impacto afectivo durante las primeras consultas cuando un paciente proviene derivado por su analista.

Winnicott enfatizó la necesidad del psiquiatra de reconocer su odio y temor en la contratransferencia. Señala que «debe estudiar la naturaleza de la carga emocional que [...] sobrelleva cuando realiza su labor», destacando que «cuanto mejor sepa esto, menor será la incidencia del odio y el temor en su conducta respecto a los pacientes» (1981: 267).

La experiencia con pacientes (incluiría yo a sus familias) en los que eclosionan vivencias psicóticas hace decir a Winnicott que es contra-

producente demostrar algún tipo de sentimentalismo porque esto «con seguridad mataría al paciente en el mismo momento» (1981: 269).

Esta fuerte afirmación parece referirse a contextos extremos con pacientes graves, en los que la alternativa amorosa se hace ostensible únicamente con un «no a la muerte», viéndonos exhortados a sostener por medio de límites firmes protectores, sin temer que nuestro accionar nos ubique como un objeto más entre los que disparan el odio en la mente del paciente.

La contratransferencia vivenciada como temor y odio debería promover en el analista y/o psiquiatra un *pensar* para no actuar los fantasmas de culpa y ataque, o reproducir la desmentida.

Recuerdo a una madre que traía a su hijo a la consulta psiquiátrica «para medicar» por fobias que le impedían conciliar el sueño. El descubrimiento, a lo largo de las entrevistas, del maltrato psicofísico que los padres ejercían sobre sus hijos me llevó a condicionar mi intervención a la aceptación de tratamiento analítico de la pareja y familia. Luego de años de iniciados los tratamientos sugeridos, la madre se animó a confesarme que en los comienzos «traer al niño al control psiquiátrico era como venir a ver a una policía». Pudimos, incorporando una broma, hablar de lo experimentado por ella frente a alguien que intentó establecer un orden cuando su sufrimiento no le permitía advertir que transformaba a sus hijos en enemigos.

A pesar de encontrarme en función de psiquiatra, creo que esta madre necesitaba de mí una intervención-interpretación que respondiera a su vivencia transferencial transmitida a posteriori, luego de años, en esta consulta.

El psiquiatra es muchas veces receptor y depositario de las quejas con el tratamiento analítico, que importa escuchar y metabolizar dentro del contexto crítico-transferencial.

Al atender el nivel transferencial, se acusa recibo de los clivajes o identificaciones proyectivas, lo que pretende obtener un efecto re-organizador y desgravitar tensiones de una situación asfixiante en el marco de una transferencia dual masiva con el analista.

El tercero psiquiatra o analista es llevado a la sesión o a la entrevista con la carga afectiva de los diversos matices imaginarios del objeto primario.

Si bien la dupla psiquiatra-analista puede recrear en un paciente neurótico un imaginario de pareja parental protectora y/o edípica, importa

recordar a Bleger cuando señalaba que cualquier cambio en el encuadre analítico puede disparar los aspectos más arcaicos del paciente y de las circunstancias de la transferencia analítica. Es así que re-surgen las rivalidades en las tonalidades más temibles, descalificaciones, idealizaciones, fuertes escisiones como respuesta a la frustración, al odio y temor al desamparo reavivadas por la derivación.

La intolerancia a la pérdida objetal y la impregnación de lo altamente persecutorio recaerán alternativamente sobre el psiquiatra, sobre el fármaco, sobre el analista u otros que intervengan dentro de la estrategia terapéutica (psicomotricista, fonaudiólogo, nutricionista, maestra especializada según el caso). Se evidencian los clivajes familiares repitiéndose afectos y fantasmas –a veces ocultos para el analista– en un nuevo escenario impregnado de ese imaginario des-asido de lo simbólico.

La lectura de la disposición transferencial podría evitar rupturas terapéuticas durante momentos tormentosos. Para ello es fundamental la alianza entre analista y psiquiatra, sabiendo a priori que, a pesar de los esfuerzos realizados, alguno puede quedar por el camino.

ACONTECIMIENTOS TRANSFERENCIALES DE LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

El tratamiento psiquiátrico no es ajeno a los dilemas aludidos anteriormente.

Gabbard afirma que lo frecuente es que el psiquiatra se ubique como «el sano examinando al enfermo» y «con poca conciencia de que hay dos pacientes en el consultorio y no uno» (134), es decir, dos sujetos movilizados por conflictos transferenciales inconscientes.

En ocasiones, la consulta psiquiátrica puede ser necesaria para iniciar un análisis, sobre todo cuando la intensidad de la angustia, la profundidad de la depresión o la desorganización psíquica impiden a los pacientes pensar y pensarse.

Es habitual que se traslade a la consulta psiquiátrica desconfianza, vivencias paranoides que, sin ser abordadas, llevarían al fracaso la intervención.

La indicación de medicar a un niño o a un adolescente demanda un tiempo de trabajo con él y sus padres, atendiendo a temores y preguntas legítimas tras las cuales encontramos el fantasma de la locura, que casi

siempre sobrevuela el campo. Informamos por qué elegimos un fármaco (según edad y cuadro clínico, por ejemplo), acerca de las intolerancias personales, los posibles efectos secundarios, la eventual necesidad de sustitución, los plazos para advertir mejoría clínica, el tiempo de administración.

La eficacia de un fármaco depende de la tolerancia individual pero también de un vínculo médico-paciente estable, confiable y seguro.

Hallar el fármaco y/o la dosis efectiva exige un buen tiempo y no está libre de dificultades. Debemos contener la ansiedad que provoca en padres y niños la espera en visualizar cambios favorables, ya que para lograr estabilidad se necesitan semanas o meses de administración. A veces, los efectos secundarios o intolerancias individuales se transforman en un serio obstáculo. El seguimiento hasta lograr la dosis efectiva exige una constatación lenta y gradual.

Esta efectividad no se limita a la disminución de síntomas, cambios en la conducta y/o pragmatismos. Los psiquiatras con formación psicoanalítica recurrimos a una *evaluación psicoanalítica* tanto para la *indicación* farmacológica como para verificar su *efectividad*.

Para la *indicación* importa dilucidar la estructura subyacente a los síntomas

VIÑETA 2

Claudio, de 17 años, se había ido del país un año atrás para estudiar. Desde entonces su rendimiento decaía, no podía concentrarse y organizarse. Había hecho una consulta psiquiátrica en el país de residencia, en la que por esta sintomatología se diagnosticó un TDAH por su «distractibilidad» y se le indicó metilfenidato (Ritalina).

Al poco tiempo, comenzó a percibir que le era imposible pensar. Se le sustituyó la Ritalina por antidepresivos.

Sus padres relataban que por teléfono expresaba ideas que aparecían desordenadas y aceleradas. Gastaba altas sumas de dinero y perdió todos los exámenes.

Al reencuentro lo vieron transformado en su apariencia, cortó su pelo al ras, se lo tiñó de amarillo, se vestía de manera extravagante, su lenguaje se había vuelto coprolálico.

Mientras ellos relataban estos hechos que parecían corresponderse a un viraje farmacológico, yo me preguntaba con qué recursos psíquicos habría procesado este adolescente esta separación. ¿Su historia de separación y sus vivencias habrían sido consideradas a la hora del diagnóstico primario? Pregunté a sus padres si Claudio manifestó angustia o tristeza por extrañarlos cuando se fue. Los padres me miraron sorprendidos, les era incomprendible: «¿Extrañar?, ¿por qué extrañar? ¡Tantos se van del país a estudiar! Además, nunca en su vida extrañó».

Experimenté angustia y enojo, quizá porque no existía para ellos registro mental para una pérdida y consideraban que tampoco ocurría en el hijo, que «nunca extrañó».

En las primeras entrevistas conjuntas, padres e hijo me mostraron un alto nivel de exigencia, con ideales de éxito superiores, que debían ser cumplidos sin el menor indicio de duda o fracaso. Fallar significaba salirse de una meta estrictamente predeterminada, y la conducta de Claudio era, para ellos, la muestra de una extrema irresponsabilidad. En las entrevistas a solas fue mostrando su desmoronamiento. Eco de sus padres, ejercía sobre sí duras autocríticas y reproches. No podía pensar el enojo con ellos, respondiendo a mis alusiones de un modo furibundo y despectivo.

Hablar de su hostilidad profundizaba su culpa, volviéndose ataque contra sí mismo.

Sus pensamientos emergían de manera ininterrumpida y desorganizada, alternando ideas de grandiosidad con vivencias de desamparo extremo, de la risa jocosa al llanto en cuestión de minutos. Se describía a sí mismo como superdotado y desecho inservible, sintiendo que sus pensamientos «iban a mil».

Proyectaba masivamente en mí todas sus vivencias: yo tenía para él cara de loca, pensaba cosas locas, yo no entendía nada, era igual a su padre. De un modo confuso y a través de «no me voy a matar, ni a cortar las venas, ni a drogarme ni a alcoholizarme» dio cuenta de sus ideas de muerte y autodestructivas.

Para preservarlo de una actuación, acordamos con él y su familia la internación domiciliaria, efectuándose el tratamiento farmacológico correspondiente.

Este ejemplo intenta ilustrar la importancia de la lectura metapsicológica para el diagnóstico psiquiátrico.

Proyección, defensas maníacas, desmentida de la pérdida y/o ausencia del objeto, vuelta contra sí mismo, son mecanismos defensivos primarios de un yo alienado por indiscriminación, extrema ambivalencia, y vivencias paranoideas con el objeto.

El caso de Claudio es una muestra entre muchas en las que el fármaco apunta a un síntoma aislado, sin atender el sufrimiento psíquico ni darle con-texto dentro de la dinámica psíquica estructural, lo que puede determinar errores diagnósticos y farmacológicos.

Evaluación psicoanalítica de la efectividad de un fármaco

La evaluación psicoanalítica de la efectividad de un fármaco considera los cambios en la defusión pulsional, la creciente capacidad de simbolización y ligazón representativa observable en las diferentes modalidades discursivas, del juego, los gráficos y fantasías; la mayor capacidad reflexiva, el contacto con la frustración y la pérdida, la aparición de mecanismos reparatorios que mitiguen el sadismo del superyó, la aparición de formaciones del inconsciente como los sueños, elementos que señalan el fortalecimiento de la represión en su función estructurante.

Claudio, por ejemplo, comenzó a traer sueños de hundimiento, de entierros, de caída a pozos o precipicios luego de unos meses de iniciado el tratamiento farmacológico y psicoanalítico. Señal positiva de recomposición de un psiquismo que pone a andar sus herramientas de figurabilidad, desplazamiento, condensación: comienzo de un proceso de simbolización al servicio de la comprensión de sus sentimientos depresivos, de vivencias de muerte y de elaboración del derrumbe narcisista acaecido.

En los niños pequeños el juego y las verbalizaciones permiten valorar la efectividad de un fármaco.

Martín, de 4 años, me dijo al cabo de unas semanas de iniciar el tratamiento farmacológico: «Se me fueron los monstruos, ahora puedo dormir bien... ¿Vos tomabas estas gotitas cuando eras chiquita y tenías miedo?»

VIÑETA 3

Sofía, de 8 años y medio, consulta porque la angustia no le permite separarse de su madre, impidiendo su concurrencia a la escuela, a cumpleaños, a casa de sus amigas. Vienen creciendo paralelamente una serie de ideas y rituales obsesivos que intentan mitigar la angustia, lo que la paraliza en todo quehacer creativo. Está triste y no se siente feliz ni inteligente. Comenzaba a tener los primeros signos del desarrollo puberal.

Luego de unas entrevistas seguía muy angustiada, deprimida y se la veía inhibida y sin posibilidad de pensar. No tocaba la caja de juegos, no podía tomar contacto con lo que le pasaba. Sus fobias se extendían a otras áreas.

Planteé a sus padres la necesidad de medicarla.

A las tres semanas de iniciado el tratamiento farmacológico con anti-depresivos me dice: «Yo no sé qué tiene este remedio pero estoy pudiendo cambiar mis pensamientos, ya no tengo tanto miedo y ganas de morirme».

Por primera vez pudo mencionar sus «ganas de morir».

Simultáneamente observo cómo iba venciendo su inhibición inicial que le impedía abrir la caja de juegos. Gradualmente fue tomando contacto con la temática de la sexualidad de los padres y del nacimiento de los bebés. Le era posible transmitir la crudeza de sus sentimientos: el enojo con su madre, los celos con su hermano, la rivalidad por el padre, sus vivencias de exclusión y angustia anudadas a vivencias de mutilación y muerte despertadas en esta etapa de cambios corporales sexuales. Esto no es ajeno a la historia de las mujeres de su familia materna en la que predominaba la censura explícita de cualquier manifestación lúdica que aludiera al deseo sexual, anulando cualquier investimento de lo femenino.

Santiago (VIÑETA 1), de 5 años, a los dos meses de iniciado su tratamiento farmacológico me dice:

S — Vamos a jugar. Yo era un *power*... ¿Y tú qué querés ser?

A — ¿Qué puedo ser?

S — Se puede ser esos que cuidan animales... que los curan... veterinarios.

Podés ser una nena que aprende a ser doctora o veterinaria... (*Se sienta en mi escritorio y continúa.*) Yo estoy haciendo una sopa mágica

para ti... con pastillitas y miel. Las compré en el supermercado. Hace que seas veterinaria.

A — Parece que me ayuda a crecer y a aprender... ¿Y a mí me gustará tu sopa mágica?

S — Sí, claro... Listo.

A — ¡Ah! Entonces, ¡quiero probar!

S — Esperá, que está muy caliente... Espero que te guste.

A — Quéres saber si me gusta todo lo que hacés, si lo disfruto, si me divierto, si puedo crecer, estudiar, aprender.

S — Son mis ingredientes.

A — Para crecer.

S — Claro.

En esta entrevista Santiago reanima lo especular, dándonos alimentos-sopitas-gotitas-mágicas que le permiten dar forma a lo que ha venido sin forma o desintegrado en su primera entrevista. Su juego en esta oportunidad me propone un intercambio lúdico con fantasías en el registro oral, dentro del cual integra al fármaco que ha atenuado su angustia. Utilizo su propuesta lúdica para transmitirle una *representación simbolizante* para ser introyectada: la de la vivencia gratificante de una madre que lo recibe y ofrece respuestas dulces-ricas, *rêverie* mediante, en la interacción con su bebé. Santiago parece entregarse con toda su sensorialidad para que yo pruebe y le adjudique cualidades valiosas a lo que tiene para dar. Movimientos pulsionales de ida y vuelta que dan cuenta de un proceso activo de incorporación oral que sedimentará en reforzamientos narcisistas identificatorios.

Al salir de esta entrevista Santiago mira un árbol que está floreciendo en mi jardín y me pregunta si le doy algún remedio para que crezcan sus flores.

COMENTARIOS FINALES

Pensamos que el psiquiatra y su accionar pueden contribuir a que la experiencia de la consulta logre efecto de inscripción psíquica.

El alivio farmacológico puede ser vivido por los niños y su familia como mágico, pero nos interesa destacar a los padres que la medicación es un *medio* y no un *fin*, aun en los casos que se deba administrar de forma crónica.

Un medio para aliviar la angustia, ofrecido por otro que se preste a sostener el sufrimiento, que oficie de objeto mediador, como propone Lacan (1971), al promover encuentros y propiciar reencuentros con satisfacciones pulsionales. El fin a alcanzar será que el paciente trabaje en dirección a la mayor discriminación, la vivencia de tener y ser, la elaboración psíquica a lo largo de su proceso analítico que lo reafirme en su identidad subjetiva. ♦

RESUMEN

Históricamente la psiquiatría y el psicoanálisis se han enriquecido mutuamente para la comprensión diagnóstica y terapéutica de los pacientes.

Hoy en día asistimos a la desaparición del concepto de neurosis y psicosis infantil en las entidades nosográficas, lo que ha menoscabado el conocimiento de los elementos dinámicos de la psicopatología.

Este desconocimiento opera como escotoma al momento de la exploración clínica para llegar a un diagnóstico, indicar un tratamiento o continuar un seguimiento evolutivo.

Vemos con preocupación la prescindencia conceptual del conflicto psíquico en la escucha de los pacientes dejando de lado las *vias regias* como el juego, los sueños, las fantasías, que hablan más del sujeto que su discurso manifiesto o los síntomas que se nos relatan en una anamnesis.

Desarrollamos en este trabajo algunas de las dificultades que se viven en la praxis siguiendo como hilo conductor el enriquecimiento que alcanza la psiquiatría de niños y adolescentes al utilizar los aportes de los fundamentos teórico-clínicos del psicoanálisis.

Descriptor: SÍNTOMA / PSICOANÁLISIS / PSIQUIATRÍA / DIAGNÓSTICO / TRANSFERENCIA / CONTRATRANSFERENCIA / FARMACOLOGÍA / MATERIAL CLÍNICO

SUMMARY

Historically, Psychiatry and Psychoanalysis have enriched each other for the diagnostic and therapeutic understanding of patients.

Today we witness the demise of the concept of child neurosis and psychosis in the nosographic entities, which has undermined the knowledge of the dynamic elements of Psychopathology.

This disregard operates as a scotoma at the time of clinical examination to reach a diagnosis, prescribe treatment or continue an evolutive follow-up.

We are concerned to see the conceptual exclusion of the psychic conflict in listening to patients, leaving aside the «royal roads» such as play, dreams, fantasies, that say more about the individual than his manifest discourse or the symptoms described to us at an anamnesis.

In this paper we develop some of the difficulties experienced in practice, following as a guiding thread the enrichment attained by child and adolescent psychiatry by making use of the contributions of the theoretical-clinical foundations of psychoanalysis.

Keywords: SYMPTOM / PSYCHOANALYSIS / PSYCHIATRY / DIAGNOSIS / TRANSFERENCE / COUNTERTRANSFERENCE / PHARMACOLOGY / CLINICAL MATERIAL

BIBLIOGRAFÍA

- BALINT, M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires, Libros Básicos, 1961.
- BLEGER, J. Psicoanálisis del encuadre analítico. En: *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós, 1967.
- CAPONI, R. Los psicofármacos desde la teoría y práctica psicoanalítica. En: *Revista Chilena de Psicoanálisis* 10, Nº 1, 1993, Santiago de Chile, p. 38.
- CHABERT, C. La esencia de la transferencia. Conferencia, marzo de 2010, Montevideo.
- DIATKINE, R. Introducción a la teoría psicoanalítica de la psicopatología del niño y el adolescente. En: *Tratado de psiquiatría de niños y adolescentes Tomo III*, capítulo V, Madrid, Biblioteca Nueva, 1989.
- FREUD, S. Recordar, repetir, reelaborar [1914]. En: *O. C. T. XII*, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- GABBARD, G. O. La relación entre la psiquiatría académica y el psicoanálisis está puesta en peligro. En: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; 74 (2), 2010, pp. 133-138.
- LACAN, J. *Escritos I*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1997.
- MARTÍNEZ DE BAGATTINI, C. En recuerdo del profesor emérito doctor Luis Enrique Prego Silva. En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, Vol. 99, 2004. pp. 7-14.
- MISÉS, R. Actualidad de las patologías límites del niño. En *Cuadernos de Psiquiatría de la Sociedad de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Madrid, Vol. 30, 2000. pp. 5-9.
- MUÑOZ, P. El diagnóstico en psicoanálisis, ¿Con razón o sin razón? En: *El Psicoanálisis ante el DSM*. Publicación semestral *El Psicoanálisis y el Hospital*, Buenos Aires. Vol. 34, 2008. pp. 94-100.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, M. D: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 10125 Colesville road, Suite 194, Estados Unidos.
- TORRES IGLESIAS A., DOMÍNGUEZ SANTOS, RODRÍGUEZ SACRISTÁN. La psiquiatría infantil hoy (II). En: *Principales fundamentos teóricos. Avances en Salud Mental Relacional*. Vol 3. Órgano oficial de expresión OMIE. Revista Internacional on line 2004.
- UNTOIGLICH, G. Discusiones teórico clínicas acerca del TGD, ADD y otras clasificaciones. En: Wettengel G. y otros. *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires, Noveduc, 2009.
- WETTENGEL, G. y otros: *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires, Noveduc, 2009.
- WINNICOTT, D. El miedo al derrumbe. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Paidós, 2000.
- El odio en la contratransferencia. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia, 1981, pp. 263-274.